

# EPS EM MOVIMENTO - TEXTOS EM CENA

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>Todo mundo faz gestão</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Dia zero da gestão em um município chamado “lugar comum”</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>O aprender e o engendramento de um novo campo de possibilidades: Outrar-se</b> .....	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>Territórios de vulnerabilidade e exclusão social: uma narrativa</b> .....	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>Um mergulho no mundo do trabalho em saúde</b> .....	<b>22</b>
<b>6</b>	<b>Novos dispositivos de gestão – construindo o apoio e a função apoiadora em nós</b> .....	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>Sobra pra nós</b> .....	<b>44</b>
<b>8</b>	<b>Cuidando de Ana Clara: produção de novos acordos coletivos</b> .....	<b>46</b>
<b>9</b>	<b>Encontrando com Karla</b> .....	<b>51</b>
<b>10</b>	<b>A biomedicalização da vida e dos desejos</b> .....	<b>53</b>
<b>12</b>	<b>Encontros e desencontros – andando pelos caminhos da gestão</b> .....	<b>56</b>
<b>13</b>	<b>Tensões constitutivas do trabalho em saúde</b> .....	<b>60</b>

## TODO MUNDO FAZ GESTÃO

### Cenas rápidas

1. Mariana trabalha na recepção de uma unidade básica. Quarta-feira, indo para o trabalho, pisou em um buraco e torceu o pé. Viu estrelas. Chegou à unidade muito incomodada. Ao aproximar-se do balcão, olhando para os usuários aglomerados, pensou “Hoje não vou dar conta de aturar amolação”. E o dia da unidade começou muito tenso. Reclamação de todo lado. Brigas na fila. Gritos na sala de curativo.
2. Joana, apoiadora, chegou à unidade e estranhou o movimento na recepção e a cara de Mariana. A gerente estava fora em uma reunião. Pediu a uma auxiliar, amiga de Mariana, para convidá-la para um café e assumiu seu lugar na recepção. Choro na cozinha, alívio na fila.
3. Marilu, a agente comunitária, veio procurar a enfermeira de sua equipe, querendo conversar sobre uma usuária em situação delicada. Diante das informações da agente, combinaram uma visita conjunta para a tarde do dia seguinte.
4. Ester, usuária assídua da unidade, chegou pedindo ajuda: sua vizinha havia sido encontrada caída ao lado da cama. Quem poderia ajudar?

### O que chama sua atenção nestas cenas? Você já viveu coisas parecidas?

#### Atividade do grupo:

#### Parada para uma roda de conversa com a equipe sobre a cena e o assunto.

#### Esta parte pode ir para entrada cenas ou permanecer na entrada textos em cena.

Pois, então, nessa unidade (**será que só nessa?**), a partir de diferentes afetações, todos os atores se movimentam e tomam decisões.

Pois na saúde é assim mesmo! Como saúde é uma coisa da vida, experimentada por todos, todos têm conceitos, opiniões, expectativas e tomam decisões e iniciativas a respeito!

(afinal, de médico e de louco, todo mundo tem um pouco)

Outra coisa importante nesse mundo da saúde é que tudo aí acontece sempre baseado em encontros (entre trabalhadores e usuários, entre trabalhadores, entre trabalhadores e gestores). Então, trata-se de um trabalho profundamente influenciado pelas relações – sua qualidade, intensidade, etc. - assim como pelos saberes e conceitos de todos os envolvidos.

**Isso mesmo! Todos têm saberes e conceitos a respeito de saúde! A principal fonte desses saberes é a experiência, a vivência – própria ou de outros, bem próximos, com quem compartilhamos a vida. Há também os saberes estruturados, os processos formais de educação, é claro. Mas não são só eles que interferem em nossas ações no campo da saúde...**

**Você já parou para pensar no que é que move você na gestão da sua própria saúde? Não seria interessante fazer essa reflexão e a compartilhar?**

Além disso, nesses encontros, tudo interfere! O modo como estamos nos sentindo, os efeitos que o outro provoca em nós e os que provocamos neles. Nossos medos, preconceitos, ativações. Além dos saberes, é claro.

Por tudo isso é que o trabalho em saúde implica na combinação de diferentes tipos de tecnologias – umas materiais, outras imateriais.

As tecnologias que Merhy (1997) batizou de duras são os equipamentos, medicamentos, protocolos, fabricados antes, disponíveis para serem utilizados no momento do encontro entre trabalhadores e usuários.

As tecnologias leve-duras são os saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia, também prontos para serem usados, mas sujeitos aos efeitos que a interação com os usuários provocam nos trabalhadores – nem todo mundo faz clínica do mesmo modo!

E as tecnologias leves são as utilizadas para a construção das relações: incluem a escuta, a atenção, o interesse, o vínculo, o respeito, a responsabilização (ou a falta de tudo isso!) (Merhy e Feuerwerker, 2009).

De tudo isso e também do modo como nos reconhecemos e reconhecemos os outros, depende a qualidade desses muitos encontros.

Então, em saúde, tanto faz se usuários, trabalhadores ou gestores, enfim, se todos atuam ativamente nos encontros. Interferem. Por isso é que o trabalho em saúde acontece em ato, é um trabalho vivo em ato. Porque todos atuam uns sobre os outros no momento da produção do encontro. Todos disputam sentidos. Todos disputam projetos. E todos tomam decisões. Decisões diferentes dependendo do contexto e dos envolvidos. E por isso mesmo é que todos são gestores, todo mundo faz gestão. Do usuário ao secretário!

Todos são gestores e todos têm projetos. A micropolítica opera nesses espaços dos encontros e disputas de projetos entre diferentes atores. Por isso a micropolítica, nesses encontros e desencontros no cotidiano, é tão importante para se pensar a saúde!

### **Para refletir em grupo**

Será mesmo? O secretário de saúde, o porteiro e o usuário, todos são gestores do mesmo modo? O que você acha?

**Pense no cotidiano do seu trabalho. Tudo o que você faz foi definido por alguém? Ou você toma decisões? E toma decisões diferentes dependendo da situação?**

**Por exemplo, por que para um usuário entregamos uma guia de encaminhamento e para o outro pegamos o telefone para fazer um contato direto com o outro serviço que vai atendê-lo?**

Por que umas regras são obedecidas e outras não?

**Pense nisso. Pense no dia de ontem. Faça uma lista das regras que você cumpriu e das que não cumpriu. Vamos discutir o porquê?**

**Quando você obedece a uma regra, você está fortalecendo um projeto, um jeito de funcionar. Quando não a obedece, está disputando projetos, jeitos de funcionar. Concorda?**

Uma unidade de saúde, uma secretaria de saúde, então, são produzidas a partir dos milhares de encontros e disputas que acontecem no cotidiano do trabalho entre gestores e gestores, gestores e trabalhadores, trabalhadores e trabalhadores, trabalhadores e usuários, usuários e usuários. O SUS, então, é produzido todos os dias, ao vivo e a cores, nos milhões de encontros que gestores, trabalhadores e usuários protagonizam nos diferentes lugares do Brasil!

Sendo assim, como pensar a gestão em saúde?

Se reconhecemos que todos são gestores, que ninguém é uma “caixa vazia”, fazer gestão exige muita conversa, muito encontro, muita construção compartilhada, muita negociação! Principalmente se queremos fazer uma secretaria ou uma rede de atenção à saúde que seja realmente cuidadora.

Por quê?

Porque para cuidar é preciso e é indispensável encontrar com o outro de modo aberto, com disposição para identificar suas necessidades e para escutá-lo. Para encontrar-se com o outro com essa abertura, os trabalhadores de saúde precisam de liberdade.

Liberdade para encontrar-se com o outro. Liberdade para ouvir, entender o contexto, a singularidade, as razões, os medos, as questões. Precisam do trabalho vivo, daquela invenção que operam no ato do encontro.

Uma gestão pode apostar na potencialização dessa liberdade, na potencialização do trabalho vivo, no potencial de criação dos trabalhadores. Ou pode apostar no controle, partindo-se do pressuposto de que só ela sabe o que e como as coisas devem ser feitas, criar modos de organizar o trabalho que prendam, restrinjam os modos de agir dos trabalhadores.

### **Para refletir em grupo**

**Como assim? Uma gestão sem regras? Em que cada um faz o que quer?**

**É engraçado... você já pensou que quando não há regras, achamos que está tudo uma bagunça? Quando há regras (de cuja construção não participamos), reclamamos que as regras são ruins e deveriam ser de outro modo.**

**Então, qual a solução?**

**Construir regras de modo compartilhado pode ser uma boa saída. O que você acha?**

**Já viveu situações assim? Quer compartilhar?**

Pois essas considerações valem tanto para as relações entre a gestão e os trabalhadores, como entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários.

Encontros produtivos são encontros em que há conversa, escuta, troca – mesmo quando há projetos diferentes! Porque mesmo quando há conversa e novos acordos, muitas vezes continua a haver diferença de projetos! E certamente continuará havendo diferentes modos de operar.

Uma outra coisa importante para se pensar a gestão, considerando-se a micropolítica do trabalho vivo em ato (*que nome chique... mas é disso que estamos falando, disputas de projeto que acontecem ao vivo e a cores nos muitos encontros que compõem o trabalho em saúde*) são os convites.

### **Para refletir**

Se eu convido alguém para uma conversa em que todos sabem que o resultado já está definido a priori, quem vai aceitar o convite?

**Se eu convido alguém para uma conversa só para dizer a essa pessoa que tudo o que ela faz está errado ou é ruim, como será sua reação?**

**Você já viveu cenas assim?**

Então, uma gestão tem projeto, é claro (mesmo que ele seja meio desconfigurado...), mas deve aproximar-se dos trabalhadores por saber que eles também têm projeto e que serão necessárias conversas e negociações!!!

Para uma gestão disposta a produzir conversas e negociações, a Educação Permanente em Saúde é indispensável! É uma ferramenta fundamental para produzir conversas, negociações e reflexão sobre o cotidiano! Porque é sobre o cotidiano, as práticas e a reflexão sobre elas que acontecem as negociações de projeto!

Então, uma gestão que reconhece que todos governam faz convites e abre espaços de encontro. Encontros entre gestores de diferentes lugares da secretaria, de diferentes lugares de poder, entre gestores e trabalhadores, entre trabalhadores de diferentes lugares. E aposta que os projetos terapêuticos (individuais e coletivos) também precisam ser produzidos em encontros – que incluem, dependendo do caso e da situação, diferentes trabalhadores e também o usuário e até sua família. Apoios, matriciamentos de gestão e de atenção, núcleos territoriais, espaços para reflexão sobre as experiências vividas em todos esses arranjos... Todos esses são dispositivos de uma gestão que toma a educação permanente em saúde (ou a produção de conversas e reflexões coletivas sobre o cotidiano) como estratégia de gestão!

O que estamos propondo para vocês é um convite para compartilharmos arranjos, diferentes modos de fazer, inquietações, apostas e dificuldades de quem experimenta fazer gestão desse modo!

Vamos lá!

### **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:**

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio. (org.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. 1. ed. São Cristóvão e Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana e Editora da UFBA, 2009, p. 29-56.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, 1997.



## **DIA ZERO DA GESTÃO EM UM MUNICÍPIO CHAMADO “LUGAR COMUM”**

Miriam Suzana foi chamada para compor a equipe de gestão central na Secretaria de Saúde do município “Lugar Comum”. O convite foi para assumir a diretoria de um departamento. Pensou, pensou e pensou! Resolveu aceitar o convite porque este era um grupo de gestão que apostava na organização de um SUS local cuidador e resolutivo. Esta era uma aposta fundamental! No primeiro dia, foi apresentada a todos os trabalhadores do departamento e suas primeiras perguntas foram:

**Como é a história deste município?**

**E a relação da secretaria com a população?**

**E com o conselho de saúde?**

**Como funciona este departamento?**

**Como nos relacionamos com os outros departamentos?**

**Bem, blá, blá, blá, blá e blá, blá ...**

Debruçou-se sobre os documentos existentes para uma aproximação ao lugar em que estava se enfiando! Mas logo desistiu! Melhor conversar diretamente com as pessoas para entender que organização era aquela! Que tipos de relações estavam instituídas? Como se dava a relação entre chefes e equipes de cada quadradinho daquele?

**Você já pensou em como uma secretaria de saúde municipal é organizada?**

**Quem são os “chefes”?**

**Quais são as equipes de trabalho?**

**Como cada chefe se relaciona com sua equipe?**

**Quantos chefes existem?**

Na manhã seguinte, todos estavam lá, visivelmente preocupados. Pelo “tom” das falas, deu para perceber uma organização já envelhecida e enrijecida produzida pelo modo de gestão tradicional. Cada um na sua caixinha, sem conhecer os trabalhos dos outros, distantes do cotidiano das unidades que operavam nos territórios.

A estrutura da SMS do Lugar Comum era como a da maioria das tradicionais instituições públicas de saúde: uma estrutura vertical, que prevê decisões tomadas no topo e relações hierárquicas. Esse tipo de organização, com poder centralizado, geralmente produz dificuldades, pois quem supostamente toma todas as decisões está afastado das realidades locais. Também dificulta a conversa, o fluxo de informações e favorece a fragmentação das ações.

Mais ou menos assim:



O organograma tradicional é arborescente, piramidal, etc., ou seja, como uma árvore que tem raiz, tronco, galhos e folhas, sugerindo hierarquia na tomada de decisão. Uns formulam as políticas a serem implementadas e têm o comando ao passo que outros efetivam as decisões (BERTUSSI, 2010).

Mas além dos departamentos do nível central, o município “Lugar Comum” estava dividido em quatro Distritos Sanitários. Para cada distrito, existia um diretor geral, um diretor técnico, um diretor administrativo. Cada distrito reunia todos os equipamentos de seu território. Hum...será que se desenhavam aí mais quatro secretarias? Quanto mais perguntas fazia, mais “enigmas” percebia!

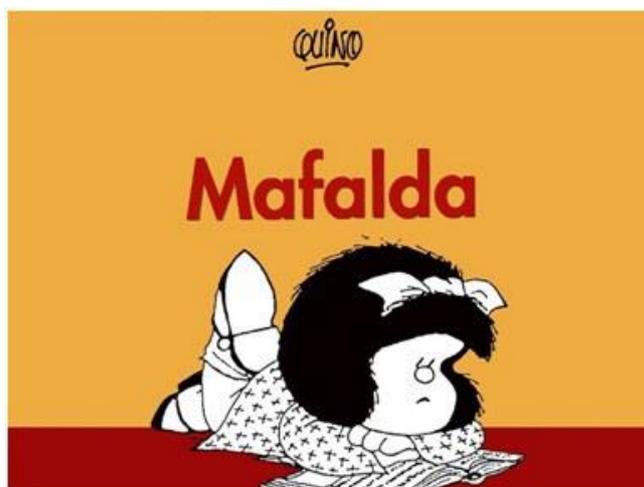


Foto 1: Personagem de Quino

Mexendo em seus livros, Miriam Susana encontrou o seguinte conto:

**DE CIMA PARA BAIXO – CONTO DE ARTUR AZEVEDO (apud COSTA, 2001)**

Naquele dia o ministro chegou de mau humor ao seu gabinete, e imediatamente mandou chamar o diretor-geral da Secretaria.

Este, como se movido fosse por uma pilha elétrica, estava, poucos instantes depois, em presença de Sua Excelência, que o recebeu com duas pedras na mão.

— Estou furioso! — exclamou o conselheiro; — por sua causa passei por uma vergonha diante de Sua Majestade o Imperador.

— Por minha causa? — perguntou o diretor-geral, abrindo muito os olhos e batendo nos peitos.

— O senhor mandou-me na pasta um decreto de nomeação sem o nome do funcionário nomeado!

— Que me está dizendo, Excelentíssimo?...

E o diretor-geral, que era tão passivo e humilde com os superiores, quão arrogante e autoritário com os subalternos, apanhou rapidamente no ar o decreto que o ministro lhe atirou, em risco de lhe bater na cara, e, depois de escanchar a luneta no nariz, confessou em voz sumida:

— É verdade! Passou-me! Não sei como isto foi...

— É imperdoável esta falta de cuidado! Deveriam merecer-lhe um pouco mais de atenção os atos que têm de ser submetidos à assinatura de Sua Majestade, principalmente agora que, como sabe, está doente o seu oficial-de-gabinete!

E, dando um murro sobre a mesa, o ministro prosseguiu:

— Por sua causa esteve iminente uma crise ministerial: ouvi palavras tão desagradáveis proferidas pelos augustos lábios de Sua Majestade, que dei a minha demissão!...

— Oh!...

— Sua Majestade não o aceitou...

— Naturalmente; fez Sua Majestade muito bem.

— Não a aceitou porque me considera muito, e sabe que a um ministro ocupado como eu é fácil escapar um decreto mal copiado.

— Peço mil perdões a Vossa Excelência — protestou o diretor-geral, terrivelmente impressionado pela palavra demissão. — O acúmulo de serviço fez com que me escapasse tão grave lacuna; mas afirmo a Vossa Excelência que de agora em diante hei de ter o maior cuidado em que se não reproduzam fatos desta natureza.

O ministro deu-lhe as costas e encolheu os ombros, dizendo:

— Bom! Mande reformar essa porcaria!

O diretor-geral saiu, fazendo muitas mesuras, e chegando no seu gabinete, mandou chamar o chefe da 3ª seção, que o encontrou fulo de cólera.

— Estou furioso! Por sua causa passei por uma vergonha diante do Sr. Ministro! — Por minha causa?

— O senhor mandou-me na pasta um decreto sem o nome do funcionário nomeado!

E atirou-lhe o papel, que caiu no chão.

O chefe da 3ª seção apanhou-o, atônito, e, depois de se certificar do erro, balbuciou:

— Queira Vossa Senhoria desculpar-me, Sr. Diretor... são coisas que acontecem... havia tanto serviço... e todo tão urgente!...

— O Sr. Ministro ficou, e com razão, exasperado! Tratou-me com toda a consideração, com toda a afabilidade, mas notei que estava fora de si!

— Não era caso para tanto.

— Não era caso para tanto? Pois olhe, Sua Excelência disse-me que eu devia suspender o chefe de seção que me mandou isto na pasta!

— Eu... Vossa Senhoria...

— Não o suspendo; limito-me a fazer-lhe uma simples advertência, de acordo com o regulamento.

— Eu... Vossa Senhoria.

— Não me responda! Não faça a menor observação! Retire-se, e mande reformar essa porcaria!

\*\*\*

O chefe da 3ª seção retirou-se confundido, e foi ter à mesa do amanuense que tão mal copiara o decreto:

— Estou furioso, Sr. Godinho! Por sua causa passei por uma vergonha diante do Sr. diretor-geral!

— Por minha causa?

— O senhor é um empregado inepto, desidioso, desmazelado, incorrigível! Este decreto não tem o nome do funcionário nomeado!

E atirou o papel, que bateu no peito do amanuense.

— Eu devia propor a sua suspensão por 15 dias ou um mês: limito-me a repreendê-lo, na forma do regulamento! O que eu teria ouvido, se o Sr. diretor-geral me não tratasse com tanto respeito e consideração!

— O expediente foi tanto, que não tive tempo de reler o que escrevi...

— Ainda o confessa!

— Fiei-me em que o Sr. chefe passasse os olhos...

— Cale-se!... Quem sabe se o senhor pretende ensinar-me quais sejam as minhas atribuições?!...

— Não, senhor, e peço-lhe que me perdoe esta falta...

— Cale-se, já lhe disse, e trate de reformar essa porcaria!...

\*\*\*

O amanuense obedeceu.

Acabado o serviço, tocou a campainha. Apareceu um contínuo.

— Por sua causa passei por uma vergonha diante do chefe da seção!

— Por minha causa?

— Sim, por sua causa! Se você ontem não tivesse levado tanto tempo a trazer-me o caderno de papel imperial que lhe pedi, não teria eu passado a limpo este decreto com tanta pressa que comi o nome do nomeado!

— Foi porque...

— Não se desculpe: você é um contínuo muito relaxado! Se o chefe não me considerasse tanto, eu estava suspenso, e a culpa seria sua! Retire-se!

— Mas...

— Retire-se, já lhe disse! E deve dar-se por muito feliz: eu poderia queixar-me de você!...

\*\*\*

O contínuo saiu dali, e foi vingar-se num servente preto, que cochilava num corredor da Secretaria.

— Estou furioso! Por sua causa passei pela vergonha de ser repreendido por um bigorrilhas!

— Por minha causa?

— Sim. Quando te mandei ontem buscar na portaria aquele caderno de papel imperial, por que te demoraste tanto?

— Porque...

— Cala a boca! Isto aqui é andar muito direitinho, entendes?

Porque, no dia em que eu me queixar de ti ao porteiro estás no olho da rua. Serventes não faltam!...

O preto não redargüiu.

\*\*\*

O pobre diabo não tinha ninguém abaixo de si, em quem pudesse desferrar-se da agressão do contínuo; entretanto, quando depois do jantar, sem vontade, no frege-moscas, entrou no pardieiro em que morava, deu um tremendo pontapé no seu cão.

O mísero animal, que vinha, alegre, dar-lhe as boas-vindas, grunhiu, grunhiu, grunhiu, e voltou a lambe-lhe humildemente os pés.

O cão pagou pelo servente, pelo contínuo, pelo amanuense, pelo chefe da seção, pelo diretor-geral e pelo ministro!...



Foto 2: Garfield e Odie

### **Atividade: Tempo de conversa para o grupo**

**Como é a dinâmica da secretaria de saúde ou serviço em que você trabalha? Rola essa cascata de gritos ou de estouros? Muita conversa ou pouca conversa? Muitas “eu-quipes” ou rola cooperação? Sempre, nunca ou só nos momentos difíceis? Muita fofoca? E a “rádio-peão” ou “rádio-corredor”?**

**Compartilhe conosco um dia de seu trabalho! Desafios, incômodos, amolações... Pense como e onde foram tomadas as mais recentes decisões...**

**Busque alguma forma de expressar como você enxerga a dinâmica da secretaria ou do serviço de saúde em que você trabalha. Pode ser sob a forma de teatro ou uma narrativa a respeito das questões apontadas ou outra forma de linguagem que o grupo considere interessante. Você pode gravar a atividade ou fotografar ou até mesmo desenhar. Depois relate a experiência no seu diário cartográfico.**

### **O DIA SEGUINTE DA MIRIAM SUZANA NA GESTÃO**

Dia seguinte, Miriam Suzana pensou em conversar com sua equipe. Reuniu a turma toda de novo e propôs que todos fizessem quatro pequenas listas pensando no trabalho do último mês e que anotassem:

- 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.

Todos se olharam espantados, mas foram à tarefa! Quando começaram a ler as respostas, a conversa pegou fogo! E foi longe!

Foi um ótimo modo de conhecer a todos e o trabalho. O que era importante para cada um, suas diferenças, as tensões, os conflitos, as coisas importantes que deveriam continuar, os absurdos que precisavam ser interrompidos, as disposições iniciais de cada um.

Essa é uma coisa bem importante: saber que a vida não começou no dia em que você chegou a uma organização! E que há vida inteligente sobre a Terra... e pessoas com compromisso e ideias... Este é um bom aprendizado: reconhecer nos locais o que há de interessante, inventivo e criativo acontecendo.

Sabendo que todo mundo faz gestão, Miriam Suzana pensou: temos que armar um arranjo que possibilite o máximo de conversa, o máximo de interações entre todos da gestão e entre a gestão e os trabalhadores.

### **Atividade:**

**Você conhece arranjos de secretaria que favorecem a conversa? Já participou de uma reunião desse tipo? Quer experimentar produzir uma?**

**E no lugar em que você atua? Como acontecem os encontros? Como são as relações?**

## A HORA DO CAFÉ E O CONVITE A ENTRAR NA DANÇA

Miriam Suzana deu continuidade a este processo de muito diálogo e reconhecimento do que estava acontecendo junto à sua equipe. Alguns ainda estavam sem saber o que exatamente ela queria com toda aquela conversa. Com o tempo, a equipe percebeu movimentos para ampliação das conexões entre o que cada um fazia.

Alguns trabalhadores, com seus projetos e responsabilidades, permaneceram cautelosos, observando; outros imediatamente sentiram a possibilidade de compartilhar responsabilidades e articular processos até então muito fragmentados. E como não poderia deixar de ser, outros trabalhadores estavam avessos a qualquer tipo de mudança, porque achavam que tudo estava muito acertado e combinado. Portanto, para que mudar?

Os movimentos se intensificaram, com muito trabalho a fazer, pois deslocar-se dos espaços confortáveis de cada um implicava em transformações, mudanças nos arranjos de gestão e nas conexões a serem estabelecidas. A essa altura, Miriam Suzana constituiu uma equipe ativadora para, ao mesmo tempo, ampliar olhares, escutas e capacidade de conexão, pois precisavam intensificar seus contatos e aproximações com os outros departamentos e também com os distritos de saúde e os trabalhadores.

Assim, inventaram uma oficina em cada distrito “Pensando o dia-a-dia de Lugar Comum”, em que os trabalhadores foram convidados a apresentar confortos e desconfortos de seu cotidiano.

As falas dos trabalhadores das unidades de saúde eram reveladoras. “A gente sente que a cada dia “ordens” e “apontamentos” são endereçados para as unidades de saúde operarem, mas nunca conseguimos combinar como fazer! Parece que a cada momento novas ações devem ser realizadas e que nada do que fazemos está certo!”

Epa! Como assim?

### **Atividade:**

**Já pensou nisso? Você pode contar alguma situação que ilustre esse tipo de tensão? Por que muitas vezes os trabalhadores não se sentem autores do seu cotidiano?**

Não sei se você percebeu, mas a proposta da Educação Permanente em movimento convida você a ser autor do seu processo de aprendizagem.

Na hora do café, Miriam Suzana e equipe ficaram em alerta com as falas dos trabalhadores. Sentiram que seriam necessárias mais conversas, muito mais conversas e mais conexões e cooperação entre a equipe de gestão do departamento e o conjunto de trabalhadores das unidades de saúde. Enfim, novos arranjos e novas dinâmicas de gestão precisavam ser inventados.

A imagem que os trabalhadores traziam de seu cotidiano micropolítico era mais ou menos assim (a Mafalda que o diga!):



Foto 3: Personagem de Quino

Como fazer? Quais dispositivos ativar? Que encontros produzir? Quais seriam as articulações necessárias? O que combinar? Como “armar” este processo?

Miriam Suzana tinha muitas ideias! Estava chegando de uma recente experiência de organização matricial da secretaria de saúde. E outras pessoas da equipe também já tinham vivido outras experiências de produção coletiva: isto poderia ajudar a produzir novos movimentos!

Interessante tudo isso. Apesar de estarem operando dentro do organograma “velho”, piramidal, vertical, etc., novas dinâmicas de encontros estavam sendo produzidas, abrindo novas possibilidades de construção. Ou seja, o organograma vertical potencialmente dificulta a produção de relações mais horizontais, mas não constitui um impedimento.

Claro que há muitos desafios pelo caminho de Miriam Suzana e sua equipe. Por que um departamento funcionando de um jeito tão diferente? Como o secretário e os diretores dos outros departamentos reagirão? Claro que isso também depende do modo como as aproximações com esses outros espaços forem produzidas.

Convite a entrar na dança, compondo novos movimentos ou afirmação de um jeito único e melhor de fazer as coisas andarem? Produção de vizinhança ou de competição? De qualquer maneira, dependendo do modo como se fazem os convites, é possível produzir uma festa!



Foto 4: Personagem de Quino

### Referências Imagens:

Foto 1: [https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&site=imghp&tbn=isch&source=hp&biw=1366&bih=643&q=mafalda&oq=mafalda&gs\\_l=img.1.0.0i10.1765.2917.0.4716.7.6.0.1.1.1.250.809.3j2j1.6.0...0.0..1ac.1.20.img.aOpQT9bFKDk#facrc=\\_&imgdii=\\_&imgrc=9B-MKeIIISW6NM%3A%3BSmGIAv-PxNz4MM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.mifondodepantallagratis.net%252Fcartoons%252Fwallpapers%252Fmafalda-02.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.meupapeldeparedegratis.net%252Fcartoons%252Fpages%252Fmafalda-02.asp%3B1024%3B768](https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&site=imghp&tbn=isch&source=hp&biw=1366&bih=643&q=mafalda&oq=mafalda&gs_l=img.1.0.0i10.1765.2917.0.4716.7.6.0.1.1.1.250.809.3j2j1.6.0...0.0..1ac.1.20.img.aOpQT9bFKDk#facrc=_&imgdii=_&imgrc=9B-MKeIIISW6NM%3A%3BSmGIAv-PxNz4MM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.mifondodepantallagratis.net%252Fcartoons%252Fwallpapers%252Fmafalda-02.jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.meupapeldeparedegratis.net%252Fcartoons%252Fpages%252Fmafalda-02.asp%3B1024%3B768)

Foto 2: [http://alinedesenhista.blogspot.com.br/2010/04/desenhos-novo-antigo-hoby\\_4401.html](http://alinedesenhista.blogspot.com.br/2010/04/desenhos-novo-antigo-hoby_4401.html)

Foto 3: [https://www.google.com.br/search?q=mafalda&tbn=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=EChQUqbiO-HB4AP-rIH0Dw&sqi=2&ved=0CDsOsAQ&biw=1366&bih=643&dpr=1#facrc=\\_&imgdii=\\_&imgrc=BKeE1SOG1ed3EM%3A%3BCde0e12UHGN9UM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.karmafilms.fr%252Fmedias%252Fimage%252FMafalda%252520bastacouleur\(1\).jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fbackground-pictures.feedio.net%252Fmafalda-homenajeada-en-alemania-c-mic-la-hora%252Ffotos.lahora.com.ec\\*cache\\*f3\\*f31\\*f31c\\*mafalda-homenajeada-en-alemania--20100924024445-f31c1a7a831d430d8c8e7c355f962894.jpg%252F%3B2700%3B3300](https://www.google.com.br/search?q=mafalda&tbn=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=EChQUqbiO-HB4AP-rIH0Dw&sqi=2&ved=0CDsOsAQ&biw=1366&bih=643&dpr=1#facrc=_&imgdii=_&imgrc=BKeE1SOG1ed3EM%3A%3BCde0e12UHGN9UM%3Bhttp%253A%252F%252Fwww.karmafilms.fr%252Fmedias%252Fimage%252FMafalda%252520bastacouleur(1).jpg%3Bhttp%253A%252F%252Fbackground-pictures.feedio.net%252Fmafalda-homenajeada-en-alemania-c-mic-la-hora%252Ffotos.lahora.com.ec*cache*f3*f31*f31c*mafalda-homenajeada-en-alemania--20100924024445-f31c1a7a831d430d8c8e7c355f962894.jpg%252F%3B2700%3B3300)

Foto 4: <http://www.google.com.br/imgres?imgurl=&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.culturamix.com%2Fhumor%2Ftirinhas%2Ftirinhas-mafalda&h=0&w=0&sz=1&tbnid=LxEqiTEZsF6F3M&tbnh=241&tbnw=209&zoom=1&docid=I9S4k1rjpDRkkM&ei=ENTtUZibL46c8wSq74DYBA&ved=0CAQQsCU>

### Bibliografia Consultada:

Bertussi, D.C. *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ/Faculdade de Medicina, 2010. 234 p.

Costa, F. M. (org.). *Os 100 melhores contos de humor da literatura universal*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001, p. 293.

## O APRENDER E O ENGENDRAMENTO DE UM NOVO CAMPO DE POSSIBILIDADES: OUTRAR-SE

*Conheci Daniel quando este dava entrada em uma internação pediátrica de um grande hospital. Ele apresentava uma desconhecida doença que afetava os dois olhos e estava progressivamente perdendo a visão. Embora tímido, conseguiu integrar-se rapidamente às diferentes ofertas da instituição, com especial apego às atividades da sala de recreação e da escola.*

*Enquanto a investigação clínica prosseguia, seu problema agravou-se e ele perdeu a visão. A partir de então, o comportamento de Daniel alterou-se. Parou de frequentar as atividades das quais mais gostava e se recusava a sair do quarto. Até fazer a proposta para a equipe de estabelecer um segredo: voltaria às atividades desde que ninguém contasse para outros pacientes que ele não enxergava.*

*Tal proposta não deixou de gerar na equipe certo desconforto. Discussões foram realizadas, posições diferentes sobre o assunto foram ouvidas: “o que significaria isso?”. Mas, por fim, os envolvidos conseguiram abrir-se para o que, para Daniel, era um simples e importante pedido: não comentem algo sobre mim que não quero que os outros saibam – embora fosse visível a sua atual condição.*

*Pactuado o “segredo”, Daniel voltou às atividades lúdico-pedagógicas e, enquanto os procedimentos clínicos prosseguiam, inclusive cirúrgicos, ele pôde experimentar o encontro com a música. Como experienciava o mundo sem um dos sentidos, esta oferta fez muito sentido para ele. Tanto que surpreendeu a equipe ao superar a timidez e se oferecer para tocar em uma festa da instituição. Mas o segredo se mantinha...*

*E chega o dia da festa. Equipe, familiares e pacientes aglomeram-se. Daniel estava ao teclado, sendo apresentado. Mas antes que a fala da “apresentadora” terminasse, ele levantou, puxou sua manga e sussurrou: “Ei, não esquece de dizer que sou cego!”*

### **Para refletir**

***Em que esta cena permite olhar a maneira como as pessoas produzem os significados para a sua vida?***

Podemos acompanhar na história de Daniel a construção de *suas* novas formas de interagir no mundo. De início, eram receosas, mas depois passaram a ser cada vez mais criativas, até que a própria condição imposta pela doença pôde libertar-se do segredo, não para ser vivida com resignação, mas para ser assumida e afirmada como uma condição que *pode* significar *outras coisas* além de uma deficiência, dentre elas, a capacidade de aprender e desenvolver talentos antes desconhecidos.

Sua história contribui para o entendimento das possibilidades criativas da composição de territórios para o acolhimento ativo do processo saúde-doença, sem a perda da invenção da vida. Quando o mundo conhecido perdeu sentido para Daniel, ele elaborou sua primeira possibilidade de lidar com isso – a pactuação do seu segredo. O contato com novas formas de se relacionar com o mundo, particularmente a música, mostrou ter potência para agenciar a emergência em Daniel de um *novo corpo* e de novas formas de viver e relacionar-se, nas quais o segredo não mais era necessário.

A aprendizagem em si mesma, produção de diferença-em-nós, ao mesmo tempo em que nos possibilita (re)conhecer o mundo à nossa volta, engendra um outro mundo de possíveis, onde podem existir outras

línguas, outras pessoas e outros saberes. Ou seja: *pelo aprendizado o eu se engendra* (Serres, 1993). E, assim, as aprendizagens podem criar um espaço/campo de potências, de virtualidades.

## ENGENDRANDO NOVOS CAMPOS DE POSSIBILIDADES

O que você pensa que pode ter sido fundamental no processo de construção do novo campo de possibilidades de [Daniel](#)? O papel da equipe foi propositalmente pouco narrado, como convite para você imaginar como poderia ter sido essa participação e como esse caso lhe afetaria se você compusesse essa equipe cuidadora. A partir dessa afetação, produza narrativas para a mesma em seu diário cartográfico. É possível falar da presença de uma educação na saúde que escute a vida das pessoas e que agence encontros promotores dessa vida?

### O que *pode* a educação na saúde?

Aqui, pediremos licença para expandir um pouco o que convenciamos chamar de ‘educação na saúde’, remetendo esta expressão a todas oportunidades de produção de saberes que ocorrem nos encontros entre os trabalhadores e usuários, mas também entre os próprios trabalhadores da saúde. Uma educação na saúde assim teria que contaminar outros espaços e práticas institucionais, convidando-os a lidar com as pessoas de uma forma inventiva com a vida individual e com a vida no mundo.

Os espaços de produção da saúde são essencialmente espaços de novos encontros, *afetos*, rupturas... reativação de marcas. Como nos conta Rolnik (1993, p.242), marcas seriam os estados inéditos produzidos no nosso corpo, a partir das composições que vamos vivendo. Ocorrem nas relações do plano invisível, quando algo, ao entrar em contato com a nossa consistência subjetiva atual, provoca uma desestabilização, desmanchando seus contornos, instaurando uma abertura...

Trata-se exatamente a oportunidade para a produção de novos planos inventivos de vida. Mas será que aproveitamos essa potência?

**Pensemos nos usuários dos nossos serviços... quando, por exemplo, um hipertenso nos procura sem estar realizando o controle da doença, sem tomar corretamente os remédios, sem fazer adequadamente a dieta... o que escutamos e nos dispomos a aprender com ele, para que algo possa ser construído junto conosco e que esse algo possa auxiliar no engendramento de novos planos de vida para essa pessoa? Que tipo de ofertas fazemos? Essas ofertas são baseadas em quê? São potentes?**

**Observe como ocorre a rotina do cuidado com esses usuários no local onde você trabalha. Tente responder às questões anteriores, reflita e produza um pequeno texto reflexivo em seu diário cartográfico.**

Podemos observar que, muitas vezes, encontramos nas ações de educação em saúde específicas e nas diferentes aprendizagens que sempre ocorrem nos encontros entre trabalhadores da saúde e usuários e

trabalhadores da saúde entre si a expressão de um conjunto organizado de regras e procedimentos que constituiriam o mapa, roteiro ou o método de como manter, promover e recuperar a saúde.

**Será que não é possível investir na construção de uma outra relação com as normas e as prescrições, fazendo surgir um espaço diferenciado de escuta e construção de si?**



O mapa do Macarrão da Mafalda

Poderíamos, então, perguntar se não seria possível que os encontros fossem guiados pela ideia de que o mapa (como um roteiro pré-formatado sobre quais caminhos seguir) poderia em muitos momentos se tornar obsoleto se a proposta fosse a de cartografar o caminho e abrir-se para uma expedição de descobertas e invenções inéditas e singulares de si e do outro. *Ousando ir além do visível*, apelando para o *corpo vibrátil* e se colocando à escuta dos processos de construção e desconstrução de si. (*idem*).

### **O corpo vibrátil reverbera os afetos em relação aos movimentos do desejo**

E aí inclui-se o trabalhador de saúde e o usuário, nos casos das relações de cuidado, e os próprios trabalhadores entre si, nos seus movimentos de educação continuada e/ou permanente. Não se trata de rasgar os mapas, mas de deixá-los em alguns momentos na mochila.

**Quando você está realizando seu trabalho, consegue se imaginar mais como alguém que segue um mapa (que não precisa existir fisicamente) ou como alguém que, com alguma bagagem, é claro, se embrenha em uma aventura com lápis e papel na mão, para ir desenhando pelo caminho, atento e aberto ao novo, o desconhecido?**

### **Agenciando o outro em nós: *outrar-se***

A ideia é a de abrir o diálogo sobre o agenciamento de processos de aprendizagens nos encontros que visam ao cuidado em saúde que possam ter a possibilidade de um aventurar-se por outros continentes, que se abram e ambicionem a constituição de outros territórios e o apagamento e produção de novas fronteiras. Que desejem o engendramento de outras saúdes, singulares –, e a produção de novos jeitos de se estar no mundo. Realizar esta educação na saúde é construir conhecimento de forma inseparável da invenção de si, reconhecendo outras “saúdes” que não se caracterizam pela superação de uma determinada doença, mas pela manutenção, valorização, promoção e *invenção* dos processos que constituem a *vida* e o *viver*.

Aposta-se, assim, em encontros entre os trabalhadores de Saúde, e entre os trabalhadores de saúde e os usuários, que possam promover cada vez mais possibilidades de produção de um *outramento* em si em quem deles participa. Que esses tenham potência para abrir planos de experimentação, agenciando outras saúdes e possibilidades de vidas outras, afetadas pelo movimento sempre inevitável ao andar de quaisquer vida. Pensar a educação na saúde e a saúde como capacidade de *outrar-se*, ou seja, capacidade de descobrir/produzir/acolher outros dentro de nós mesmos, instiga nossa capacidade de criação, de desbravamento, de curiosidade diante do mundo, ativando nossa potência diante da vida.

O poeta Fernando Pessoa com sua heteronímia mostra essa experiência de se fazer outro ao criar personagens fictícios e adotar várias personalidades na criação de sua obra. A experimentação do *eu como um outro*, uma singularidade múltipla, habita os vários personagens criados pelo artista.

*Eu queria ter o tempo e o sossego suficientes*

*Para não pensar em coisa nenhuma,*

*Para nem me sentir viver,*

*Para só saber de mim nos olhos dos outros, refletido.*

(Alberto Caeiro, heterônimo de Fernando Pessoa)

### **Outros em mim... *outrar-se***

Convidamos para assistir esse vídeo apontado no link a seguir <<http://www.youtube.com/watch?v=8Skt-JajKg8>> e a refletir sobre estas questões:

No seu trabalho cotidiano, você consegue identificar movimentos que investem na produção de um novo campo de possibilidades/virtualidades para as pessoas? Haveria práticas a serem potencializadas, na perspectiva de se promover o engendramento de novos modos de estar e de se relacionar com o mundo? Convidamos você a produzir em seu diário cartográfico reflexões sobre esse tema.

---

### **Bibliografia consultada:**

CECCIN, R.; CARVALHO, P. (Org.). *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre: Editora da Universidade (UFRGS), 1997.

Kulpa, S. *Entre a cura e a morte, a vida: cartografia de um encontro entre saúde e educação* – Porto Alegre: UFRGS, 2001 (Dissertação de mestrado).

ROLNIK, Suely. *Cartografia Sentimental* – Transformações contemporâneas do desejo. 1. ed. São Paulo: Estação Liberdade, 1989

ROLNIK, S. *Pensamento corpo e devir* – Uma perspectiva ético estético política no trabalho acadêmico. In: *Cadernos de Subjetividade*. v. 1, n. 2, p. 241-251 set/fev 1993, São Paulo. Editora da Universidade PUC-SP

SERRES, Michel. *Criar*. In: SERRES, Michel. *Filosofia Mestiça*. (Trad. M<sup>a</sup> Ignez Duque Estrada). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993, p. 9-44, 1993.

## **TERRITÓRIOS DE VULNERABILIDADE E EXCLUSÃO SOCIAL UMA NARRATIVA**

### **O território**

A Unidade prisional feminina é um lugar insalubre, onde não há cuidados com a higiene. Embora possua capacidade para 40 internas, há 120 mulheres encarceradas, de diferentes faixas etárias. A superlotação carcerária contribui para tornar o lugar cada vez mais caótico.

### **A sexualidade**

Não há cuidado nem respeito com as questões ligadas à sexualidade. As visitas íntimas são realizadas nos salões coletivos, um lugar quente e sem a menor privacidade. As internas usam lençóis para fazer cabanas nas camas beliche. Enquanto umas recebem visita, as outras aguardam no pátio tomando sol. Todos, de funcionários do presídio a colegas de cela, sabem o que elas estão fazendo.

### **A ação**

A ideia inicial para se realizarem atividades de educação em saúde voltadas à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis surgiu a partir da análise da ação de disponibilização de preservativos para as internas. A entrega desse insumo de prevenção era feita pela equipe do programa DST/AIDS diretamente à enfermeira da unidade prisional que os repassava para as mulheres, porém sem nenhuma ação educativa no momento dessa entrega.

### **O encontro**

O primeiro contato com as mulheres ocorreu de forma semelhante a qualquer encontro com o novo, ou seja, havia um clima composto por ansiedade, curiosidade e dúvidas. Encontramos diversos tipos de vulnerabilidades e diversas formas de se lidar com elas. Cada interna que ali estava apresentava sua própria maneira de encarar as adversidades presentes naquele território. Nos encontros seguintes, outros elementos foram se incorporando à cena, constituindo momentos ricos em narrativas e percepções que propiciaram diferentes formas de se pensar a respeito dos processos de intervenção, valorizando cada vez mais a participação do sujeito no planejamento e no desenvolvimento da ação. A complexidade das contribuições trazidas pelos sujeitos nos encontros produziu afetos e descontentamentos e nos convidou a ampliar o campo de visão no sentido de enxergarmos e experimentarmos diferentes formas para produzirmos mudanças nos processos de trabalho e na educação em saúde.

As ofertas aqui elencadas fazem parte da agenda de atividades dos programas de Aids para atuar junto a população prisional. “A grande sacada dos trabalhos no campo da prevenção é que os encontros com os outros em diferentes territórios se traduziram em aprendizado, acrescido de um sentimento de reconhecimento do outro durante esses encontros”, diz uma trabalhadora da saúde que foi realizar uma atividade no presídio feminino. “A forma como os sujeitos lidam com as adversidades, enxergam e captam as possibilidades de amenizar os problemas existentes em seus territórios nos impulsiona a utilizar outras ferramentas”, reforça.

A ação teve como objetivo principal levar informações de educação e promoção da saúde, estimulando o acolhimento e o atendimento diferenciados. Também garantiu a escuta qualificada para que as mulheres que ali estavam pudessem expressar seus saberes e dúvidas sobre questões de saúde.

## As oficinas

Algumas das oficinas foram modificadas no momento da execução levando-se em consideração o momento de cada uma das internas e as sugestões trazidas por elas. Como exemplo, é possível citar uma atividade que inicialmente seria uma roda de conversa, mas, ao percebermos que naquele dia as participantes não queriam falar, sugerimos que fizessem desenhos, recortes de revistas para colar nas cartolinas de maneira a utilizá-las como forma de expressão. Convém lembrar que como no presídio há restrições com relação ao uso de tesouras e de qualquer objeto perfuro-cortante, é preciso utilizar a criatividade e as ferramentas disponíveis e permitidas em diferentes espaços. Assim, as folhas foram rasgadas e coladas. Além disso, por diversas vezes, as rodas de conversas foram realizadas em uma mesa de cimento no pátio, rodeada por alguns bancos fixos. Assim, a dificuldade em deslocar esses móveis para outra sala onde pudéssemos dispor as cadeiras em círculo demandava trabalho para os agentes penitenciários que, por diversas vezes, demonstraram resistência em produzir mudanças na rotina diária. Da mesma forma, os funcionários também não reconheciam a importância da ação.

Os temas discutidos com as internas do presídio tiveram como foco a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. O momento foi propício para esclarecer várias dúvidas e solicitar que elas fizessem o repasse das informações para os parceiros e parceiras no sentido de ampliar os cuidados com a saúde de ambos.

## O acolhimento individual

Este foi feito na sala da coordenação, único lugar onde há privacidade para conversar. Para fazer o teste de detecção da presença ou não do vírus HIV, as internas poderiam se deslocar até o Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA. Eu imaginava que uma saída do presídio para realizar atividades externas poderia ser interessante por conta da oportunidade de elas saírem daquele ambiente hostil e insalubre. Assim, fizemos a proposta de levá-las para o espaço físico dos serviços uma vez que as internas são cidadãs usuárias como quaisquer outras. Porém, o peso da realidade vivida por elas é diferente, conforme constatado nos relatos:

*M. F. S, 29 anos, quando eu saio daqui com aquelas algemas que parecem ser bem maior do que são, as pessoas me olham e me presenteiam com os rótulos de criminosa e assassina, isso me incomoda muito, eu fico constrangida por não ser vista como um ser humano. Por isso prefiro ficar aqui mesmo isolada.*

*R.J.O. 45 anos, eu não sou assassina, não sou ladra nem sou traficante, eu estou aqui por amor. “Como assim?” É o que todos me perguntam quando faço essa afirmação. Meu companheiro está na Casa de Detenção e durante a visita, os policiais encontraram a maconha que eu estava levando para ele. Eu sabia das consequências, mas naquele momento o que o meu homem mais queria era o bagulho, e pra mim que estava livre e apaixonada, o que eu tinha que fazer era realizar o desejo dele. Mas ninguém entende isso, e acha que somos todas delinquentes.*

Vale ressaltar que essas perguntas não foram feitas, mas foram trazidas livremente durante as conversas individuais. O que queríamos era saber sobre os cuidados com a saúde. Porém, esta ocasião tratava-se de um momento de escuta no qual as mulheres traziam suas histórias, tristezas, alegrias, desejos, sonhos e decepções. Se a proposta era a de fazer um acolhimento, essa escuta se deu tomando-se o cuidado para que os relatos trazidos pelas internas não fossem interrompidos. Aprendi com um gestor que “às vezes, o que a pessoa necessita em dado momento é somente de alguém que a ouça com atenção e sem interromper a sua narrativa”. Ele usou essa frase para defender a ideia de acolhimento humanizado. Daí, pensei que não era necessário ser profissional da área da saúde para se promover o acolhimento. Essa é uma ação relevante que pode ser realizada por profissionais de qualquer área, desde que estejam sensibilizados, comprometidos e implicados para fazê-lo com qualidade.

Nos trabalhos de educação em saúde, fica visível a necessidade de se utilizarem estratégias com o objetivo de se promover um deslocamento para os lugares onde estão os atores. É lá que se produz vida e onde há

diferentes dispositivos que povoam o cenário. Esses dispositivos podem ser trazidos à baila para que as ações do território sejam enriquecidas.

O tratamento que foi dado àquelas mulheres que estavam passando por diferentes processos de vulnerabilidades, certamente, produziu sentido às suas vidas e à de quem esteve presente naqueles encontros.

### **Para refletir**

O que podemos explorar do texto em cena no território? Como ele afetou você?

Como lidamos com situações com alto grau de vulnerabilidade e com modos de existência de quase completa exclusão e preconceito?

Registre no seu diário cartográfico.

## UM MERGULHO NO MUNDO DO TRABALHO EM SAÚDE

Convidamos você a um mergulho no universo do trabalho em saúde a partir da sua própria experiência.

- Pense no último dia em que você trabalhou.
- Como você classificaria este dia? Bom, ruim, mais ou menos...
- Quais as atividades que você realizou? Assistenciais, gerenciais ...
- As atividades que você desenvolveu, foram realizadas sozinho(a)

Faça suas anotações e vamos ao debate

Nas suas respostas, algo comum aparece? Você consegue perceber que em todas as suas atividades você não estava só?

Percebemos que no trabalho em saúde nunca estamos sozinhos, pois o trabalho em saúde sempre se faz no encontro entre trabalhador/trabalhador e usuário/trabalhador. E é exatamente em uma observação mais atenta sobre o ato do encontro, ou seja, aquilo que ocorre no entre, no espaço produzido entre o trabalhador e o usuário, que convidamos você a mergulhar.

- Como você descreve este espaço estabelecido no seu encontro com o usuário?

### Olhares possíveis

**Tomando o seu olhar como um usuário desses serviços, lembre-se de um momento bem marcante.**

**O que você experimentou, o que sentiu em relação à forma como você foi atendido?**

**Quais as pessoas que estavam envolvidas nesse atendimento?**

**Como você gostaria de ter sido atendido?**

**Você se sentiu cuidado?**

**A partir de sua experiência em ser cuidado por alguém, como você descreve o que é um bom cuidado?**

**Quais as principais características que ela deve ter?**

**Quem são as pessoas que estão envolvidas?**

Vamos buscar alguns elementos que nos auxiliem neste mergulho, identificando aquilo que é produzido, produto e consumo do trabalho em saúde?

Vamos começar examinando o que os trabalhadores levam quando vão ao encontro do usuário, assim como os elementos que os usuários trazem consigo quando buscam o serviço de saúde.

Trago Comigo: dúvidas o conhecimento sobre mim; dor; medo; desejo de ser atendida(o)....

Tenho comigo: estetoscópio; receituário; dúvidas; CID-10; escuta; diálogo; desejo de atender bem...



No encontro anteriormente descrito, percebemos que ambos possuem desejos de algo, buscam neste encontro coisas em comum, portam conhecimentos que serão utilizados no momento deste encontro. Ilustramos essa ideia com um caso que apresenta forte componente de disputa pelo projeto terapêutico. No [caso de “M”](#), fica claro que durante o encontro vários elementos são acionados, gerando, além da disputa pelo que se considera que deve ser feito, o plano terapêutico. Porém outras coisas passam a ser evidenciadas também.

O que levamos para os encontros?  
Você consegue fazer uma lista?  
Do que você listou, o que não pode faltar?

Os encontros entre trabalhadores e usuários são vistos, sentidos, pensados, planejados e recheados de afetos. Trata-se de sentimentos que vão surgindo quando estamos nestes encontros e que atravessam as nossas ações: ideias, pensamento, planejamento, juízo de valor sobre o sistema de saúde e o serviço público, sobre a pessoa que cuidamos e o que escolhemos ser melhor para o usuário e para os trabalhadores, entre outros elementos.

Como podemos perceber, o cotidiano do trabalho em saúde é realizado por muitos protagonistas, que portam saberes e desejos sobre o que pode ser produzido.

No mundo do trabalho, a produção dos encontros provoca conexões, abre-se para os nossos desejos, nossos atos e nossas implicações. Empregamos diferentes saberes durante a produção do trabalho [\[R1\]](#) em saúde. Saberes que são materializados em instrumentos, como o estetoscópio e os protocolos que os profissionais levam para o encontro em sua caixa de ferramentas, mas também saberes sobre o modo como organizamos a vida, elemento que também faz parte da caixa de ferramentas [\[R2\]](#) tanto do profissional como do usuário.

“Eu precisava de ficar pregado nas coisas vegetalmente e achar o que não procurava”

Manoel de Barros

O que acontece com tudo aquilo que produzimos durante o encontro com o usuário?

**Se as tecnologias leves são produzidas no ato, no processo de trabalho, seria possível identificá-las? Você teria alguma sugestão para fazer isso?**

- Então, o usuário tem saber?
- Mas qual saber?
- O que fazer com este saber?
- Para que serve este saber?



**Você consegue lembrar-se de momentos que você viveu na ação em saúde, nos quais o trabalho vivo estava presente???**

*Inserir hiperlink nos termos trabalho vivo e tecnologias leves com o texto [“Novo olhar sobre as tecnologias ...”](#) em Outras Ofertas - artigos.*

Essas conexões permanentes entre diferentes sujeitos desenham aquilo que Emerson Merhy (2004) nomeia como trabalho vivo em ato

O trabalho vivo possui uma dinâmica com grandes doses de tecnologia leve e é consumido no mesmo instante em que é realizado. A dinâmica do trabalho vivo, atuando no trabalho em saúde, vai nos revelando um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva (MERHY, 2002).

O trabalho vivo revela um movimento inventivo em pequenas ações. Podemos pensar no manejo durante uma consulta, na qual algo que fazemos passa a ter um significado e uma importância na condução do encontro com o usuário. Ou no gesto do usuário que nos possibilita identificar outras formas de aproximação com este usuário as quais ainda não havíamos percebido.

Essa criação se dá a partir desse encontro que é sempre singular. O trabalho é vivo e, em ato, jamais é generalizável. Assim, o que se processa nesse encontro revela a sua potência criativa, a sua capacidade de se inventar e re-inventar e, conseqüentemente, de se produzir e de se apostar sempre em novas possibilidades de se estar na vida.

### **O que os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde?**

Podemos então dizer que o trabalho em saúde se dá com base nos encontros entre trabalhadores e usuários e do uso das tecnologias que são incorporadas neste processo. Falamos aqui de conexões presentes e permanentes entre os diferentes sujeitos e que são produzidas em diferentes dimensões: operativas, políticas, comunicacionais, simbólicas, subjetivas. Estas conexões formam uma complexa trama de relações nas quais as ações do trabalho em saúde são desenhadas e sustentadas. Ações essas que podem ocorrer em parceria com outros trabalhadores ou de forma uni profissional.

### **Comida**[\[1\]](#)

#### [Titãs](#)

<b>Bebida é água! Comida é pasto!</b>	<b>A gente não quer só comida</b>
<b>Você tem sede de que?</b>	<b>A gente quer comida</b>
<b>Você tem fome de que?...</b>	<b>Diversão e arte</b>
<b>A gente não quer só comida</b>	<b>A gente não quer só comida</b>
<b>A gente quer comida</b>	<b>A gente quer saída</b>
<b>Diversão e arte</b>	<b>Para qualquer parte...</b>
<b>A gente não quer só comida</b>	<b>A gente não quer só comida</b>
<b>A gente quer saída</b>	<b>A gente quer bebida</b>
<b>Para qualquer parte...</b>	<b>Diversão, balé</b>
<b>A gente não quer só comida</b>	<b>A gente não quer só comida</b>
<b>A gente quer bebida</b>	<b>A gente quer a vida</b>
<b>Diversão, balé</b>	<b>Como a vida quer...</b>
<b>A gente não quer só comida</b>	<b>A gente não quer só comer</b>
<b>A gente quer a vida</b>	<b>A gente quer comer</b>
<b>Como a vida quer...</b>	<b>E quer fazer amor</b>
<b>Bebida é água!</b>	<b>A gente não quer só comer</b>
<b>Comida é pasto!</b>	<b>A gente quer prazer</b>
<b>Você tem sede de que?</b>	<b>Pra aliviar a dor...</b>
<b>Você tem fome de que?...</b>	<b>A gente não quer</b>
<b>A gente não quer só comer</b>	<b>Só dinheiro</b>
<b>A gente quer comer</b>	<b>A gente quer dinheiro</b>
<b>E quer fazer amor</b>	<b>E felicidade</b>
<b>A gente não quer só comer</b>	<b>A gente não quer</b>
	<b>Só dinheiro</b>

**A gente quer prazer  
Pra aliviar a dor...**

**A gente não quer  
Só dinheiro  
A gente quer dinheiro  
E felicidade  
A gente não quer  
Só dinheiro  
A gente quer inteiro  
E não pela metade...**

**Bebida é água! Comida é pasto!  
Você tem sede de que?  
Você tem fome de que?...**

**A gente quer inteiro  
E não pela metade...**

**Diversão e arte  
Para qualquer parte  
Diversão, balé  
Como a vida quer  
Desejo, necessidade, vontade  
Necessidade, desejo, eh!  
Necessidade, vontade, eh!  
  
Necessidade...**

Então... Atuamos nesse “entre” do encontro, para além da doença, do órgão e do corpo doente, mas com algo que se passa no plano do sensível, que é afetivo. Algo que conhecemos muito bem quando estamos diante de um usuário. São várias as sensações que nos invadem; algumas conseguimos descrever, outras não. E mesmo que existam aquelas que nem conseguimos identificar, todas fazem parte do processo que se estabelece no trabalho em saúde.

Processos que, diante do que vivemos no cotidiano, ganham outros significados. Podem ocorrer distanciamentos das histórias de vida, das emoções, dos sentimentos e das condições sociais das pessoas que traduzem possibilidades distintas de adoecer e de manter a saúde. Desta forma, o trabalho em saúde pode ficar restrito a procedimentos técnicos, à solicitação e análise de exames, à prescrição de medicamentos etc., nos colocando algumas questões.



Atividades:

- No ato do trabalho produzo, amplio ou reduzo as formas escolhidas pelos usuários para conduzirem suas vidas?
- Convido o usuário que traz seus pedidos a pensar sobre sua vida, sobre seu projeto terapêutico?
- Afinal, como me reconheço na relação com o outro?

**Existem variações, diferenças, fatores intervenientes nesse cenário? Quais?**

Considerar o trabalho em saúde em suas subjetividades é reconhecer as singularidades em jogo no encontro entre trabalhador e usuário. Incluir a subjetividade de cada um no projeto terapêutico possibilita incluir outras dimensões que podem estar relacionadas à forma como traçamos nossos caminhos em nossas vidas. Falar dessas dimensões é trazer para a cena os processos de subjetivação, aquilo que é produzido no “entre” do encontro.

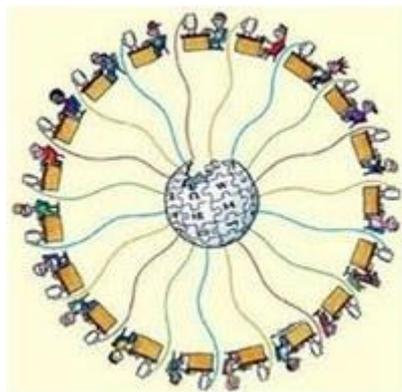
Meu fado é de não entender  
quase tudo.  
Sobre o nada eu tenho  
Profundidades.  
Manoel de Barros

Os processos de subjetividade nos diferenciam e nos singularizam, mas também nos aproximam e nos identificam como pertencentes a um coletivo. É interessante pensar que somos diferentes, justamente por sermos iguais, pois aquilo que me produz como sujeito único é, ao mesmo tempo, o que me coloca pertencente a um coletivo, já que a condição das nossas diferenças é exatamente aquilo que nos qualifica como iguais. A subjetividade no trabalho em saúde ganha destaque na medida em que reconhecemos que o trabalho em saúde não opera somente sobre o corpo, mas que há outros elementos em produção no encontro.

### **Subjetividade em cena: Movimento contínuo – Vida em produção**

A subjetividade opera um modo próprio e específico de ser e atuar no mundo e em relação com os demais elementos que circulam no encontro. E ela é dinâmica, é efeito, muda de acordo com as experiências de cada um, é afetada pelos valores e cultura, mas também as produz.

Ela é produzida socialmente e nunca está acabada. Em ato, a subjetividade é produzida e passa pela fabricação de modos de ser em série. Isso que observamos na nossa vida diária, que se expressa no mesmo modo de vestir, por exemplo; que passa por contínua homogeneização dos comportamentos e pela criação e demonstração de processos de liberação de vida, de singularização, revelando uma construção perene.



De fato, estamos diante de uma perspectiva que trata de micropolítica, pois, segundo alguns autores como Guattari e Rolnik (2010), falar em micropolítica é “*uma forma de tentar mudar o mundo e as coordenadas dominantes*”. A micropolítica tem relação com a produção do desejo e com os processos de subjetivação, sempre coletivos, que se desencadeiam nas mais diversas relações em distintas instituições.

Micropolítica é a “arte ou ciência de governar” que cada um tem em espaços como seus próprios espaços de trabalho, relações, enfim de vida.

Só quem está em estado  
de palavra pode  
enxergar as coisas sem feito  
Manoel de Barros

A sociedade produz subjetividade, e esta também é produzida pela mídia, pelas instituições e pelos equipamentos coletivos, repercutindo no processo de trabalho de saúde, na sua prática, no desejo, nos processos interacionais com seus pares e os usuários. No trabalho em saúde, assim como na vida, produzimos encontros como forma de estar no mundo e o fazemos de acordo com o que consideramos ser mais adequado aos nossos interesses e desejos. Por exemplo, ofertar cuidado para as necessidades de saúde dos usuários e ao mesmo tempo as necessidades do trabalhador de saúde.



### **Subjetividade, processo de trabalho e desejo**

Para além da necessidade de saúde, outro elemento marca o encontro produzido no trabalho em saúde, mais do que isso, movimenta o ato do trabalho vivo. Estamos nos referindo ao desejo, aquilo que nos impulsiona a buscar, a querer tentar mudar o mundo. O desejo emerge na cena do trabalho em saúde como elemento intenso que impulsiona o cuidado, a ação para a produção no trabalho, produzidas, inventadas pelos trabalhadores, pelos usuários, no “entre” desta relação.

Assim, partimos da ideia de que denominamos desejo como sendo todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar e, por que não, como força que temos no trabalho. Trata-se de uma forma para a busca de prazer no trabalho, de produção, invenção e criação do novo, do que não está instituído.

Em contraposição a esta ideia, nos deparamos com a construção histórica do imaginário de que a qualidade do cuidado em saúde está vinculada ao uso das tecnologias duras e leve-duras, isto é, equipamentos e conhecimento especializado, normatizado que opera sobre o corpo, estruturando processos produtivos centrados no instrumental como forma de garantir maior produção de procedimentos. Entretanto, o espaço da micropolítica é múltiplo, é o “lugar” de construção de novos arranjos e possibilidades de se identificarem as necessidades de saúde. Para isso, o trabalhador deverá incluir, no encontro com o usuário, a escuta. A possibilidade para o estabelecimento de vínculo, de laços de confiança, que amplie a racionalidade que orienta a prática e inclua a subjetividade envolvida no trabalho em suas diversas dimensões.

No processo relacional que se estabelece (ou não) entre o usuário e o trabalhador de saúde, as subjetividades operam intensamente. Isso se dá por meio do modo próprio e específico de ser e atuar no mundo de cada um o que envolve a forma como se constituem em função dos valores e da cultura que acumulam e se estabelecem

ao longo da vida, elementos que transformam os sujeitos dinamicamente de acordo com as experiências de cada um.

### **Você consegue identificar desejos no processo de trabalho em saúde?**

#### **Produção em ato: o processo de subjetivação e o encontro**

Assim, pensamos na lógica de construir uma maquinaria que auxilie na análise e composição do trabalho em saúde.

Quais os elementos que você incluiria na sua caixa de ferramentas?

Para tanto, destacamos a importância do entendimento acerca do que acontece no momento do encontro com o usuário, com a dinâmica e com os afetos que são produzidos, com a subjetividade e os aspectos relacionais presentes nesta prática.

Neste espaço de consumo/produção de encontro indissociável do trabalhador com o usuário, temos que considerar que, de fato, existe um encontro de subjetividades: a do usuário e a dos trabalhadores. Nesse cenário, as decisões dos trabalhadores não têm como serem somente objetivas e despossuídas de subjetividade, ou seja, daquilo que somos e que nos faz diferentes. Imagina-se que os trabalhadores orientados por referenciais puramente “científicos” atuariam com "neutralidade" e sempre da mesma maneira com qualquer "paciente". Porém, as coisas não se dão bem assim.

No encontro entre trabalhador e o usuário, nenhum dos atores se desfaz da história de vida, das relações compartilhadas anteriormente, dos saberes acumulados, da cultura, enfim, inúmeros fatores que determinam seu modo próprio de ver e atuar no mundo.



**Trabalhadores da saúde não são máquinas.**

**Como é cuidar? É possível fazê-lo sempre do mesmo jeito?**

Os modos de ser e estar no mundo do trabalhador e do usuário podem influenciar um ao outro mutuamente. No encontro, os argumentos do outro podem ser assimiláveis ou não, podem entrar em você e você passa a ser de outro jeito, pois você agora é um novo modo de ver o mundo (BADUY, 2010). É como se essa relação que se estabelece para a produção do cuidado criasse uma situação em que um afeta o outro com toda a carga de subjetividade que tem, permeando o processo de trabalho no exato momento em que se produz o cuidado.

O encontro estabelecido entre usuário e trabalhador é o que marca as ações e atividades deste tipo de trabalho. Portanto, é a partir do encontro que o trabalho em saúde acontece. Os saberes convocam não só o conhecimento técnico científico, mas outros que exigem do trabalhador a escuta atenta, por exemplo. O que se estabelece no encontro entre aquele(s) que demanda(m) um pedido e aquele(s) a quem esse pedido é endereçado.

A partir desse encontro, podemos ampliar a força e a potência presentes entre trabalhador e usuário. Ou podemos reduzi-la. Eis um movimento que afeta quem pede e a quem o pedido é direcionado.

Neste momento, há muitos saberes, querereres, dizeres em jogo. Embora cada protagonista vá para o encontro com alguns saberes prévios (por exemplo, sobre o seu sofrimento, sua doença, sobre o modo de diagnosticar, de tratar), é somente no ato do encontro que saberemos qual será a potência do mesmo, sua capacidade de criação e de produção de um cuidado, que pode estar centrado em uma ética de afirmação da vida ou ter uma baixa capacidade nesta direção, com um olhar só para a doença, reduzindo-o próprio viver.

**Quando temos um olhar só para a doença, produzimos uma relação**

**mais centrada nas tecnologias leve-duras e duras.**

**Orientados de**

**acordo com os protocolos, adotamos uma atitude educada, clara e**

**muito centrada nas objetividades dos procedimentos a serem**

**realizados pelo trabalhador de saúde e usuário. A escuta acontece,**

**mas para identificar os sinais e sintomas que caracterizariam esta ou**

**aquela doença, prescrevemos formas universais de se tratar e,**

**consequentemente, de ser e estar na vida.**

*... que a importância de uma coisa não se mede*

*com fita métrica nem com balanças*

*nem barômetros etc.*

*Que a importância de uma coisa*

*há que ser medida pelo*

*encantamento que a coisa produza*

*em nós.*

**Manoel de Barros**

**O cuidado centrado na ética de afirmação da vida amplia as capacidades de pensar, agir e sentir e, portanto, de ser e estar no mundo tanto daquele que cuida como daquele que é cuidado. Mas essa ampliação não se dá ao acaso. Para que ela se faça, é necessário se produzirem deslocamentos importantes, situados no**

*Pois a minha imaginação*

*não tem estrada.*

*E eu não gosto mesmo*

**plano da mobilidade para a descoberta: a partir do que se tem,  
dos**

**saberes prévios, chegar ao que não se tem.**

*de estrada. Gosto de desvio e  
desver.*

**Manoel de Barros**

Esses deslocamentos falam do exercício de provocar desaprendizagens [2] no processo de trabalho em saúde. Ou seja, desaprender no sentido de deslocar-se e despegar-se de suas próprias verdades e abrir-se para novas verdades não absolutas.

- Mas de quais desaprendizagens falamos?
- Qual o sentido de desaprender o tempo todo quando se é instado a comprovar a capacidade de desempenhar com maestria a nossa competência técnica?
- Como desaprender o já sabido, construído com rigor nos anos de formação?

Desaprender toda e qualquer forma de automatismo da ação, de práticas que prescrevem formas universais de se tratar e, conseqüentemente, de ser e estar na vida. É disso que se trata. É preciso que nesse encontro haja certa suspensão do tempo. Requer parar para pensar, parar para olhar, parar para sentir.

Suspender os juízos de valor, pôr em dúvida as certezas. Abrir-se para o não saber diante da experiência daquele sujeito, mas querer saber dela, se interessar por ela e compor, com base nela, o cuidado em saúde. Essa posição de produzir algo a partir desse não saber conecta-se com o ato de criar, palavra que etimologicamente nos remete ao significado de produzir algo a partir do nada.

Dá-se então uma abertura para a composição de múltiplas estratégias para a construção de um grande pacto que deve ser realizado entre todos atores que controlam serviços e recursos assistenciais dos projetos terapêuticos. Essa composição (que) é entendida(o) como um dispositivo de construção coletiva de olhares aptos a estabelecer pactos de responsabilização no sentido da criação de trabalho efetivo, produzindo um olhar interessado não somente para buscar e reconhecer os problemas, mas também as potencialidades, os recursos, as redes sociais, a produção das relações (Feuerwerker, 2011).



No denso mundo do trabalho em saúde, a experiência coloca-se como elemento dinamizador deste processo, o que implica em colocar-se à disposição de afetar e ser afetado nos encontros, considerados como um campo essencialmente micropolítico.



A capacidade de afetar e ser afetado nos convoca a experimentar durante o cuidar, durante o ato do trabalho. Despertar sensações e afetos, produzindo-se no cuidado.

No mundo do trabalho em saúde, há múltiplas possibilidades na produção do encontro entre o trabalhador e o usuário. O ponto de partida é o próprio encontro, pois dele emergem as múltiplas e diferentes possibilidades que passam pela troca do olhar, pela construção e produção de conhecimento, pelas afecções em geral, entre outros. Aprender a aprender.

Então, estamos enfatizando que no encontro o que deve estar colocado em destaque é a mútua capacidade de afetar e ser afetado que vamos produzindo durante a vida; de participar com o outro e consigo o caminhar da vida. Um processo que avança na medida em que nos reconhecemos no outro, em um processo de produção.

## Produção do quê?

De subjetivação, de vida – produção do cuidado. Um cuidado que implica na produção de encontros, de conexões existenciais. Cuidado entre vivos com suas singularidades e multiplicidades, em acontecimento.

Passamos a vida em encontros, sendo afetados e afetando os outros. Os encontros podem ser momentos de enfraquecimento, de atitude defensiva, de diminuição da nossa potência de agir. Mas também podem ser momentos que potencializam a vida e avançam na potência presente na vida como saberes, afeto, desejo, cooperação e solidariedade. Potência de vida que provoca e é provocada pelos encontros.

Nesta dimensão, alargam-se as possibilidades de escuta, de fala, de gestos, de sentidos, de observação, de toques, de sabores, de olhares, ou seja, ampliam-se os elementos sensíveis para a produção do cuidado. No próprio encontro, nos movimentamos e nos expandimos no ato do cuidar da potência da vida. A cada instante, nos produzimos diferentes, com gestos, querer, gostos, opinião, surgindo um ser distinto daquilo que éramos antes.



Deixar vazar as multiplicidades remete a experimentar e não a interpretar. Na escuta, muitas vezes costumamos traduzir, buscando representar as sensações.

Experimentar supõe agir, interagir no qual o corpo apreende um conteúdo qualquer que lhe confere um sentido. Recupera na memória recordações de ações vividas. Um desabrochar nos afetos, daquilo que nos toca, com o apelo às experiências passadas que se atualizam em ato, isto é, no momento do encontro. Momento que pode ser um movimento pedagógico que provoca sentido e vínculo na prática do trabalho em saúde.

**Certamente no seu processo de trabalho, cabe experimentação. Ela está sempre presente. Busque identificá-la, descrevê-la. Faça esse exercício.**

Podemos partir da nossa vivência, incorporando a partir dos acontecimentos, desabrochando na incerteza da ação como a única certeza que temos.

**No trabalho, assim como na vida, estamos sempre efetuando encontros com outras pessoas. Encontros que buscamos e desejamos e outros que se colocam inesperados ou mesmo indesejáveis. Seja de que forma for, não conseguimos escapar deles, dos encontros.**

No momento em que nos encontramos com o usuário, com outro trabalhador, ou mesmo quando nos encontramos com nós mesmos, experimentamos diferentes reações que nos fazem mudar de opinião sobre determinado assunto; ou não, elas podem até aguçar nosso ponto de vista, nos fazendo pensar sobre outros fatos. Ou seja, trocamos ideias, afetos, nos misturamos com o outro, com aquele com o qual nos encontramos.

Por vezes, a mistura é tão intensa que nos faz olhar para um ponto que nem imaginávamos que existia. Isso produz uma mudança naquilo que achávamos que não poderia sofrer qualquer alteração por menor que fosse.



## **O Trabalho em Saúde: sobre a implicação e a tomada de responsabilidade**

O mergulho no processo de trabalho nos permite identificar diferentes elementos. Por vezes, seja pelo volume de tarefas, ou pela velocidade do cotidiano, não conseguimos destacar esses elementos com clareza no meio de todo o processo. Mas os mesmos se fazem presentes como forças que nos puxam para vários lados e nos colocam em movimento. É como entrar dentro de uma grande onda que se dobra sobre ela mesma, uma “pororoca”.

## **Efeito Pororoca**

A dobra da ação sobre o próprio agente do ato tem grande efeito. Ela é forte. Esse acontecimento é produtor de um espaço que se forma na contramão do cotidiano. É uma dobra na própria ação do sujeito.

Se prestarmos atenção, vamos reconhecer este movimento de “pororoca” em muito dos nossos próprios movimentos, no dia-a-dia do trabalho. Nesta onda que se dobra, podemos reconhecer interesses inscritos nos atos e nas ações que são produzidos. O interessante é que a dobra, ao nos deslocar do que achamos ser certo ou errado, nos oferece a possibilidade de mudar, construir com o usuário outras formas, não endurecendo como gestor e/ou trabalhador em processos que limitam a nossa ação.

Entretanto, a “pororoca”, ao nos deslocar também, pode fazer com que o deslocamento se dê para um lugar sem muita mobilidade, ainda mais duro do que o que estávamos antes. Nestes momentos, nos vemos diante de nós mesmos, no turbilhão do cotidiano dos serviços, dos desafios e sofrimentos do fazer e de tudo aquilo em que acreditamos e que nos faz ser quem somos; nos encontros que produzimos, surgem as nossas *implicações*.

Reconhecer nossas implicações é reconhecer que há muito dos nossos próprios movimentos e interesses inscritos nos atos e ações do cotidiano dos serviços. O movimento dos encontros não se resume a uma questão de vontade, de decisão consciente. Nem sempre entendemos o porquê de algo ter nos modificado, ou do porquê uma pessoa é mais simpática do que a outra. Entender as nossas implicações no movimento da “pororoca” consiste no uso de uma análise dos ambientes, do coletivo, do lugar que se ocupa ou daquele que se almeja ocupar assim como dos desafios que isto acarreta.

Negar a implicação e ficar na pseudoneutralidade, na qual não nos implicamos em nada daquilo que acontece durante os encontros que fazemos, não auxilia a romper as barreiras das dificuldades e sofrimentos do cotidiano. Pois sempre se está implicado. Na gestão e na assistência, estamos sempre implicados. Um exemplo disso é a tensão gerada quando temos alguma oposição a alguma situação que compõe o processo de trabalho no qual atuamos como trabalhadores ou como usuários.

Nestes momentos, o desânimo mistura-se a um desinvestimento da equipe na produção do cuidar em ato. A implicação dos trabalhadores engajados no processo dá lugar a processos menos potentes do ponto de vista da dinâmica da vida e do viver.

### **Você já viveu algo assim?**

Faça uma narrativa, comentando como se sentiu e quais as ferramentas que utilizou na ocasião.

A análise das implicações, portanto, estabelece a possibilidade de identificação de elementos que atravessam a nossa prática cotidiana e que podem construir barreiras para a gestão e o trabalho em saúde, pois tais elementos estão sempre presentes e são constitutivos das nossas ações, não havendo neutralidades já que estão implicados sempre que nos encontramos. Trata-se de um jogo que avança no entendimento do que se passa nos espaços de nossa atuação.

Outro exemplo muito comum em que a análise das implicações pode estar presente é quando a equipe de trabalhadores e a gestão criam mecanismos de ampliação do acolhimento em uma unidade de saúde. O desejo de produzir ações que sejam efetivas está presente e se mistura às necessidades de saúde dos usuários. Este fluxo é contrário, muitas vezes, ao modo como está organizado o trabalho de grande parte dos trabalhadores. Fazer uma pausa e analisar as implicações e a conjuntura na qual a situação está imersa possibilita redirecionar

a equipe/gestão para uma posição de proposição de outros arranjos que não a paralisação. O gerar e o cuidar implicados com a possibilidade de construir outras possibilidades.



Observamos também o contrário. A intensa identificação com uma determinada proposta pode resultar em pontos de cegueira sobre o que realmente estamos enfrentando. Ou seja, nos coloca dificuldades de gerir e de cuidar que capazes de incorporar os diferentes elementos destas dimensões. A análise das implicações torna-se interessante nestes exemplos para a construção de possibilidades de um gerar e gerir que não impeçam o fluxo do cuidar centrado no usuário e no trabalhador.

Neste sentido, análise das implicações torna-se um compromisso ético e político em relação aos acontecimentos nos serviços de saúde. O jogo de interferências dos movimentos é uma tarefa árdua, pois é justamente nessa relação que pode haver possibilidades de avanço no território da gestão e da assistência.

O gestor, o trabalhador e o usuário estão implicados, atravessados por seus desejos, por questões políticas, econômicas, sociais que circulam neste território. Neste processo de análise das implicações, de acordo com Merhy (2004), o sujeito está “[...] tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todo estes processos” (Merhy, 2004). Assim, a interrogação das práticas e do próprio sujeito no interior das organizações de saúde ganha sentido na experimentação, no ato da ação, não de forma isolada, mas realizadas no coletivo.

**Como estar no movimento animado pelos nossos interesses, atravessados pelo interesse do usuário e dos demais membros da equipe e experimentar processos que sejam capazes de melhorar o processo de trabalho em saúde?**

**Como nos aproveitarmos da energia e da força da pororoca presente nos encontros?**

---

[1] (<[www.youtube.com/watch?v=7Slr4Jy84NM](http://www.youtube.com/watch?v=7Slr4Jy84NM)>)

[2] Desaprender no sentido de Nietzsche, que se traduz convencionalmente por mudar, ou seja, significa propriamente o ato de desaprender e aprender diferentemente.

---

Hiperlink com o texto [“Trabalho em saúde”](#) na Entrada textos

Hiperlink com texto [“Ferramentas Analisadoras”](#) na Entrada textos.

## Bibliografia consultada

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.* / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo.* 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

10º Congresso Internacional – Rede Unida. Sinais da Rua. Descrição: No décimo Congresso Internacional, Rede Unida, o debate é sobre os diferentes modos de cuidado em saúde que estão presentes para as pessoas que moram nas ruas. Primeiro dia do evento, 6 de Maio de 2012. Data de Criação: 06/05/2012. Visitado em Junho de 2013. Disponível em: <<http://ufftube.uff.br/video/XN4S5KRKKM9O/10%C2%BA-Congresso-Internacional--Rede-Unida->>.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato.* 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR., H.M. “Integralidade na assistência à saúde; a organização das linhas de cuidado”. In: MERHY, E.E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. *A cadeia do cuidado em saúde.* In: Marins, J. J. (Org.). *EDUCAÇÃO, SAÚDE e GESTÃO.* Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011 (no prelo).

FEUERWERKER, L.; MERHY, E. E. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). *Leituras de novas tecnologias e saúde.* São Cristóvão: Editora UFS, 2009.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A., (Org.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.* 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004, v. 1, p. 21-45.

NIETZSCHE, F. *Aurora.* São Paulo: Nova Cultural, 2000. (Os Pensadores). p.135-170. Tradução e notas de Rubens Rodrigues Torres Filho.

## NOVOS DISPOSITIVOS DE GESTÃO – CONSTRUINDO O APOIO E A FUNÇÃO APOIADORA EM NÓS

Após fortes tensões políticas no município de Lugar Comum, o secretário de saúde resolveu identificar uma pessoa para cuidar das “discussões técnicas”, liberando sua agenda para enfrentar a crise política. Miriam Suzana foi nomeada secretária-adjunta.

Reunida com a equipe de gestão do nível central, Miriam Suzana convidou os participantes para analisar a situação da Secretaria. Muitos falaram sobre as tensões atuais.

– O modelo de organização da atenção é o das ações programáticas, os departamentos são caixinhas fechadas, fragmentadas, autoprodutoras de si mesmas e para si mesmas, mal conseguimos saber, enquanto gestores, o que está acontecendo nos diversos departamentos! Tenho tentado conversar com os departamentos, mas ou é um “chororô danado”, ou uma crítica ao “pessoal da ponta”, fala Matilde apreensiva.

Lucas complementa: – Percebo, quando vamos às unidades, que as demandas do nível central são sempre entendidas como imposição. Aliás, de certa forma, são impositivas mesmo, pois desconsideram a situação de cada unidade de saúde.

– Pois é, são muitos conflitos e a tensão é intensa. Por um lado, usuários que não são acolhidos em suas demandas e, por outro, trabalhadores insatisfeitos com seu trabalho, comenta Juliana.

Miriam Suzana diz que essas são, sim, características da situação da Secretaria. – Mas, percebo também que existe muita expectativa em relação ao nosso trabalho como gestores. Apesar de cansados, trabalhadores e gestores locais desejam mudança. Assim, Miriam Suzana, mais livre para se movimentar, estava buscando novos arranjos que convidassem os diretores, gerentes, enfim, os trabalhadores a uma agenda que possibilitasse o máximo de conversa, o máximo de interações e conexões entre todos da gestão e entre a gestão e os trabalhadores.

Miriam Suzana acreditava que qualquer mudança no jeito de trabalhar só seria possível se incluísse os trabalhadores das unidades de saúde, lá onde acontece a produção de cuidado. As pessoas precisavam ser convidadas a indagar o seu cotidiano! Acreditava ainda que a invenção de novas formas de agir poderia ser produzida no encontro entre trabalhadores, trabalhadores e gestores, gestores e gestores, trabalhadores, gestores e usuários. Mas como produzir um encontro capaz de colocar em análise o modo como cada um faz, tanto os trabalhadores da gestão como os do cuidado? Como isso poderia pertencer à agenda das equipes, de modo a ser percebido e acionado pelos trabalhadores/gestores como um espaço de apoio aos diversos processos necessários ao cuidado? Enfim, como a educação permanente poderia acontecer no cotidiano dos diversos lugares da Secretaria de Saúde?

Assim, resolveu visitar várias unidades de saúde, pois achava que a gestão deveria se aproximar mais e mais desse território. Foi e viu muitas coisas: unidades muito lotadas, baixa oferta de consulta médica, equipes de saúde da atenção básica desfalcadas e maior procura nos pronto-atendimentos. Novos protocolos engavetados, epidemia de dengue, aumento dos casos de hepatite A, imprensa em cima o tempo todo. Mudança do sistema operacional saúde WEB (“Cadê os resultados dos exames? E os prontuários?”). Também encontrou muitos trabalhadores que, no seu cotidiano, faziam muitas invenções! Conversou com muitas pessoas, falou do seu desejo e das suas preocupações. Vivenciou uma intensa discussão do processo de trabalho em algumas unidades e muita criatividade nas conversas do café e dos corredores. Vários grupos debatendo nas Unidades de Saúde. Por outro lado, existiam alguns silêncios, muita conversa por “debaixo dos panos”, resistências: políticas, partidárias, de diferentes projetos e estilos de gestão. Desconfiança, descrença...

Miriam Suzana surpreendeu-se com as conversas que teve com os trabalhadores, havia muita potência! E se questionou: como esta movimentação dos trabalhadores que habitam os corredores e as conversas na hora do café pode ser convidada a inventar novas práticas cuidadoras?

Ficou muito afetada com as visitas que realizou, talvez porque nas reuniões o que mais aparecia era a sensação de sufocamento da equipe, “...falta isto, falta aquilo, falta de manutenção das instalações físicas, dos equipamentos, falta de trabalhadores e blá, blá, blá, sem falar na reclamação da questão salarial...” Por que será que a sensação de sufocamento aparece mais forte do que a invenção que habita o cotidiano das unidades? Afinal, os dois vetores estão presentes. Por que nos corredores invenção, e nas reuniões reclamação? Miriam Suzana lembrou-se que tinha lido um texto muito legal e procurou-o para reler:

*“Ali, no dia-a-dia do fazer as práticas de saúde, pode ser que um grupo de trabalhadores esteja conversando sobre como agir com a dona Isaura ou o senhor Antônio José e e troque ideias sobre isso. Essa conversa pode estar ocorrendo ali no café, em um espaço dentro do estabelecimento (uma casa onde a equipe de saúde da família se reúne, uma sala de refeições em um hospital ou um ambulatório, numa saleta de uma UPA, ou qualquer outro tipo de lugar). Nessa conversa, há grande chance de alguns que estão ali se afetarem com o que está sendo papeado e passarem a ver e agir de outro modo em relação aos casos. Pode-se imaginar que ainda seja necessário saber mais da vida de cada um ou que algum novo exame possa ser feito. Pode ser que alguém pense que nem problema tão grave deve ser e que talvez formar um grupo com profissionais responsáveis por eles, como uma equipe de cuidadores, possa ser uma oferta de vínculo interessante. Ainda pode ser que façam exatamente o contrário. Podem inventar barreiras para a dona Isaura e o senhor Antônio José, pois não aguentam mais vê-los ali no serviço. Vale ressaltar que essa roda de conversa não pede licença para nenhum organograma oficial do serviço, nem para nenhuma hierarquia da organização. Ela vai acontecendo no agir do trabalho vivo em ato de cada um e de todos, nos espaços informais da organização que os próprios trabalhadores (e os gestores com G e os próprios usuários) vão fabricando com suas ações conversacionais. Isso vai acontecendo. E acontece que nesse acontecer vai se produzindo conhecimento para a ação de um modo efetivo e isso impacta o mundo tecnológico do cuidado, sem dúvida. Acontece que aí há não só produção de novos conhecimentos construídos coletivamente, mas há também novos processos de formação, sem que se tenha formalmente designado esse como lugar de formação ou capacitação do trabalhador para o exercício das suas funções”. (MERHY, 2013)*

Então, como apoiar as equipes a reconhecerem que elas inventam soluções para seus problemas cotidianos e que elas são autoras de suas experiências? Como apoiar as equipes a reconhecerem e operarem essas invenções?



Miriam Suzana continuou debatendo com a equipe gestora: como esses ruídos dos corredores, das conversas no café, podem ser produtores de movimentos de mudanças? Como apoiar esses trabalhadores a se reconhecerem como autores de seu cotidiano? Sabemos que quando há muito “rádio corredor”, é sinal de falta de espaço para conversas, combinações e novos acordos!

A grande questão do trabalho em saúde refere-se aos modos como se produz o cuidado. Um conjunto de atos de saúde, produzido por vários sujeitos são necessários para a sua realização. Uma atenção mais, ou menos

cuidadora, será o resultado do modo de operar o trabalho vivo em ato, o que dependerá de uma adequada articulação entre as tecnologias leves, leve duras e duras.

Então, uma gestão que reconhece que todos governam faz convites e abre espaços de encontro. Assim um dos dispositivos a ofertar para esse processo presente no dia a dia seria o apoio. Apoio para esse processo já presente no dia a dia, pois se todos estão operando no campo da gestão, mas muitas vezes despercebido... Haveria que se produzir oportunidade e ferramentas para construir esse movimento coletivamente e de um modo intencional.

Em uma nova reunião, conversaram bastante sobre o apoio, na tentativa de buscar respostas as suas dúvidas.

Mas o que é apoio afinal? Como será a proposta de apoio que faremos? Quem será apoiador? O apoiador poderia atuar nessas unidades como agenciador de processos e aguçar a possibilidade dos trabalhadores reconhecerem o que tem de invenção e novidades nas ações das equipes de saúde? Como potencializar movimentos, quando identificados processos não colaborativos? Como disparar dispositivos para um agir mais comunicativo e colaborativo?

## **A FUNÇÃO APOIO**

Apoio é algo que se produz no encontro, partindo das tensões e questões do cotidiano – da gestão e da atenção –, é produzido a partir de múltiplas relações que afetam e mobilizam e que devem ser analisadas pelo próprio grupo. Muitas vezes causam desconforto. Esse desconforto e a possibilidade de reflexão crítica são fundamentais para a produção de novos arranjos e saberes.

O grupo conversou mais sobre isso, analisou que o apoio acontece no momento do encontro entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários. Então, vamos pensar no momento do encontro: “Quando eu – trabalhador de saúde, independente do lugar em que atuo e da minha formação profissional, encontro com outro, que pode ser outro trabalhador ou um usuário –, posso ter uma atitude de “sabido”, de detentor exclusivo do saber; ou de escuta e de cooperação, Posso, apesar das diferenças, também abrir-me e afetar-me com as histórias e dificuldades do outro.

É no próprio encontro que podemos afetar uns aos outros, construir espaços de vizinhança de afetos, de ações e de conceitos. Assim, construímos novas possibilidades de produção, singulares, no encontro, porque elas são produzidas aí, em ato, e em cada momento da interação com o outro. Pode-se produzir assim um intenso processo intercessor, que redefine a ação como um comum no entre do encontro, abrindo-o para a aparição de situações inusitadas e criativas, sem definição a priori, por meio do qual, novidades e questões não pensadas vazam. Isso é importante: deixar-se interrogar pelo inusitado, sem ficar aprisionado nas ofertas e respostas previamente existentes.

Por isso, Miriam Suzana lembrou-se de um debate sobre o lugar dos saberes ou conhecimentos nos encontros. O saber não poderia ser o sujeito na construção dos encontros, mas sim ferramenta. Não um a priori, mas uma ferramenta para a construção das respostas necessárias.

Na reunião em que discutiram sobre essas questões, houve momentos de muitos questionamentos, em que se destacava que os encontros são, às vezes, de discórdia, de muito conflito. Contaram uma história:

*Um gerente de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Marcos, queria melhorar o acolhimento, pois sempre havia muita reclamação para o prefeito sobre mau atendimento. Resolveu fazer uma oficina durante um turno de trabalho, para conversar sobre isso. Convenceu seus coordenadores a fechar a UPA, combinou com as Unidades Básicas de Saúde que eram referência, avisou à UPA mais próxima e divulgou aos órgãos de comunicação que naquele período a UPA estaria fechada. Marcou a oficina. Estava apreensivo. Pensou*

*em várias formas de conduzir a reunião para que todos participassem e dessem sua opinião sobre como melhorar o acolhimento. Pensou que primeiro teriam que conversar sobre o que cada um entendia sobre acolhimento. Bem, chegou o dia da oficina, inicialmente parecia que todos estavam satisfeitos, mas quando o debate iniciou-se, o encontro ficou muito tumultuado. Muitas ideias diferentes, todos começaram a discutir. Alguns achavam que “não tem que mudar nada, eles reclamam, mas a UPA vive lotada, esse povo reclama demais”; outros falavam “o problema não é nosso, são os postinhos que não atendem as pessoas direito e todos vêm para cá”; “esta história de acolhimento é só para arranjar mais trabalho para a gente, salário nunca aumenta, só trabalho”; outro falou “o problema é que faltam médicos na UPA, o aparelho de Raio X vive estragado”; a equipe de enfermagem da tarde disse que “o problema é que o pessoal do turno da manhã é que é grosseiro e deixa tudo para a gente resolver à tarde”; por outro lado, a equipe de enfermagem do turno da manhã diz “a equipe da tarde é muito folgada, o sufoco mesmo é de manhã”. Foi uma confusão danada, cada um pensando de um jeito, o gerente ficou apavorado e pensou “e agora o que eu faço?”*

Diante desse relato, Miriam Suzana, lembrou o que tinham lido sobre o trabalho em saúde: nem todos pensam as mesmas coisas, existem diferentes concepções de saúde, de acolhimento, de usuário. Também existem diferentes interesses e projetos dos trabalhadores. Estes estão o tempo todo em disputa no cotidiano e quando há possibilidade de falar, estas tensões aparecem.

Eis então mais um motivo para procurarmos arranjos que possam dar visibilidade a estas tensões que estão presentes no dia-a-dia, pois todos os trabalhadores vão tomando decisões a partir de seus interesses, sem necessariamente analisar os projetos da organização e as necessidades dos usuários. Precisamos desenvolver nossa capacidade de lidar com as diferenças, aprender a negociar, a pactuar, colocando mais fortemente no debate os interesses em defesa da vida dos usuários e dos coletivos. É em ato, no calor das disputas e nos encontros, que se abrem as melhores oportunidades de interação.

Mas também precisamos cuidar da construção dos encontros, convidando à inventividade e não à reclamação para os encontros... Pois é difícil uma equipe sair bem de um “tsunami” de reclamações ou de uma reunião que não produz consequências de algum tipo...

A equipe gestora, ao final dessa conversa ficou surpresa com “tantas aprendizagens”. Considerou que tinha agora um pouco mais de compreensão sobre os distintos processos presentes na gestão do cuidado, incluindo suas tensões e disputas. Entendeu a partir de suas discussões que a função apoio não é necessariamente exclusividade do profissional denominado “apoiador”.

Todo gestor pode ter dentro de suas funções o papel de apoiador, todos trabalhadores da saúde têm a função apoiadora como uma possibilidade entre suas ofertas, tanto no âmbito da relação com os demais trabalhadores, como em relação ao apoio que pode ser desenvolvido com o usuário no ato da produção do cuidado. Assim, a equipe gestora entendeu que, caso tivesse dificuldade de contratar novos profissionais para serem apoiadores, poderia identificar entre os trabalhadores da Secretaria aqueles que agregariam a função de apoiador. Mas como ser um apoiador?

## **CONSTRUINDO O APOIADOR EM NÓS**

Retomando a conversa sobre a potência dos encontros, a equipe da Secretaria de Saúde do município “Lugar Comum” analisou ser necessário compreender as dificuldades vividas pelos trabalhadores, os conceitos operantes, os diferentes interesses e projetos. Seria preciso ser afetado pelas intensidades existentes na produção do cuidado e, ao mesmo tempo, afetar. Comentou-se então que: “Dessa forma, desenvolvemos a capacidade de olhar para nós mesmos, bem como a de considerar os efeitos do que fazemos e o que isso provoca nas pessoas com quem trabalhamos”.

A ideia que foi construída pela equipe gestora era a de se dar voz à gestão que acontece no cotidiano. Favorecer a produção de momentos de reflexão sobre as práticas, reconhecer as aprendizagens e novas tecnologias produzidas nos espaços em que o cuidado acontece. Criar espaços de ações apoiadoras. Ou seja, percebeu-se que não é necessariamente sempre uma pessoa que produz o apoio: os espaços de encontros constituídos podem tornar-se apoiadores. As conversas, reuniões, oficinas de trabalho e outros momentos podem ser espaços em que os coletivos produzem seu próprio apoio.

A equipe gestora, após todas estas conversas, procurou mobilizar a rede para identificar e convidar alguns trabalhadores para constituir uma equipe de apoiadores. Muitos ficaram muito mobilizados com a proposta, mas com muitas dúvidas sobre como se organizariam. Dentre estas pessoas, estava Carlos, um fisioterapeuta da rede que já tinha uma experiência como apoiador em outro município.

Em uma primeira conversa, relatou que:

*“Quando comecei a trabalhar como apoiador, a proposta de apoio ainda era muito recente. O primeiro desafio foi conhecer a rede, as UBS, as equipes, as pessoas, seus problemas e conflitos, suas potências; foi imprescindível ganhar a confiança das equipes, ser um aliado, ouvir [...]”*

Comentou-se que o apoiador deveria estar presente periodicamente no cotidiano das unidades de saúde, junto aos trabalhadores e serviços que ele fosse apoiar. “Não, não dá para ser apoiador à distância”, disse Carlos. “É ali no cotidiano das unidades, onde acontecem os múltiplos encontros, o lugar privilegiado para atuação do apoio”, afirmou.

Miriam Suzana se questionava quanto ao modo de organizar o apoio e o trabalho do apoiador, já que há vários arranjos sendo experimentados em distintos lugares. Ela não iria resolver sozinha; convidou, então, a equipe gestora e os apoiadores para uma oficina.

Na oficina...



Fonte: <<http://www.bemnascer.org.br/2013/01/roda-ong-bem-nascer-municipal-120112.html>>.

Marcos: “Eu conheci uma experiência de apoio, em que equipes multiprofissionais atuavam como referência especializada nos serviços, realizando discussões sobre o cuidado dos casos mais complexos e também atendendo os usuários em situações que os profissionais das equipes não conseguiam “manejar”; às vezes de forma conjunta, às vezes com uma agenda própria”.

Miriam Suzana: “Conheço também experiências semelhantes, que produzem um movimento muito interessante de discussão das práticas de cuidado. A Saúde Mental, por exemplo, atua dessa forma em muitos municípios.

Mas podemos encontrar também essa prática de apoio no âmbito da gestão. Há vários movimentos possíveis. Por exemplo, aproximar as várias áreas da “Secretaria” – seus departamentos, superintendências, diretorias – do cotidiano do cuidado em um território de saúde com seus problemas e potencializar as ações da gestão do cuidado. Esse arranjo possibilita ampliar o lugar da produção do cuidado na agenda do gestor e colocar as estruturas da Secretaria a favor da produção do cuidado: removendo barreiras, produzindo encontros, apoiando, compartilhando saberes, mobilizando recursos.

A equipe, mobilizada por esses relatos produziu uma grande discussão em que outras experiências conhecidas foram trazidas para a roda. Em um determinado momento, Carlos pronunciou-se:

– Eu conheci o trabalho desenvolvido no município de “Mil Faces”. Lá não era possível verificar uma divisão entre o apoio para o cuidado e para a gestão. O apoio era realizado tanto por uma equipe de apoiadores, contratada e formada para realizar esse trabalho na rede, como por outros profissionais do cuidado e da gestão, que também entravam fortemente em um processo que visava a apoiar as equipes de saúde em situações de saúde individuais e coletivas complexas existentes nos territórios.

Nesse processo, eles agenciavam o compartilhamento de experiências, sensações e saberes para enfrentar os problemas identificados. Realizavam muitas trocas, discutiam casos, articulavam conexões com outros serviços da rede, faziam visita domiciliar junto com as equipes... Assim, a partir da problematização do cotidiano, iam produzindo relações de cooperação para lidarem com os conflitos e tensões do dia-a-dia...

Mas tinha havido um investimento muito forte da gestão para propor a função apoiadora como constituinte dos processos de trabalho na rede. Para isso, a ferramenta de educação permanente foi mobilizada. Múltiplos espaços coletivos de encontros foram criados: entre apoiadores e equipes nas unidades, entre as equipes de apoiadores e a gestão central. Também foram constituídos espaços de articulação territorial como dispositivos para a articulação da rede e o engendramento de pactuações coletivas para o enfrentamento das dificuldades. Nesses espaços, encontravam-se os diferentes serviços do território, equipamentos de referência municipal, os apoiadores e representantes do nível central.

Juliana comenta que “É fundamental este movimento de troca de saberes, dificuldades, experiências para a invenção de novas práticas”.

“Bem”, considera Carlos, “entendi que neste tipo de apoio são desenvolvidas ações compartilhadas, entre equipes de saúde, apoiadores, gestores e profissionais. Isso potencializa a capacidade de análise destas situações complexas e pode ampliar as possibilidades de cuidado, em qualquer lugar da rede. Há uma compreensão de que a lógica do apoio deve transversalizar as práticas, mas percebi também que enfrentam muitas dificuldades para que de fato essa transversalização aconteça, pois não são todos os trabalhadores e gestores que apostam neste arranjo de gestão.

Miriam Suzana fica empolgada com a troca de experiências e as possibilidades que começavam a se articular para o município de “Lugar Comum”. Considera que a oficina produziu também, além do compartilhamento de diferentes saberes, uma mobilização importante da equipe. Todos estavam se conformando como um coletivo implicado para a produção desse novo jeito de se organizar de forma a ampliar a potência do cuidado em rede.

Diminuir a fragmentação do processo de trabalho e a distância da gestão entre áreas e setores da Secretaria era um desafio que precisava ser enfrentado. Criar espaços de escuta, de diálogo, de modo que os objetivos da organização pudessem dialogar com os saberes e interesses dos diversos trabalhadores e usuários, fazendo com que os “agires” do cotidiano adquirissem maior visibilidade e entrassem nas conversas, que mobilizassem afetos, relações de poder, interesses e projetos presentes no trabalho em saúde... Essa era uma necessidade

importante e uma oportunidade potente para agenciar uma mudança nas práticas de gestão e de cuidado em “Lugar comum”.

Ao final do dia, sentiram que tinham aprendido muito e perceberam como já sabiam sobre apoio, arranjos apoiadores. Havia sido mesmo um momento de educação permanente!

Seguiriam conversando, analisando, debatendo, lidando com seus conflitos. Terminada a oficina, várias ideias e acordos sobre a constituição do Apoio no município já haviam se desenhado. Dava para ver que não seria tão simples, havia uma complexidade nessa aposta coletiva, mas o movimento começara e era promissor!

**E você, como vê o papel do apoio em um serviço de saúde ou em uma rede? Na sua visão, como deve atuar um apoiador? Quem pode fazer apoio? Que relação podemos construir entre apoio e a educação permanente?**

---

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

BERTUSSI, D.C. *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ/Faculdade de Medicina, 2010. 234 p.

BADUY, R.S. *Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento*. Rio de Janeiro: UFRJ/ Faculdade de Medicina, 2010. 191 p.

### **MERHY, 2013 Texto da eps em movimento- verificar como fica a citação e incluir**

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio. (org.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. 1. ed. Sao Cristovão e Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana e Editora da UFBA, 2009, p. 29-56

MERHY, E.E. *Palestra realizada na linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde na Pós-Graduação de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ no dia 6 de jun de 2008*.

## SOBRA PRA NÓS...

Central do SAMU 192 (192): - *Alô, Central 192, qual é sua urgência? De onde está falando?*

UBS: – *Oi, aqui é Dr. Mauro, estou na Unidade Básica de Saúde –UBS Crisântemo, e tenho um idoso para ser removido...*

Enquanto dá os dados para preenchimento da ficha, fica pensando no que aconteceu com Seu Jorge[1] : *“após todas as tentativas de investigar e resolver seu problema, sem sucesso, lá vem novamente aquelas situações tristes, em que a intervenção já vem tarde, e sobra pra nós resolvermos a situação, como se a gente tivesse como fazê-lo”*.

192: – *Qual é o quadro clínico?*

UBS: – *Trata-se de um idoso, 68 anos, com quadro de Infecção Urinária, doença de próstata sem diagnóstico conclusivo, com quadro de sepse. Ele está em casa, acabamos de chegar da visita domiciliar.*

Enquanto ouve, João Claudio, o médico regulador, pensa: *“Esse pessoal dos postinhos não faz o diagnóstico, o caso fica grave e depois é o SAMU que tem que resolver”*.

### Refletindo e discutindo em grupo

**Qual a primeira impressão que você tem ao ler essa cena?**

**Você imagina outras maneiras para agir nesta situação?**

Voltamos ao caso do Seu Jorge, que ficou mais grave, pois evoluiu para um quadro de retenção urinária e também um emagrecimento, o que pode ser sugestivo de câncer de próstata. Na cena anteriormente descrita, percebemos que todos os profissionais que conversaram sobre o caso julgaram que a intervenção vinha tarde. Era consenso! A reação imediata foi procurar **a causa ou a culpa**: mas de quem seria a **“culpa”** pelo descuido?

Ambos se preocuparam com isso... E rapidamente encontraram: **o “culpado” 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!**

*a felicidade está no outro lado do rio*

*o amor também está no outro lado do rio*

*tudo o que quero está no outro lado do rio*

*se eu estivesse lá no outro lado do rio*

*o lado de cá seria o outro lado do rio*

Voltando para cena ....

**Mas do que estamos falando quando se busca o “culpado” pelo insucesso terapêutico?**

**Você já parou para pensar que o “sistema” quem faz é cada um que está operando dentro de um ponto de atendimento deste sistema!?**

Estamos falando do trabalho em saúde. Neste campo, para cuidar das pessoas, os profissionais, assim como os serviços e os usuários, dependem uns dos outros. Ou seja, o cuidado só acontece quando há o encontro entre usuários – trabalhadores, entre os trabalhadores e também entre estes e a gestão. A vida do serviço de saúde depende então dos encontros e do trabalho vivo em ato produzido entre trabalhadores e usuários.

...

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

Poderíamos dizer que não existe rede de saúde se só considerarmos que existe um conjunto de prédios, ou um agrupamento de serviços, mesmo que eles estejam conectados por meio de telefones, internet, etc. Ao pensar sobre as relações ou as intermediações entre os serviços de saúde, a primeira ideia que surgiu no SUS foi a de criar mecanismos de referência e contrarreferência. [2] Entretanto, esses mecanismos enfrentaram problemas. Funcionam mais no sentido da referência do que da contrarreferência e não garantem a continuidade do cuidado.

Refletindo e discutindo ....

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

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

**Roda de Conversa:**

Discuta uma cena na sua unidade [3] em que você esteve envolvida(o), a partir de uma interação sua ou da equipe com outro serviço ou outra esfera de atenção (exemplo – da atenção básica para atenção especializada – centros de especialidades, centros de atenção psicossocial, etc. – ou vice-versa).

[1] Box lateral e inserção de link. Se você quiser saber um pouco mais sobre a história de Seu Jorge, acesse a Cena – [“Como vamos Fazer?”](#) disponível na entrada CENAS

[2] - Sugestão : se quiser entender melhor leia o artigo: [“Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada”](#), artigo de Luiz Cecílio, disponível na entrada OUTRAS OFERTAS.

[3] - Sugestão: Ao realizar esse relato, você pode usar o fluxograma analisador ou o usuário – guia que se encontram na ENTRADA TEXTOS – [FERRAMENTAS ANALISADORAS](#).

### **CUIDANDO DE ANA CLARA: PRODUÇÃO DE NOVOS ACORDOS COLETIVOS**

*Ana Clara, 48 anos, procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) Raio de Sol para realizar seu cadastro. A recepção agendou uma consulta para o Programa Saúde da Mulher. Trinta dias depois, na data agendada, entrou na consulta com a Enfermeira Neide, estava com corrimento e tinha dor quando tinha relações. Ana teve um exame de preventivo alterado há muitos anos atrás e não foi realizado nenhum tratamento, o que ocorreu justamente no momento de sua vida em que mudou algumas vezes de bairro, acabando por se mudar do município. Foram para o exame físico e, como suspeitava Neide, lá estava uma notícia ruim: estaríamos diante de um câncer de colo uterino. Diante daquele resultado, a enfermeira chama o ginecologista para ver, que concordou com a suspeita. Não pensaram muito, conversaram com a paciente sobre a necessidade de realizar uma biópsia imediatamente. Agendaram para outro dia cedo, o que foi realizado, sendo o material encaminhado para o exame. Ana foi direcionada para o ambulatório de ginecologia do Centro de Especialidades da Rede.*

Nesta cena, estamos diante de uma equipe, que mobilizada com o que estava acontecendo com a Ana Clara, resolve tomar atitudes “não previstas”. Aparentemente, isso não nos pareceu nada de extraordinário: o fato de uma lesão grave ter sido diagnosticada e rapidamente os procedimentos adequados serem providenciados. Contudo, se lembrarmos de todas as situações vivenciadas por nós nos serviços de saúde, assim como aquelas observadas em outras cenas, identificamos que essa nem sempre é a regra. Nesse sentido, a equipe trouxe esta cena como “*um caso de sucesso em relação ao acesso*”.

**Na discussão com a equipe, perguntamos: por que eles consideravam esse como um caso de sucesso?**

**Bastidores coxia 1:**

*Conta a gerente que Mauro, o ginecologista, é conhecido pela equipe como um cara difícil, grosso e pouco interessado, sendo considerado “um caso perdido”. Neide conta que mesmo sabendo disso, diante da gravidade do caso, bateu na porta dele e solicitou que viesse ver a paciente. Resmungou, mas, diante do que viu, imediatamente envolveu-se com os encaminhamentos, ficando muito preocupado e não confiante que, seguindo o fluxo estabelecido, a paciente seria assistida. Decidiu, junto com a enfermeira, que ele mesmo iria fazer a biópsia no dia seguinte. Não a realizara naquele momento porque não tinha o material necessário. Neide pensou rapidamente que poderia acionar a gerente da unidade, Sandra, para conseguir os materiais necessários. Sandra fazia contatos frequentes com o laboratório público municipal para solicitar agilização de outras situações e que, considerando-se esse caso, seria possível fazer uma solicitação direta. Os três então combinaram que iriam providenciar o que fosse necessário para realizar a biópsia. Sandra de fato ligou para o laboratório e falou com Claudia. Esta entendeu que essa não era uma situação usual – “Ia dar um jeito!”. Trinta minutos, depois retorna a ligação dando o OK, que ela poderia passar lá para pegar o frasco com o fixador. Sandra, quando voltou do almoço, já estava com o material. Mauro também se movimentou e trouxe um material de seu consultório, uma pinça específica para fazer a biópsia. Feito o procedimento, entregou-se o mesmo à Claudia em mãos, que providenciou com urgência a leitura. A equipe se orgulhava de ter conseguido resolver o problema de Ana Clara e achava que tinha conseguido driblar os obstáculos para produzir o cuidado necessário.*

Interessante essa situação. Olhando este bastidor, vários elementos aparecem na cena e dão visibilidade a uma movimentação de vários atores para produzir um fluxo de cuidado dentro da unidade. 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 com Mauro? E os outros atores? Por que eles se envolveram? O que os mobilizou?

Pois, então, acontece que uma unidade de saúde na verdade são 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. 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 (como é o caso da Ana Clara em relação a Mauro). 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 isso 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 em outros casos em que não cuidei como deveria?
- Posso fazer diferente?

**– Por que este caso convocou uma ação solidária entre toda a equipe, e outros não convocam?**

## **Bastidores – coxia 2**

Mauro já trabalhava lá há 7 anos e tentou no início ampliar sua resolutividade como ginecologista, solicitando materiais necessários e também acesso a exames complementares. Contudo, nada disso aconteceu, e tudo o que é especializado é encaminhado para o Centro de Especialidades. Será que esses fatos têm influência em sua motivação? Será que isto não o afetou?

Os trabalhadores das unidades de saúde são muito mais múltiplos em termos de atitude 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 constroem dentro da unidade, as coisas de que gostam e de que não gostam, os valores etc., tudo isto interfere fortemente no modo como cada um se produz na unidade. Se não, todos os médicos, agentes comunitários de Saúde – ACS, enfermeiros seriam iguais. E não o são! Esse “modo de ser” produz uma “linha de base”, um ponto de partida para o modo como cada um se constitui 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, as coisas de que os trabalhadores gostam e fazem bem não têm relação direta com seu fazer profissional, mas abrem brechas para “convocar o que cada um tem de melhor”. Por exemplo, às vezes, temos situações em que o oficial administrativo e a zeladora são ótimos para inventar teatrinhos; o porteiro que desenha muito bem; a técnica de enfermagem que 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 modos muito diferentes, a gestão de uma unidade pode convidar os trabalhadores à invenção e à cooperação. Mas, para isto, é muito importante prestar atenção nas pessoas, conversar com elas, não ficar preso aos estereótipos e aos preconceitos. Rastrear possibilidades de ver, de dizer, de pensar, de potencializar o que os trabalhadores fazem de melhor!

## **Bastidor coxia 3**

Depois de resolver o problema inicial de Ana Clara na unidade, a equipe sabia que iria precisar de outros serviços da rede, o ambulatório de patologia cervical do Centro de Especialidades. Estavam diante de uma tensão, fizeram o que era o melhor para a paciente e passaram por cima dos fluxos formais já pactuados. Ficaram preocupados com o impacto dessa atitude na relação com o outro serviço: “O que eles achariam? Haviam passado por cima deles?”

Sim, houve muitas críticas por parte do Centro de Especialidades, com censuras a essa conduta – “já pensou se todos as unidades resolverem fazer isso, vai virar uma bagunça!” – justificando-se inclusive que já tem uma porta aberta para os casos graves – “temos um sistema de agendamento por telefone no qual é só ligar e explicar a urgência que agendamos rapidamente”. Dessa forma, vem outra pergunta: por que a equipe da UBS (Mauro, Neide e Sandra), mesmo sabendo deste fluxo, não se sentiu segura para encaminhar o caso pelo fluxo “normal”? Observamos que mesmo sendo da responsabilidade do Centro de Especialidades investigar as queixas mais graves, sempre ocorre a interferência da UBS junto ao laboratório para resolver esses problemas.

**Quais são esses problemas? Por que as combinações prévias não foram suficientes?**

As regras estabelecidas entre os serviços – para encaminhamentos, critérios de prioridade etc. – além de precisarem ser construídas de modo compartilhado, precisam ser encaradas como um ponto de partida. Qual a vantagem de “manter a ordem” se isso implicar em produzir descompromisso (entre os trabalhadores) e descuidado (para os usuários)? Melhor “uma bagunça cuidadora” do que o silêncio dos cemitérios!

Por que não deixar as unidades (e os trabalhadores) fazerem mais se elas podem? E em outras situações, exigir que elas façam coisas em que encontram muita dificuldade para fazer? Escutar as unidades e reconhecer suas potencialidades e seus limites e trabalhar com eles é papel fundamental!

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 se reconhecerem melhor. E passar a aproveitar melhor as potências e a lidar melhor com as dificuldades!

Sem espaços como estes de encontro e conversa, vai ser 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!

#### **Bastidor coxia 4**

Falando desse Centro de Especialidades – este serviço passou por uma reformulação de equipe e processo de trabalho, organizando o fluxo dos pacientes para entrarem no serviço, os ambulatorios especializados (patologia cervical, gestação de alto risco, etc.) e também abrindo uma agenda para conversar com os serviços hospitalares que realizam o tratamento cirúrgico e também de quimio e radioterapia.

Aos poucos, começaram a interferir no fluxo, inclusive iniciando uma relação muito próxima com o laboratório de patologia e com o serviço de imagem, discutindo problemas na qualidade da leitura das lâminas, tempo de resposta, fluxo de resultado de exames para o Centro de Especialidades. Assim, conseguiram instituir que todos os exames suspeitos e alterados seriam imediatamente processados, e o resultado comunicado também rapidamente. Já com o centro de imagem, discutiram a criação de um fluxo separado para os casos de câncer, tanto em relação a mamografias alteradas que passaram a ser encaminhadas rapidamente ao centro, como nos demais exames necessários para fechamento de diagnóstico e estadiamento.

Com os serviços de referência hospitalares, a coisa já foi diferente. Falamos de um município de 400 mil habitantes, referência de uma região de saúde, no qual temos um hospital municipal responsável pelo tratamento cirúrgico e um CACON (Centro de Atendimento ao Câncer) responsável pela quimio e radioterapia. Aqui o problema era muito mais complexo: como garantir o tratamento cirúrgico? Segundo relatos, desde então -o acesso das UBS foi facilitado. Essas mudanças foram iniciativas da equipe: Joana – gerente da unidade atual que antes teria já trabalhado lá como assistente social e que tinha muita experiência com as dificuldades dos usuários; Clarice – médica ginecologista referência técnica do centro, que tinha uma preocupação em qualificar o trabalho daquele serviço, fazendo pessoalmente os contatos com outros médicos, tanto patologistas, como cirurgiões e oncologistas. Segundo ela mesma relata “precisamos ter uma relação mais próxima com os colegas, ele precisa me conhecer e eu a ele, para que possamos conversar sobre os casos que estão sob nossa responsabilidade, se não for assim, fica muito difícil, fica um fluxo burocrático”.

Então, rede viva se constrói assim: produzindo-se conexões, criando-se oportunidades para os trabalhadores dos diferentes serviços se encontrarem, conversarem, construírem compromissos e arranjos comuns. Os serviços de regulação e os sistemas de referência e de contra-referência, se não conseguirem compreender e reforçar e até formalizar esses movimentos, vão ficar tentando controlar o incontrolável...E em vez de produzir cuidado, podem gerar desresponsabilização e descuidado.

**Sugestão: Você pode ler o Texto Ferramentas – Rede de Pedidos e Compromissos disponível na entrada TEXTOS..(Link) box lateral**

E como isso pode acontecer? Às vezes, por meio da discussão de cenas e acontecimentos do cotidiano – em uma reunião de equipe, convidando todos os serviços que podem contribuir para o enfrentamento do caso. Também pode acontecer em uma atividade de matriciamento, criando oportunidade para que as questões de cada um venham para o debate. Pode haver, neste caso, atendimento conjunto, visitas de trabalhadores entre serviços, reconhecendo-se os diferentes lugares de trabalho e suas dinâmicas. Você já parou para pensar que, fazendo isto, a equipe está fazendo uma Educação Permanente?

A regulação também pode criar espaços de conversa e negociação. Aí ela vira um 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.

É muito importante salientar que é preciso conversar e reconversar, pois as coisas fazem sentido em momentos diferentes para diferentes trabalhadores. Usar o seu radar como um [anfíbio voador \[S1\]](#) (sapo que voa) que olha do alto, tem uma visão panorâmica, no sentido de rastrear o que necessita, mas volta ao território e age. Porém, nenhum arranjo é definitivo: é sempre importante usar o radar para perceber como as coisas vão andando, se o combinado funcionou; se não, é preciso verificar por que e como podemos fazer novos combinados.

Quase nada se resolve apenas 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 que é importante trabalhar os coletivos, as suas potências e desconfortos, aprendendo no cotidiano de sua produção.

---

[S1] Link Entrada Experimentação – [“Anfíbios Voadores”](#)

## ENCONTRANDO COM KARLA

*Karla é uma mulher transexual. Reside em pequena cidade brasileira. Nasceu no bairro. Todos a conhecem. Gentil, trabalha fazendo bijuterias. Mora com sua mãe e ajuda na educação de seus sobrinhos, filhos de sua irmã falecida. No seu bairro, tem uma unidade básica de saúde. Karla tem muitas dificuldades para acessar o serviço de saúde. Tem apresentado sintomas de hipertensão. Não procura a unidade básica de saúde, pois se sente constrangida quando toda vez que vai à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou à Unidade do Pronto Atendimento (UPA), alguém grita bem alto o nome que consta em seu registro civil quando chega a sua vez de ser atendida.*

*Karla é uma mulher transexual que coloca em discussão a norma que diz que nosso gênero tem que corresponder ao nosso corpo biológico. Pela norma, Karla, que nasceu homem biologicamente falando, teria que construir uma vida relacionada ao sexo biológico. No entanto, ao contrário do que determinam as normas sociais e culturais, ela construiu uma vida de um outro jeito: Karla sente-se e vive no gênero feminino.*

*A história de Karla aponta para alguns questionamentos que nos ajudam a pensar situações como essa, seja no processo de trabalho em saúde, seja nas ações e acontecimentos do dia-a-dia.*

---

### **Para pensar!**

Alguma vez vocês conheceram ou encontraram alguém que vivencia uma situação parecida com a descrita na cena da transexual Karla?

Quais são os questionamentos que esta cena traz para você?

Como podemos lidar com a diferença de gênero, sexualidade, existência apresentada por Karla, no nosso dia-a-dia?

Por que as questões que envolvem a transexual Karla são importantes no processo do trabalho e no cuidado em saúde?

Como o acesso da transexual Karla à Unidade Básica do território no qual reside pode melhorar?

---

### **OPERANDO COM A EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Considerando-se que a Educação Permanente em Saúde opera-se na construção coletiva do pensamento crítico sobre as produções de cuidado, propomos que você reflita sobre essas questões com sua equipe de trabalho e apresente em seu diário cartográfico algumas reflexões sobre esta questão, problematizando como elas afetam a sua moral e o seu encontro com as pessoas.

## A BIOMEDICALIZAÇÃO da vida e dos desejos

O processo de biomedicalização da vida, entendendo vida como algo que se expressa nos corpos individuais, os sujeitos, mas também no corpo social, que corresponde os grupos e coletivos, é um fenômeno que desde o século XVIII atua com muita força no cotidiano social. A biomedicalização abrange, cada vez mais, todos os aspectos da existência. Desde questões arquitetônicas e espaciais como onde morar, como morar, onde organizar o mundo dos mortos, até questões biológicas e subjetivas como a maternidade e a paternidade, o controle dos corpos, do desejo e da reprodução. Quem nunca ouviu falar em taxas de natalidade e mortalidade? Essas foram invenções a partir do momento em que se tornou preciso controlar o mundo dos vivos e dos mortos e gerenciar a vida. Tudo isso passou a ser função do Estado, inventado com certa configuração na modernidade.

O nome desta forma de poder – a biomedicalização – foi criado por um pensador muito importante da filosofia, que estudava a produção do mundo, olhando entre outras coisas as relações de poder, o papel das práticas sociais e dos saberes na produção do mundo etc. – Michel Foucault. Foi ele que denominou esses poderes sobre os indivíduos e as populações de biopoder – o poder sobre a vida.

O biopoder, inventado com a sociedade moderna e seus dispositivos de controle sobre os corpos, tais como as escolas, os sanatórios, os hospitais, as prisões, ainda expressa formas de controle contemporâneas. Só que agora o biopoder atua no desejo.

Ninguém precisa controlar de fora, os comandos já foram internalizados e nós mesmos nos encarregamos de atuar sobre o desejo, controlando-o, resignando-o, culpabilizando-o, empobrecendo sua potência produtora de vida. O biopoder produz formas de controle tão “naturalizadas” que não mais nos sentimos submetidos a algum poder, mas, sim, adotando atitudes “corretas”, um estilo de vida “saudável”, agindo individual e socialmente como “bons cidadãos”.

No âmbito do fortalecimento do capitalismo industrial, no processo de medicalização dos corpos e da vida, o indivíduo deixou de ser entendido como uma espécie para ser compreendido como corpo social. Socializados, publicizados e agora coletivos, os corpos dos indivíduos aparecem como o lugar no qual o saber e o poder expressam-se na medicina moderna. Não somente o olhar, mas conceitos, enunciados, saberes, técnicas e práticas passam a se configurar como verdades.

Foi produzido um processo de institucionalização da doença, dos mecanismos de cuidado e cura, baseado agora em uma racionalidade que traz a ciência e a técnica para a produção médica. Por meio das categorias de doença, entidade mórbida, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintoma, etc., elaboradas no período clássico, a medicina instaurou-se como um discurso que institui a doença e o corpo como temas de enunciados positivos, científicos.

Assim, diversas instituições foram fabricadas com a função de excluir, isolar, reabilitar ou curar aqueles grupos sociais que constituíam um problema para ordem capitalista, para o progresso e bem estar do Estado. Desta forma, os considerados “loucos”, “delinquentes”, “desordeiros”, “leprosos”, “tuberculosos” e, no âmbito da sexualidade, os grupos classificados como periféricos – a sexualidade das crianças, das mulheres, dos homossexuais e das prostitutas – passaram a ser definidos por expressões medicalizadas, disciplinarizadas, enquadradas a partir da ideia de “normalidade” e “anormalidade”.

Desta maneira, fomos ficando dependentes de especialistas que foram substituindo competências populares, de tal forma que muitas das decisões que cabiam à família foram sendo transferidas para o educador, para o médico, para o psicólogo, entre outros. Dentro desse modelo, preocupações com a vida e com a saúde passam a ser substituídas pela identificação dos sintomas e caracterização da doença, passando a saúde a significar a “cessação de sintomas” e a “ausência de patologias”.

Os conjuntos de práticas disciplinares criadas a partir de então constituíram técnicas de poder que tinham como finalidade a vigilância dos indivíduos, de seus corpos, o registro sistematizado e contínuo de que nenhuma informação poderia escapar. Tudo isso imprescindível ao ajuste dos sujeitos à ordem social, econômica e política.

Ao mesmo tempo em que o corpo social foi o alvo das práticas disciplinares, o corpo individualizado foi o seu lugar de atuação. É a partir desse duplo processo que podemos pensar o poder de individualização e singularidade dos sujeitos no corpo social.

Uma pergunta para reflexão sobre a atualidade é: quais são as formas de desejo que estão sendo capturadas e enquadradas pelos novos mecanismos biopolíticos? Merhy, na Conferência do Encontro Regional Centro Oeste da Rede Unida, realizada em agosto de 2013 (ver em <<http://www.ustream.tv/recorded/18285684>>), questiona: “quem são os anormais da hora? Quem serão os novos anormais?”. Os exemplos são muitos, mas tomemos aqui a singularidade do caso dos fumantes no Brasil.

Se procurarmos a história da proibição e/ou restrição do tabaco no Brasil vamos encontrar, em 1996, a lei federal 9.294 que restringia o uso do tabaco e derivados em locais públicos e privados. A partir de então, o campo da Saúde Pública, seguindo e respaldado por instituições como a Organização Mundial de Saúde – OMS, tem desenvolvido uma série de medidas, inclusive leis federais e municipais, reforçando a proibição e restrição do fumo e derivados.

A questão deste texto não é a de colocar se a lei é necessária ou não, nem também estabelecer um valor moral sobre a positividade ou a negatividade da lei. Também não constitui um objetivo de discutir os possíveis danos que o uso do tabaco pode ocasionar. O sentido deste texto é o de pensarmos como essa ideia – proibição e/ou restrição do uso do tabaco reverbera em nós, principalmente nos que não são tabagistas e, aliado a isto, pensarmos como no mundo do trabalho e do cuidado em saúde essas práticas têm se tornado práticas muitas vezes autoritárias, fascistas e julgadoras do outro no campo moral, no qual atribuímos valores como bem e mal.

O fragmento a seguir foi retirado de um texto de Merhy e Feuerwerker (2010) e constitui um bom exercício para pensarmos os diferentes modos de existir em relação ao consumo ou não do tabaco. Vejamos:

**“Existência, sofrimento e prazeres: vazando a captura de um saber que representa esse processo como saúde e doença”**

**Diga-me: por que você parou de fumar?**

**Porque fui ao médico e fiquei sabendo depois de alguns exames que minha capacidade respiratória estava diminuída. Já tinha enfisema por ter fumado tantos anos. E diante desse adoecimento, comecei a tomar um medicamento que “engana” meu cérebro sobre a presença de nicotina no meu corpo. De lá para cá, não tenho fumado mais, mas como muita bala. Sem parar. Ah!!! tenho ficado ansiosa também. Muito. Mas parece que tudo isso vai valer a pena pois o enfisema vai ficar estável e tenho ainda bastante capacidade pulmonar.**

**Interessante essa opção. Você a tomou em função do quê?**

**É que eu me vi diante de muitas coisas que pretendia realizar e viver. Continuar fumando era uma opção por um modo de viver que talvez me impossibilitasse de tudo isso, que ainda quero. Quero dizer que continuar fumando mesmo com aumento do enfisema é um modo de continuar vivendo e uma possibilidade como caminho a ser seguido.**

Mas e a doença?

Não vejo bem assim como só doença e sofrimento. Também olho o continuar fumando por um outro lado: o enorme prazer que me dá e se não tivesse outros sentidos para o meu desejo, talvez eu optasse por continuar fumando e vendo o enfisema ou minha morte como parte do meu modo de viver também, sem incriminá-la como responsável por isso.

Ou seja, para você, optar sobre certo modo de continuar existindo prazerosamente, mesmo sabendo que com isso certos sofrimentos podem acontecer, não é necessariamente algo para ser compreendido dentro de uma lógica do processo saúde e doença, ou seja, como algo que produz doença?

Não. Pois vejo isso como meu processo de viver e não de adoecer. Não acho que o olhar polar e tenso saúde-doença dê conta do que eu estou colocando sobre tudo isso.

Sabe, você me faz lembrar de uma outra pessoa que conheço que fuma intensamente e que já vem apresentando certos problemas respiratórios e que diante das mesmas perguntas me respondeu que não tem nem interesse em saber se tem ou não enfisema, pois isso não significaria para ele uma perda de nada ou uma limitação. Não vê a mínima chance de parar de fumar, pois não há outros sentidos na vida que possam colocá-lo em cheque em relação a essa opção.

Por um lado, não é completamente sem sentido representar esse processo por um outro ângulo, que não só das opções por certos modos de vida e não outros, pois ao ser ofertada a representação de que se está diante de um processo saúde e doença aumentasse as maneiras de se poder perguntar sobre suas opções e ações. Não é? Isto é, ao se oferecer certos conceitos para dar sentido e significação ao que se está vivendo, vivenciando e sentindo, pode-se dar elementos para que se possa pensar sobre si e inclusive pensar sobre o cuidar de si ao adotar certas representações sobre os acontecidos, pois ela lhe diz muito ao adotar o mesmo nível de problematização que a representação tenta captar. Não é verdade isso para você?

Sim.

Entretanto, acho interessante pensar sobre o que significa alguém ser o dono de um certo saber sobre o seu modo de viver e dizer que esse modo de viver é patológico, que por conta dele você vai ficar doente e irá morrer por isso. Acho que essa “imposição” é fruto de uma relação de poder e se você não tem noção dela, acaba aceitando como única verdade possível e torna-se objeto da decisão do outro. Não participa de nenhuma possibilidade de armar a sua própria representação do que faz ou não faz sentido para você e escolher de que modo de viver lhe interessa. Veja que aí o que se passa é a não oferta do saber de um para o outro de modo intercessor, que possibilitaria poder falar de si ou mesmo decidir por si. Pois é, essa tensão já existe mesmo quando o encontro entre um que diz ser dono do saber e o outro que vira seu objeto não é intencionalmente realizado com a ideia de um encontro intercessor, no qual todos entendem e topam sofrer os efeitos desse mesmo encontro e topam falar dele claramente, um para o outro. Porque não são poucos os relatos de experiências nas quais o chamado paciente desse encontro resiste às ofertas que o chamado trabalhador de saúde lhe faz.

Vale a pena pensar sobre esse diálogo. Ele causa estranhamentos em você?

Reflita sobre seu cotidiano de trabalho e procure captar **estranhamentos vivenciados** na sua experiência no mundo do trabalho. Tente tornar visíveis/dizíveis essas afecções/sensações por meio de alguma forma de

expressão, quer seja pela fala, pintura, fotografia, poesia, música, teatro, etc. Registre sua obra no seu diário cartográfico.

---

### **Bibliografia consultada:**

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Macruz; Gomes, M.P.C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B; Ramos, V.C.(org.). *Semiótica, Afecção & Cuidado em Saúde*. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2010, v. , p. 60-75.

## **ENCONTROS E DESENCONTROS – ANDANDO PELOS CAMINHOS DA GESTÃO**

Neste plano, vamos explorar com vocês alguns aspectos dos caminhos da gestão pensados a partir do ponto de vista da Educação Permanente em Saúde – EPS. Se todo mundo faz gestão e a EPS pode ser uma estratégia para pensar os encontros e negociações entre todos, a gestão formal também precisa viver a EPS!!! E a EPS, na relação intergestores, tem seu lugar? Como diferentes modos de se aproximar produzem diferentes cenas nos territórios?

### **Cena 1**

A vida estava difícil. Muita correria, muitos atropelos na Secretaria de Saúde de Lugar Comum. Muitas demandas vindas do Ministério da Saúde implicavam em disparar muitos processos ao mesmo tempo. E elas não podiam ser ignoradas, sob pena de se perder a oportunidade de acessar recursos muito necessários.

Com a preocupação de produzir ações articuladas, multiplicavam-se as reuniões das quais todos deviam participar, cada vez convocadas por uma área diferente. Como resultado, muitas e muitas reuniões, muito trabalho, mas ao mesmo tempo a sensação de que faltava tempo para... trabalhar, pois não havia tempo para pensar, conversar, cuidar dos processos.

Será que alguma coisa estava saindo do papel ou dos discursos? E a nossa preocupação de levar fortemente em conta as singularidades dos territórios e as dinâmicas do cotidiano do trabalho para construir o trabalho? Como era possível tanta fragmentação, apesar dos colegiados em todos os departamentos, dos núcleos territoriais, do intenso trabalho dos apoiadores, da gestão compartilhada do apoio e tudo o mais com que vinham trabalhando?

Miriam Suzana estava como secretária adjunta do Estado de Alguém Lugar. Resolveu compartilhar essa aflição na reunião do colegiado da Secretaria. A conversa pegou fogo. O desconforto era compartilhado por muitos. Outros achavam que era assim mesmo: não havia como evitar esse tipo de tensionamento, pois a secretaria tem que pautar agendas, esse é o seu papel. Outros diziam, OK, há projetos em disputa e dela participamos. Mas estamos conseguindo nos colocar em diálogo com os territórios, com os processos em produção no cotidiano do trabalho? Será que não estamos freneticamente produzindo desencontros ao invés de encontros?

**Todos resolveram fazer um exercício de reflexão. Outra vez uma listinha:**

- **Que processos iniciei?**
- **Me preocupei em recolher os efeitos produzidos nos outros?**
  - **Como percebi esses efeitos?**
  - **O que eu fiz a partir dessa pororoca?**

A palavra pororoca é de origem indígena (tupi) e significa estrondo (forte barulho da natureza). A pororoca é um fenômeno natural que ocorre quando há o encontro entre as águas de um grande rio com as águas do oceano.

### **Pororoca no Brasil**

No Brasil, a pororoca mais importante ocorre na Amazônia, quando as águas do rio Amazonas encontram-se com as águas do Oceano Atlântico na foz deste rio. Ocorre um forte barulho e a força do fenômeno provoca a derrubada de árvores e alterações nas margens do rio. Durante o fenômeno, formam-se ondas que podem atingir até 3 metros de altura e velocidade de até 20 km/h.



### **Pororoca no mundo**

Embora a pororoca amazônica seja a mais importante do mundo, ela também ocorre em outras regiões do planeta como, por exemplo, nos rios Sena (França), Iang-Tsé (China), Colorado (Estados Unidos) e Tâmis (Inglaterra).

Tumulto! Muitos processos desencadeados ao mesmo tempo! E ninguém sabia muito a respeito dos efeitos, havia somente ecos de muitos desconfortos a partir de uma multiplicidade de iniciativas, quase nenhuma sustentada e cuidada para chegar a dialogar com o cotidiano! Enfim, nada muito produtivo do ponto de vista da mobilização para a produção do cuidado!

Em Lugar Comum, resolveram construir uma grande oficina, reunindo diferentes atores da gestão, incluindo vários que participam dos territórios locais. Lá em Lugar Comum, depois de muito mexe e remexe, a oficina começou com o filme “**Só 10 % é mentira – uma desbiografia de Manoel de Barros[M2]**”, um filme que convida à invenção de mundos. O convite pegou, a discussão esquentou e possibilitou uma problematização importante do modo como vinha operando a secretaria. Apesar de tantos esforços de articulação e conversa para fortalecer a produção do cuidado, a principal marca do trabalho vinha sendo a fragmentação e os múltiplos disparos. Se a questão principal da gestão era a produção do cuidado, será que dava para colocar isso no centro? Essa poderia ser a agenda prioritária, a ser trabalhada de diversos modos e em diferentes territórios e lugares?

Nesse movimento, eles ainda estão. Mas com uma aprendizagem fundamental: melhor poucos processos cuidados, construídos com os trabalhadores em seus diferentes encontros com os usuários, explorando efeitos, passos e tropeços, construindo caminhos de compartilhamento do que um amontoado de coisas novas que produzem um frenesi fragmentado e engessador...

**Você já experimentou essa tensão na condução de uma secretaria ou de uma unidade? Se você trabalha em algum serviço de saúde, como você enxerga a gestão do seu município ou estado? Qual a sua visão do papel que eles devem exercer no sistema de saúde?**

**Se você fizesse parte da equipe da Miriam Suzana, quais saídas você apontaria para superar os problemas relatados?**

**Como você montaria uma oficina de trabalho para discutir estas questões? Vamos experimentar?**

## **Cena 2**

O Colegiado Intergestores da Região Alto da Boa Vista, de que os municípios de Lugar Comum e Pontal do Centro-Oeste fazem parte, está em um intenso debate a respeito de sua dinâmica de trabalho. Em mais da metade dos municípios, nos últimos seis meses, houve troca de secretário de saúde.

A discussão estava acontecendo em torno da dificuldade de todos participarem e interferirem no debate e nas combinações. Também manifestavam suas preocupações no sentido de assegurar a continuidade das conversas e das combinações feitas, considerando-se as mudanças de gestão.

Margarida – secretária de Letrinhas, um dos municípios pequenos – *“Pois, bem, então, eu acabei de assumir a gestão e me sinto bastante perdida nessas reuniões. Não tenho ideia do que aconteceu antes. Estou impressionada com a quantidade de conversas necessárias: prestadores, grupos técnicos, gente da SES”*.

Wilson – secretário de Pontal do Centro-Oeste: *“Podemos passar para você as atas das reuniões passadas. É uma ajuda. Mas acho que a Secretaria de Estado da Saúde – SES tinha que se ocupar de apoiar os municípios nessa situação”*.

Mirtes – secretária de Abacateiro, outro dos municípios pequenos – *“Concordo, Wilson. Mas para evitar esse tipo de problema, acho que outra providência importante seria que outras pessoas, além dos secretários, participassem da reunião. Embora minha equipe seja pequena, temos nos virado para participar ao menos das conversas que interferem mais na nossa dinâmica de trabalho”*.

José – secretário de Coqueiral, também secretário novo de um município pequeno – *“Mas o buraco é mais embaixo. Fico muito perdido também porque não sou da área da saúde e não entendo muitas das siglas e das*

*dinâmicas. Estou achando mais difícil dirigir a secretaria com 25 servidores do que a empresa com 150 trabalhadores que dirigi antes!” “Muita briga, cada um governa um pedaço, ninguém consegue mandar no médico, a população batendo na porta da minha casa. Acho que tenho que fazer um curso de psicologia para aprender a lidar com tantos conflitos e para cuidar da minha angústia!!! Nem tenho dormido direito com tantas preocupações!!!”*

Bonifácio – secretário de um município médio – *“E eu que apesar de toda essa insegurança, de nem entender direito essa língua da saúde, tenho que fazer negociações com a Organização Social – OSS que dirige o hospital regional, por conta das necessidades de meu município.”*

Shirley – técnica da SES – *“Por isso é que defendemos a ideia de um curso de gestão para os secretários!!!!”*

Margarida – *“Seria bom, mas não sei se terei tempo para me dedicar a isso. Existe esse curso? Posso mandar alguém da equipe??”*

Miriam Suzana – *“Não sei se é o melhor caminho! Não que eu não ache importante termos um curso, mas será que ele vai dar conta da complexidade das nossas questões cotidianas? E se aproveitássemos o dia de nossas reuniões, independente do curso, para uma conversa prévia entre nós que vá além dos processos de pactuação formais que temos de fazer? Ou seja, se pudéssemos ter mais tempo para entender como cada município funciona, trocar figurinhas, tirar diferenças entre nós? Fiquei sabendo que em alguns estados, muitos colegiados fazem isso porque tem um apoiador do COSEMS que acompanha os municípios. No Congresso do CONASEMS, aconteceu um debate sobre essas experiências e vimos que em alguns lugares produziu muita potência e, em outros, não foi tão exitoso. Será que isso ajudaria na nossa situação?”*

Wilson – *“Mas quem ia coordenar essa reunião? Aqui não temos apoiador! E se não for muito organizado, acaba sendo perda de tempo!”*

Miriam Suzana – *“Podemos montar um grupo, misturando gente que está há mais tempo com quem acabou de chegar, para organizar as primeiras reuniões. Depois vamos rodiziando. O que acham? Eu me disponho a ajudar.”*

Shirley – *“A Secretaria de Estado da Saúde não pode ficar de fora disso!”*

Todos falam ao mesmo tempo. Uns achando boa a ideia, outros desconfiados. Decidem experimentar dois encontros. Se forem bons, continuam; se não, procuram outra solução.

**Você conhece alguma experiência assim?**

**Você conhece o Colegiado Intergestores de sua região? Como funciona? E o que você acha que precisa para funcionar bem?**

**Como você organizaria um movimento de EP para gestores em uma região de saúde, considerando-se a heterogeneidade entre os secretários e sua pressa em obter resultados?**

### **CENA 3**

Margarida e Bonifácio procuraram Miriam Suzana para conversar. Tinham ouvido falar que no município de Lugar Comum, haviam disparado umas experiências interessantes que estavam mobilizando muito os trabalhadores. Souberam da experiência do apoio que haviam organizado e ficaram muito interessados. Mas

como podiam fazer algo parecido se seus municípios eram tão pequenos e contavam com recursos tão limitados?

Miriam Suzana disse que no Congresso do CONASEMS conheceu uma experiência interessante: um Colegiado Intergestores Regional havia decidido usar os recursos da educação permanente para disparar um processo de EPS com os apoiadores da região. Todos os municípios indicaram pessoas e, junto com a Regional, organizaram o processo de EP. Usaram vários materiais, trouxeram algumas pessoas para falar, fizeram muitas oficinas, rodas de conversa, etc. Soube-se que eles estão apoiando os secretários municipais de saúde neste processo de ampliar o diálogo com os trabalhadores e construir pactos mais efetivos e condizentes com a realidade de cada serviço.

Miriam Suzana – *“Soube também que teve um secretário municipal nestas localidades que decidiu que a Educação Permanente em Saúde seria a estratégia central da sua gestão.”*

Margarida – *“Mesmo? Como foi isto? Qual resultado ele obteve?”*

Miriam Suzana – *“Claro que existem diversas formas de se implantar a EPS, mas o mais importante que aconteceu neste município foi abrir a agenda dos trabalhadores e da gestão para discutirem e conversarem sobre o trabalho, identificando os pontos de dificuldade e potencialidades, apontando saídas, apoiando as equipes, negociando regras e interesses dos trabalhadores, usuários e da gestão.”*

Todas estas cenas trazem uma questão fundamental: não são somente os trabalhadores da atenção que necessitam de espaços de educação permanente. Pensar desse modo sugere que os trabalhadores da atenção precisam mudar (porque estão dominados pelo modelo médico-hegemônico), mas os trabalhadores da gestão, não (estes já estariam iluminados por propostas políticas mais avançadas).

Ledo engano! Todos estão atravessados por ideias instituídas que, inclusive, produzem a sensação de que “as coisas são assim”, sempre foram e de que nada precisa ser alterado. A organização de uma secretaria em departamentos e dos departamentos em caixinhas que correspondem a áreas temáticas é uma dessas. As relações hierárquicas são outras. A rigor, estão todos, trabalhadores da atenção e da gestão, mergulhados no mesmo mar das disputas micropolíticas, brigando por projetos, mobilizados por algumas proposições, desconfortáveis com outras, afetando e sendo afetados pelos múltiplos encontros que a produção da gestão proporciona.

A ideia então é a de buscar ampliar os espaços de diálogo para que o estava oculto torne-se visível, seja objeto de conversa e de negociação. Só assim podemos descobrir novas formas de se organizar o trabalho em saúde centrado no usuário - Link com o texto do Luiz Cecílio, [O “trabalhador moral” na saúde.](#)

Na primeira cena, está evidente a tensão existente para iniciar um diálogo entre a agenda política da secretaria com a agenda mobilizada pelo cotidiano das unidades. Na segunda e na terceira cena, percebem-se as dificuldades e tensões para se construir um espaço regional de intergestores que ajude a fortalecer os processos municipais, favorecendo a produção de relações mais cooperativas entre gestores.

Os modos e os arranjos em que apostamos para produzir processos interferem nas possibilidades de efetivação dos projetos. Um SUS cuidador pede cuidado com processos, reconhecimento da produção ativa de gestores, trabalhadores e usuários. Um SUS cuidador pede que a gestão também se coloque em análise, aprendendo com o cotidiano e com os encontros, ampliando as possibilidades de se produzirem relações cooperativas e espaços de invenção. E isto nos exige muita desconstrução, deslocamento e invenção.

**Você conhece alguma experiência assim?**

## Como você organizaria um processo de Educação Permanente na gestão?

Sugestão: acesse o Link para o texto do Emersom Merhy sobre a proposta EPS em movimento, disponível na Entrada OUTRAS OFERTAS

---

[M2] Hiperlink com o vídeo no youtube - [Só dez por cento é mentira](#)

### TENSÕES CONSTITUTIVAS DO TRABALHO EM SAÚDE

Na física, a tensão (elétrica) é a diferença de potencial entre dois pontos, como, por exemplo, os polos positivos e negativos de uma pilha. A partir daí, gera-se uma energia que necessita de um condutor até que possa se traduzir em um efeito, como a geração de luz, por exemplo. A quantidade de luz produzida, ou seja, a potência decorrente é diretamente proporcional ao tamanho da tensão (diferença de potencial) na origem. Esta potência é também influenciada, de forma inversamente proporcional, pelas resistências encontradas no caminho. Na prática, uma pilha é só uma pilha até que possa ser conectada a um circuito, como em uma lanterna, por exemplo, onde a tensão existente entre os seus polos (positivo e negativo) pode se traduzir em potência para acender a lâmpada e iluminar o ambiente ao redor.

#### *Mas, o que isso tem a ver com o trabalho em saúde?*

As tensões estão incorporadas no processo de trabalho em saúde, tensões entre o modelo biomédico hegemônico e outras racionalidades médicas, tensões entre a clínica e o cuidado, tensões entre desejos e saberes dos usuários (sejam eles quem forem – pobres, ricos, estudados ou analfabetos) e os saberes e desejos técnicos, de forma que estas tensões são vividas cotidianamente nas relações entre as pessoas envolvidas neste trabalho.

Estas tensões se expressam na **disputa dos planos de cuidado** [Stefanie1] entre profissionais de saúde e os usuários dos seus serviços. Porém, estas tensões acontecem também no dia-a-dia dos diversos trabalhadores de saúde, muitas vezes movidos por uma lógica corporativa (que também está presente como plano de constituição dos trabalhadores) que visa a fatiar os usuários de acordo com o núcleo de saberes de cada profissão (MERHY, 2003).

Nessa racionalidade, muitas vezes, atribui-se socialmente à medicina um status de detentora de um saber especial, que a possibilitaria atuar como gerenciadora de todas as outras profissões de saúde. Principalmente

quando se atribui a todo sofrimento o status de doença e aos médicos o poder/saber de diagnosticá-las... Isto também gera importantes tensões no cotidiano dos profissionais de saúde.

*Você consegue se lembrar de alguma tensão vivida pela sua equipe de trabalho recentemente? Que tal descrever um pouco o que aconteceu na entrada livres construções do diário cartográfico?*

## **AS TENSÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE**

Vejamos agora uma cena que fala destas tensões entre profissionais de saúde.

**Fernando era o novo médico da equipe 2, recém-chegado na unidade após concluir sua residência em medicina de família. Estava louco para colocar em prática tudo que aprendera. Era sua primeira semana na unidade e já estava no plantão do dia para o atendimento da demanda espontânea dos usuários que chegassem após o horário do acolhimento, enquanto as outras equipes faziam o atendimento dos casos agudos advindos do acolhimento e dos casos previamente agendados. Sua agenda era mais espaçada nesse dia para que pudesse dar conta dos casos que surgissem.**

**Fernando estava atendendo dona Sara, uma paciente difícil, hipertensa com pouca adesão ao tratamento, segundo o que haviam registrado no prontuário. Ele tentava explicar a dona Sara sobre o seu risco cardiovascular e sobre a importância de mudar seus hábitos e tomar a medicação corretamente, quando, de repente, entra na sala afobada Viviane, a técnica de enfermagem da equipe 1:**

**– Dr. Fernando, é o seu dia de plantão hoje, né? Chegou uma criança da minha área com muita febre. Já pedi para ela esperar aqui na frente da sua sala, mas a mãe está agoniada e quer ser atendida logo. Está aqui o prontuário.**

**Fernando odiava ser interrompido no meio de suas consultas, ainda mais daquela forma, sem bater e sem pedir licença. Viviane havia lançado o prontuário em sua mesa e já estava perto da porta para sair. Fernando, então, respirou fundo e disse:**

**– Calma, Viviane. Como assim? Quem é o paciente? Qual a idade, o peso, temperatura, frequência respiratória? Preciso desses dados para te ajudar a resolver este caso. Afinal é um paciente da sua equipe.**

**– O médico aqui é o senhor, doutor. E no dia do plantão os médicos atendem os pacientes de todas as equipes. O prontuário já está aí.**

**Fernando tentou encurtar a conversa, preocupado com a discussão na frente de dona Sara:**

**– Viviane, os outros médicos podem até fazer assim, mas eu não. O paciente é da sua equipe e você precisa se responsabilizar por ele. Verifique os sinais básicos e depois me chame na sala de acolhimento que eu te ajudo a avaliar o paciente. Está aqui o prontuário.**

Viviane saiu furiosa em direção à sala de acolhimento, levando Caio e sua mãe para verificar os sinais solicitados por Dr. Fernando. Enquanto isso, Fernando pediu desculpas a dona Sara pelo inconveniente e deu as últimas orientações, despedindo-se da mesma.

Dirigiu-se, em seguida, à sala de acolhimento para avaliar o paciente. Ao chegar na sala, Viviane estava terminando de contar a frequência respiratória da criança. Fernando entrou na sala e disse:

– E aí, Viviane, em que eu posso te ajudar?

Viviane ainda muito irritada respondeu:

– Como assim me ajudar? O Caio está com febre e o senhor precisa atendê-lo. Não sou médica.

– Ah, é Caio o nome dele? – perguntou Fernando em tom irônico.

– Sim, Dr. Fernando.

– Pois é, e o que mais você sabe sobre ele? Por que ele veio aqui hoje?

– Ele tem 3 anos e está com febre e tosse desde ontem. A temperatura está em 38,2 graus e a frequência respiratória em 32. Mais alguma coisa ou já posso ir? – perguntou Viviane incomodada com aquela situação.

– Hummm... e o que você acha que é, Viviane? – perguntou Fernando em tom mais ameno e tentando se aproximar de Viviane.

– Ah, não sei, Dr. Fernando. Já disse que não sou médica. Por que tanta pergunta? – respondeu em tom um pouco mais calmo.

– Tenho certeza que você já viu muitos casos iguais e deve ter ideia do que seja. Se você acertar, eu pago o seu almoço hoje. – brincou Fernando para tentar desarmar Viviane.

– Deve ser um resfriado.

– Muito bom, Viviane. E o que se faz num resfriado?

– Mais perguntas? O senhor disse que se eu acertasse ganhava meu almoço. Ganhei meu almoço ou não? – respondeu sorrindo.

– Sim, mas já o suco... – riu Fernando.

– Tá. Normalmente vejo os médicos mandando lavar o nariz e dizendo para tomar paracetamol quando tiver febre e se piorar para voltar no posto. Ganhei meu suco? – perguntou sorrindo.

– Se você sabe tudo isso, poderia ter avaliado o risco e realizado as orientações junto com a enfermeira. Não entendo por que foi me chamar para atender o caso. Já posso ir agora? – brincou Fernando.

– Claro que não, né? O senhor aqui é o médico e não eu. Como vou liberar o paciente sem a sua autorização?

– Do mesmo jeito que faria com seu filho. Por que na unidade de saúde tem que ser diferente?

– É verdade, nunca pensei sobre isso, pois os outros médicos sempre atendem e determinam o que a gente deve fazer.

– Então, se você sabe que febre é um sinal natural de muitas doenças e que antes de 2 a 3 dias geralmente não representa nenhum sinal de gravidade; se você sabe que até 5 anos a frequência respiratória normal é até 40 e se tiver menor do que isso dificilmente é algo mais grave; se você sabe que a maioria desses quadros é de resfriado e o tratamento é apenas de cuidados gerais, por que precisa de um médico?

– Essa história aí da frequência respiratória eu não sabia não.

– Pois a enfermeira sabia, você agora já sabe e até a mãe do Caio que tá prestando atenção aí também ficou sabendo. Dê a ela as orientações que estava me dizendo e os medicamentos e sugira que volte se não tiver melhora em 2 dias, retornando antes disso se ele tiver alguma piora. Qualquer coisa é só me chamar.

– Mas, Dr. Fernando, eu fico insegura...

– Então, dessa vez vamos fazer juntos e na próxima você já fica mais tranquila, se a pessoa não tiver sinais de gravidade. Além disso, tem que prometer que vai bater na minha porta todas as vezes antes de entrar. Combinado? – falou Fernando em tom de brincadeira, mas tentando orientar sobre como gosta de ser abordado quando está em atendimento.

– Fechado e desculpa pelo jeito que entrei na sua sala. Obrigado pela ajuda.

Fernando e Viviane, então, orientaram a mãe de Caio que saiu tranquila após as orientações e sabendo que poderia voltar caso a criança não melhorasse. Fernando, ajudou Viviane a escrever tudo isso no prontuário e assinou junto com ela.

Na hora do almoço, Viviane cobrou a conta e Fernando pediu que ela contasse ao restante da equipe o que tinha acontecido. Todos acharam interessante e decidiram que iriam conversar mais a respeito na próxima reunião de equipe.

Situações de tensão, como esta, vivenciadas por Fernando e Viviane, são comuns entre os profissionais de saúde, mas nem sempre possuem final feliz, com capacidade de produzir educação permanente para os envolvidos e para toda a equipe. Para entendermos melhor por que isso nem sempre acontece, precisamos explorar melhor as diferenças entre o que aconteceu aqui e o que acontece muitas vezes nos serviços de saúde.

*Que semelhanças e diferenças você percebe entre essa cena e a história de tensão relatada em seu diário? Continue relatando as suas afecções no diário cartográfico.*

## **Tensões como potência criadora**

Na cena anteriormente descrito, podemos perceber que Fernando, ao sentir-se incomodado com a entrada de Viviane em sua sala que invadiu o seu ambiente de trabalho, assumiu a situação como um conflito e se utilizou do empoderamento histórico de sua profissão para intervir sobre o trabalho de Viviane e determinar suas ações, fortalecendo-se nos saberes estruturados da clínica (tecnologias leve-duras). Fernando provavelmente

tinha uma ideia de como deveria ser abordado pelos demais trabalhadores baseado em experiências anteriores e em seus desejos. Viviane provavelmente, ao adentrar a sala, também tinha ideias de como deveria fazer o seu trabalho, permeado pelos seus desejos e experiências com os outros médicos, como fica bem claro em suas falas. Com a reação de Fernando, ela tem sua prática desvalorizada e sente-se mais uma vez desrespeitada, assumindo também uma posição conflituosa, porém de submissão por estar menos empoderada para fazer a disputa.

Até esse momento, esta situação é bem parecida com o que acontece na maioria dos serviços de saúde, em que a resolução do conflito se dá pelo uso da autoridade de quem tem mais poder estabelecido. Mas, então, como fazer para ser diferente?

Voltando ao exemplo da física, precisamos fazer com que estas tensões entrem em um circuito capaz de utilizar toda a sua potência na construção de algo novo, capaz de iluminar o processo de trabalho em saúde. Para isso, é preciso fabricar espaços acolhedores, que permitam esta transformação e o respeito e acolhimento das histórias das pessoas, o que pode ampliar sua porosidade para novas provocações.

*Quantas vezes não escutamos, no nosso cotidiano de trabalho, colegas dizerem que estão uma pilha (“de nervos”) com essa ou aquela situação? Quantas vezes não escutamos que as coisas não mudam devido à resistência de um ou outro colega? E o que podemos fazer com tudo isso? Que conexões no nosso trabalho nos permitem aproveitar essa energia das tensões em algo produtivo? Que espaços/circuitos são potencializadores de conexões reais entre as pessoas? Quem são os condutores e como são conduzidos os espaços para que essas tensões possam ser acolhidas e transformadas em educação permanente?*

*Você poderia discutir em grupo essas questões.*

Mendonça (2008) considera que as tensões, ainda que desconfortáveis, podem ser potentes instrumentos analisadores dos processos de trabalho instituídos, permitindo impulsionar a produção da novidade no trabalho da equipe. Entretanto, este novo só pode se dar se nos permitirmos deixar o nosso território de proteção, em que nos isolamos e protegemos, e buscarmos um encontro real com o outro, afetando e sendo afetado por este encontro.

Este encontro, entretanto, não pode se dar a partir dos saberes pré-estabelecidos, mas em um campo novo de diálogo em que operem as tecnologias leves e as “não tecnologias”, potencializando a valorização do outro e de sua história, com respeito às diferenças e desejos dos envolvidos. Para haver brecha para isso, é preciso produzir deslocamentos... que podem fabricar porosidade... em função do inusitado, do desconforto, do espanto...

Partindo deste pressuposto da tensão como potência inovadora, podemos desarmar o conflito constituído e tentar desenvolver toda esta potencialidade existente. Mas, como fazer isso? De muitos modos... Depende da cena, dos participantes, de sua história... Podia ter dado errada a jogada do Fernando... deu sorte que a brincadeira fabricou deslocamento e porosidade...

### **A multiplicidade dos espaços produzindo novos circuitos**

Primeiramente, é importante que os trabalhadores e gestores, serviços de saúde, desenvolvam mecanismos próprios para favorecer esses encontros, não só nos momentos formais de reunião, mas em cada espaço e em cada novo encontro entre profissionais e/ou usuários. Isso desde a sala de espera que normalmente é um espaço

público e que pode também permitir um encontro mais privado, até o consultório que, para além de suas limitações, pode se abrir para relações mais flexíveis, tais como consultas conjuntas ou discussões de caso. Assim, cada espaço precisa ser transformado, abrindo porosidades, em aparelhos, rodas ou praças, dependendo da potencialidade de cada momento e lugar, sem uma definição a priori de seu status, mas deixando margem para uma constituição flexível desses lugares a partir dos acontecimentos e de seus encontros (MERHY, 2006).

Por exemplo, para Fernando, o consultório é um lugar com função bem definida, sendo o espaço em que desenvolve o pleno exercício do seu trabalho, em consultas individuais e com garantia de sigilo ao paciente, sendo quase um confessionário. Nesta concepção, o consultório passa a ser mais que uma sala, tornando-se um local em que uma porta fechada deveria ser respeitada, sendo inadmissível a intromissão neste espaço sem a devida autorização. Por outro lado, para Viviane, o consultório tem sido o espaço de encontro com outros profissionais que a auxiliam no cuidado dos usuários que buscam atendimento na unidade: um lugar de troca e repasse de demandas. Já a sala de acolhimento é entendida por Viviane somente como um local de passagem até a chegada ao consultório médico, ao passo que para Fernando, trata-se de um potencial local de cuidado e de encontro.

É assim mesmo. Para cada um há uma produção diferente do espaço, muitas vezes por uma atualização de experiências anteriores, mas também em função de uma série de ideias, expectativas, conceitos. Os lugares são múltiplos, mesmo que algumas vezes possam ser capturados pelos sentidos únicos dados por cada um dos que os usam. O consultório precisa estar sempre fechado à entrada de outros profissionais? A sala de acolhimento tem que ser sempre um lugar só de passagem? Perguntas como estas podem nos fazer refletir a respeito de novas possibilidades de encontros reais com os demais profissionais da equipe em espaços e tempos não valorizados, impedindo que só os espaços formais, repletos de limitações, sejam a única possibilidade. Aí se pode ampliar a rede de circuitos que pode ser dissipadora dessas tensões.

E vejam como todos são múltiplos... O Fernando deslocou a Viviane... mas estava aprisionado pelo prontuário e operando o convencimento da dona Sara, “paciente difícil que não *adere* ao tratamento” ...

### **O respeito à história do outro e a abertura de novos espaços e possibilidades**

As diferentes perspectivas sobre os locais e os encontros são produzidas de diversos modos, como já vimos, e, caso haja um enrijecimento e uma queda de braço em relação aos sentidos que devem prevalecer, as tensões tendem a produzir conflitos, que só crescem se não forem trabalhados. Desta forma, é importante no encontro com o outro procurar entender em que lugar ele entende estar, sabendo que pode ser diferente daquilo que eu imagino. O mesmo vale para os entendimentos sobre as situações, para a valoração dos sofrimentos, para as teorias sobre as condutas etc.

Por isso é que é preciso se abrir para o encontro e “vasculhar” mutuamente as produções, sem ficar aprisionado, cada qual em seus a priori. Olhar para a história das pessoas, suas experiências anteriores, seus fantasmas, suas apostas de futuro e as ameaças que uma situação pode lhe configurar é fundamental para entender a sua atuação. E isso vale para todos! Essa consideração abre a possibilidade de um encontro mais produtivo, em que há uma mistura de corpos, possibilidades de invenção conjunta no sentido do aumento de potência... Do contrário, estabelece-se a disputa... e talvez o desencontro...

Como você vê esse jogo de encontros e desencontros na cena que contamos aqui?

### **O meu saber, o saber do outro, os nossos saberes – iluminando a cena**

Às vezes, a reconfiguração dos espaços e o respeito à história do outro são, por si só, capazes de produzir luz sobre a situação, levando a novos aprendizados e novos jeitos de agir. Outras vezes, precisamos de mais coisas para superar os automatismos que o modelo hegemônico nos impõe: lógica centrada no saber médico, lógica centrada no biológico e na realização de procedimentos (para todos os trabalhadores). Tal concepção valoriza apenas as tecnologias duras e leve-duras, além de levar à imposição de um saber (o da ciência) sobre os demais ao desconsiderar os saberes dos usuários e de outras racionalidades.

Deslocar o processo do trabalho em saúde para uma dimensão cuidadora, como fez Fernando ao evocar os saberes de Viviane como mãe, pode restaurar a devida valorização dos saberes de todos, inclusive dos usuários, na construção de um campo comum de cuidado. É nesse plano comum, de valorização da alteridade, que se produzem as negociações para a produção do cuidado, reforçando o lugar do usuário, do trabalho em equipe e ampliando a capacidade resolutiva dos serviços.

### **A tensão como constitutiva das relações de trabalho – uma modelagem tecnológica**

Assim, como nos fala Carvalho (2009), devemos estar atentos para o papel dessas tensões para qualificarmos o processo de trabalho. Podemos aprender a lidar com elas, apostando nas tecnologias leves que nos permitam entender, valorizar e respeitar o outro. Para além disso, acolher essas tensões constitutivas pode ser uma fonte essencial de energia para produzir educação permanente, construindo novos significados cotidianos dos jeitos de ser e de produzir saúde dentro da equipe e para os usuários.

*A partir dessas reflexões, o que você acha que poderia ser diferente na situação que você escreveu a partir de sua vivência no diário cartográfico?*

#### **● O encontro com a gestão**

Pensando em tudo isso, como a gestão poderia contribuir ou não para um cuidado usuário-centrado e para a valorização de todos os profissionais envolvidos na cadeia produtiva do cuidado? Como a gestão pode estimular a elaboração do projeto terapêutico por uma equipe e não por apenas um profissional e, principalmente, em diálogo com os usuários?

As equipes podem fazer muitas coisa. A gestão também... Seja criando espaços de encontro, fabricando momentos analíticos, ajudando a fabricar ferramentas... sacando no cotidiano as situações de tensão que precisam ser processadas... Acolhendo os ruídos como possibilidades produtivas... Colocando-se também na análise diante “das resistências” ... Batalhando para fazer valer alguns princípios como acolhimento, vínculo, resolubilidade e responsabilização (SILVA JUNIOR, MERHY, CARVALHO, 2003).

Este espaço criado pela equipe e apoiado pela gestão pode transformar a reunião em uma praça de diálogo e de elaboração do grupo para desenvolver suas atividades cotidianas no serviço de saúde. Mais reflexões sobre a gestão nesses processos podem ser buscadas nos textos seguintes: [Todo mundo faz gestão](#) e [Dispositivo de redes.](#)<sup>[2]</sup>

**Agora a sugestão é: analisando a situação descrita no seu diário cartográfico à luz do conjunto das provocações presentes neste texto-em-cena, converse com seus colegas sobre o modo como se dá a produção do cuidado. Pensem nas potências e nos eventuais entraves existentes no seu cotidiano. Que**

**respostas valem a pena? Que visibilidades precisam ganhar luz? Que modificações poderiam ser realizadas? Quais são os passos possíveis para alcançá-las?**

## REFERÊNCIAS

CARVALHO, Luís Claudio. *A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar*. Rio de Janeiro, Agosto – 2009. Dissertação: (Mestrado em Medicina), Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MENDONÇA, Paulo Eduardo Xavier de. *(LUTA) EM DEFESA DA VIDA: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro, 2008. 143 f. Dissertação: (Mestrado em Medicina) Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MERHY, Emerson Elias. Como fatiar um usuário: atomédico + atoenfermagem + atoX + atoY. *Conselhos regionais de saúde MG: jornal unificado*, 2003.

MERHY, Emerson Elias. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças. In: ACIOLE, Giovanni Gurgel. *A Saúde no Brasil – Cartografias do Público e do Privado*. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes; MERHY, Emerson Elias; CARVALHO, Luís Claudio. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003. p. 89-112.

---

[2] Textos [“todo mundo faz gestão”](#) e [“dispositivo de redes”](#).