

# FORMAÇÃO EM *saúde*

Práticas e Perspectivas no Campo da Saúde Coletiva

Organizadoras

Francis Sodré

Maria Angélica Carvalho Andrade

Rita de Cássia Duarte Lima

Ana Cláudia Pinheiro Garcia

*Formação em Saúde:  
Práticas e Perspectivas no  
Campo da Saúde Coletiva*

Editora filiada à Associação Brasileira das Editoras Universitárias (Abeu)  
Av. Fernando Ferrari, 514 – *Campus* de Goiabeiras  
Vitória – ES · Brasil · CEP 29075-910  
+55 (27) 4009-7852 · edufes@ufes.br · www.edufes.ufes.br

<b>Reitor</b>	Reinaldo Centoducatte
<b>Vice-reitora</b>	Ethel Leonor Noia Maciel
<b>Secretário de Cultura</b>	Rogério Borges de Oliveira
<b>Coordenador da Edufes</b>	Washington Romão dos Santos

<b>Conselho Editorial</b>	Cleonara Maria Schwartz, Eneida Maria Souza Mendonça, Giancarlo Guizzardi, Gilvan Ventura da Silva, Giovanni de Oliveira Garcia, Glícia Vieira dos Santos, Grace Kelly Figueiras Freitas, José Arminio Ferreira, Julio César Bentivoglio, Luis Fernando Tavares de Menezes, Sandra Soares Della Fonte
---------------------------	---

<b>Secretários do Conselho Editorial</b>	Douglas Salomão, Tânia Canabarro
--	----------------------------------

<b>Preparação e Revisão de Texto</b>	Jussara Rodrigues
<b>Projeto gráfico, Diagramação e Capa</b>	Juliana Braga
<b>Revisão Final</b>	George Vianna

---

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

F723 Formação em saúde [recurso eletrônico] : práticas e perspectivas no campo da saúde coletiva / organizadoras, Francis Sodré ...[et al.]. - Dados eletrônicos. - Vitória : EDUFES, 2016. 306 p. : il.

Inclui bibliografia.  
ISBN: 978-85-7772-339-3  
Modo de acesso:

<[http://repositorio.ufes.br/handle/10/774/browse?type=title&sort\\_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&null=&offset=0](http://repositorio.ufes.br/handle/10/774/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&null=&offset=0)>

1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. 3. Pessoal da área de saúde pública. I. Sodré, Francis.

---

CDU: 614.2

**Organizadoras**

Francis Sodré

Maria Angélica Carvalho Andrade

Rita de Cássia Duarte Lima

Ana Claudia Pinheiro Garcia

*Formação em Saúde:  
Práticas e Perspectivas no  
Campo da Saúde Coletiva*



**EDUFES**

Vitória, 2016

# Sumário

<b>Apresentação .....</b>	<b>7</b>
---------------------------	----------

## A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

### CAPÍTULO I

#### **Formação em saúde como um acontecimento: os cenários da atenção básica e o dispositivo encontro**

<i>Túlio Batista Franco .....</i>	<i>11</i>
-----------------------------------	-----------

### CAPÍTULO II

#### **As redes cotidianas dos currículos na formação dos trabalhadores da saúde**

*Maria Cristina Ramos*

*Maria Elizabeth Barros de Barros*

<i>Carlos Eduardo Ferraço .....</i>	<i>30</i>
-------------------------------------	-----------

### CAPÍTULO III

#### **Educação em saúde coletiva e formação de sanitaristas no âmbito da graduação**

<i>Ricardo Burg Ceccim .....</i>	<i>57</i>
----------------------------------	-----------

### CAPÍTULO IV

#### **Educação permanente em saúde: os desafios perduram**

*Fernanda Cristina de Abreu Quintela Castro*

*Kallen Dettmann Wandekoken*

*Maristela Dalbello-Araujo*

<i>Maria Cristina Ramos .....</i>	<i>100</i>
-----------------------------------	------------

### CAPÍTULO V

#### **A formação do agente comunitário de saúde: implicações sobre o processo de trabalho**

*Aida Brandão Leal*

*Ludmila A. Reinholz Rodrigues*

*Roni Hudson Kobi*

<i>Francis Sodré .....</i>	<i>120</i>
----------------------------	------------

## AS PRÁTICAS DE FORMAÇÃO NO SUS

### CAPÍTULO VI

#### **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a indissolubilidade da gestão, atenção e formação**

*Renata Heller de Moura*

*Cristina Amélia Luzio* ..... 137

### CAPÍTULO VII

#### **O hiato da educação em saúde na formação dos trabalhadores do SUS**

*Wellington Serra Lazarini*

*Francis Sodré* ..... 166

### CAPÍTULO VIII

#### **Apoio matricial: uma estratégia de formação para a promoção da saúde e a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental**

*Alexandra Iglesias*

*Luziane Zacché Avellar*

*Maristela Dalbello-Araujo* ..... 186

### CAPÍTULO IX

#### **A política de educação permanente em saúde no Espírito Santo: desafios para a formação no trabalho em saúde**

*Rosiani Oliveira Pereira*

*Maria Angélica Carvalho Andrade*

*Ana Claudia Pinheiro Garcia*

*Rita de Cássia Duarte Lima* ..... 202

### CAPÍTULO X

#### **PET-Saúde como dispositivo formativo e interventivo: repercussões nas práticas de saúde mental na atenção básica em Juazeiro (BA)**

*Barbara Eleonora Bezerra Cabral* ..... 238

# *Apresentação*

O objetivo deste livro é apresentar um trabalho coletivo, resultado do envolvimento de vários grupos de pesquisa, que veio se estruturando a partir do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. A identidade comum desses grupos é dada pela proposta de abordar empiricamente questões estratégicas da pesquisa, do ensino e da prática na área da saúde, numa perspectiva de formação de pessoas para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS).

Algumas premissas orientaram a abordagem desse tema, ao mesmo tempo complexo e polêmico. A primeira foi a de reunir contribuições de pesquisadores com distintas origens, enfoques e tradições metodológicas. A segunda diz respeito a dar espaço à diversidade de experiências e à pluralidade de visões, trazendo elementos para o debate acerca da atual configuração dessa temática. Houve também o empenho de selecionar trabalhos que tratassem da “formação em saúde” na esfera tanto teórico-metodológica quanto das práticas de intervenção para o SUS. Entendemos que essa dupla abordagem se faz necessária tendo em vista a importância da aplicação do conhecimento científico na reflexão das práticas de saúde, em especial no âmbito da saúde coletiva.

Abrimos o livro com um capítulo de reflexão sobre a produção e a aplicação do conhecimento no contexto da educação permanente em saúde, na qual o processo de ensino-aprendizagem se incorpora ao cotidiano das práticas profissionais, com a interação entre teoria e prática, gerando aprendizagem significativa. Assim, em “Formação em saúde como um acontecimento: os cenários da atenção básica e o dispositivo encontro”, Túlio Batista Franco, a partir de um estudo de caso no contexto da atenção básica, propõe o uso das ferramentas da educação permanente para a formação nos cursos da área de saúde.

No segundo capítulo, intitulado “As redes cotidianas dos currículos na formação dos trabalhadores da saúde”, Maria Cristina Ramos, Maria Elizabeth Barros de Barros e Carlos Eduardo Ferraço aprofundam teoricamente a questão da formação dos trabalhadores da saúde com base na

noção de currículos como redes de saberes, fazeres e poderes, que se tecem nos cotidianos dos cursos, em especial no que tange à atenção primária.

No capítulo “Educação em saúde coletiva e formação de sanitaristas no âmbito da graduação”, Ricardo Burg Ceccim desenvolve uma importante reflexão sobre as bases conceituais e os desafios da saúde coletiva em suas mais diversas áreas de intervenção, destacando a necessidade de se avançar para a formação de profissionais de saúde voltados a uma prática assistencial orientada pela atenção integral e apoiada em um trabalho de equipe.

Em “A formação do agente comunitário de saúde: implicações sobre o processo de trabalho”, Aida Brandão Leal, Ludmila A. Reinholz Rodrigues, Roni Hudson Kobi e Francis Sodré, utilizando-se da pesquisa com grupos focais, produzem uma análise ampliada sobre a forma o dos agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento do trabalho com a comunidade e a equipe de saúde da família.

Procuramos também trazer “experimenta es” para a leitura desta obra, como ocorre no capítulo “O Núcleo de Apoio   Saúde da Família e a indissolubilidade da gestão, aten o e forma o”, no qual Renata Heller de Moura e Cristina Am lia Luzio, partindo de algumas experiências práticas no SUS, convocam-nos a uma importante reflexão sobre a gestão na aten o básica e o Núcleo de Apoio   Saúde da Família (Nasf), na perspectiva de um novo arranjo gerencial e organizacional do trabalho em saúde.

Em “O hiato da educa o em saúde na forma o dos trabalhadores do SUS”, Welington Serra Lazarini e Francis Sodré, a partir de um estudo documental, analisam a organiza o administrativa, financeira e formativa de uma secretaria municipal de saúde e suas implica es nas práticas educativas realizadas nas Unidades de Saúde da Família, reconhecendo a educa o em saúde como importante estratégia de mudança para a sociedade e de orienta o na forma o dos trabalhadores do SUS.

No contexto avaliativo da política de saúde mental, “Apoio matricial: uma estratégia de forma o para a promo o da saúde e a desinstitucionaliza o do cuidado em saúde mental”, Alexandra Iglesias, Luziane Zacché Avellar e Maristela Dalbello-Araujo, por meio de revisão bibliográfica e análise documental, apontam os vários sentidos que vêm sendo atribuídos   estratégia de forma o intitulada “apoio matricial”, bem como os objetivos expressos nos documentos que sugerem o matriciamento como meio para a maior efetividade do cuidado em saúde.

Duas abordagens concretas sobre educação permanente em saúde são trazidas: “Educação permanente em saúde: os desafios perduram”, das autoras Fernanda Cristina de Abreu Quintela Castro, Kallen Dettmann Wandekoken, Maristela Dalbello-Araujo e Maria Cristina Ramos; e “A política de educação permanente em saúde no Espírito Santo: desafios para a formação no trabalho em saúde”, de Rosiani Oliveira Pereira, Maria Angélica Carvalho Andrade, Ana Claudia Pinheiro Garcia e Rita de Cássia Duarte Lima. A primeira resgata aspectos históricos associados à concepção de educação permanente e a seu processo de implantação como política pública no Brasil. Nessa abordagem teórica, são ressaltadas as mudanças pelas quais essa política passou após a instauração do Pacto pela Saúde e é apresentado um conjunto de avaliações sobre sua implantação no país, apontando-se os desafios para sua plena concretização. Já a segunda abordagem debate a centralidade da educação permanente no aperfeiçoamento de ações para a mudança das práticas de saúde pública, à luz de uma pesquisa qualitativa realizada com os principais atores envolvidos na formação dos polos de educação permanente no estado do Espírito Santo (Pepsus/ES).

Encerrando o livro, em “PET-Saúde como dispositivo formativo e interventivo: repercussões nas práticas de saúde mental na atenção básica em Juazeiro (BA)”, Barbara Eleonora Bezerra Cabral toma a cartografia como instrumento para a descrição e a compreensão das práticas realizadas por profissionais das equipes de saúde da família da cidade de Juazeiro, na Bahia, a partir da imersão dos pesquisadores em campo. A pesquisa, que ocorreu no contexto de uma experiência intensa e ousada, relacionada ao grupo PET-Saúde Mental, permite compreensões acerca de significativos desafios existentes para uma atuação em saúde de caráter integral.

Com a publicação desta obra coletiva, esperamos colaborar para as reflexões sobre as perspectivas contemporâneas da formação em saúde e contribuir na atualização de um debate que nos parece imprescindível para a garantia e a defesa do Sistema Único de Saúde.

Agradecemos a todos que colaboraram nesta tarefa delicada, longa e exigente que é a editoração científica. Em especial, somos gratas aos autores que contribuíram para que o desejo inicial de publicação de uma obra com esse desenho se tornasse uma realidade.

*As organizadoras*

*A Formação dos  
Trabalhadores da Saúde*

## *Formação em saúde como um acontecimento: os cenários da atenção básica e o dispositivo encontro*

Túlio Batista Franco

Michel Foucault (2004), no livro *A hermenêutica do sujeito*, discute a função da educação e nomeia de “conhecimento útil” aquele que “funciona de tal maneira que é chamado a produzir o *êthos*” (p. 290), ou seja, o conhecimento que se produz e incide sobre a ética do sujeito, sua forma específica de interpretar e atuar no mundo, processo de subjetivação que pode produzir um novo homem ou uma nova mulher. Continua o autor: “O conhecimento útil, o conhecimento em que a existência humana está em questão, é um modo de conhecimento relacional, a um tempo assertivo e prescritivo, e capaz de produzir uma mudança no modo de ser do sujeito” (p. 290). Que educação é essa – poderíamos nos perguntar – que pode ser capaz de produzir uma transformação nas subjetividades? Entendemos que um processo de educação na saúde só teria sentido se conseguisse operar mudanças, formar um novo sujeito capaz de intervir sobre o seu microcosmo e nele produzir um mundo conectado com os valores do humanismo, da solidariedade, necessários às práticas de cuidado.

Tomamos por referência a teoria de afecção do Espinosa (apud DELEUZE, 2002), que atribui ao corpo e sua capacidade de afetar e ser afetado a fonte de aprendizagem. Uma aprendizagem pelos afetos torna o corpo sensível, e o resultado é o aumento ou a redução da sua potência de agir no mundo. Diz assim o texto:

[...] quando encontramos um corpo exterior que não convém ao nosso (isto é, cuja relação não se compõe com a nossa), tudo ocorre como se a potência desse corpo se opusesse à nossa potência, operando uma subtração, uma fixação; dizemos nesse caso que a nossa potência de agir é

diminuída ou impedida, e que as paixões correspondentes são de tristeza. Mas, ao contrário, quando encontramos um corpo que convém à nossa natureza e cuja relação se compõe com a nossa, diríamos que sua potência se adiciona à nossa: as paixões que nos afetam são de alegria, nossa potência de agir é ampliada ou favorecida (DELEUZE, 2002, p. 33-34).

O que Deleuze vai nos ofertar são as ideias de que a vida se produz por múltiplos encontros, aos quais somos expostos diariamente, e de que, em razão do poder de afetar dos corpos, há um permanente efeito sobre eles, que significa um contínuo e ilimitado processo de mudança nas subjetividades. Estamos, portanto, sujeitos às subjetivações e à permanente variação do grau de potência para agir no mundo, conforme as afecções de alegria (aumento dessa potência) ou tristeza (redução dessa potência).

Ora, o que propomos na exposição do aluno aos cenários da atenção básica é o seu encontro com a realidade social, com a alteridade dos trabalhadores e usuários, com a experimentação do estrangeirismo de uma nova realidade “em nós”. É no estranhamento do encontro e de si mesmo que se processa a mudança da subjetividade, muitas vezes formada com base na representação social da medicina e do médico, construção imaginária de um tipo idealizado, que nem sempre corresponde à prática cotidiana no Sistema Único de Saúde.

Com base na ideia de Espinosa, podemos nos referir ao encontro como um disparador de processos de subjetivação, portanto, fator de aprendizagem intensiva. Essa aprendizagem se dá pelo corpo sensível, porque se aprende pelos afetos associados a um suposto saber. Trata-se de uma forma de educação com base nas vivências e na exposição ao mundo, na experimentação, que é capaz de atravessar o corpo, modificando-o, e não apenas um aprendizado cognoscente, que se refere à representação do mundo já modificado pelos filtros naturais da razão. Para que fique claro, o corpo sensível ou Corpo sem Órgãos (CsO), Deleuze (1972) não o substitui ou o coloca em oposição à ideia de Corpo com Órgãos ou corpo biológico; as duas dimensões estão presentes no mesmo organismo. A questão central é que o CsO carece de reconhecimento, e é preciso, além de reconhecê-lo, entender que ele tem

força operatória sobre a realidade e que, assim como afeta, ele também é afetado e produz o seu microcosmo.

Essas questões vão nos remeter ao que temos sugerido para a prática da educação permanente, entendida aqui como uma ferramenta que reúne as várias pedagogias ativas. Ela é antes de tudo ativada pelo encontro e pela experimentação do trabalho como principais insumos de ensino e aprendizagem, e, por isso, é capaz de operar um aprendizado pela razão e pelo corpo afetivo.

Não propomos uma separação entre práticas cognitivistas e socioafetivas para a educação ou um juízo de valor sobre elas. Entendemos que práticas educacionais, em geral, operam nessas duas dimensões. Elas convivem sob uma tensão produtiva que se manifesta tanto no campo de luta entre o pensamento e a prática instrumental (cognitivismo) quanto no campo que toma os *afectos* como questão central. O problema está em se identificar apenas o conhecimento racional como efetivamente válido, desconsiderando-se assim aquele obtido pelas afecções – que se instaura no corpo afetivo – e sua potência em modificar o ambiente social no qual se vive.

As pedagogias ativas, na sua prática de imersão do sujeito no mundo da experiência, e das existências, proporcionam uma exposição altamente produtiva para o processo de aprendizagem. Essa prática didático-pedagógica é capaz de disparar nas pessoas que dela participam processos de análise e autoanálise que envolvem o sujeito e sua relação com a realidade. Isso porque a experiência concreta vivenciada pela pessoa e o seu contexto são colocados em análise por quem tem o protagonismo no trabalho em saúde ou na educação.

Observamos que, embora convivam no mesmo processo pedagógico, uma linha de força cognitivista e uma que admite o conhecimento por mecanismos de subjetivação se relacionam sob certa tensão que as constitui. Essa tensão pode aferir diferentes e variadas dimensões sobre o ensino e a aprendizagem. De um lado, quando o processo pende mais fortemente para práticas cognitivistas, há menores graus de liberdade e de criação na função pedagógica do ensino; de outro, opera por pressupostos que reconhecem a constituição de um novo “modo de funcionamento do saber”, capaz de moldar, de formar o *êthos* por processos de subjetivação.

Entendemos, portanto, que não há uma oposição entre o “cognitivismo” e a aprendizagem pelos afetos; o conhecimento obtido e inscri-

to no corpo contém as duas dimensões. Adotamos como referência a ideia preconizada por Spinoza (2003), que adota o conceito de “ciência intuitiva”, a qual contém, além do conhecimento racional e científico – ou “o segundo gênero do conhecimento”, segundo o autor –, o obtido por efeito dos afetos no corpo, que se manifesta pelo “corpo afetivo” e que Spinoza vai chamar de “terceiro gênero do conhecimento”. Sem dispor, pois, de nenhum dos dois, mas entendendo que o conhecimento se forma com base em ambos, é que vamos propor um método de ensino que tende a proporcionar experiências estéticas, capazes de produzir aprendizado e conhecimento.

Falamos assim de uma “estética do conhecimento”, tal como propõe Franco (2015), pois a forma de conceber e pensar o mundo se vincula à incorporação do conceito segundo o qual o conhecimento é concebido também pelo “corpo afetivo”, ou seja, por processos de subjetivação. É evidente que essa estética do pensamento difere da concepção de que o pensar tem origem e fim apenas na razão. O melhor conceito, em nossa compreensão, como já dito anteriormente, é o que reúne as duas dimensões do conhecimento, mas ao mesmo tempo identifica a tensão constitutiva no interior do processo de aprendizagem e de formação do pensamento. A questão central para os processos pedagógicos, portanto, está nas opções éticas, estéticas e políticas para a condução da formação em saúde, assim como em todas as áreas de conhecimento.

É com base nessas questões que vamos propor o ensino na graduação que toma por principal referência a “pedagogia do fator de exposição”, proposta pelo projeto Cinaem<sup>1</sup>, em uma aposta de que a exposição aos cenários de práticas, incluindo os próprios usuários e seus problemas de saúde, é fator de aprendizagem intensiva, capaz de operar no aluno recursos cognitivos – ou seja, formação de um saber – e, ao mesmo tempo,

---

1 Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. “A terceira fase do projeto formulado pela Cinaem tem por objetivo a construção das transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico, e o estímulo à manutenção e ampliação do movimento de discussão iniciado nas etapas anteriores. [...] trata-se de ‘proporcionar a construção de uma proposta para a transformação da escola médica de acordo com os novos paradigmas, capazes de viabilizar a formação de um médico adequado às demandas sociais contemporâneas, estimulando a formação de núcleos de educação médica nas escolas e a socialização de experiências inovadoras entre as IES’ (MIRANDA, 2002, p. 60)” (PIERUCCI, 2010, p. 77).

de produzir processos de subjetivação que o fazem interpretar a realidade com a qual está em contato de um jeito específico, na medida em que a experiência o atravessa, modificando-o pelas afecções que o encontro produz. O fator de exposição se associa à problematização sugerida por Paulo Freire, à aprendizagem significativa e a todas as formas de ativismo na relação ensino-aprendizagem que seja possível acionar com o aluno.

Com base nesses pressupostos, propomos o uso das ferramentas da educação permanente no cenário da atenção básica para a formação nos cursos da área de saúde. Este texto pretende discutir o processo de ensino-aprendizagem com base na experiência que temos conduzido no curso de medicina da Universidade Federal Fluminense, especificamente na disciplina de Trabalho de Campo II, ministrada nos 3º e 4º períodos. Supomos, assim, que o processo pedagógico tenha por objetivo não apenas o saber em si, mas este utilizado como ferramenta para intervenções no mundo, o que significa operar ao mesmo tempo a produção de um conhecimento e a formação de sujeitos, com certa ética de cuidado, através de processo de subjetivação.

Estamos diante de duas questões envolvendo intervenções na rede básica de saúde, quais sejam: a que ética do cuidado servimos ou com qual desejamos formar os futuros profissionais; e que pedagogia utilizar ou como conduzir o processo de aprendizagem.

## **Produção do aprendizado por quem aprende: produção de si**

A unidade básica de saúde que serviu de lócus para esta pesquisa tem uma área de abrangência que engloba dois setores, com duas microáreas cada um, ressaltando-se que essas microáreas são bastante heterogêneas. O território atendido apresenta favelas e cortiços, retratando condições precárias de qualidade de vida, além de casas sofisticadas, caracterizando forte desigualdade social.

### *1º movimento: eleição de um caso para o estudo*

Eleger um usuário para estudo e acompanhamento pelo grupo de alunos foi um primeiro exercício importante. O principal critério discutido foi o de que interessaria um usuário que tencionasse o serviço de

saúde, ou seja, não necessariamente alguém que tivesse um problema clínico difícil, mas um caso que, por alguma razão, incomodasse os trabalhadores e cuja análise, portanto, colocasse em questão a produção do cuidado nas suas múltiplas dimensões: o processo de trabalho e suas tecnologias, as práticas de cuidado, as redes que se formam entre os trabalhadores e destes com os usuários, entre outras. Foi por esse critério que chegamos à usuária J. M. A.

A usuária J. M. A. reside em uma casa pequena, em um tipo de vila, com pouca iluminação e condições de higiene precárias. Ela tem 22 anos e mora com sua mãe e seus dois filhos. Sua primeira gestação foi aos 15 anos. Revela história de vida sexual com múltiplos parceiros e patologia cervical. A usuária tem dificuldade de aderir e responder aos projetos terapêuticos apresentados pela equipe multiprofissional de saúde que a acolhe na unidade.

### *2º movimento: definição das necessidades de saúde*

Segundo a taxonomia proposta por Cecílio e Lima (2000), as necessidades de saúde podem ser divididas em quatro conjuntos. O primeiro consiste em ter “boas condições de vida”. Outro conjunto representa o acolhimento e a capacidade de ter acesso aos serviços de saúde e, com isso, poder conquistar uma vida mais prolongada. O terceiro conjunto de necessidades representa a criação de vínculos afetivos e efetivos entre cada usuário e a equipe profissional, reconhecendo que significam o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades. O quarto diz respeito ao aumento da autonomia de cada pessoa no seu modo de fazer andar a vida. As necessidades apontadas pelos autores representam a base para se alcançar a integralidade e a equidade na atenção em saúde, o que, conseqüentemente, traz significativas melhoras no quadro de cuidado do usuário. A integralidade é essencial para que seja possível atender as diferentes necessidades que o usuário apresenta, assim, a classificação delas é de extrema importância para que existam focos no atendimento em saúde que as supram. Tais focos seriam trabalhados por equipes multiprofissionais para alcançar maior especificidade no cuidado do usuário que busca o serviço de saúde.

### *3º movimento: manejo da ferramenta fluxograma*

O fluxograma descritor proposto por Merhy (1997) e Franco (2003) é a representação gráfica do processo de trabalho em saúde. Neste caso, relaciona-se à linha de cuidado da usuária, ou seja, ao caminho que ela percorreu dentro e fora da unidade para resolver seu problema de saúde. O fluxograma traz uma análise complexa do histórico de J. M. A., unindo informações de diversos profissionais com as condições de vida apresentadas pela usuária, pautando-se, portanto, na integralidade. Ele permite incorporar dados que enriquecem a análise, pois provêm de diferentes fontes, com diferentes olhares, evidenciando diversos aspectos do sujeito e do caso em questão.

Como toda ferramenta, o fluxograma não dispensa o trabalho de aplicação relacional entre quem maneja a ferramenta e os que detêm a memória do cuidado com o usuário: os trabalhadores. São eles que detêm o maior e melhor conhecimento do trabalho dispendido, dos problemas vivenciados no plano do cuidado, das tensões, das alegrias com sucessos, das tristezas com insucessos. O fluxograma deve, portanto, ser feito de forma coletiva, pautado nos dados produzidos com o acesso às diversas fontes.

### *4º movimento: definição das fontes e produção dos dados*

A produção de dados se dá, sobretudo, com base em fontes primárias. São elas:

- i) *O prontuário*: sendo a primeira fonte pesquisada, importa fazer uma discussão com os alunos sobre seu uso, sua importância e a necessidade de anotação detalhada de dados. O prontuário atual, em geral, traz informações muito resumidas, servindo para uma primeira aproximação do caso, mas mantendo grandes limites para sua compreensão.
- ii) *Entrevistas*: indispensáveis na medida em que são o instrumento capaz de coletar as narrativas dos trabalhadores e do próprio usuário sobre o cuidado, os processos de trabalho e sobre as condições de vida de quem procura a unidade básica de saúde. É importante levantar, além do problema clínico propriamente dito, a vivência cotidiana, as relações sociais e de família, os estressores do dia a dia, a existência ou não de um cuidador ou de situação de desamparo.

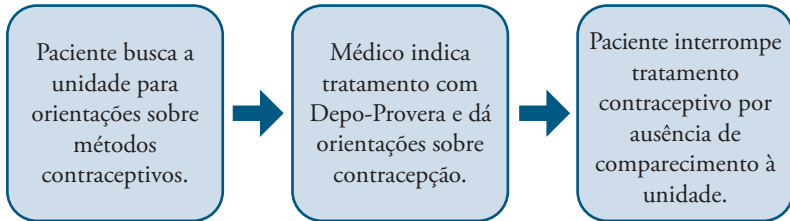
iii) *Visita domiciliar*: o lugar de moradia do usuário é sempre muito significativo tanto para o conhecimento das suas condições de conforto e segurança no domicílio quanto para entender as relações de família, fator importante no processo de condução do projeto terapêutico.

A partir dos dados, fizemos a análise da produção do cuidado para elaborar o fluxograma descritor. Para este caso, o fluxograma não foi concretizado da forma mais convencional, devido ao fluxo irregular da usuária, que interrompeu, várias vezes, o projeto terapêutico. Indicamos essas diversas interrupções criando diferentes fluxogramas.

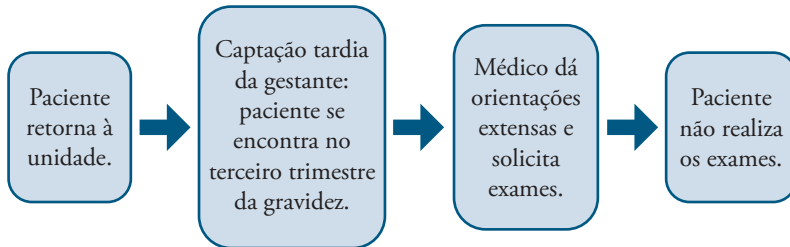
### A linha de cuidado percorrida por J. M. A.: usando o fluxograma

Os fluxogramas a seguir retratam o processo de cuidado de J. M. A. e estão divididos conforme as interrupções feitas pela usuária no projeto terapêutico:

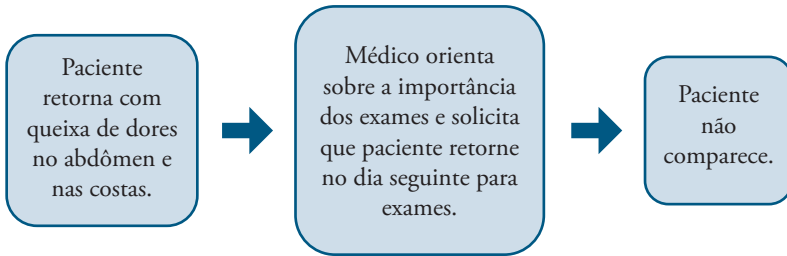
#### Acesso nº 1 – fevereiro de 2007



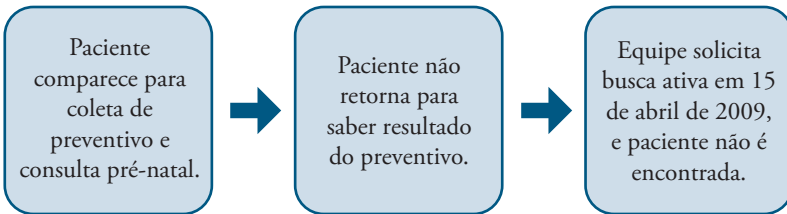
#### Acesso nº 2 – janeiro de 2009



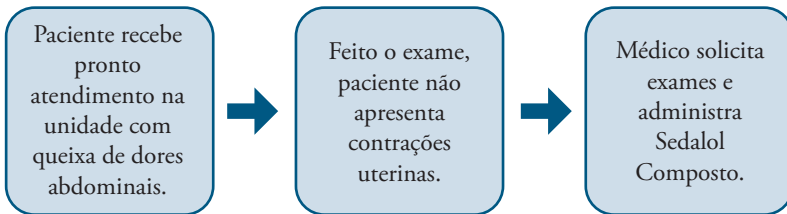
**Acesso nº 3** – 17 de fevereiro de 2009



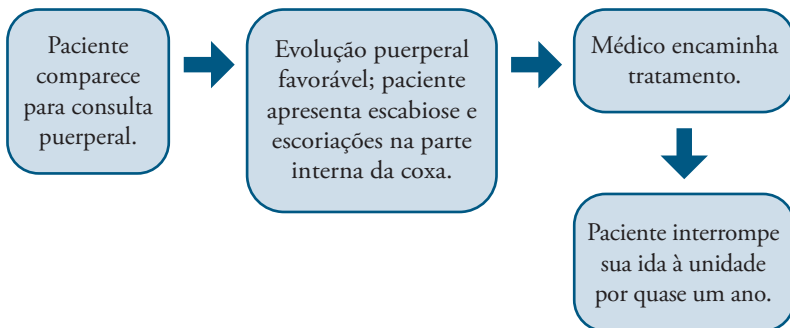
**Acesso nº 4** – 13 de março de 2009



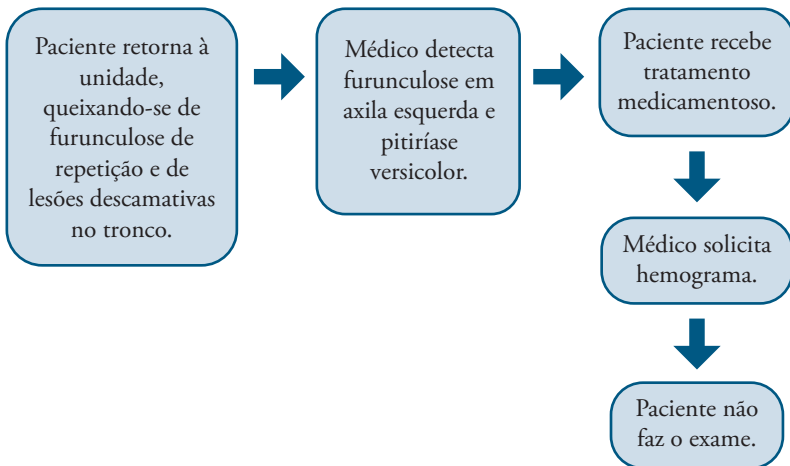
**Acesso nº 5** – 16 de abril de 2009



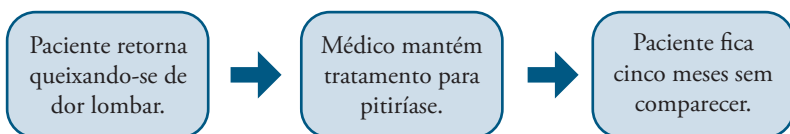
**Acesso nº 6** – 8 de maio de 2009



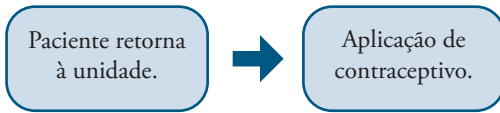
**Acesso nº 7** – 23 de março de 2010



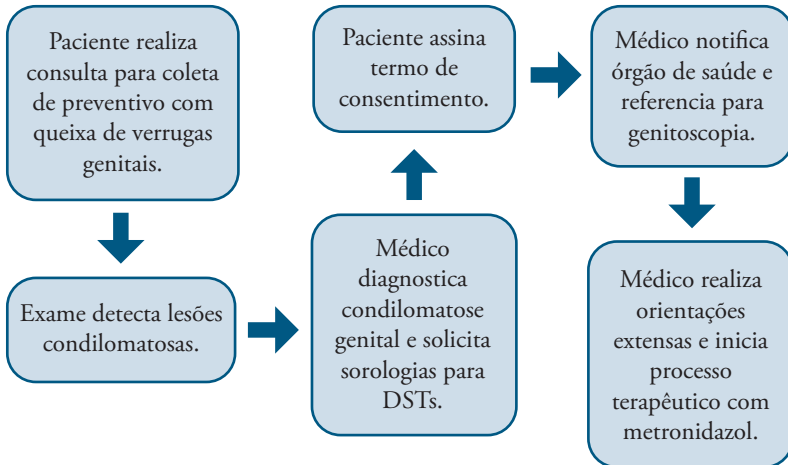
**Acesso nº 8** – 16 de julho de 2010



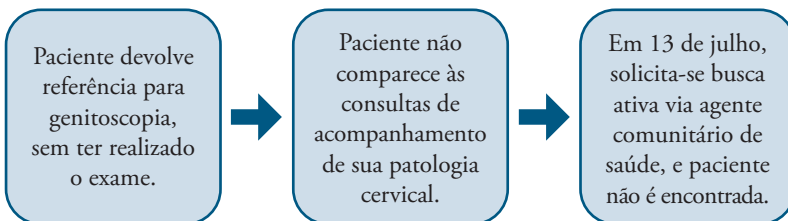
**Acesso nº 9** – 27 de dezembro de 2010



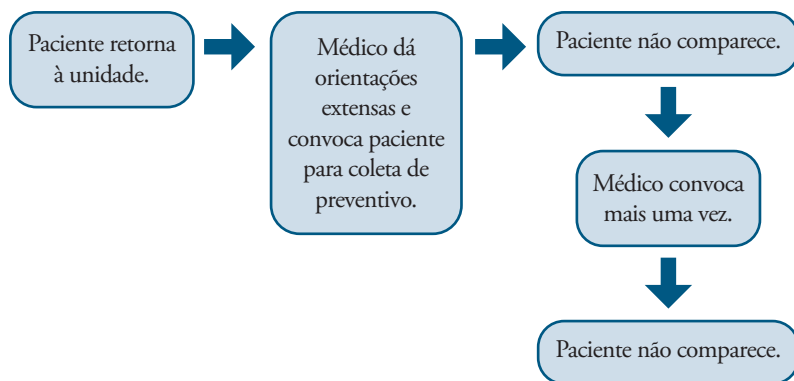
**Acesso nº 10** – 10 de janeiro de 2012



**Acesso nº 11** – abril de 2012



## Acesso nº 12 – 8 de outubro de 2012



A usuária J. M. A. está cadastrada na unidade de saúde desde 2001. No dia 13 de fevereiro de 2007, ela buscou o posto para pedir orientações sobre métodos contraceptivos, dando início ao seu histórico, que inclui doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gravidez não planejada. Consta em seu prontuário que sua menarca foi aos 12 anos e sua primeira gravidez, aos 15 anos. Em fevereiro de 2007, a usuária tinha um filho com oito meses e estava amamentando. Ela negou tabagismo e não possuía histórico de diabetes mellitus gestacional. Naquela ocasião, foi orientada a usar o contraceptivo Depo-Provera. Não consta em seu prontuário que tenha retornado ao posto para dar continuidade ao tratamento contraceptivo.

Seguindo o prontuário de J. M. A., ela retornou à unidade em janeiro de 2009 apresentando um quadro de infecção no pé esquerdo e escabiose. Uma consulta foi marcada para 16 de janeiro de 2009, quando se encontrava no terceiro trimestre de gravidez, caracterizando-se um caso de captação tardia de gestante. A data prevista para o parto era 2 de maio de 2009. Em janeiro, a usuária entrou para o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF). Nessa data, o médico solicitou exames, incluindo HIV e hepatites. Os resultados foram registrados em seu prontuário no dia 18 de fevereiro e não foram encontrados resultados positivos para DSTs.

O parto foi realizado no dia 24 de abril de 2009, sob assistência hospitalar e com resolução cesárea. Não há registro de complicações ma-

ternas. A programação para depois do parto apresentava planejamento familiar para novembro do mesmo ano, preventivo para 13 de março de 2010 e vacinação para 2016. No dia 8 de maio de 2009, a usuária compareceu para consulta puerperal. A evolução puerperal apresentou-se favorável. A usuária apresentou escabiose, pápulas e escoriações na face interna da coxa e somente retornou ao posto no dia 23 de março de 2010, com queixa de furunculose de repetição na axila esquerda. No prontuário, foi relatado pitiríase versicolor e lesões descamativas e hipocrômicas no tronco. A usuária foi tratada com cefalexina por sete dias, diclofenaco oral por quatro dias e creme e xampu de cetozonazol. Além disso, o médico solicitou um hemograma.

Em 16 de julho de 2010, há relato de lombalgia de origem osteomuscular. O médico manteve o tratamento com diclofenaco para pitiríase versicolor e receitou fluconazol. O próximo relato em seu prontuário foi em 27 de dezembro de 2011, quando a usuária buscou o posto para aplicação do contraceptivo Depo-Provera.

Em 10 de janeiro de 2012, J. M. A. compareceu à consulta de preventivo na unidade e queixou-se de verrugas genitais. No exame físico, foram relatadas lesões condilomatosas vulgares em ambos os lados da fenda vaginal. O colo apresentava aspecto normal. O diagnóstico foi de condilomatose genital com manifestação de leucorreia amarelada e fétida. A conduta do médico foi solicitar sorologias de rastreamento de DSTs, notificação e referência para genitoscopia (exame de patologia cervical). Foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. As orientações do médico foram extensas e ele convocou o parceiro da usuária para realização de exames e esclarecimentos. A usuária relatou relações sexuais com múltiplos parceiros. A conduta terapêutica foi prescrever metronidazol vaginal. Solicitou-se coleta de novo preventivo em junho de 2012.

Em 4 de abril de 2012, a usuária foi à unidade receber injeção intramuscular de contraceptivo. Já em 19 de abril do mesmo ano, em seu prontuário, relatou-se que ela havia faltado à consulta de retorno do acompanhamento de sua patologia cervical. Em 13 de junho de 2012, J. M. A. devolveu seu encaminhamento para genitoscopia, marcado para 11 de junho de 2012.

Em 13 de julho de 2012, foi solicitada busca ativa da usuária via agente comunitário de saúde, o que ocorreu em 4 de outubro de 2012,

porém ela não foi encontrada. Em 8 de outubro, J. M. A. retornou ao módulo. A conduta adotada pelo médico foi de extensa orientação. O médico a convocou para preventivo em 9 de outubro, mas ela não compareceu. Reapareceu em 1º de novembro de 2012, e, novamente, as orientações do médico foram extensas. A usuária foi convocada para nova coleta de preventivo, agendada para o dia 6 de novembro de 2012.

A visita domiciliar nos forneceu a imagem das condições precárias de higiene, e, em conversa com a mãe de J. M. A., recebemos informações relevantes. Ela mantinha-se ociosa, dormindo durante o dia e fazendo uso constante e exagerado de álcool. Estava vivenciando um problema de relacionamento com o pai de um de seus filhos, que estaria envolvido com o tráfico local de drogas. A mãe demonstrou gratidão pela preocupação do médico com a filha e afirmou ser realmente difícil convencê-la a ir à unidade cumprir o projeto terapêutico, evidenciando-se a complexidade do caso.

### **Discussão da experiência: quando o acontecimento acontece**

O trabalho é imanente à educação, e vice-versa. Eles são inseparáveis. Esse é o pressuposto que utilizamos como base para as discussões relacionadas à educação médica e a outras profissões de saúde. Em *O nascimento da clínica*, Foucault (1980) retrata com clareza a busca dos médicos, sobretudo cirurgiões e patologistas, pelo conhecimento, nos séculos XVII e XVIII, por meio da abertura dos corpos e do ato de “debruçar-se sobre” eles. O exercício da clínica vem da palavra grega *kliné*, que significa leito; o médico clínico é aquele que se debruça sobre o leito para observar o doente. Foucault deu o nome de “clínica do olhar” a essa primeira perspectiva do trabalho médico. O que tiramos dessa primeira experiência é o aprendizado pela prática, pela experimentação, algo que age sobre o aprendiz com toda intensidade. A educação médica segue este preceito: os primeiros médicos aprenderam a clínica pela experimentação do olhar sobre os órgãos no corpo então aberto, seus aprendizes fizeram os mesmos gestos adotados pelos mestres, e assim sucessivamente. O aprendizado é sempre associado a uma prática, sob tutela de alguém mais experimentado. O que fica de nobre é o aprendizado em ato, em que trabalho e educação estão absolutamente integrados um ao outro.

Como podemos analisar, os diversos fluxogramas evidenciam como J. M. A. teve acesso à unidade e como seu caso foi elaborado pela equipe profissional. A principal dificuldade encontrada foi o fato de a usuária não colaborar com o projeto terapêutico apresentado para seu processo de cuidado. Não é possível afirmar as causas dessa dificuldade, mas, em se tratando de uma usuária jovem, com dificuldades sociais e econômicas, é possível compreender as barreiras que a impedem de promover o autocuidado.

A unidade básica de saúde consegue responder bem às necessidades da usuária: os medicamentos estiveram sempre disponíveis para ela; as referências, quando requeridas, foram dadas, ainda que a usuária não tenha respondido a elas; a equipe da unidade criou vínculo com ela, conhecendo-a bem, assim como a seu contexto familiar e de vida; J. M. A. teve acesso aos exames que lhe foram pedidos, ainda que não os tenha realizado por vontade própria todas as vezes que eles foram solicitados.

De acordo com os relatos do médico, J. M. A. estava ciente da importância de seguir o projeto terapêutico para sua saúde. Ainda assim, ela apresentava um comportamento instável, o que dificultou muito a execução do projeto.

Os relacionamentos da usuária mostraram uma vida conturbada, pontuada por perdas e carência econômica, o que pode contribuir muito para seu temperamento difícil, para a falta de perspectiva de vida e, conseqüentemente, para a dificuldade da promoção do autocuidado.

Podemos perceber a importância do vínculo entre o médico e a usuária, as extensas conversas que ele empreendeu, almejando encontrar solução para o caso. J. M. A. obteve total acolhimento desde que deu entrada na unidade, o que é percebido pelo conhecimento que a equipe tem de seu histórico e pela preocupação demonstrada por ela.

Dessa forma, o conteúdo do caso ressalta o tema da integralidade como fator preponderante na construção e compreensão do histórico da usuária. Segundo Cecílio e Lima (2000), a integralidade tem potencial para revelar as iniquidades presentes nos serviços de saúde, pois o acesso a eles ainda não obedece necessariamente ao princípio da equidade, presente nas diretrizes do SUS. O caso de J. M. A. nos revelou peculiaridades intrínsecas ao indivíduo estudado que dificultam que os serviços de saúde concluam o processo de cuidado.

Especificamente em relação à aprendizagem, nossa prática de ensino demonstra que uma Unidade de Produção do Cuidado é ao mesmo tempo uma Unidade de Produção Pedagógica (FRANCO, 2007), tomando por referência a ideia de que trabalho e educação são indissociáveis, pois a atividade produtiva, prática, o trabalho em si, produz um conhecimento com base na experimentação, capaz de transformar os sujeitos que dela participam.

Foram importantes o contato com o domicílio e com a família da usuária e a percepção do seu meio social. Isso fez com que compreendêssemos que, embora ela tenha sido acolhida na unidade e os profissionais tenham orientado um projeto terapêutico para seu cuidado, as ferramentas disponibilizadas até então não foram suficientes para fazê-la aderir consistentemente ao cuidado. Esse é o principal desafio.

Os alunos perceberam com clareza o processo de trabalho de cada profissional e o fluxo assistencial da unidade de saúde. Ambos foram bem demonstrados por meio do histórico de cuidado da usuária, ficando claro que havia disponibilidade em atendê-la e em conduzir um projeto terapêutico. Contudo, não se conseguiu atuar sobre sua condição afetiva e social, de forma a produzir em J. M. A. a vontade de se cuidar. Suas escolhas envolviam um modo de vida de alta exposição ao risco de adoecimento, de agravo e de abandono dos filhos. Tudo isso era combinado com o seu próprio abandono, por outros e por ela mesma. Esses aspectos, embora entendidos, não tiveram uma condução que fosse capaz de alterar o modo como caminhava na vida.

Os discentes também puderam perceber a importância dos cenários de vivência e compreender as opções das pessoas por certos modos de vida, entendendo que a intervenção sobre o corpo, embora importante, tem limites, e o conhecimento da saúde requer a ideia de uma “clínica dos afetos” (FRANCO; GALAVOTE, 2010) como dispositivo do cuidado.

A clínica dos afetos reconhece o encontro como dispositivo do cuidado, pois ele proporciona uma experiência única, que tem por base a relação entre trabalhadores e usuários. No encontro, o cuidado não é produzido por um polo, o trabalhador, ou o outro, o usuário, mas ocorre no “entre” eles, no campo de intersecção, em que se avolumam as potências de ambos para o cuidado. A experiência de formação aqui descrita parte dessa síntese. Há evidências de que a aprendizagem ocorre com base na experiência e, sobretudo, de que é capaz de produzir um

conhecimento sobre o mundo do cuidado, sendo também fundamental um conhecimento de si. Esse processo, além de levar à formação de um profissional e operar para a mudança das práticas, é uma aposta nas tecnologias relacionais como preponderantes no processo de trabalho e de ensino.

## Considerações finais

Podemos afirmar que o processo de aprendizagem se inicia com o dispositivo do encontro, opera no corpo-aprendiz e gera efeitos interminavelmente. Por isso, qualquer tentativa de concluí-lo pode ser frustrada, porque o dispositivo encontro continua agindo indefinidamente nos corpos e produzindo seus efeitos na mesma intensidade.

A aprendizagem de afetos é um tipo de educação inconclusa, porque é infinita na dimensão temporal; perdura enquanto houver trabalho sendo efetuado pelos que se encontram na cena de produção do cuidado, que, como sugerimos, é também uma cena de produção de saber. A dimensão socioafetiva de trabalho e educação é inseparável da dimensão mais técnica e instrumental. Cabe aos operadores do cuidado utilizar essas tecnologias na prática com a dimensão que lhes compete, ou seja, sugerimos sempre que a dimensão instrumental do trabalho esteja subsumida ao campo cuidador, e a implicação dos trabalhadores, ao seu próprio fazer, como sugere Merhy (1997).

Não há um tipo de trabalho que se qualifica *a priori*. Na saúde, ele acontece em ato, na própria relação-encontro com o usuário; por isso os processos educacionais de formação das profissões de saúde podem resultar tanto em um trabalhador que vai conduzir sua ação de forma meramente instrumental como em outro que poderá operar as dimensões sociais e afetivas nas relações de trabalho e cuidado. O que virá a ser depende dos aspectos formativos e das subjetividades resultantes deles. Entender essa questão é fundamental para pensar as metodologias de ensino das profissões de saúde.

## Referências

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CECÍLIO, L. C. O.; LIMA, M. H. J. Necessidades de saúde das pessoas como eixo: a integração e a humanização do atendimento na rede básica. In: LINHARES, A. L. **Saúde e humanização**: a experiência de Chapecó. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 159-182.

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

\_\_\_\_\_. **O anti-Édipo**. Lisboa, 1972.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FRANCO, T. B. A ética em pesquisa e a estética do conhecimento. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 3, n. 5, p. 203-214, jan./jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198.

\_\_\_\_\_. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, jun. 1999.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 176-199.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp (Campinas, SP). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 135-160.

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

PIERUCCI, L. A. M. Mecanismos de avaliação do ensino superior: avaliação e disputa pela formação médica legítima (1990-2005). **Revisita Espaço Acadêmico**, ano 9, n. 107, p. 72-79, 2010.

SPINOZA, B. **Tratado da reforma da inteligência**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

## *As redes cotidianas dos currículos na formação dos trabalhadores da saúde*

Maria Cristina Ramos  
Maria Elizabeth Barros de Barros  
Carlos Eduardo Ferrazo

A consolidação de um sistema integrado de serviços de saúde ainda não aconteceu e o predomínio na nossa história é de um sistema fragmentado, com uma estrutura piramidal, na qual a atenção é organizada por níveis hierárquicos, com uma concepção de complexidade que segue uma ordem linear e crescente, da atenção primária à quaternária. Segundo Mendes (2002), isso foi o grande problema e um equívoco, pois determinava que a atenção primária à saúde era menos complexa que os níveis secundário, terciário e quaternário.

Entretanto, se pensarmos a complexidade a partir de Morin (2003), perceberemos que ela existe em todos os níveis de atenção à saúde. Primeiro, porque é tecida por constituintes heterogêneos, esse é o paradoxo do uno e do múltiplo; segundo, porque é, efetivamente, tecida por acontecimentos, ações, interações, retroações e acasos com múltiplas intensidades. Ao mesmo tempo, existe a capacidade de reconhecer o singular, o individual e o concreto. Dessa forma, a complexidade na saúde não se encontra em um nível do sistema, estabelecendo uma hierarquia; ela se encontra no tecer conjunto e intenso que é o sistema de saúde.

Precisamos de uma educação criadora de valores que potencializem a vida e de referências pautadas na solidariedade. Precisamos de uma formação que não se separe do processo de trabalho, que nos estimule a pensar, que estabeleça diálogos com uma rede de saberes e de experiências concretas, num incessante aprender-fazendo (BARROS, 2009).

As mudanças estão ocorrendo nos serviços de saúde, evidentemente, de uma forma mais rápida e dinâmica que no ensino das profissões de

saúde. O que está sendo tecido, inventado? Como está se dando a tessitura dos currículos dos profissionais, no *contexto espaço-tempo* das unidades básicas de saúde (UBS)? Como está a discussão sobre o processo de trabalho cotidiano dos trabalhadores? O serviço tem sido um espaço de criação e potencialização para o trabalho e a formação?

Não se trata de descobrir uma forma de ensinar, mas pode-se criar, inventar formas possíveis, partindo do conhecimento tecido nos múltiplos *espaços-tempo* dos currículos praticados e vividos. Conforme Kastrup (1999, p. 204):

[...] A chave da política inventiva é a manutenção de uma tensão permanente entre a ação e a problematização. Trata-se de seguir sempre um caminho de vaivém, inventar problemas e produzir soluções, sem abandonar a experimentação. A opção por esse caminho implica ter a coragem de correr os riscos do exercício de uma prática, mas também de suspender a ação e pensar. É o exercício de uma coragem prudente. É desconfiar das próprias certezas, de todas as formas prontas e supostamente eternas, e portanto inquestionáveis, mas é também buscar saídas, linhas de fuga, novas formas de ação, ou seja, novas práticas cujos efeitos devem ser permanentemente observados, avaliados e reavaliados. Acolher a incerteza será sua força, e não sua fragilidade. Enfim, tal política inventiva tem de lutar permanentemente contra as forças, em nós e fora de nós, que obstruem o movimento criador do pensamento, o que pode redundar em novas práticas psicológicas, com base na problematização daquelas existentes.

Também a partir da ontologia do presente como realização do possível, Kastrup (1999) apresenta, em seu artigo, o par virtual-real, baseando-se em Bergson e Deleuze. Na atualização acontece a criação, num processo de diferenciação cujo resultado não pode ser antecipado, afinal é a invenção do possível.

Enfim, este capítulo tem interesse nas *redes de saberes, fazeres e poderes* que se tecem nos cotidianos dos cursos da área de saúde, com ênfase na atenção primária. Assim sendo, discutimos a formação dos trabalhadores da saúde, uma vez que, do ponto de vista da maioria dos usuários do sistema, o conjunto dos serviços não está adequado para

resolver seus problemas. Em geral, os usuários não reclamam da falta de conhecimento tecnológico, mas sim da falta de interesse e de responsabilização que os profissionais têm em torno de si e do problema de saúde (MERHY, 2002). Outro princípio que se faz necessário na formação dos profissionais de saúde é a autonomia coletiva e corresponsabilização (BARROS, 2005).

### **Situando, historicamente, alguns fragmentos da ideia de conhecimento como redes de saberes, fazeres e poderes**

Com o advento do mundo moderno e o desenvolvimento da ciência, há um rompimento entre os conhecimentos produzidos na prática cotidiana e os conhecimentos teórico-científicos, estabelecendo-se uma hierarquia de saberes. Esse modelo, que organiza o mundo, evidentemente, também irá influenciar a educação por propor que a construção do conhecimento se dá de forma linear e hierárquica. Por isso, até hoje, nas propostas curriculares de muitos cursos da área de saúde, as disciplinas teóricas são organizadas em um *tronco comum* e antecedem as disciplinas práticas (MACEDO et al., 2004).

O surgimento do mundo moderno pode ser situado entre os séculos XV e XVII, um tempo suficiente para estar ancorado – e muito bem ancorado – em concepções da verdade. Entretanto, os grandes cientistas que estabeleceram e mapearam o campo teórico no qual nos movemos viveram entre o século XVIII e os primeiros vinte anos do século XX. O modelo da racionalidade científica moderna é totalitário, na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não se pautaram pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas (SANTOS, 1990).

As leis da ciência rompem com o conhecimento considerado de senso comum, pois, no conhecimento científico, “a determinação da causa formal obtém-se com a expulsão da intenção” (SANTOS, 1990). Assim, é possível à ciência moderna prever e intervir no real e, conseqüentemente, responder a pergunta sobre os fundamentos do seu rigor e da sua verdade com o elenco dos seus êxitos na manipulação e na transformação do real. De acordo com Vaitsman (1995), temos a separação radical entre sujeito e objeto como a marca distintiva da ciência moderna.

Santos (1990, 2009) assevera que a crise do paradigma dominante é o resultado interativo de uma pluralidade de condições sociais e teóricas. A apresentação dessa crise pelo autor propicia uma reflexão rica e diversificada e repercute a situação intelectual do tempo presente. Mostra-nos que o mundo moderno, em vez de um desenvolvimento harmônico dos três princípios da regulação – Estado, mercado e comunidade –, desenvolve, excessivamente, o princípio do mercado em detrimento do Estado e da comunidade. Tanto nas sociedades capitalistas como nas socialistas do Leste Europeu, a industrialização da ciência acarreta o compromisso com os centros de poder econômico, social e político, os quais passam a ter um papel decisivo na definição das prioridades científicas.

Mesmo diante disso e das diversas e grandes mudanças que vêm ocorrendo, a hierarquia de saberes ainda não desgrudou ou não descolou dos nossos currículos (MACEDO et al., 2004). Vivenciamos, claramente, ainda hoje, nos currículos da área de saúde, a separação entre a área básica e a área profissionalizante, o que faz o ensino ser proposto em forma crescente, isto é, da área básica e da atenção primária para a atenção secundária e terciária.

O mundo do trabalho é marcado pelos modelos fordista/taylorista e toyotista, que são os paradigmas da produção capitalista. Temos, no modelo fordista, a especialização, que decorria do desmembramento do trabalho em tarefas, conforme orientação da administração científica. A máquina era o ponto central de que dependia a produtividade. Baseado na autossuficiência, esse modelo gerou empresas complexas e verticalizadas.

As variáveis econômicas determinam as mudanças nas organizações, como inovação tecnológica, ampliação de mercados e fusões de empresas. Havemos de considerar que, em meio século de existência do fordismo, constatam-se sinais de esgotamento, e novas metodologias passaram a ser desenvolvidas. Surge, então, no Japão um novo modelo, a *acumulação flexível*, que contraria os pressupostos do modelo fordista (CARRÃO, 1999).

O toyotismo ou modelo de *acumulação flexível* tem por princípio a flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos ou dos padrões de consumo. Ele tem em vista um mercado instável e mais exigente quanto à qualidade; exige um trabalhador multifuncional e

polivalente, que combine as tarefas de acordo com as necessidades de cada pedido. Propõe o trabalho em equipe. Define o homem como ponto central, de cujas habilidades depende a produtividade. Transfere parte das tarefas produtivas para empresas subcontratadas, criando o *outsourcing*, que, no Brasil, recebeu o nome de terceirização. Apoiar-se na revolução tecnológica, ajusta as máquinas, tornando-as adaptáveis a diversos usos.

O modelo toyotista introduziu modificações radicais nas relações no ambiente de trabalho. Os operários tomam parte nas decisões sobre a produção, exigindo-se deles outro nível de competência. São profissionais polivalentes, capazes de identificar qualquer anormalidade durante o processo produtivo, interrompendo o fluxo para que o problema seja resolvido imediatamente. O modelo, por exigir um aprimoramento contínuo do trabalhador, impõe novas responsabilidades à força de trabalho.

Portanto, o trabalho característico do modelo taylorista/fordista, isto é, não qualificado, fragmentado, repetitivo, rotineiro e prescrito, é substituído pelo padrão de *acumulação capitalista flexível* ou toyotista, que se traduz pela competitividade, produtividade, agilidade, racionalização de custos e é definido por um trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia (WITT, 2005; DELUIZ, 2001; CARRÃO, 1999).

Esses modelos do século XX do mundo do trabalho, segundo Macedo e outros (2004), fazem parte do que os autores colocam como o primeiro movimento que trouxe outras ordens e potencialidades e, assim, questiona a forma dominante de construção do conhecimento.

O tipo de trabalhador que o mercado passa a exigir vai definir as prioridades científicas e, conseqüentemente, questionar o papel central das disciplinas tradicionais e a importância da troca de conhecimentos, evidenciando uma dada noção de rede, diferente daquela defendida por Macedo e outros (2004) ao teorizarem sobre currículo<sup>2</sup>.

O segundo movimento vem com o desenvolvimento da comunicação, da informática, da engenharia genética, dos estudos sobre as

---

2 De um modo geral, no primeiro caso, trata-se da noção de rede pensada como algo estruturado, como, por exemplo, a rede de supermercado, rede de um canal de televisão, a terceirização dos serviços. No segundo caso, a rede é tecida, permanentemente, nos espaços/tempos/componentes curriculares que se relacionam de forma complexa (ALVES, 2004).

idades, das culturas que indicam e impõem outra tessitura do conhecimento: a *rede*. Para Macedo e outros (2004), inicialmente, esse movimento é entendido como interdisciplinaridade, mas ele vai além das disciplinas e sugere outra forma de pensar, que é complexa e transversal.

E, por fim, o terceiro movimento reconhece as contribuições da modernidade e defende que a racionalidade não pode ser abandonada pelo bem da humanidade, abrindo espaço para o processo de subjetivação como categoria e realidade social. Dessa maneira, surgem os chamados “novos movimentos sociais” (MACEDO et al., 2004, p. 30), diferentes dos anteriores, especialmente dos sindicatos e partidos políticos, indicando a importância “de respostas concretas aos problemas concretos, históricos, que os homens e as mulheres deste mundo, em todas as idades, levantam-se e têm de resolver”. A organização desse conhecimento é horizontal e em *redes*, e a temporalidade tem uma tendência a não ser sequencial nem contínua.

É o mundo do trabalho que está chamando, impondo, discutindo com o mundo da formação. Este é um movimento muito forte e está presente na área de saúde. O movimento vivido pelos serviços de saúde, evidenciado primeiro que o experimentado pelas instituições de ensino, vem produzindo uma crítica radical à organização dominante e enraizada nas instituições.

Talvez, o grande avanço que podemos dar para descolar/desgrudar de vez os currículos das raízes da racionalidade moderna seja discutir mais as relações entre a formação e a sociedade em múltiplos *espaçotempos*, continuar e ampliar o mundo do trabalho, os movimentos sociais, o mundo das ciências e outros. Na área da saúde, com a criação dos polos de educação permanente<sup>3</sup>, foram conseguidos alguns e importantes avanços para as mudanças curriculares, sobretudo, no encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho.

A educação permanente é uma política do Sistema Único de Saúde (SUS) – que se oficializa por meio da Portaria GM/MS nº 198, de

---

3 Os polos de educação permanente em saúde, instâncias colegiadas para a articulação, o diálogo, a negociação e a pactuação interinstitucional, são rodas para a gestão da educação permanente em saúde com a participação das pessoas que realizam as ações e os serviços do SUS e o controle social e das pessoas que pensam a formação em saúde, identificando as necessidades e construindo as estratégias e as políticas no campo da formação e do desenvolvimento (BRASIL, 2005; CECCIM, 2005).

13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004) – que tem a proposta de ser uma ação estratégica para contribuir com a transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde e ainda com a organização do sistema de serviços. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa, promove e produz sentido e aponta para a transformação das práticas profissionais baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais em ação na rede de serviços. Logo, é no encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano.

Essa rede é tecida permanentemente nos *espaçostemposcomponen-tes* curriculares, que se relacionam de forma complexa. É um processo construído derivado de outro valor, o da *prática social*, que tece conhecimentos que não poderiam ser tecidos como os da ciência, mas que têm tanta importância para a sociedade como os que são tecidos no âmbito dos conhecimentos ditos científicos (MACEDO et al., 2004).

## **A discussão da noção de currículo como redes de saberes, fazeres e poderes**

Fomos buscar na história do campo do currículo algumas pistas sobre seu processo de construção e sobre os sentidos que se delinearão sobre ele no transcurso da linha do tempo. Existe uma diversidade de sentidos sobre currículo, sobre a sua origem, mostrando a complexidade do tema e, ao mesmo tempo, corroborando com a opção que fazemos de currículo.

Segundo Goodson (1995), a origem da palavra currículo vem do latim *scurrere*, que significa “correr”, “curso”. De acordo com este autor, uma das implicações etimológicas é a definição de currículo como um curso a ser seguido, e o poder de definir a realidade ficou nas mãos dos que concebem o curso, forjando-se o vínculo entre currículo e prescrição, que, com o passar do tempo, cristalizou a idealização do currículo prescrito. Ainda vivemos isso claramente! O Ministério da Educação (BRASIL, 2010a), por meio da Comissão Nacional do Ensino Superior (Conaes), criou o Núcleo Docente Estruturante<sup>4</sup>, que se constitui de

---

4 O Núcleo Docente Estruturante (NDE) foi um conceito criado pela Portaria nº

um grupo de docentes com atribuições acadêmicas de acompanhamento, atuante desde o processo de concepção, passando pela consolidação, até a contínua atualização do projeto pedagógico do curso.

De acordo com Berticelli (2003), currículo deriva do verbo latino *currere* (correr) e dos substantivos *cursus* (carreira, corrida) e *curriculum*. O termo *cursus* passou a ser utilizado como linguagem universitária, em várias línguas, a partir dos séculos XIV e XV. Em 1824, na Inglaterra, passou-se a utilizar a palavra *curriculum* com o sentido de curso de aperfeiçoamento ou estudos universitários. Somente no século XX, a palavra *curriculum* migra da Inglaterra para os Estados Unidos, sendo empregada com o sentido de *curriculum vitae*.

Para Terigi (1996), a história do currículo apresenta três autores, três origens. A autora não se interessa por considerar um dos sentidos do currículo como verdadeiro e, por consequência, excluir os demais. O que pretende é fazer o exercício de trazer o argumento das origens propostas e discutir cada um deles.

A primeira origem seria na Grécia clássica, representando as matérias de ensino oferecidas ou prescritas, o que, segundo Terigi (1996), leva Marsh a assumir o currículo tal qual é pensado: como indicação do que se ensina. Assim, a origem estaria nas prescrições sobre o ensino, o que nos leva a Aristóteles e a Platão ou até mesmo a outros antes deles. Na segunda origem, o currículo seria referido por Hamilton como plano estruturado de estudo, o que refuta qualquer afirmação de que os sentidos do termo só passaram a existir quando surgiu a palavra ou mesmo de que o que existia antes do surgimento dela não fosse relevante para o estudo dos sentidos de currículo. Na terceira origem, proposta por Díaz Barriga, o currículo é assumido como ferramenta pedagógica da sociedade industrial, e nele se encontra uma configuração que articula educação e estrutura econômica.

---

147, de 2 de fevereiro de 2007, com o intuito de qualificar o envolvimento docente no processo de concepção e consolidação de um curso de graduação. Neste instrumento legal, em seus artigos 2, inciso IV, referente à autorização de cursos de medicina, e 3, inciso II, referente à autorização de cursos de Direito, o NDE é caracterizado por ser “responsável pela formulação do projeto pedagógico do curso – PPC, sua implementação e desenvolvimento, composto por professores: a) com titulação em nível de pós-graduação *stricto sensu*; b) contratados em regime de trabalho que assegure preferencialmente dedicação plena ao curso; e c) com experiência docente” (BRASIL, 2010a).

Apesar das disparidades entre as muitas definições, a ideia de prescrição está presente em boa parte das conceitualizações dos teóricos do campo curricular. As prescrições evoluíram, atingindo um grau de detalhamento surpreendente. A ideia de prescrição, de forma generalizada, já se podia encontrar desde os jesuítas, mas sua consolidação se deu a partir dos planos e programas do período da Revolução Francesa, quando o governo da França regulou os conteúdos com a preocupação do desenvolvimento de uma política de ensino.

Ainda de acordo com Terigi (1996), outra obra de impacto sobre a questão do currículo foi publicada em 1968, por Philip Jackson, intitulada *Life in classroom*. Embora o considere como uma prescrição, Jackson discrimina o currículo real do oculto, isto é, destaca que são aprendidos conteúdos que não estão prescritos. Isso desloca o sentido daquilo que está prescrito e deve ser ensinado para o que é, efetivamente, ensinado e aprendido. Terigi assinala que o conceito de *currículo oculto* teve vários outros seguidores, como Apple e King, Baudelot e Establet, Bourdieu e Passeron, Bernstein.

A segunda ruptura importante com o currículo como prescrição foi o advento da Nova Sociologia da Educação (NSE) britânica, em 1971, sobre a qual Michael Young compilou artigos de vários autores, no livro *Knowledge and control*, destinado ao primeiro curso de Sociologia da Educação Escolar e Sociedade da Open University na Inglaterra, cujos estudantes eram professores em exercício. Sua contribuição decisiva foi questionar o currículo acadêmico, com base na suposta neutralidade e referência ao “verdadeiro” conhecimento, o conhecimento científico, assinalando as relações de poder que subjazem à determinação do que deve valer como conhecimento escolar.

A partir da Nova Sociologia da Educação, com a contribuição trazida pelos movimentos feministas, raciais, o pós-modernismo, os estudos culturais e muitos outros que foram se incorporando, a teoria pós-crítica do currículo foi se consolidando. Assim, o currículo começou a ter um novo sentido, ser concebido como uma produção cultural implicada em relações de poder.

Ao acumular sentidos, as noções de currículo foram delineando a complexidade do campo. Porém, ainda de forma hegemônica, currículo

[...] é uma prescrição sobre os conteúdos do ensino, ordenada e sequenciada em um plano de estudos, generalizado para numerosas escolas através de políticas oficiais. Mas, estas políticas oficiais são socialmente interessadas, de maneira que o *curriculum* não é neutro do ponto de vista social, nem serve a interesses puramente acadêmicos, mas responde a interesses específicos de dominação. Ainda mais: em sua tecnologia de projeto produz-se a fabricação de conteúdo escolar, que longe de refletir o conhecimento acadêmico o deforma irremediavelmente (TERIGI, 1996, p. 176).

Outro sentido foi criado por Joseph Schwab (1983, apud TERIGI, 1996), que declara que o campo do currículo estava doente e reclamava que os problemas fossem abordados utilizando-se as “artes da prática”. Junto com Stenhouse (1991, apud TERIGI, 1996), ele traz o sentido de currículo como processo e discute os processos de desenvolvimento curricular. Terigi (1996) une a eles nessa linha interpretativa Coll (1989), Gimeno Sacristán (1991) e Lundgren (1992) e, embora reconheça que há diferenças específicas entre eles, considera que, juntos com muitos outros, contribuem com este sentido de currículo.

O sentido que surge na década de 1990 é a reconversão de currículo “de um sistema centralizado no ensino a um sistema centralizado na avaliação” (TERIGI, 1996, p. 177). Esta foi a ideia do Currículo Nacional britânico. No Brasil, a mesma situação se apresenta com a criação do Enem, do Enade, quando se estabeleceu uma série centralizada e padronizada de avaliação de rendimentos aplicada nos diversos níveis do ensino. De acordo com a autora, o Estado desvincula dos currículos mínimos as prescrições de ensino e deposita todos os mecanismos de regulação na avaliação. Isso significa que, ao se estabelecer uma avaliação homogênea para todos os estudantes em idade escolar, ela converte-se no verdadeiro precursor do currículo.

No Brasil, a prescrição curricular desde o ano 2000 se dá através das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os três níveis de ensino. Entretanto, o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (Sinaes) e o Sistema de Acreditação Regional de Cursos Universitários do Mercosul (Arcu-Sul) desempenham o papel de reguladores das DCN. Dessa forma, acrescentaríamos ao que Terigi (1996) nos traz que, além da prescrição via as DCN, temos a avaliação homogênea para todos os

cursos no Brasil, o que reforça o papel do Estado como o grande prescritor dos currículos.

A reconversão de currículo para a avaliação faz parte de um conjunto de medidas políticas que redefinem o papel do Estado na educação desde a crise do capitalismo mundial em 1970, desenvolvendo o Estado mínimo, no qual o governo fica liberado dos gastos que considera supérfluos, isto é, todo gasto que pode ser coberto pelo capital privado ou que não interessa ou não é útil ao capital cobrir.

Quando o Estado mínimo é o mecanismo político para a conversão do capitalismo e, como consequência, o Estado abandona a prestação de serviço, aumenta-se o controle por meio das avaliações nacionais. O Estado classifica os estudantes, e as instituições de ensino colocam etiquetas de qualidade e preços nas escolas para consumo da sociedade e exclusão de muitos, deixando a regulação da frequência e da qualidade dos serviços educativos prestados ao arbítrio de uma espécie de “mão invisível” (TERIGI, 1996, p. 178). A criação da “mão invisível” pelo Estado se deu em quatro movimentos: retirando a prestação direta; estabelecendo padrões nacionais de rendimento; tornando pública a informação para estabelecer a eficácia dos prestadores; e criando políticas de subsídios, para as famílias escolherem os prestadores dos serviços educativos.

No Brasil, a produção de estudos sobre o campo curricular é considerada ainda pouco frutífera (PARÁISO, 1994; BERTICELLI, 2003), apesar de um acentuado crescimento nas últimas três décadas.

De acordo com Lopes e Macedo (2002), os primeiros registros de preocupações com o currículo no Brasil datam da década de 1920, marcados por uma forte influência norte-americana, motivada por acordos entre os EUA e o Brasil dentro do programa de ajuda à América Latina. A mesma influência se deu na área da saúde no que se refere tanto aos serviços quanto à formação dos profissionais.

Enquanto na década de 1970 se iniciava na Inglaterra a NSE, nos EUA surgia uma tendência crítica ao currículo. No entanto, no Brasil, os currículos eram tratados como problema técnico, sob a égide do viés funcionalista norte-americano.

Essa hegemonia do viés funcionalista norte-americano ficou abalada nos anos de 1980 com o início da redemocratização do Brasil e o enfraquecimento da Guerra Fria. Lopes e Macedo (2002) afirmam que nesse período ganharam forças no campo curricular brasileiro as

vertentes marxistas, como a Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos e a Proposta de Educação Popular. Essas propostas eram divergentes, disputavam a hegemonia do pensamento educacional, contudo, não eram teorias do currículo, e sim da educação, que contribuíram para os estudos de currículo no Brasil, mas não serviram para a solidificação da área (PARAÍSO, 1994). Além dessas duas correntes, o estudo de Emília Ferreira e Ana Teberosky (1986) contribuiu com exercícios baseados no construtivismo que foram incorporados aos currículos escolares.

Naquele momento de redemocratização do país, enquanto essas propostas disputavam a hegemonia e a capacidade de intervir politicamente, alguns pesquisadores brasileiros buscavam outras linhas de pensamento. Dessa forma, a Nova Sociologia da Educação inglesa e a tradução de textos de Michael Apple e Henry Giroux contribuíram para a diversificação do pensamento curricular brasileiro, que assim se abriu para o surgimento de outras influências internacionais (LOPES; MACEDO, 2002).

Paraíso (1994, p. 100) considera que, até o final da década de 1980, eram muito incipientes os estudos sobre currículo no Brasil que tratavam de conhecer de forma explícita as questões sobre como se dá “a criação, seleção, organização e distribuição do conhecimento escolar”. As discussões versavam frequentemente sobre educação, sobre os problemas das discriminações e ideologias dos livros didáticos, assim como sobre as relações que envolvem a escola, as dificuldades de aprendizagem e outras questões.

Já a década de 1990 foi marcada por estudos do campo curricular que assumiram um enfoque político, compreendendo o currículo como espaço de relações de poder. O pensamento hegemônico passou a compreender o currículo contextualizado política, econômica e socialmente. No final da primeira metade da década de 1990, os teóricos do currículo no Brasil passaram a incorporar o pensamento de Foucault, Derrida, Deleuze, Guattari e Morin, em função da ênfase na “compreensão da sociedade pós-industrial como produtora de bens simbólicos, mais do que de bens materiais [...]” (LOPES; MACEDO, 2002, p. 16). Entretanto, as direções do campo são várias:

Às teorizações de cunho globalizante, seja das vertentes funcionalistas, seja da teorização crítica marxista, vem se contrapondo a multiplicidade característica da contem-

poraneidade. Tal multiplicidade não vem se configurando apenas como diferentes tendências e orientações teórico-metodológicas, mas como tendências e orientações que se inter-relacionam produzindo híbridos culturais. Dessa forma, o hibridismo do campo parece ser a grande marca do campo no Brasil na segunda metade da década de 1990.

Com o hibridismo sendo a marca do campo curricular no Brasil neste período e garantindo vigor aos estudos da área, observa-se uma dificuldade na definição do que é currículo. Existe uma multiplicidade de temas exigindo que essa polissemia supere questões de natureza epistemológica. Lopes e Macedo (2002) compreendem o campo curricular como um lócus no qual se trava um embate em torno das formas de poder entre atores e/ou instituições. Assim, consideram que o campo do currículo se constitui como um campo intelectual, em que atores sociais diversos, detentores de poder, legitimam determinadas concepções teóricas sobre currículo e disputam entre si quem tem autoridade na área.

Lopes e Macedo (2002) agrupam a produção do campo do currículo nesse período em três tendências principais: a perspectiva pós-estruturalista; o currículo em rede e a história do currículo; e a constituição do conhecimento escolar.

A tendência pós-estruturalista se desenvolveu na primeira metade da década de 1990 com os estudos do grupo de currículo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, liderados por Tomaz Tadeu da Silva. De acordo com Lopes e Macedo (2002, p. 21):

Silva constitui uma trajetória de publicações que inicia a década ainda incorporando basicamente as perspectivas teóricas histórico-críticas, passando a incorporar, com restrições, as perspectivas teóricas pós-estruturalistas e chegando ao final da década com uma adesão acentuada a essas perspectivas. Sua base teórica mais significativa é Michel Foucault e os estudos culturais, especialmente de Stuart Hall, seguido dos estudos feministas e das contribuições teóricas de Derrida, Deleuze e Guattari.

A tendência histórica do currículo e a constituição do conhecimento escolar trazem a marca da Nova Sociologia da Educação inglesa e dos

trabalhos de Apple e Giroux, que foram estudados no Brasil no final da década de 1980 por um dos principais núcleos de discussão teórica sobre currículo, o Núcleo de Estudos de Currículo (NEC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, coordenado por Antonio Flávio Moreira.

Os trabalhos em história do currículo desse grupo encaminham-se em duas linhas principais: o estudo do pensamento curricular brasileiro e o estudo das disciplinas escolares. Os estudos sobre o pensamento curricular brasileiro vêm sendo desenvolvidos pelo NEC com o objetivo de compreensão dos movimentos de constituição do campo de currículo e das influências da teorização estrangeira nessa constituição [...].

[...] entre 1994 e 1996, o grupo coordenado por Moreira buscou repensar o conceito de transferência [...]. Nesse momento, a discussão sobre transferência educacional foi ampliada passando a englobar categorias como globalização, hibridização cultural e cosmopolitismo. Às referências de B. Franklin, I. Goodson e S. Ball, somaram-se estudos de Hannertz e Garcia Canclini, que buscavam entender os fenômenos culturais nas sociedades contemporâneas. Em estudo recente, o grupo tem buscado analisar como a temática do multiculturalismo tem penetrado na produção brasileira de currículo, trabalhado fundamentalmente com o conceito de hibridismo e introduzindo preocupações com a discussão sobre identidade (LOPES; MACEDO, 2002, p. 39-40).

Os currículos em rede ganham destaque a partir da metade da década de 1990 com as pesquisadoras Nilda Alves, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e Regina Leite Garcia, da Universidade Federal Fluminense. Atualmente, a produção teórica dessa vertente vem se intensificando e ampliando o grupo de pesquisadores, inclusive, contando com as pesquisas de Carlos Eduardo Ferraço e Janete Magalhães, da Universidade Federal do Espírito Santo.

Portanto, o currículo nesta pesquisa está de acordo com os estudos desenvolvidos por Alves (2003), Macedo e outros (2004), Garcia (2003), Garcia e Alves (2008), Oliveira (2008), Ferraço (2003, 2004, 2008), Carvalho (2009) e tantos outros. Para esses autores, de modo geral, o currículo se estrutura em redes constituídas pelo que é vivido,

sentido, praticado no âmbito do curso/da escola e que estão colocadas na forma de documentos escritos, conversações, sentimentos e ações concretas dos praticantes<sup>5</sup> do cotidiano.

Currículo praticado também diz respeito ao *uso*<sup>6</sup> que os sujeitos cotidianos fazem desses

[...] documentos, entre tantos outros usos, o que inclui os discursos dos sujeitos sobre esses usos. Ou seja, entendemos currículo como sendo redes de *fazeressaberes*, de *discursospráticas*, compartilhadas entre os sujeitos que praticam os cotidianos das escolas, e que envolvem outros sujeitos para além desses cotidianos das escolas (FERRAÇO, 2004, p. 85).

Parte-se do entendimento que os conhecimentos são criados além dos aprendidos com as ciências, em todos os *espaçostempos* vividos, como no mundo do trabalho e dos movimentos sociais. Nos serviços de saúde, quando o profissional se encontra com o usuário, seja no plano individual, seja no grupo, acontece o processo de tecer conhecimentos nos encontros/desencontros cotidianos.

Assim, “a multiplicidade e a complexidade de relações, no caso da escola, entre cotidiano, conhecimento e currículo, exige, de início, a incorporação das idéias de *redes de conhecimentos e tessitura do conhecimento em rede* [...]” (MACEDO et al., 2004, p. 18), levando-nos a compreender que todo curso de graduação ou escola estão imersos em redes de sentidos e de relações diversas, diferentes, variadas, contínuas e descontínuas, nas quais se tecem outros conhecimentos.

A metáfora de rede assumida nesta pesquisa não pressupõe redes

---

5 “Praticante é um termo empregado por Michel de Certeau para determinar aquele que vive o cotidiano criando, permanentemente, na prática do espaço dominado ou lugar. Os sujeitos do cotidiano são praticantes por necessidade. Podemos aproximar este termo do termo agente em Bourdieu – aquele que age” (ALVES, 2003, p. 83).

6 “‘Uso’ é outro termo aprendido com Certeau que diz que os praticantes do cotidiano usam, o tempo todo, dispositivos culturais colocados no espaço dominado pelos que o dominam, e não somente ‘consomem’ esses produtos. Nesse uso há permanente criação de conhecimentos vitais” (ALVES, 2003, p. 84).

[...] como estruturas prévias a serem encaixadas na realidade. [...] Trata-se de redes de relações produzidas nas próprias relações. De cadeias complexas de saltos qualitativos de saberes, que emergem e se auto-organizam nessas relações, produzindo em cada contexto configurações curriculares diferentes (FERRAÇO, 2008a, p. 33).

A formação em redes apresenta algumas aproximações teórico-metodológico-epistemológicas que tentamos resgatar das obras de Macedo e outros (2004) e Ferraço (2008a). Encontramos uma certa independência no momento da aprendizagem formal; isso significa que, para as redes serem tecidas, não são suficientes a intencionalidade do professor e o preparo de sua aula, apesar da importância deles. Em um currículo praticado em redes, existe uma dinâmica muito complexa auto-organizativa, que não absolutiza o ato de ensinar. Assim, nas tessituras das redes, perdem forças as concepções de transmissão, avaliação, assimilação, acúmulo de conhecimento, entre outras, havendo um deslocamento no prescrito e uma valorização no vivido, no praticado, de acordo com Ferraço (2008a).

Ainda para o autor citado, há, no currículo em rede, uma diversidade de lógicas, desencadeadas e negociadas pela abertura permanente das redes e pelas dimensões de topologia, heterogeneidade, metamorfose, mobilidade, cartografia, acentrismo, exterioridade. Essas conexões fomentam possibilidades de entendimento e de uso de conceitos e teorias tratados em sala de aula e, por serem em redes, estão sujeitas à auto-organização e a possíveis imprevistos (FERRAÇO, 2008a).

Assim, para Ferraço (2008a), o currículo se realiza a partir de diferentes processos de negociação entre professores e estudantes e de tradução de seus conhecimentos. Isso significa que o proposto no currículo prescrito somente terá algum significado após ser lido, discutido e enredado, isto é, após ter sido vivido pelos praticantes.

As redes cotidianas são consolidadas por ajudas e pactos e permanentemente atravessadas por diferentes processos coletivos, e é a partir disso que se deve prestar atenção no sentido de poder participar, ajudar, intervir. Segundo Ferraço (2004), são nas práticas instituintes realizadas pelos seus coletivos que os cursos/escolas revelam energias e utopias políticas.

Nas pesquisas realizadas com/em escolas, identificou-se que, “nas redes cotidianas, o eu só se produz, só se constitui nas relações com o outro” (FERRAÇO, 2004, p. 90).

O currículo em redes deve ser pensado e discutido a partir do que é de fato praticado nos múltiplos *espaçostempos* dos cursos. Eis por que essas redes se encontram em transformação permanente, pois aproveitaram os poderes criativos inerentes à instabilidade própria do rizoma. A predição e o controle, elementos essenciais do modelo de currículo hegemônico, tornam-se menos ordenados e mais imprecisos (MACEDO et al., 2004; FERRAÇO, 2008a).

Em um currículo pensado como redes, cada sujeito praticante é criador de conhecimentos e, conseqüentemente, responsável pela inclusão de novos nós na rede (MACEDO et al., 2004).

A plasticidade das redes nos faz entendê-las com todos os sentidos: a mudança das cores dos fios, os diversos sons, cheiros, texturas de tantas vidas que são nas redes deixadas. Através da plasticidade, as redes incorporaram os múltiplos *saberesfazer*es dos seus sujeitos (MACEDO et al., 2004).

As redes de conhecimentos e as tessituras dos conhecimentos em redes que temos no processo de ensinar na área da saúde não são possíveis de quantificar. E trabalhar para transformar “verdades” que orientam as nossas decisões e ações implica identificar, caracterizar, analisar, criticar e superar conhecimentos considerados verdadeiros. Para isso, é preciso compreender as redes de relações cotidianas nas quais criamos e firmamos valores e preconceitos e substituí-los por verdades.

No currículo tecido, evidenciamos um movimento de múltiplos conhecimentos, sendo trançados/destrançados/trançados de diferentes formas, o tempo todo e em todos os espaços: no departamento, nas salas de aula, nas semanas pedagógicas, nos congressos, nos seminários, nos corredores, no centro/diretório acadêmico, na cantina, nos encontros informais, nas escolas, nas comunidades, nas unidades de saúde, nos hospitais, no encontro com os usuários, com enfermeiros, com as equipes de saúde e com funcionários dos serviços de saúde e de ensino, na Organização Mundial da Saúde (OMS), na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), no Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e em outras organizações governamentais e não governamentais, nos sindicatos, nos conselhos profissionais, nos conselhos de saúde, nas políticas de saúde e educação, na gestão uni-

versitária e em muitos outros espaços. Enfim, numa multiplicidade e complexidade de redes e de contextos.

Todos esses conhecimentos em redes estão nas escolas, isto é, estão nos processos formativos dos trabalhadores da saúde e se tensionam mutuamente. No entanto, só observamos “alguns deles e não aprendemos a fixar o modo como a maioria organiza-se e torna-se conhecimento verdadeiro em nós” (MACEDO et al., 2004, p. 20).

Nos processos de *aprenderensinar*, todos nós, docentes, estudantes, trabalhadores da saúde, trazemos muitas marcas das aulas que tivemos, dos diversos contatos que fizemos pela vida. Somos marcados, mas muitas vezes não sabemos quais marcas foram feitas no percurso pelo qual passamos nem nos damos conta delas: as salas, as reformas, os serviços de saúde, o local reservado a nós, ao usuário, aos trabalhadores da saúde e à equipe de saúde e os embates que fazem parte do cotidiano do trabalho.

De que forma docentes, trabalhadores da saúde, estudantes têm sido *usuários inventivos* dos produtos criados pelo poder central? Esses usuários criam *modos de fazer* os produtos que lhe são impostos tanto no cotidiano dos serviços de saúde como nas alternativas curriculares? Que *modos de fazer* são esses?

Embora vivam experiências localizadas, trabalhadores da saúde, docentes e estudantes buscam mudanças que levem em consideração as *forças locais* (MACEDO et al., 2004, p. 23), trazendo para o processo de tecer “todas as experiências vividas nos outros tantos contextos em que se fizeram e fazem redes de subjetividades”.

Uma rede em processo é uma rede de seres e conhecimentos que se transformam continuamente – indo além da estabilidade para aproveitar os poderes criativos inerentes à instabilidade. Nessa rede em transformação permanente, a predição e o controle, elementos essenciais do modelo de currículo que dominou até agora, tornam-se menos ordenados e mais imprecisos (MACEDO et al., 2004, p. 87).

Passamos a compreender currículo não como um produto construído baseado em modelos pré-estabelecidos, mas como *processo* em que os *praticantesautores* ressignificam as experiências tecendo as *redes de poderes, saberes e fazeres* das quais participam (MACEDO et al., 2004).

O primeiro aspecto a ser destacado de uma organização escolar que afirma a discussão hegemônica da modernidade e se pauta no currículo como prescrição (não importa se no ensino fundamental ou se em um curso de graduação) é a divisão temporal em diferentes períodos/anos para distribuir as atividades curriculares, classificar os estudantes e acompanhar/controlar o seu progresso em um suposto domínio de conteúdos e/ou habilidades (MACEDO et al., 2004).

Conforme Macedo e outros (2004), no momento da atividade prática, em que estão presentes os usuários/profissionais/estudantes, a multiplicidade de *espaçostempos* e de tramas é um fato! E não se pode desconsiderar que cada um desses sujeitos traz para dentro da sala de aula e para as atividades práticas uma *rede de saberes* tecidas em seus *múltiplos espaçostempos de experiência*.

Quanto mais o currículo formal se abrir para dar conta dessa multiplicidade, mais “estará inserido no cotidiano da experiência escolar [...]. Ou seja, um currículo formal precisa, em vez de prescrever uma experiência escolar, dialogar com as redes cotidianas da escola” (MACEDO et al., 2004, p. 49).

O segundo aspecto da organização curricular a sobressair estaria na seleção e na organização dos saberes: as disciplinas. A esse respeito, Macedo e outros (2004, p. 50) nos dizem

[...] que as matérias escolares são grandes *classes* segundo as quais se agrupam alguns dos saberes que penetram na escola. Os critérios de criação dessas classes e de inserção de um determinado saber nessa ou naquela classe são sempre históricos e se constroem nas *redes de relações* que se estabelecem entre esses saberes escolares e os demais saberes sociais.

O rol de conhecimento de um curso está estabelecido pela atividade profissional em formação e por uma seleção e alocação de disciplinas, o que, como nos ensinam Macedo e outros (2004), consolidou com o passar dos anos, na verdade, um juízo de valor, segundo o qual, na maior parte das vezes, faz-se a construção dos projetos curriculares.

A seleção e a inserção de conteúdos nos cursos, em sua maior parte, têm funcionado como se a única forma possível de estruturação curricular fosse a organização disciplinar do conhecimento. Porém, são te-

cidas contestações a essa fragmentação da organização do ensino. Uma alternativa é a interação de disciplinas que surgem a partir da “compreensão de que os problemas da realidade ultrapassam os limites de uma especialidade” (MACEDO et al., 2004, p. 52). Dessa forma, um problema é tratado por diferentes disciplinas de forma integrada, mas a lógica disciplinar continua.

Constatamos, no momento do ensino clínico, como, em uma visita domiciliar a uma pessoa hipertensa, o estudante passa a conhecer a realidade da casa e percebe o estilo de vida, as condições do usuário. Nesse ato do cuidado, muitas *redes de saberes/fazeres* se tecem. Também, ao entrar em contato com o serviço de saúde, o estudante pode perceber que o problema, na maioria das vezes, está para além do limite das especialidades.

No campo da educação de uma forma geral, existem propostas de abolição da estrutura curricular organizada por disciplinas. Uma das mais antigas é a do método por projetos, utilizado no ensino fundamental e que tem sido recriado permanentemente. Na área da saúde, algumas graduações têm utilizado a problematização e o Problem Based Learning (PBL).

O aprendizado no método de projeto não tem necessariamente relação com a lógica dos diversos campos do saber. Desfaz-se a ideia de pré-requisitos, e cada espaço disciplinar deve apenas contribuir com o necessário para a solução do problema ou temática que estão sendo estudados. Aqui o princípio disciplinar é somente estruturador e organizativo do conhecimento.

Uma das mais recentes alternativas, que questiona de forma radical a ideia disciplinar, apresenta o princípio da transversalidade e argumenta que o conhecimento se cria segundo as lógicas de redes, e não com os campos de saber previamente delimitados: “um mesmo saber faz parte de diferentes campos significativos, tanto disciplinares quanto não disciplinares”. Restituindo “a legitimidade de um *conjunto de redes de saberes, poderes e fazeres* normalmente excluídos do ambiente escolar” (MACEDO et al., 2004, p. 56).

Embora existam estudiosos, como Doll, que queiram organizar currículos em redes, para Macedo e outros (2004), eles já estão em andamento, porquanto no nosso cotidiano já estamos “mergulhados”, ou melhor, tecidos nas nossas inúmeras redes de contato e de criação de conhecimentos de forma contínua para nós, docentes, e para os estudantes. E por esse processo escolhemos o conteúdo, a forma de

trabalhar, a maneira de nos relacionarmos, a forma de ser professor, aspectos que dão significado ao que os estudantes conseguem aprender, porque tecem o conhecimento com os fios de suas redes próprias.

Então, o mais importante não é fazer uma proposta curricular em rede, mas fazer emergir e ampliar as tantas redes trançadas, cotidianamente, nos contextos da formação e que, na maioria das vezes, ficam submersas (MACEDO et al., 2004).

E qual deve ser a função de um currículo oficial? Para Macedo e outros (2004, p. 58), é dar sentido às experiências curriculares que são realizadas nos espaços de formação, um “sentido de uma experiência tecida coletivamente por sujeitos que recriam a sua própria prática na atividade de praticar”.

Macedo e outros (2004, p. 76) nos trazem Elias, que fala da complexidade do processo de tessitura da rede:

[...] muitos fios isolados ligam-se uns aos outros. No entanto, nem a totalidade da rede nem a forma assumida por cada um de seus fios podem ser compreendidas em termos de um único fio, ou mesmo de todos eles, isoladamente considerados; a rede só é compreensível em termos da maneira como eles se ligam, de sua relação recíproca. Essa ligação origina um sistema de tensões para o qual cada fio isolado concorre, cada um de maneira um pouco diferente, conforme seu lugar e função na totalidade da rede. A forma do fio individual se modifica quando se alteram a tensão e a estrutura da rede inteira. No entanto essa rede nada é além de uma ligação de fios individuais; e, no interior do todo, cada fio continua a constituir uma unidade em si; tem uma posição e uma forma singulares dentro dele.

O terceiro e importante aspecto para o currículo em rede é a participação das autoridades institucionais envolvidas com a formação como meio de garantir a consolidação do processo. O processo de horizontalização das relações de poder é fundamental para se “criar e desenvolver as redes de fazeres e saberes já existentes, contribuindo para que se tornem mais densas e diversificadas” (MACEDO et al., 2004, p. 76).

Originados na implantação do currículo do curso de Enfermagem em 2006, alguns encontros dos coordenadores dos serviços e dos enfermeiros preceptores com professores e estudantes têm avançado a cada

semestre. No ano de 2010, as competências foram discutidas em algumas disciplinas, o que tem sido um *atractor* para desencadear uma reflexão sobre o currículo, sobre o profissional que estamos formando e a importância do serviço nessa rede.

Nas palavras de Macedo e outros (2004, p. 83), pensar em rede é produzir conhecimentos “a partir da vivência e da reflexão sobre os acontecimentos, processos e nossas relações com as pessoas. É este movimento que nos habilita a relacionar as produções sociais com a subjetividade que nelas existe”. Esses são fios importantes para a tessitura em redes.

Pensar a formação dos profissionais de saúde nessa perspectiva de rede é investir no saber da experiência, numa pedagogia interativa e dialógica e num fazer cuidado em saúde como um processo investigativo constante que se realiza solidariamente, na própria caminhada, com parceiros dos diversos setores da prática que compõem a rede do ensino.

A troca de experiências e de saberes tece/destece/retece espaços/tempos de formação mútua, nos quais cada professor é chamado a desempenhar, simultaneamente, o papel de formador e de formando, em redes coletivas de trabalho, nas quais outros sujeitos são chamados de diferentes e múltiplos espaços para ajudar nessa formação. [...] A formação do professor-pesquisador tem a prática como ponto de partida, e a curiosidade das perguntas advém do exercício que procura compreender para superar ações espontaneístas e contraditórias (MACEDO et al., 2004, p. 89).

No encontro com o currículo como redes de *saberesfazerespoderes* tecidas e vividas nos múltiplos *espaçostempos* que envolvem os cursos, muitas invenções, inovações são produzidas, e, no afã de querer responder ao prescrito, numa perspectiva legalista, formalista, pode-se desqualificar ou mesmo deixar de perceber os diversos movimentos de criação tecidos, retecidos e tecidos outras vezes.

## Referências

ALVES, N. Imagens das escolas: sobre redes de conhecimentos e currículos escolares. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 17, p. 53-62, jan./jun. 2001.

\_\_\_\_\_. Os romances das aulas. **Movimento**: Revista de Educação, n. 2, p. 7-32, 2000.

\_\_\_\_\_. Sobre movimentos das pesquisas nos/dos/com os cotidianos. **Teias**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7-8, p. 1-8, jan./dez. 2003.

\_\_\_\_\_. Tecer conhecimento em rede. In: ALVES, N.; GARCIA, R. L. (Org.). **O sentido da escola**. 5. ed. Petrópolis: DP et Alli, 2008. p. 91-99.

ALVES, N.; GARCIA, R. L. (Org.). **O sentido da escola**. 5. ed. Petrópolis: DP et Alli, 2008.

ALVES, N.; OLIVEIRA, I. B. Imagens de escolas: *espaçotempos* de diferenças no cotidiano. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 86, p. 17-36, abr. 2004.

BARROS, M. E. B. Formação de professores/as e os desafios para a (re) invenção da escola. In: FERRAÇO, C. E. (Org.). **Cotidiano escolar, formação de professores e currículo**. São Paulo: Cortez, 2005. v. 1, p. 35-48.

\_\_\_\_\_. Seria possível uma prática do cuidado não-reflexiva? O cuidado como atividade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS, 2009. p. 113-126.

BERTICELLI, I. A. Currículo: tendências e filosofia. In: COSTA, M. V. (Org.). **O currículo nos limiares do contemporâneo**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 159-176.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior. **Parecer CONAES nº 4**: sobre o Núcleo Docente Estruturante. Brasília, 17 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação per-

manente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** Brasília, 2004.

CARRÃO, A. M. R. Fordismo e toyotismo: mudanças no mundo do trabalho. **Impulso**, n. 26, p. 153-171, 1999.

CARVALHO, J. M. **O cotidiano escolar como comunidade de afetos.** Petrópolis: DP et Alii, 2009.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2004/fev. 2005.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 12-25, set./dez. 2001.

FERRAÇO, C. E. Apresentação. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Cotidiano escolar, formação de professores(as) e currículo.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008a. p. 9-14. (Série Cultura, Memória e Currículo, v. 6).

\_\_\_\_\_ (Org.). **Cotidiano escolar, formação de professores(as) e currículo.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008b. (Série Cultura, Memória e Currículo, v. 6).

\_\_\_\_\_. Currículos e conhecimentos em redes: as artes de dizer e escrever sobre a arte de fazer. In: ALVES, N.; GARCIA, R. L. (Org.). **O sentido da escola.** 5. ed. Petrópolis: DP et Alii, 2008c. p. 101-124.

\_\_\_\_\_. Currículo, formação continuada de professores e cotidiano escolar: fragmentos de complexidade das redes vividas. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Cotidiano escolar, formação de professores(as) e currículo.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008d. p. 15-42. (Série Cultura, Memória e Currículo, v. 6).

\_\_\_\_\_. Eu, caçador de mim. In: GARCIA, R. L. (Org.). **Método:** pesquisa com o cotidiano. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 157-175.

\_\_\_\_\_. Os sujeitos praticantes dos cotidianos das escolas e a invenção dos currículos. In: MOREIRA, A. F. B.; PACHECO, A. F.; GARCIA, R. L. (Org.). **Currículo:** pensar, sentir e diferir. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 77-94.

FERREIRO, E.; TEBEROSKY, A. **Psicogênese da língua escrita.** Porto Alegre: ArtMed, 1986.

GARCIA, R. L. Tentando compreender a complexidade do cotidiano. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Método:** pesquisa com o cotidiano. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 9-16.

GARCIA, R. L.; ALVES, N. Atravessando fronteiras e descobrindo (mais uma vez) a complexidade do mundo. In: ALVES, N.; GARCIA, R. L. (Org.). **O sentido da escola.** 5. ed. Petrópolis: DP et Alli, 2008. p. 65-89.

GOODSON, I. F. **Currículo:** teoria e história. Petrópolis: Vozes, 1995.

KASTRUP, V. **A invenção de si e do mundo:** uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Campinas: Papyrus, 1999.

LOPES, A. C.; MACEDO, E. O pensamento curricular no Brasil. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Currículo:** debates contemporâneos. São Paulo: Cortez, 2002. p. 13-54. (Série Cultura, Memória e Currículo, v. 2).

MACEDO, E. et al. **Criar currículo no cotidiano.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2004. (Série Cultura, Memória e Currículo, v. 1).

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

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

MERHY, E. E. et al. 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. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 113-150.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

OLIVEIRA, I. B. Criação curricular, autoformação e formação continuada no cotidiano escolar. In: FERRAÇO, C. E. **Cotidiano escolar, formação de professores(as) e currículo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 43-67. (Série Cultura, Memória e Currículo, v. 6).

OLIVEIRA, I. B.; ALVES, N. (Org.). **Pesquisa nos/dos/com os cotidianos das escolas**. 3. ed. Petrópolis: DP et Alii, 2008.

OLIVEIRA, I. B.; SGARBI, P. **Estudos do cotidiano & educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

PARAÍSO, M. A. Estudos sobre currículo no Brasil: tendências das publicações na última década. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 95-114, jul./dez.1994.

RAMOS, M. N. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 400-422, set. 2002.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. **Um discurso sobre a ciência**. 4. ed. Porto: Afrontamento, 1990.

TERIGI, F. Notas para uma genealogia do curriculum escolar. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 159-186, jan./jun.1996.

VAITSMAN, J. Subjetividade e paradigma de conhecimento. **Boletim Técnico do SENAC**, v. 21, n. 2, 1995. Disponível em: <<http://biblioteca.senac.br/fulltext/pdf/2102003009.pdf>>. Acesso em: jun. 2014.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

## *Educação em saúde coletiva e formação de sanitaristas no âmbito da graduação<sup>7</sup>*

**Ricardo Burg Ceccim**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado em 1988, resultado de um processo de mudança social (o combate à ditadura e a luta pela redemocratização do país) e produto de um projeto político de Reforma Sanitária (a introdução da noção tanto de direito de todos às ações e aos serviços de saúde de alta qualidade como de obrigação do Estado democrático quanto ao seu provimento). A Reforma Sanitária contemplou lutas que envolveram a sociedade como um todo (movimentos populares, sindicatos, docentes, pesquisadores da área de saúde coletiva, políticos, gestores governamentais, categorias profissionais e trabalhadores do setor público, entre outros) e se materializou numa importante “obra” de construção de redes de atenção e estratégias de gestão. A noção aprovada foi de que um sistema único reúne os esforços e as tarefas públicas de proteção da saúde em um único setor de política e gestão, passando pelo entendimento de que a saúde é um bem público, que deve ser de acesso universal e pelo qual não se pode exigir dos usuários desembolso direto, individual ou coletivo, embora seja permitida a oferta de ações e serviços pela iniciativa privada. Ao longo dos anos, entretanto, foram remodeladas tecnologias e processos de informação, participação e avaliação, de maneira que a designação *único* hoje se refere à necessidade de correspondência do sistema sanitário às necessidades sociais em saúde, e não apenas ao atendimento em face de doenças e agravos claramente configurados pela clínica. O planejamem-

---

7 Este texto contempla a rearticulação, em alguns trechos, de versões de estudo do tema em questão, anteriormente realizada para a composição do curso de graduação em saúde coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo sido compilado em fevereiro de 2016.

to passou a ser crescentemente desafiado e as inovações amplamente exigidas, em um âmbito tanto de financiamento e coordenação quanto de modalidades de atendimento, de inclusão de necessidades e de singularização das práticas de assistência e de promoção da saúde.

Se são frequentes, conforme assinala Campos (2007), as opiniões de “democracia inconclusa” e “reforma incompleta” para elucidar a não consolidação do projeto de Reforma Sanitária, o que desembocaria na vigência de um “desencantamento com o SUS” ou o “descrédito quanto à capacidade [do Estado] de transformar em realidade uma política tão generosa e racional” (p. 302) quanto a da saúde, elas não se esgotam na seara da vontade política e suficiência de orçamento. Não se trata de “financiar” e “gerenciar”, utilizando-nos de planejamento e monitoramento, da eliminação das restrições de acesso e da garantia dos exames e tratamentos recomendados. O projeto de Reforma Sanitária, uma vez vencida a etapa de unificação do comando em um setor único de política, seja para a assistência médica, seja para a saúde pública (como na fragmentação vigente no período pré-reforma), seja para a atenção multiprofissional em todo tipo de adoecimento e agravo, vem requerendo, nos últimos anos, ativos processos de inovação no planejamento e gestão, importantes mudanças na formação dos quadros profissionais, renovação e ousadia nos processos participativos e intensa diferenciação das ações e serviços tendo em vista a integralidade da atenção e as atividades de saúde coletiva (CECCIM, 2008).

Por um lado, sim, devemos voltar o olhar ao “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e, por outro lado, também às “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos” (BRASIL, 1988, art. 196), portanto são requeridos planejamento, gestão e avaliação que digam respeito à qualidade de vida, assim como a invenção de uma rede assistencial capaz de efetiva atenção e efetivo desenvolvimento da autonomia das pessoas no andar da sua saúde. Isso para falar das responsabilidades do setor da saúde, não do conjunto das políticas de governo para com a sociedade.

A implantação do SUS vem sendo (e precisa ser) bastante heterogênea, conforme características geográficas, políticas, culturais, demográficas e epidemiológicas em cada região, estado, cidade ou microárea de nossas cidades ou localidades. Os desenhos de serviços e sistemas

locais ou locorregionais devem ser tão diversos quanto diversas são as realidades ou microrrealidades. A díade hospital–ambulatório foi superada por uma rede ampliada de ações e serviços que, hoje, envolvem apoio matricial interprofissional; atenção às populações de rua; atenção domiciliar; atenção e assistência farmacêutica; atenção primária; atenção psicossocial; centros de convivência; combate às endemias rurais e urbanas; educação e promoção da saúde; educação permanente em saúde; especialidades odontológicas; linhas de cuidado em diabetes, hipertensão, oncologia e saúde mental; orientação em atividades físicas e alimentação saudável; redução de danos em álcool e outras drogas; saúde ambiental; saúde comunitária; saúde urbana; tecnovigilância; vigilância da saúde em ambientes, produtos e processos naturais, industriais e artesanais; mais todo o campo da informação e comunicação em saúde. A relação não se esgota facilmente, tornando difícil explicar ou justificar ações e serviços pelo critério da cobertura assistencial, segundo padrões prevalentes de adoecimento e morte.

Mais que intelectuais das diversas categorias ocupacionais, a política setorial e seus setores de coordenação demandam hoje profissionais “da saúde”. Não se trata de dizer “clínica ampliada”, somando profissionais com diplomação na saúde ou áreas afins, todas vertidas em “clínica”, mas sim um “setor da saúde”, capaz de análise política e de condução de sistemas de saúde. A recuperação de prestígio para o projeto político do SUS, segundo Campos (2007, p. 302), depende de uma “tríade complexa”: 1) que seja criado um movimento de peso em defesa de políticas de proteção social e distribuição de renda; 2) que se consiga apresentá-lo à sociedade como uma reforma social significativa e com impacto sobre o bem-estar e a proteção social, indicando com objetividade os passos e programas necessários; e 3) que alcance desempenho concreto, mostrando sua efetiva capacidade para melhorar as condições sanitárias e a saúde das pessoas. Essa tríade supriria a necessidade de elevar a capacidade de gestão, de dirimir a politicagem que depõe contra o SUS e de demonstrar o potencial sanitário contido em suas premissas.

Defendemos, então, uma apropriação ampliada “da área da saúde”, não um exercício ampliado “da clínica”, com a compreensão de que a boa saúde diz respeito à liberdade de produzir uma existência digna e feliz em sociedade, de que o setor precisa estabelecer laços com políticas sensíveis às exigências singulares de afirmação da vida, e não apenas

programas de proteção contra as doenças ou para a cura delas, e de que a satisfação dos usuários em seu contato com as ações e serviços venha pelo respeito, acolhimento e alta resolubilidade. A necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde para uma prática assistencial orientada pela atenção integral, implicada com a gestão setorial e apoiada em um trabalho de equipe multiprofissional e interdisciplinar, vem sendo oficialmente sinalizada desde o início dos anos 2000, quando as primeiras diretrizes curriculares nacionais com esse perfil foram expedidas. No bojo da reforma curricular prevista para os cursos de graduação no Brasil pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, “diretrizes” deveriam substituir o conceito e prática de “currículo mínimo”, seguindo o conceito e prática de “perfil do egresso”, e não o cômputo de horas por conteúdo. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o grupo de profissões da área da saúde foram expedidas em 2001 e 2002, com revisões e complementações específicas para os cursos de educação física e psicologia até o ano de 2011.

A disposição de um *staff* profissionalizado, mas não burocrático e não elitizado (em uma carreira de títulos ou superespecialidades), colabora com as competências para o planejamento e avaliação no âmbito da gestão institucional e política, assim como com as competências da promoção e vigilância no âmbito da atenção integral à saúde. Esse *staff*, efetivamente apropriado “da saúde” e do SUS, sem tarefa assistencial nos modelos “consulta/prescrição” ou “hospital/ambulatório”, poderia acentuar a resposta de qualidade dos sistemas de informação, educação e comunicação, qualificar o controle social sobre o sistema de saúde e exercer uma planificação e gerência “de sistema”. O Sistema Único de Saúde não apenas introduziu diretrizes (descentralização, com municipalização e regionalização; integralidade da atenção e participação popular) ou princípios doutrinários (universalidade, equidade e resolubilidade às necessidades em saúde), mas também passou a exigir novos perfis gerenciais e de trabalho, assim como a criação de variadas instâncias participativas e a construção de inúmeras redes colaborativas (na formação, na pesquisa, nos serviços, no controle social, na condução política etc.). A rede assistencial ainda está em recomposição conceitual e prática; uma rede substitutiva ao modelo do hospital e consultório (desenho hospitalar e ambulatorial) ainda está em confecção e as atividades de saúde coletiva ou de pronto atendimento não estão ainda

adequada e suficientemente dimensionadas, em que pese a introdução do serviço de atendimento móvel de urgência e a antiguidade dos programas de vigilância epidemiológica e de combate às endemias.

Importante dizer que novos arranjos de ações, de serviços, de rede e de gestão estão em curso. Estes novos arranjos alteram as relações instituídas entre usuários, profissionais de saúde, formadores e gestores, movendo novas necessidades e novas expectativas sobre as ações, serviços, rede e gestão. A própria lei, um instrumento mais duro às mudanças, teve de fazer lugar à introdução de novidades. Foram feitas seis inclusões temáticas à Lei Federal nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde –, de 19 de setembro de 1990, entre 1999 e 2013: subsistema de atenção à saúde indígena (1999); subsistema de atendimento e internação domiciliar (2002); subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (2005); definição e escopo da assistência terapêutica e de incorporação de tecnologia em serviços de saúde (2011); reconhecimento das comissões intergestores bipartite e tripartite como foros de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde e reconhecimento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde como entidades representativas, respectivamente, dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde, declarados de utilidade pública e de relevante função social (2011); e a inclusão da atividade física no conceito ampliado de saúde (2013).

Estão em construção no sistema de saúde os princípios, diretrizes e orientações para: linhas de cuidado, apoio matricial e equipe de referência, redes estratégicas, consultório de/na rua, centro de especialidades odontológicas, centros de atenção psicossocial, pontos de cultura, gestão da clínica, serviço de atendimento móvel de urgência, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, entre outros recursos no âmbito da **atenção**; e valorização da atenção básica, residências integradas multiprofissionais em saúde, educação permanente em saúde, vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, supervisão clínico-institucional e percurso formativos em saúde mental, criação de cursos de educação profissional em saúde e criação de cursos de bacharelado em saúde coletiva, como recursos do âmbito da **educação e formação**.

No que se refere à área da saúde coletiva, a trajetória brasileira transformou o que se designava por saúde pública, via construção de um vigoroso domínio de conhecimento designado por “saúde e sociedade”, introduzindo a crítica social nos estudos sobre medicina e saúde. Essa trajetória fez com que a área fosse constituída como interdisciplinar, mas dotada de especificidades que resultaram em domínios de saber, especialidades e subespecialidades. A ausência de profissionais específicos vinha levando os subsetores público e privado de saúde a disseminarem cursos de especialização em saúde pública, não apenas para os médicos, desde os anos 1970. A partir dos anos 1990, passaram a ser oferecidos intensivamente a estes especialistas cursos nas subespecialidades da saúde coletiva: vigilância em saúde (vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, em saúde do trabalhador); proteção da saúde (saúde e ambiente); administração e/ou gerência de sistemas e/ou serviços de saúde; gestão do trabalho e/ou da educação na saúde; avaliação de políticas e/ou programas e/ou de tecnologias em saúde; economia da saúde; direito sanitário; educação em saúde e promoção da saúde; entre vários outros.

A complexidade da abordagem da saúde destaca a insuficiência da atuação com base em especialidades e no estatuto específico das profissões tradicionais. A formação de sanitaristas no âmbito da graduação permitiria, talvez, incluir novos quadros. Há urgência de incorporação dos diversos domínios que compõem a área da saúde coletiva. Ela dá contorno a três “subáreas”: política, planejamento e gestão em saúde<sup>8</sup>,

---

8 A subárea de “política, planejamento e gestão” contempla os domínios conexos com as ciências sociais aplicadas e ciências políticas, tais como administração, direito, economia, gestão e informação, envolvendo estudos e práticas em administração de sistemas e serviços de saúde, auditoria em sistemas e serviços de saúde, avaliação de políticas e programas de saúde, cooperação internacional em saúde, economia da saúde, gestão de serviços de saúde, gestão em saúde, informática e informação em saúde, planejamento estratégico e planejamento situacional em saúde, e política de saúde, entre similares e complementares.

epidemiologia<sup>9</sup> e ciências sociais e humanas em saúde<sup>10</sup>. Em um contexto de política e condução organizada, é preciso destacar a importância dos domínios de conhecimento do planejamento, gestão e avaliação em saúde, assim como se faz necessário destacar a importância da promoção, vigilância e educação da saúde em um contexto de resolubilidade da rede assistencial e de proteção da saúde.

O Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei Federal nº 8.080/90 para dispor sobre a organização do sistema, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Definiu “região de saúde”, “contrato organizativo da ação pública da saúde”, “portas de entrada”, “comissões intergestores”, “mapa da saúde”, “rede de atenção à saúde” e “serviços especiais de acesso aberto”, além de “protocolo clínico” e “diretriz terapêutica”. Este documento preserva a autonomia de Estados e Municípios, mas acentua a responsabilidade em cumprir as diretrizes do sistema de saúde. Precisamos trabalhar com múltiplas alternativas de composição de rede e de equipes, tão diversas quanto as características de cada população ou de cada espaço geocultural, como coloca Campos (2007). Precisamos também assegurar a universalização das funções essenciais da rede básica (capacidade de resolver problemas com ações clínicas, de saúde coletiva e socioculturais mediante o acolhimento), garantir oferta de pronto socorro e dispor de retaguarda para observação ou internação hospitalar. O “planejamento e gestão” de um sistema de atenção inte-

---

9 A subárea de “epidemiologia” contempla os domínios conexos com as ciências biológicas, ciências agrárias, ciências básicas da saúde, estatística e saúde pública, envolvendo estudos e práticas em alimentação e nutrição, demografia, ecologia, geografia e ambiente, geoprocessamento, incidência e prevalência de doenças e agravos à saúde, medidas preventivas e sociais em saúde, representação gráfica e estatística, saúde ambiental, saúde e saneamento, saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, entre similares e complementares.

10 A subárea de “ciências sociais e humanas em saúde” contempla os domínios conexos com as ciências sociais, as ciências humanas, a linguística, letras e artes, envolvendo análise de políticas, serviços e sistemas de saúde, antropologia, bioética, cidadania do cuidado, comunicação e audiovisual em saúde, cultura e saúde, divulgação científica e divulgação do conhecimento em saúde, educação e ensino da saúde, educação popular e movimentos sociais em saúde, estudos sociais, filosofia, gênero e sexualidade em saúde, políticas públicas, populações e migrações, práticas culturais, racionalidades médicas, saúde rural, saúde urbana e sociologia, entre similares e complementares.

gral em saúde nasce nas necessidades sociais em saúde e se configura no contato com as instâncias de controle social, requerendo adequados recursos de informação e comunicação em saúde e amplos projetos de interação e participação social.

## **Desafios da área de estudos da saúde coletiva e suas áreas de intervenção**

Segundo Campos (2007, p. 302), “as forças interessadas no avanço do SUS” estariam obrigadas a enfrentar obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, devendo ocupar-se, na mesma medida, de demonstrar “a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde”. O autor diz que já são claras as diretrizes para essa “reorganização”, todas aquelas coerentes com “a tradição dos sistemas públicos de saúde”. No caso do Brasil, a introdução dos conceitos e práticas de sistema descentralizado combina autonomia com funcionamento em rede integrada e gestão participativa. Os critérios para a política, planejamento e gestão em saúde incluiriam, então:

- a universalização do acesso e a saúde como direito;
- o trabalho multiprofissional e interdisciplinar e a redefinição dos paradigmas tradicionais da medicina e da saúde pública;
- um sistema descentralizado que combine autonomia com funcionamento em rede integrada;
- a regionalização e a hierarquização da atenção, que se traduzam em garantia de acesso fácil e ágil (regionalização) e de resolubilidade na rede integrada de atenção e implementação de linhas de cuidado (hierarquização);
- a redefinição do papel do hospital e das especialidades (desospitalização e construção das substitutividades desse modelo);
- uma rede psicossocial integrada com pontos de cultura e cooperativas sociais;
- o planejamento segundo as necessidades em saúde;
- a integralidade em saúde com atenção clínica, atenção de saúde coletiva, garantia de pronto atendimento, serviço de pronto socorro e direito à informação sobre sua saúde;
- a integração ensino-serviço, sob a dimensão educação-saúde-cidadania;

- a inovação em grupos de cobertura (com práticas de educação e promoção da saúde, rodas de conversa e oficinas de inclusão);
- a gestão participativa e a ampliação das instâncias de participação;
- a gestão da clínica pelo conceito e prática das linhas de cuidado, redes de atenção e práticas participativas com usuários;
- a gestão com avaliação de resultados e do desempenho;
- o funcionamento em rede de serviços com corresponsabilidade e caráter complementar da atenção;
- a educação permanente em saúde na integração ensino-serviço, na qualificação do trabalho e no desenvolvimento de trabalhadores;
- o controle social pela inclusão da participação popular na tomada de decisão ou a fiscalização da qualidade;
- a atenção primária como atuação estratégica e a inclusão da atenção domiciliar;
- a ampliação da autonomia dos usuários na tomada de decisão para projetos terapêuticos, prescrição e consumo de medicamentos e a construção dos planos de atenção integral.

No Brasil, em que pese nosso discurso sobre a integralidade da atenção e a saúde coletiva (conceitos brasileiros), tendemos a valorizar a função de saúde pública na atenção primária em detrimento da ação clínica, assim como a valorizar a epidemiologia clínica na programação em saúde em detrimento das narrativas do sofrimento. Embora crescentemente enunciemos a maior e mais complexa equipe nos pontos de atenção à saúde, a inserção de profissionais ainda se faz pelas suposições de verdades biocientíficas, biotecnológicas e corporativas, e não pela defesa de uma clínica do cuidado, do dobrar-se ao outro para organizar as práticas de atenção e afirmação da vida; no mesmo sentido, o planejamento e gestão faz-se sobre índices e traçadores.

Algumas universidades no país vêm enfrentando o desafio de constituir a saúde coletiva em área de formação profissional já na graduação como um “perfil de egresso” no nível do bacharelado, isto é, como uma profissão específica com título acadêmico de bacharel. Para o conjunto de profissões da área da saúde é obrigatória a transversalidade dos conhecimentos e práticas da saúde coletiva, contudo, não havia, no Brasil, essa graduação. Às vezes, surpreendemo-nos que se fale em graduação em saúde coletiva, uma vez que conhecimentos e práticas dessa área

devem ser de todos os profissionais. Entretanto, verifica-se que conhecimentos e práticas relativos ao uso racional e correto de medicamentos são exigidos de todos os profissionais que os prescrevem ou os administram, mesmo que exista a profissão de farmacêutico, o qual se ocupa da atenção e assistência farmacêutica; esperam-se de todos os profissionais de saúde o domínio de conhecimento e o exercício de práticas tanto terapêuticas quanto de auxílio e de acompanhamento, entretanto existe a profissão de enfermeiro; admite-se como constitutiva das profissões da saúde a escuta à subjetividade, à intimidade dos sintomas e ao andar singular da vida, mesmo em face da profissão de psicólogo; o diagnóstico de doenças e a respectiva prescrição terapêutica pertencem à equipe multiprofissional de saúde, mas existe a medicina, que tem nesse domínio de habilidades e competências o seu eixo central. É nesses termos que se pode entender a profissão de sanitarista, mesmo que sua *expertise* constitua a formação de todos os profissionais de saúde para a integralidade da atenção.

O que é prevalente na formação de um sanitarista na graduação e comum aos variados desenhos que a formação profissional vem tomando são as habilidades e competências para a análise de políticas, serviços e sistemas de saúde, o que corresponde à área de estudos e produção de conhecimentos designada como “política de saúde”, identificada por Paim (2003) como disciplina conformada em meados no século XX, com a criação da Organização Mundial da Saúde. Para o autor, a “política de saúde” é tanto uma disciplina acadêmica como um âmbito de intervenção social, um campo de saber sistematizado, com um conjunto de fundamentos, métodos e técnicas capazes de auxiliar a intervenção. Cabem especificamente ao sanitarista de graduação aquelas atividades relacionadas aos “processos e rotinas” da interpretação de estados de saúde e desafios da situação de saúde (configuração de realidades sanitárias) em territórios dados (serviços, cidades, países ou “locais” de modo geral) e aos “processos e rotinas” da avaliação em situações de saúde (construção de acompanhamento, monitoramento, regulação, ativação de práticas e elevada compreensão de modelagens). Como participante das equipes de saúde, compete predominantemente ao sanitarista na atuação interprofissional as ações de pensamento e intervenção do campo do planejamento, gestão e avaliação (formulação, acompanhamento e avaliação de políticas; coordenação, planificação e

gerência de ações, serviços e sistemas de saúde), enquanto no escopo da atuação interprofissional para a atenção integral à saúde estão as ações de pensamento e intervenção em educação, comunicação, promoção e vigilância da saúde. Como “recorte” científico e tecnológico competem ao sanitarista a pesquisa e desenvolvimento (P&D) em busca do compromisso da ciência, tecnologia e inovação com o direito à saúde e à qualidade de vida<sup>11</sup>.

Na literatura, encontramos como marcador os anos de 2002 e 2003, com os trabalhos de Ricardo Burg Ceccim (2002), intitulado “Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva”, que toma por base o projeto da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, de 2001, e de Carmen Fontes Teixeira (2003), intitulado “Graduação em saúde coletiva: antecipando a formação do sanitarista”, que toma por base o projeto da Universidade Federal da Bahia, em discussão desde 1994, assim como as anotações de Paulo Eduardo Elias (2003), intituladas “Graduação em saúde coletiva: notas para reflexões”, sobre a oficina de trabalho designada “Graduação em saúde coletiva: pertinência e possibilidades”, realizada em Salvador, no ano 2002, na qual estiveram presentes os outros dois autores citados.

O momento atual desafia a capacidade de se produzirem iniciativas que abordem, na perspectiva da saúde coletiva, o tema do planejamento, gestão e avaliação como recorte específico de atuação profissional, relacionado com promoção, vigilância e educação da saúde, inscrevendo as competências e habilidades da saúde pública assim como as referências teórico-práticas que constituem a sustentação de políticas e sistemas de saúde como formação básica. Em todo o mundo, o debate sobre as funções essenciais da saúde pública, projeto da Organização Mundial da Saúde, gerou um documento referencial de competências do profissional da saúde pública que, redimensionado pelos conceitos

---

11 A subárea de “ciência, tecnologia e inovação em saúde” contempla os domínios conexos com as biociências, biologia molecular e biotecnologia, envolvendo assistência farmacêutica, avaliação de tecnologia, economia de tecnologia, engenharia biomédica, equipamentos e sistemas biomédicos, imunobiológicos, indústria farmacêutica, laboratório de saúde pública, parque tecnológico, política de incorporação de tecnologias e equipamentos médicos, política de sangue e de órgãos, políticas de biossegurança, políticas de órteses, próteses e bolsas coletoras, propriedade intelectual, e tecnovigilância, entre similares e complementares.

brasileiros, corresponde ao perfil do curso de graduação proposto no Brasil. A formação com este perfil de competências é a do profissional de saúde pública ou, em uma terminologia brasileira, o profissional em saúde coletiva. A formação básica (bacharelado) em saúde pública não existe apenas no Brasil e seu redimensionamento atual tem se feito pelas subáreas da antropologia da saúde e da saúde internacional e intercultural (saúde global).

Engenheiros, economistas e sociólogos são profissionais que estão frequentemente em postos de trabalho cujo perfil ocupacional é o do “analista”, um agente social com capacidade de interpretar processos e construir padrões de planejamento, gestão e avaliação, estabelecendo proposições, metas e projetos de acompanhamento. Porém, na saúde coletiva, existe o corpo disciplinar da política de saúde, e todo sanitarista dele é representante, constituindo-se analista de políticas e sistemas de saúde. O Sistema Único de Saúde é alvo para egressos que têm formação com base nesse perfil ocupacional, isto é, para profissionais simplesmente formados em saúde coletiva, pois não são requeridos outros conhecimentos prévios para o exercício da função de sanitarista no SUS. Para outros profissionais de saúde, seria necessária a especialização em saúde pública/saúde coletiva. A demanda feita à nova formação não é a da adequação de perfil, como se poderia supor no caso das profissões e especializações já existentes; na verdade, é a superação do cruzamento de uma profissão com uma especialização para se chegar a um generalista intensamente demandado pelas políticas públicas setoriais, pelo mundo do trabalho e pelo mercado de empregos. Além da revolução tecnológica, ocorre na saúde uma “revolução institucional”, desdobramento da Reforma Sanitária Brasileira e dos processos de mudança em curso na formação e no trabalho para que esse setor cumpra seus desígnios.

A caracterização da área da saúde coletiva como espaço de trabalho multiprofissional e interdisciplinar aponta para a necessidade da constituição de um núcleo de conhecimentos e práticas de atuação profissional diferente da formação especializada e que pressuponha o desenvolvimento de um conjunto específico de competências e habilidades demandadas pela complexidade da área e pela diversificação do setor de aplicação das políticas públicas da saúde. Esse núcleo de conhecimentos e práticas formaliza um recorte profissional, mas não um território de práticas privativas, apenas territórios de atuação. Os sanitaristas de

formação básica são integrantes da equipe de trabalhadores da saúde, podendo aperfeiçoar-se, como os demais profissionais da saúde, em territórios de especialidade. O bacharel em saúde coletiva atuará, considerando o Sistema Único de Saúde no Brasil, na área público-estatal ou na área privado-suplementar. Sua formação deve estar inserida nessas duas diferentes dimensões do SUS, possibilitando a atuação em ambos os espaços. Além do setor da saúde, o “novo” profissional formado na área atuará tanto em instituições onde existam planejamento, gestão e avaliação em saúde, como é o caso da gestão de serviços, programas, projetos e sistemas, quanto em instituições onde se exerçam a promoção, vigilância e educação da saúde, como ocorre nos órgãos da área sanitária, ambiental, de saneamento, alimentar, agrária e socioassistencial. Devem-se citar também as áreas intersetoriais da saúde e cultura, saúde e educação, saúde e previdência, saúde e assistência social, saúde e saneamento, saúde e ambiente, saúde e agricultura, entre outras. O setor privado empresarial também comporta ações em gerenciamento da saúde e de saúde no trabalho. O sanitarista é responsável pelo diagnóstico de situações, interpretação de dados e informações e estabelece proposições, as quais acompanha e monitora. Os profissionais de saúde já estabelecidos (médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, etc.) atuam no diagnóstico de doenças e na terapêutica, enquanto o novo profissional (sanitarista) atua em análise de políticas, serviços e sistemas de saúde ou configurações da vida.

### **Campo de saber e as áreas de conhecimento, atuação e representação na saúde**

A classificação das áreas do conhecimento, para o setor da educação (há diferença no setor na ciência e tecnologia), apresenta uma hierarquização em cinco níveis, que vão do mais geral ao mais específico, abrangendo 9 grandes áreas, 79 áreas e 344 subáreas do conhecimento, além de especialidades. Uma especialidade como a biomedicina (ciências biológicas: “modalidade” médica) foi reconhecida como profissão em 1979. Na *Tabela de áreas do conhecimento*, a biomedicina não consta

na área da saúde, mas na relação de especialidades<sup>12</sup>. Na grande área da saúde, consta a área da saúde coletiva, que contempla subáreas e especialidades. Com a criação da graduação em saúde coletiva, a partir de 2008, acontece de encontrarmos cursos identificados com a área, especificamente com uma de suas subáreas (epidemiologia, saúde pública e medicina preventiva) ou, ainda, com suas especialidades. Até então, a saúde coletiva era a única área das ciências da saúde que não configurava profissão.

As políticas nacionais de educação e de educação na saúde vêm induzindo processos de mudança na formação de todos os profissionais da chamada área da saúde, não apenas para as profissões relacionadas na *Tabela de áreas do conhecimento* da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (Capes), mas também para as profissões com forte ou moderada atuação no setor. A direção desses processos de mudança, mais que relativa às orientações sobre a distribuição da carga horária e sobre os conteúdos de ensino obrigatório, corresponde à implementação de diretrizes curriculares nacionais e ao debate sobre perfil dos egressos da educação superior. No caso da saúde, essas diretrizes foram resultantes de um movimento social de mudanças na graduação das profissões da área da saúde e da própria área da saúde, em favor da Reforma Sanitária.

Um histórico desses processos foi sumarizado pelos pareceres e resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE), que propuseram e aprovaram as Diretrizes Curriculares Nacionais em um processo que se estendeu de 1997 a 2001 (CECCIM, 2008). As primeiras decisões do CNE relativas aos cursos da área da saúde foram o Parecer nº 1.133, de 7 de agosto de 2001, que abrangia os cursos de enfermagem, medicina e nutrição, e as resoluções nº 3, 4 e 5 dos respectivos cursos, expedidas em novembro de 2001, assinalando aquilo que deveria corresponder às

---

12 A *Tabela de áreas do conhecimento* teve várias versões desde a sua criação como organizadora da árvore de conhecimentos acadêmicos, científicos e tecnológicos. A primeira versão é de 1976, as seguintes são de 1982 e 1984. A área de ciência e tecnologia e a área de educação utilizam tabelas um pouco diferentes pelas inclusões posteriores a 1984 realizadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que criou a grande área multiprofissional, com subáreas e especialidades, não constantes da referência ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

competências e habilidades gerais dos profissionais formados, que eram idênticas entre si e desenhavam, pela primeira vez, um conceito de área de formação. As competências e habilidades gerais diziam respeito à “área”, enquanto as competências e habilidades específicas diziam respeito às profissões em particular. Da reunião da área, nas Diretrizes Curriculares Nacionais, separou-se a medicina, em 2014, agora com texto singular às determinações da expansão e distribuição de novos cursos sob o escopo da Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (Programa Mais Médicos para o Brasil). As DCN em medicina, sob o Parecer CNE/CES nº 116, de 3 de abril de 2014, enfocam atenção à saúde, gestão em saúde e educação na saúde, guardando o perfil ético anterior, em que pese seu desprendimento de uma linguagem e delineamentos comuns ao sentido de “área”.

Como foco da reorientação da formação na área da saúde e a presença da saúde coletiva, reconhecemos o agregado que faz coincidir as áreas do conhecimento, utilizando a tabela da Capes, de 1984, e o Edital nº 4 do MEC, de 1997, relativo às Diretrizes Curriculares Nacionais. Como área de atuação, utilizamos os *Indicadores de gestão do trabalho em saúde* (BRASIL, 2007) – material de apoio do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde (ProgeSUS) –, de 2007. A área da saúde coletiva, que consta da tabela da Capes, não é mencionada no Edital do MEC por não representar curso de graduação, tendo aparecido nos *Indicadores de gestão do trabalho em saúde* por representar ocupação profissional no sistema de saúde.

Uma vez que “área de conhecimento” e “área de atuação” não coincidem perfeitamente, ocorre alguma confusão quando o assunto envolve Diretrizes Curriculares Nacionais e perfil do egresso. Uma coisa é a profissão, outra a ocupação. O trabalho das DCN foi a proposição de currículos que não dissessem respeito a listas de conteúdos, que aceitassem e defendessem a educação permanente dos profissionais na sua formação e na educação das gerações futuras dos colegas profissionais. Além disso, a profissão precisa ser mais ampla que o trabalho, dando conta de uma noção de área de conhecimento, não de área de atuação. Já para os setores de ação, interessa a área de atuação, pois eles têm suas demandas de perfil de trabalhadores. No caso da saúde, com um controle social definido constitucionalmente por gestores, trabalhadores e usuários, também foi necessário definir o rol de categorias profissionais

cuja atuação no setor da saúde constituía destacada presença para justificar especial interesse do Conselho Nacional de Saúde (assento em decisões, por exemplo, e composição do segmento de trabalhadores na maior instância de controle social em saúde no país). O CNS aprovou uma resolução sobre as categorias profissionais de saúde para fins de representação das profissões no Conselho<sup>13</sup> (composição do segmento de trabalhadores pelas corporações profissionais, isto é, conselhos, sindicatos e associações, portanto áreas de representação nas instâncias de controle social).

Se existem as áreas de conhecimento, as áreas de atuação e as áreas de representação na saúde, falamos, de um lado, na “grande área” da saúde, mas de outro, no “campo” da saúde, distinções que fazem maior ou menor sentido quando entram em questão normas reguladoras ou regulamentadoras e financiamentos ou mesmo a tentativa de aquilatar e relatar a produção científica ou profissional por ramo de atividade ou de conhecimento. Assim, faço uma análise descritiva das recomendações curriculares e do perfil de egresso, segundo alguns recortes considerados importantes para o objetivo das Diretrizes Curriculares Nacionais, pois de um projeto político de sociedade emergiu um relevante conceito de área da saúde. No escopo das DCN, instituiu-se um artigo comum ao grupo de profissões identificadas pela sociedade, pela ciência e pela educação como área da saúde e um dispositivo de interpretação ao cumprimento das competências e habilidades clínicas ou assistenciais. O artigo 4º das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde define as competências e habilidades gerais para cada profissão. O parágrafo único do artigo 5º, relativo às competências e habilidades específicas de cada profissão, registra que estas ficam submetidas à apropriação do sistema de saúde vigente no país, ao trabalho em equipe de saúde (interprofissionalidade) e à integralidade da

---

13 O Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução CNS nº 287, de 8 de outubro de 1998, definiu as categorias profissionais de interesse para a atuação do Conselho, ressaltando que, entre elas, as categorias de biologia, biomedicina, medicina veterinária e serviço social guardavam especificidades distintas do setor da saúde. Ainda que a Saúde Coletiva não se torne profissão, uma entidade de representação corporativo-profissional pode justificar o assento no CNS, mesmo distinto daquele de entidades seja da comunidade científica ou de educação, seja das profissões de saúde, que são representações de outra natureza.

atenção. O texto, preservadas algumas particularidades de linguagem, é igual para todas as profissões:

**Quadro 1** – Parágrafo único do artigo 5º das Diretrizes Curriculares Nacionais de vários cursos da área da saúde

<b>Enfermagem</b>	A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.
<b>Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia e Terapia Ocupacional</b>	A formação [de cada profissional] deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe.
<b>Nutrição</b>	A formação do Nutricionista deve contemplar as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).
<b>Farmácia</b>	A formação do Farmacêutico deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>14</sup> .

**Fonte:** Elaborado com base em Brasil (2001a, 2002a, 2002b, 2002c, 2002d, 2002e).

A introdução desse parágrafo único, com distinções apenas de redação ou de ênfase, é o reconhecimento explícito de uma articulação entre as áreas, inédito na história nacional, assim como o reconhecimento de “área” ao grupo de cursos que formam profissionais para o setor da saúde, como previa o artigo 200, da Constituição Federal. Pode-se dizer que estes cursos da saúde, por haver coincidência entre área de conhecimento, de atuação e de representação, definem-se na “área” como

<sup>14</sup> É digno de destaque que referir sistema de saúde vigente no país ou Sistema Único de Saúde trata rigorosamente da mesma definição. Dizer sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência é a definição mesma do sistema de saúde na legislação do SUS.

outras profissões se incluem no “campo” da saúde. A excepcionalidade é o curso de psicologia, área de atuação e de representação na saúde, mas área de conhecimento nas ciências humanas. As DCN em psicologia definem o curso como formação para a atenção à saúde, sendo um dos cursos superiores cuja proposta de implantação exige a manifestação do Conselho Nacional de Saúde (além de medicina, enfermagem e odontologia). Outra excepcionalidade, hoje, é a graduação em saúde coletiva, área de conhecimento (Capes) e área de atuação (SUS), mas não área de representação (CNS), em que pese a justificativa de existência dessa área exatamente pela criação da Organização Mundial da Saúde, como já vimos, pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, como veremos a seguir, e pelo atual estágio de implantação do Sistema Único de Saúde, como atestam os projetos pedagógicos dos cursos criados, no Brasil, desde 2008, e a correspondente criação de cargos pelos gestores federal, estaduais e municipais desde então.

A metodologia utilizada para a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais, no caso da área da saúde, incluiu a análise de experiências prévias de mudança na formação, iniciativas isoladas com registro de sucesso nas inovações em saúde e um processo participativo que envolveu uma ampla gama de entidades e fóruns da área, além do próprio Conselho Nacional de Saúde. O saldo é relevante para o conceito de área às profissões da saúde, que determina não apenas uma formação específica em cada profissão, mas uma formação generalista da “área” no “campo”. A relevância é tal que mesmo cursos de outras áreas do conhecimento, com forte ou moderada atuação no setor da saúde, perfilaram suas diretrizes curriculares nacionais às diretrizes da área da saúde, dando conta da existência pragmática de um “campo” da saúde. O alargamento como “campo” da saúde abrange as áreas com domínios conexos ou as várias subáreas de outras áreas, além das especialidades, devido à necessidade da interdisciplinaridade em conhecimentos complexos. Pode-se repetir, de qualquer forma, que há diferença entre área de conhecimento e área de atuação, preservando-se o conhecimento como abrangente de uma diversidade de domínios e especialidades. Tendo em vista o formato das Diretrizes Curriculares Nacionais, escolhamos o debate da identidade no artigo 4º e no parágrafo único do artigo 5º, agregando a psicologia (igual artigo 4º, sem o mesmo desenho do artigo 5º, mas com um artigo 12 em que se definem os domínios a

serem apresentados nos projetos formativos, dos quais três em seis são relativos à clínica no setor da saúde, além de a abertura de cursos estar sujeita à manifestação do CNS).

O desafio que as DCN colocaram foi relativo à capacidade de invenção institucional e à capacidade de ensinar e aprender ativamente. O parâmetro deve ser o do desenvolvimento de competências/habilidades profissionais em substituição ao atestado de cumprimento das jornadas de estudo em conhecimentos e práticas comprovado por notas e presenças. Esta exigência troca de lugar: de uma noção formal e cartorial para um compromisso entre docentes, discentes e a instituição de ensino. A proposição de diretrizes para orientar a formação parte do reconhecimento da grande diversidade de cenários do país e de que isso não é um problema. Ao contrário, trata-se da potência de diferir, inovar, criar e aprender a aprender. De toda forma, o reconhecimento de que há diversidade de campos de atuação profissional, com recortes territoriais e culturais, representa um grande avanço na forma como políticas nacionais conduzem a organização da formação. Há que se garantir, portanto, que conhecimentos e práticas expressivos de cada campo do saber e de cada núcleo profissional estejam assegurados. Não é porque o campo da cultura é relevante para a saúde que a formação em saúde se fará no campo da cultura ou que profissões da cultura serão formadas no setor da saúde. Mesmo que a antropologia seja relevante à saúde ou que a saúde coletiva requeira a antropologia em sua formação, o campo da primeira é o das ciências humanas, não o da saúde, enquanto o da segunda é o da saúde, não o das ciências humanas. O mesmo acontece quanto ao núcleo de conhecimentos; não é possível que um enfermeiro desconheça práticas educativas em saúde, que um médico desconheça a patognomonía das doenças, que um nutricionista desconheça o aporte de energia e nutrientes dos alimentos ou que um sanitarista desconheça análise de políticas, serviços e sistemas de saúde.

É necessário que a formação utilize as melhores capacidades locais e a plena interface com os serviços e sistemas de saúde; porém, há uma mudança conceitual importante também no que se define como resultado da formação em graduação: o egresso não mais será um protótipo serializado, mas um ator político das práticas, com capacidade de atuação criativa e protagônica nos cenários do sistema de saúde, inclusive com capacidade de aprender continuamente em contato com

o chamado “mundo do trabalho”. A compreensão do que se denomina como “competências e habilidades gerais” nos auxilia na análise da área da saúde como transversal às diferentes profissões. A reflexão sobre a formação de diretrizes para a graduação em saúde coletiva desafia-nos à constituição de capacidades profissionais específicas, uma vez que é pragmática nesse “núcleo” uma grande transversalidade com as demais profissões. As competências e habilidades gerais para a atuação em saúde traduzem o espírito das DCN para os cursos da saúde (ou seja, estabelecer condições de trabalho interprofissional), compondo o texto do artigo 4º (Quadro 2):

**Quadro 2** – Competências e habilidades gerais para a atuação em saúde segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais

<p><b>I – Atenção à saúde</b></p>	<p>Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.</p>
<p><b>II – Tomada de decisões</b></p>	<p>O trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando ao uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas.</p>

<b>III – Comunicação</b>	Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.
<b>IV – Liderança</b>	No trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.
<b>V – Administração e gerenciamento</b>	Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde.
<b>VI – Educação permanente</b>	Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

**Fonte:** Brasil (2001a, 2002a, 2002b, 2002c, 2002d, 2002e).

Não concordamos que a profissão da área de saúde coletiva tenha o exato e mesmo texto quanto ao item I, atenção à saúde. Em que pese as DNC de medicina veterinária terem replicado integralmente o artigo 4º, sem qualquer adaptação, entendemos tal atitude como desqualificação política do texto, reduzindo-o à retórica (não por acaso, o curso

de medicina teve novas DCN ao se apresentar um novo desafio real à formação profissional). Para a graduação em saúde coletiva, a definição da atuação do profissional na atenção à saúde é redimensionada:

desenvolver ações de promoção, vigilância e educação da saúde que integrem, complementem ou acrescentem qualidade à atenção integral à saúde; analisar problemas em saúde coletiva, apresentando proposições no âmbito de Planos e Programas; considerar que o compromisso, a responsabilidade e a implicação ética com a saúde não se encerram com o ato técnico, mas com a resolução dos problemas de saúde (FGSC-ABRASCO, 2015).

## **História e perfil da ocupação no campo do trabalho da saúde coletiva**

A demanda pela formação do sanitarista não é nova, podendo-se dizer que estava projetada desde a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, pelo Decreto Federal nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920 (data que deu origem ao Dia do Sanitarista). O Decreto reorganizou os serviços de saúde pública no Brasil. O Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil decretou e sancionou a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão subordinado diretamente ao Ministro da Justiça e dos Negócios Interiores. A data registra a Reforma Sanitária de Carlos Chagas, ficando reconhecida e instituída a necessidade de, no que diz respeito à saúde da população, caracterizar e monitorar seu estado, identificar as demandas, programar e organizar ações de vigilância e avaliar o impacto dos riscos de doença e outros agravos, de forma a garantir a adequação das políticas públicas, assim como a sua efetividade.

Desde aquela data, é reconhecida a necessidade do trabalho de um segmento profissional específico, que teria de ser formado, empregado, incentivado à pesquisa, necessariamente considerado na tomada de decisões em saúde pública, cumprindo ações “de natureza agressiva ou defensiva” que tivessem por fim a proteção da saúde, devendo ser priorizado na coordenação das ações de política sanitária. O sanitarista à época era fundamentalmente médico ou engenheiro; a saúde pública, sua especialidade. Oswaldo Cruz introduziu o reconhecimento da área

profissional, e Carlos Chagas, a necessidade de formação profissional e incorporação ao trabalho. Foi justamente esse “dever” que deu margem à abertura das escolas de saúde pública no Brasil, destacando-se a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a Escola Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro, seguidas da abertura de institutos universitários ao longo dos anos 1970 e 1980. Este período foi marcado pela Reforma Sanitária que deu origem ao SUS – primeiramente como um agente público do campo de medicina social e, depois, da saúde coletiva –, depois, a inúmeros núcleos de saúde pública/saúde coletiva e, finalmente, aos cursos de graduação em saúde coletiva.

Desde 1982, é a área de saúde coletiva que consta na *Tabela de áreas do conhecimento*, sendo a medicina social, a saúde pública e a epidemiologia suas subáreas principais. Desde 1979, existe a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, dedicada ao abrigo da área científica e dos profissionais com pós-graduação em suas subáreas e especialidades. Em 2011, foi criado o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva desta entidade (até então, havia apenas pós-graduação na área), e em 2013 foi modificado o estatuto da entidade para incluir, como categorias de sócios, os pós-graduados ou pós-graduandos e os graduados ou graduandos em saúde coletiva.

Existem hoje pelo menos dois cursos de graduação em saúde coletiva por região política do Brasil; os primeiros egressos já se encontram empregados, cursando residência multiprofissional, especialização e mestrado. A partir de 2013, o Conselho Nacional de Educação assumiu compromisso com o debate das Diretrizes Curriculares Nacionais em Saúde Coletiva, tendo em vista o desencadeamento do processo de reconhecimento de curso. O amadurecimento do curso é tarefa de seus docentes, discentes, egressos e dirigentes institucionais, estando em construção. As discussões sobre o campo de conhecimentos da saúde e sobre o núcleo de conhecimentos e práticas de cada profissão e as relações entre esses dois “segmentos” são anteriores à discussão das Diretrizes Curriculares. Entretanto, estas – a exemplo do que fazem os documentos básicos da área da saúde há alguns anos – têm, claramente, uma opção política que aponta para a superação da prescrição “moderna” às profissões, em particular às profissões da saúde, constituindo identidades profissionais rígidas e, principalmente, que se opõem umas às outras.

Do objeto privativo ao objeto de especificidade, do dimensiona-

mento corporativo de profissionais nos serviços ao dimensionamento da construção das respostas demandadas em necessidades de saúde, das fronteiras entre as profissões ao habitar das fronteiras em transição, da preservação dos campos disciplinares à permanente renovação dos saberes-fazeres muito caminho há a percorrer. Desde o advento da racionalidade científica moderna, o ensino dos profissionais confunde-se com a produção de identidade das profissões e essa transposição transforma a educação em mera formatação de uma “matéria-prima” (aluno), cuja característica principal seria a inexistência ou incipiência de identidade profissional em protótipos (“recurso humano especializado”) certificados por instituições de ensino e chancelados por órgãos de fiscalização do exercício profissional. Dessa maneira, o conceito de campo de conhecimentos que caracteriza a saúde fica subjugado ao conceito de núcleos de identidade profissional e, de certa forma, desaparece na soma destes, uma vez que não se trata de justaposição, mas de complexificação. A tentativa recente é de inversão desse paradigma, colocando-se em análise a contribuição efetiva de cada profissão para o campo da saúde. Essa inversão traz fortes consequências para o ensino, entre elas a fragmentação ou o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares. Esse movimento requer uma grande reflexão de cada instituição de ensino, cada curso, cada plano de ensino, cada professor, cada “produção pedagógica” de professores-alunos sobre o quanto e como dilatar as fronteiras das experiências de ensino no sentido de ampliá-las ou aceitar o desmanchamento e o refazimento contínuo delas (CECCIM, 2004).

A base legal para a estruturação de um curso de bacharelado em saúde coletiva, ainda sem Diretrizes Curriculares Nacionais aprovadas no CNE, é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional para a organização de cursos experimentais (BRASIL, 2005, art. 81), correlacionando-as com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde, conforme Edital da SESu/MEC nº 4, de 10 de dezembro de 1997, atendendo ao Parecer CNS/CES nº 583, de 4 de abril de 2001, e aos determinantes da Constituição Federal de 1998 (art. 200, 205, 208 e 214), Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (art. 13, 14, 15 e 27), e Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Art. 1º, 2º, 3º, 43 e 53). Quanto à atuação profissional, o ponto de partida é a descrição de Pesquisador em Saúde Coletiva da

Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), cujas competências estão listadas no Quadro 3:

**Quadro 3** – Descrição do cargo de Pesquisador em Saúde Coletiva segundo a Classificação Brasileira de Ocupações

**1. Desenvolver pesquisas em ciências da saúde**

Analisar resultados  
Aplicar métodos e procedimentos  
Avaliar tecnologia aplicada à área  
Coletar dados de pesquisa  
Desenvolver tecnologia aplicada à área  
Executar projeto piloto  
Monitorar desenvolvimento da pesquisa  
Organizar bancos de dados  
Produzir produtos e processos  
Recrutar sujeitos de pesquisa  
Selecionar amostra de pesquisa

**2. Divulgar resultados e informações**

Apresentar trabalhos científicos  
Conceder entrevistas  
Organizar eventos  
Produzir material educativo  
Produzir material técnico-científico  
Proferir palestras  
Submeter trabalhos para publicação

**3. Elaborar projetos de pesquisa em ciências da saúde**

Analisar bibliografia  
Definir cronograma físico e financeiro de execução de pesquisa  
Definir metodologia  
Definir objetivos de pesquisa  
Definir objeto de pesquisa  
Elaborar justificativa de desenvolvimento de pesquisa  
Redigir projeto de pesquisa  
Submeter projeto à aprovação institucional  
Submeter projeto à aprovação junto ao comitê de ética

---

#### **4. Planejar projetos e pesquisas em ciências da saúde**

Avaliar viabilidade econômica  
Avaliar viabilidade técnica e de pessoal  
Captar recursos financeiros  
Detectar demandas de mercado  
Diagnosticar necessidades sanitárias  
Identificar parceiros e colaboradores  
Levantar demandas científicas

---

#### **5. Capacitar recursos humanos em ciências da saúde**

Ministrar aulas  
Organizar cursos  
Orientar técnicos e profissionais  
Orientar trabalhos acadêmicos  
Selecionar recursos humanos  
Treinar equipe de pesquisa e profissionais da área de saúde

---

#### **6. Prestar serviços de extensão na área de saúde**

Emitir laudos e pareceres técnico-científicos  
Orientar ações de saúde voltadas para políticas públicas  
Orientar políticas públicas na área da saúde  
Prestar assessorias e consultorias  
Prestar assistência comunitária  
Realizar diagnósticos e vistorias na área de saúde

---

#### **7. Comunicar-se**

Desenvolver compreensão de linguagem corporal  
Desenvolver expressão escrita  
Desenvolver expressão oral  
Trabalhar em equipe

---

#### **8. Demonstrar competências pessoais**

Atualizar-se na profissão  
Demonstrar altruísmo  
Demonstrar flexibilidade  
Demonstrar persistência  
Demonstrar perspicácia  
Desenvolver capacidade de concentração  
Evidenciar atenção para detalhes  
Evidenciar objetividade  
Trabalhar com organização

---

**Fonte:** Elaborado com base em Brasil (2010).

A formação do generalista da saúde coletiva não dispensará a formação de especialistas, mestres e doutores na área, apenas antecipará a disponibilidade desse trabalhador para os serviços e sistemas de saúde. Entre as especialidades da área estão: conhecimento e práticas em vigilância em saúde (vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental, em saúde do trabalhador); proteção da saúde (saúde e ambiente); administração e/ou gerência de sistemas e/ou serviços de saúde; gestão do trabalho e/ou da educação na saúde; avaliação de políticas e/ou programas e/ou de tecnologias em saúde; economia da saúde; direito sanitário; educação em saúde e promoção da saúde; entre vários outros.

Em março de 2013, o Ministério da Saúde estabeleceu, por meio da Portaria nº 256, a inclusão de CBO provisório *sanitarista* no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e, em outubro de 2015, encaminhou o pedido de inclusão dessa ocupação à equipe técnica da CBO no Ministério do Trabalho. Em 2015, foi desencadeado o processo de construção da descrição de uma nova ocupação na Classificação Brasileira de Ocupações, a ser designada como sanitarista, abrangente da graduação e especialização em saúde coletiva, devendo contemplar os segmentos de gestão, atenção e educação em saúde, além da atuação intersetorial de proteção da saúde. A nova ocupação vem para reconhecer a atuação técnico-científica, e não apenas a de pesquisador, reconhecer a formação básica, e não apenas a pós-graduação, e enunciar o rol ocupacional: planejar e coordenar ações de saúde; definir estratégias para políticas, programas e serviços de saúde; realizar atendimento individual e coletivo sob a compreensão biopsicossocial; avaliar sistemas e serviços de saúde; administrar fontes e recursos financeiros; gerenciar equipes de trabalhadores e insumos ocupacionais do trabalho; coordenar interfaces com organizações e entidades da sociedade e das corporações profissionais; e demonstrar competências pessoais de liderança, iniciativa, empatia, escuta, comunicação, análise e proposições (aspectos das profissões com autonomia na tomada de decisões).

## Sobre o conceito, a gestão e o desenvolvimento profissional na saúde coletiva

Os desafios para a formação em saúde coletiva no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais relacionam-se com o contexto de emergência e de configuração do conceito e da prática de área da saúde. Como forma de encerrar este texto e contribuir ao debate, enunciaremos, a seguir, três eixos transversais às profissões da saúde que precisam responder ao analista de políticas, serviços e sistemas de saúde egresso da graduação: o conceito ampliado de saúde; a gestão da atenção e suas tecnologias; e a educação na saúde como dispositivo de educação permanente e formação.

### *Conceito ampliado de saúde*

São inúmeras as variações sobre o conceito de saúde que foram sendo construídas nos últimos anos. As diretrizes para a mudança curricular apontam para o conceito ampliado de saúde, que está registrado na Constituição Brasileira de 1988, como aquele que deve embasar o ensino. Isso significa uma ruptura com o conceito utilizado nas vertentes da biopolítica ou da medicalização, com a oposição entre tratamento e prevenção e com a utilização acrítica de conceitos universais e idealizados como o de bem-estar biopsicossocial. Estava na base da criação da Organização Mundial da Saúde que a saúde não era a simples ausência de doença. A saúde, na utilização dos valores e referências da saúde coletiva não assinala um “estado”, mas uma “situação” a ser analisada.

A saúde configura um processo associado aos modos de vida das pessoas, diz respeito à qualidade de suas vidas, individual e coletivamente, diz respeito à capacidade que têm de produzir mudanças no cotidiano para torná-lo melhor, aos mecanismos que utilizamos para lidar com a dor e o sofrimento causados pelas doenças, aos efeitos das políticas sociais no cotidiano privado, institucional ou coletivo, e assim, integradamente, à vida que levamos e a nossa potência de criação e vigor. Esse conceito também fala da capacidade que profissionais e serviços de saúde têm para interferir no sentido de aumentar a qualidade da vida em cada contexto singular em que um usuário ou um coletivo expressam “necessidades de saúde” e, portanto, para reconhecer essas

necessidades para além de sinais e sintomas individuais, convertidos em uma história natural ou patologias descritas na literatura<sup>15</sup>.

Uma primeira consequência desse conceito é que o usuário da atenção não pode mais ser simplesmente um “paciente”, que recebe passivamente procedimentos, informações e ações assistenciais. Ele precisa ser compreendido na sua integralidade, como um cidadão, detentor do direito de pedir e receber ações e serviços que ampliem sua qualidade de vida. O conceito de integralidade aqui engloba variáveis biológicas, psicológicas, sociais, antropológicas, culturais e subjetivas, o que significa uma compreensão em que se registra a capacidade de “escuta qualificada”. A expressão “escuta à vida” traduziria operacionalmente esse desafio (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004; FERLA, 2007) na medida em que explicitaria a capacidade de perscrutar a complexidade e a produção de subjetividade com pessoas, coletivos e instituições. Essa escuta e a resposta com base na integralidade somente são possíveis quando a gestão da atenção é operada radicalmente com tecnologias leves e centrada no usuário (MERHY, 2006) ou, melhor dito, na “alteridade com o usuário”.

No que se refere à nossa responsabilidade docente de gerir e implementar o ensino das profissões da saúde, o conceito ampliado de saúde traz profundas implicações. Na análise dos planos de ensino – assim como nas análises em geral sobre o ensino na saúde –, o conceito amplamente prevalente ainda é o de uma saúde tomada em sentido negativo, pelos afastamentos de uma norma tomada em referência, que definiria o que e quando é saudável. A doença e seus sintomas são reduzidos de uma narrativa do sofrimento ao diagnóstico, e o “outro”, em sua expressão de aflições ou dores, a portador de anormalidades. O primeiro desafio é produzirmos uma quebra desse conceito na nossa subjetividade, o que não é uma tarefa fácil, já que o ensino das profissões tem sido há muitos anos – todos nós docentes hoje seguramente ainda somos egressos dessa formação – um processo de construção de subjetividade embasado em um ideal corporativo e tecnológico de profissão, cuja ação mais legítima é o combate especializado aos sinais, sintomas e doenças.

É preciso destacar que essa postura marca um distanciamento dos valores que “fabricaram” a própria profissão de enfermeiro, médico

---

15 Sobre as implicações da categoria “necessidades de saúde” no trabalho e no ensino em saúde, sugere-se o artigo de Cecílio e Matsumoto (2006).

ou nutricionista, por exemplo, ou seja, de um lugar de diagnosticar e prescrever (sob suas diferentes formas) ao lugar de detectar e construir qualidade de vida e acesso à terapêutica para todo cidadão que dela necessite. O segundo grande desafio, uma vez que tivermos conseguido nos desvencilhar da ideia de que a terapêutica é meramente o combate às doenças, é tomarmos, então, a saúde como objeto da atenção: a saúde como processo complexo, dinâmico e mutável, com características históricas e sociais, com consequências na vida dos indivíduos, como processo subjetivo (relacionado ao plano dos afetos), cujas aflições, dores e sofrimentos têm efeitos particulares na vida de cada um e consequências singulares nos coletivos.

Sem abrir mão de termos grande capacidade de operar com “evidências” no conhecimento e abordagem das doenças, é preciso inserir, de forma substantiva, a capacidade de escuta e geração de práticas com base em mais evidências que aquelas da “biomedicina”, isto é, também com base naquelas relativas ao conhecimento em humanidades e sociedade, inclusive com profundo respeito à autonomia e à participação do usuário no diagnóstico e prescrição (um processo bastante complexo e bem mais contemporâneo). Embora a saúde como um todo – ao contrário do “recorte” das doenças bem estruturadas – não seja tão sensível a receitas e a modelos de abordagem, a transposição do modelo da doença (história natural) para a saúde (história singular) vem sendo feito com as abordagens da integralidade, da promoção da saúde, das práticas terapêuticas ou de uma clínica mestiça ou clínica híbrida, talvez de uma clínica do território ou clínica da saúde coletiva. Essas abordagens procuram destacar, tanto no trabalho de tratar, cuidar e escutar quanto no de ensinar, a promoção da saúde associando-a à assistência e à reabilitação e entender a atenção como uma rede de práticas que constitui um sistema e que é embasada na integralidade.

Parece-nos fundamental que cada professor e cada área busquem analisar criticamente o conceito de saúde que está subjacente a seus planos e práticas de ensino e procurem desenvolver estratégias para o conceito ampliado de saúde, contribuindo com ações inovadoras e experiências “atuais”. Não há como cuidar das pessoas e de suas doenças ou promover qualidade de vida se não soubermos reconhecer e entender a linguagem das sensações, do desejo e dos sintomas. Os quadros de adoecimento mais graves hoje em dia não são bem estruturados (neoplasias, tabagis-

mo, obesidade, diabetes, hipertensão, Aids e uso de drogas, por exemplo) e, mesmo diante de quadros bem estruturados, são frequentes o abandono do tratamento, a não adesão, a culpabilização e individualização e a “recaída”. Uma parcela significativa e crescente da população, como adolescentes e idosos, tem estado fora dos sistemas e serviços de saúde.

### *Gestão da atenção e suas tecnologias*

A atenção em saúde vem sofrendo transformações importantes, ainda distantes da maior parte dos processos de formação de profissionais. Nas abordagens mais associadas à “racionalidade científica moderna” (ou “razão médica”), a atenção em saúde está associada à capacidade de identificar objetivamente sinais e sintomas do indivíduo doente, de classificar essas evidências em doenças e de aplicar as melhores técnicas disponíveis para cada enfermidade/quadro clínico. Em *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*, Madel Luz (2004) revela uma “razão médica” em desdobramento, dominando o fazer profissional e os conceitos sobre vida e saúde. A autora (2005) formulou o conceito de “racionalidades médicas”, localizando não só a biomedicina, mas também outros “sistemas médicos complexos” – como a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurveda e a antroposofia, além do conjunto de práticas tradicionais indígenas, africanas e fitoterápicas –, senão como outras racionalidades médicas, como práticas complementares, por exemplo. A abordagem biomédica se centra na técnica, em exames e procedimentos, definindo a gestão da atenção. Em uma abordagem da integralidade, esse conjunto de capacidades é apenas parte da terapêutica e, muitas vezes, não é sequer a parte mais importante, uma vez que os problemas de saúde tendem a ser diferentes das doenças bem estruturadas, estas cada vez mais de amplo domínio da população e das mídias, o que não é um dano, pois é real a elevação dos saberes científicos de maneira geral. Trabalhamos, na universidade, para o acesso de parte da população ao conhecimento, com a integração ensino-serviço, com todo tipo de iniciação científica e com os esforços de popularização da ciência.

Existe a necessidade de uma grande mudança na própria compreensão do que seja a atenção, a gestão da clínica, a análise de situações de saúde, o desenvolvimento de trabalhadores e a avaliação de resultados e

da satisfação dos usuários. Tendo um conjunto tão ampliado de abordagens (muito além da oferta de procedimentos da “razão médica”), a atenção em saúde não pode mais ser embasada apenas em conhecimentos da biomedicina (uma biopolítica), e, como consequência, não podemos ter processos de decisão pautados somente pela técnica e pelo próprio conhecimento em condutas, procedimentos e medicamentos. A gestão da atenção passa a ser uma demanda importante de decisão do profissional, em oposição à aplicação da própria técnica e das “melhores evidências científicas”. O profissional precisa ampliar sua capacidade da simples aplicação da técnica para a de “tomar decisões” com base em um conjunto complexo de evidências, inclusive a técnica. Assim, a capacidade de gerir a clínica torna-se um problema teórico e prático tanto para o cotidiano dos serviços como para o ensino das profissões. As abordagens mais recentes e o embasamento das atuais diretrizes de mudança do ensino tomam esse problema propondo compreender a atenção como processo de trabalho. Assim compreendido, o problema teórico de como gerir a clínica (e como ensinar a gestão da atenção) pode ser resolvido, por exemplo, com a identificação dos tipos de tecnologias que são necessários/ofertados em cada momento do trabalho e de que redes de atenção são ofertadas (onde estão, como foram distribuídas, como são coordenadas).

Emerson Merhy é um dos autores com farta produção nessa abordagem para a área da saúde. Utilizando-se de referenciais teóricos da área das ciências humanas, em particular da análise de práticas do trabalho e de pensamento, esse autor amplia a capacidade de compreensão sobre a atenção, sobre as lógicas que procuram organizá-la e sobre as tecnologias utilizadas para geri-la e produzi-la no cotidiano das instituições. A produção desse autor permite perceber particularidades do trabalho em saúde que as análises embasadas nos referenciais mais clássicos da área não identificavam. Para Merhy (1997, 2002), o trabalho em saúde é essencialmente criativo e mediado pelas relações entre os trabalhadores e usuários, o que faz com que o autor o classifique como um “trabalho vivo em ato”. Merhy (2002) nos alerta de que há uma transposição conceitual corrente que reduz o sentido da expressão “tecnologias” para “equipamentos tecnológicos”. O autor propõe uma tipologia operacional que devolve a abrangência ao conceito. Assim, classifica como: tecnologias duras os equipamentos e outras ferramentas tecnológicas; tecnologias

leve-duras os saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia, que frequentemente “disciplinam” as práticas dos profissionais; e tecnologias leves todos os recursos que entram em cena para produzir a relação que se estabelece entre os interlocutores no momento da atenção, desde as interações afetivas até as decisões sobre quais ações terapêuticas serão ofertadas ao usuário singular que está sendo atendido.

A singularidade do trabalho em saúde estaria em um conjunto de habilidades e competências dos profissionais (de cada um individualmente e na composição do trabalho em equipes de saúde, assim como no investimento em redes de atenção) para estabelecer relações singulares e suficientemente fortes com a construção de práticas clínicas de promoção da saúde. Assim, teríamos uma política e uma prática não mais centradas na técnica, mas na alteridade com o usuário. Os desafios para o ensino compatível com as mudanças acenadas incluem o desenvolvimento da capacidade de escuta, da humanização e da identificação de fatores que condicionam e determinam certas formas de organizar o trabalho de atender, escutar, tratar. O ensino em saúde coletiva deve contribuir para que o profissional seja capaz de administrar conflitos e divergências de interesses nas práticas de saúde, tomar decisões com base na ideia do direito à saúde e analisar os efeitos financeiros e assistenciais das diferentes técnicas terapêuticas com base no usuário singular, e não naquele “de papel” das estatísticas econômicas ou epidemiológicas.

### *Educação na saúde como dispositivo de educação permanente e formação*

As disposições legais para o ensino estabelecem um conjunto de capacidades para o exercício profissional concernente à relação entre formação e cotidiano do trabalho. Ao contrário do sentido que se utiliza com alguma frequência, a educação permanente em saúde não significa – a exemplo da educação continuada – a reunião e a oferta de metodologias para a renovação de conhecimentos que se especializaram e aprofundaram. Trata-se de um movimento de colocar em análise saberes de que dispomos, estratégias com que os operamos e interrogação sobre aqueles que dos nossos divergem ou que os questionam. Cabe à educação permanente perguntar sobre a arquitetura de saberes em todas as suas formas e perguntar que coisas são praticadas pelos nossos saberes, questionar a insuficiência de recursos para sanar problemas práticos,

considerar quais atores da prática ou dos saberes, pertencentes às nossas relações, trazem outras explicações e outros caminhos e convidar ao engendramento de novidades/desafios (CECCIM, 2005).

Não se trata da alocação de técnicas de ensino-aprendizagem, mas de estratégias de problematização ou de “forçar o pensamento”, que fazem emergir situações vividas no cotidiano como saberes tácitos e relevantes, assim como a construção de intervenções inovadoras e produção de arranjos inéditos de conhecimento e *expertise*. A educação permanente em saúde, que é também uma política do sistema de saúde, é uma prática de ensino e aprendizagem embasada na “produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base para a interrogação e mudança” (CECCIM; FERLA, 2006, p. 107). Não é um saber pelo saber, mas um saber pela ação de mundo.

Para o ensino de graduação, a incorporação da educação permanente em saúde significa utilizar estratégias problematizadoras para o ensino (assim como todas as demais consequências do conceito de ensino problematizador, inclusive a revisão dos papéis de educadores e educandos e a implicação com os cenários de aprendizagem), buscar a aprendizagem significativa (assentada nas experiências e vivências dos alunos e provocadora da vontade de aprender mais) e, ainda, criar estratégias de ensino-aprendizagem “na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo” (CECCIM; FERLA, 2006, p. 107). Levado à radicalidade indicada nas resoluções CES/CNS nº 3, 4 e 5, que apontam o aprender a aprender como uma capacidade do enfermeiro, do médico e do nutricionista, a implicação da educação permanente em saúde no planejamento e na gestão do ensino significa um processo de interrogação constante sobre o ensinar e o aprender, sobre os cenários em que isso se desenvolve e sobre o quanto nossas práticas de ensino devem se distanciar do disciplinamento e alcançar o desafio do pensamento e do desenvolvimento de atitudes críticas e capazes de responsabilização pela atenção e pela transformação das condições que afetam a vida.

Não há receitas; precisam existir inquietações, desconfortos intelectuais, queda ou quebra dos modos de ver/ouvir, sentir, querer. Preci-

samos nos interrogar constantemente se os cenários e as metodologias utilizadas são os melhores, se não será possível interagir mais e de forma mais implicada, se estamos conseguindo obter de nossos planos e práticas de ensino as melhores possibilidades de aprendizagem e se estamos implicados com as aprendizagens, com seu papel na sociedade e na transformação de “estados”. Conseguimos perceber e operar com teoria e prática de forma associada, transversal e não hierarquizada entre subáreas e especialidades de saberes em nossa área? Estamos criando cenários de aprendizagem que possibilitam o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias ao exercício no campo e no núcleo de conhecimentos e *expertise* em que se insere nossa profissão? Estamos formando profissionais capazes de atuar em diferentes contextos e dialogar com diferentes campos e núcleos profissionais? É desse tipo de pergunta que nasce a atualização do trabalho de ensinar.

Na composição das DCN em saúde coletiva, os três eixos transversais às profissões da saúde (o conceito ampliado de saúde; a gestão da atenção e suas tecnologias; e a educação na saúde como dispositivo de educação permanente e formação) ganham componentes curriculares necessários para a compreensão do processo “saúde-doença-cuidado-qualidade-de-vida”, tomando por referência as subáreas da saúde coletiva: epidemiologia; política, planejamento e gestão em saúde; ciências sociais e humanas na saúde; saúde pública; e vigilância da saúde. Os componentes curriculares podem ser, a partir daí, explicitados: bases biológicas do processo saúde-doença; epidemiologia; planejamento, gestão e avaliação; políticas públicas e sistemas de saúde; ciências sociais e humanas na saúde; promoção, educação e vigilância da saúde; saúde ambiental e análise de situação de saúde; e pesquisa e bioestatística, além de aspectos da ciência, tecnologia e inovação em saúde.

## Conclusão

Quanto à classificação das áreas do conhecimento, o curso de bacharelado em saúde coletiva integra, na árvore de representação do conhecimento científico-tecnológico, a grande área das ciências da saúde e a área da saúde coletiva. Apresenta uma “lista” de especialidades, tais como: análise de ciência e tecnologia em saúde; análise de dados,

da informação e do conhecimento em saúde; análise econômica em saúde; avaliação de projetos, programas e serviços em saúde; avaliação de tecnologias em saúde; desenvolvimento de trabalhadores em saúde; educação e comunicação em saúde; ensino em ciências da saúde; gestão e planejamento em saúde; informática e informação em saúde; programação e organização de serviços de saúde; promoção da saúde; saúde do trabalhador; sistemas de informação em saúde; vigilância em saúde; vigilância nutricional; segurança alimentar; e inúmeras outras.

Quanto aos espaços de trabalho, o profissional egresso poderá atuar no mercado das ocupações em saúde em diversificados cenários:

- serviços de saúde de diferentes complexidades, públicos e privados, tais como unidades básicas, unidades especializadas, unidades de apoio diagnóstico, unidades de apoio terapêutico, unidades mistas de atenção à saúde, hospitais, centros de vigilância à saúde, centros de controle de zoonoses e vetores, entre outros;
- setores organizativos da gestão do sistema de saúde em áreas como regulação, controle, monitoramento, avaliação, auditoria, planejamento e programação em saúde; políticas de saúde; comunicação, informação, registro e documentação e educação em saúde; vigilância à saúde; gestão do trabalho e da educação na saúde; administradoras e operadoras de planos e seguros privados de saúde; consórcios intermunicipais ou intergestores de saúde e divisões regionais de organização da gestão setorial da saúde; entre outros;
- espaços de pactuação política e de participação social, como conselhos de saúde, conferências de saúde, comissões e instâncias de educação permanente em saúde, comissões de integração ensino-serviço em saúde, colegiados de gestão regional da saúde, associações comunitárias, comissões intergestores, ouvidorias e Ministério Público, entre outros;
- espaços de pesquisa e produção de conhecimento, como laboratórios, universidades, organizações não governamentais, hospitais de ensino, escolas técnicas de saúde e centros de educação e assessoramento popular, entre outros;
- espaços intersetoriais de gestão pública ou no terceiro setor na articulação com a educação, o saneamento, o ambiente, a assistência social, a previdência e o planejamento urbano, entre outros.

A educação em saúde coletiva abarca tanto a formação do sanitário em qualquer nível educacional quanto a pesquisa, mas neste texto o foco foi a formação no nível do bacharelado. Os cursos de bacharelado certamente impactarão o conjunto da educação em saúde coletiva, consolidando desafios e fortalecendo iniciativas, alguma delas aqui enunciadas. A formação profissional na graduação deve enfatizar o comprometimento com o Sistema Único de Saúde, qualificando trabalhadores para o planejamento, gestão e avaliação, como na “disciplina” de estudos e intervenções designada como política de saúde; deve enfatizar, também, a promoção, a educação e a vigilância da saúde, como no projeto sanitário brasileiro inaugurado pela criação da área de saúde pública como uma política de Estado nos anos 1920, com a Reforma Sanitária de Carlos Chagas. Alargando a área, entram em cena o desenvolvimento da “ciência e tecnologia em saúde” orientada para a pesquisa, produção do conhecimento e expansão do parque tecnológico, com vista à saúde da população e a sua qualidade de vida, e a “saúde ambiental”, não em uma perspectiva ambientalista, mas da saúde coletiva, segundo a qual determinantes e condicionantes servem à discussão da produção de lugares à vida.

Em sintonia com as Diretrizes Curriculares Nacionais, a formação do sanitário no âmbito da graduação deverá acentuar a construção de projetos interprofissionais no contato com as realidades de saúde, sua análise de situação e planificação de intervenções, assim como os valores da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade em todos os locais de atuação em saúde. Cabe destacar que a presença de um sanitário sem formação clínica prévia em enfermagem, medicina ou nutrição, por exemplo, certamente alimentará uma epidemiologia de serviços, uma epidemiologia para a política e para sistemas de saúde, uma epidemiologia em uma outra biopolítica, que não a da “razão biomédica”<sup>16</sup>.

O campo profissional já conta com a organização nacional dos cursos, com a chancela da principal entidade da área, a Associação Brasi-

---

16 Para o aprofundamento do tema da saúde coletiva como projeto pedagógico no âmbito do bacharelado, recomenda-se a leitura de “Saúde Coletiva na graduação: práticas de formação e campo de práticas”, de Ricardo Burg Ceccim e da, então, aluna de graduação Virgínia de Menezes Portes. Essa análise está publicada no livro *Fiz vestibular pra saúde coletiva!*, que contempla uma coletânea de 21 textos de estudantes de graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Sua produção foi resultado de um projeto de aprendizagem editorial em saúde coletiva.

leira de Saúde Coletiva, e a organização do seu movimento estudantil. O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, órgão do Ministério da Educação responsável pelo reconhecimento de cursos de graduação, atribuiu as notas mais altas aos cursos já avaliados e visitados *in loco*, o que denota a qualidade acumulada nas instituições para colocar em andamento um projeto sério e compromissado com a educação superior nacional, destinado à composição de quadros de trabalhadores para a realidade brasileira contemporânea.

## Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002a. Seção 1, p. 12.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001a. Seção 1, p. 37.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002b. Seção 1, p. 10.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001b. Seção 1, p. 38.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002c. Seção 1, p. 11.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001c. Seção 1, p. 39.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 5, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002d. Seção 1, p. 12.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 6, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002e. Seção 1, p. 12.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da saúde pública. **Coleção de Leis do Brasil**, 31 dez. 1920. p. 1.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27833.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 out. 2013. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº 116, de 3 de abril de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 jun. 2014. Seção 1, p. 17.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº 583, de 4 de abril de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Biomedicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 abr. 2001d. Seção 1, p. 14.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2001e. Seção 1E, p. 131.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. **Edital nº 4**, de 10 de dezembro de 1997. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998. Dispõe sobre as categorias profissionais de saúde de nível superior. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 maio 1999. Seção 1, p. 164.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 de março de 2013. Seção 1, p. 43-44.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. CBO2002. Brasília, 2002f.

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

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, 2008.

\_\_\_\_\_. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

\_\_\_\_\_. Equipe de saúde: perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 259-278.

\_\_\_\_\_. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 9-30, 2002.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J. J. N. et al. (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: BRASIL, I.; LIMA, J. C. F. (Coord.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 107-112.

CECCIM, R. B.; PORTES, V. M. Saúde coletiva na graduação: práticas de formação e campo de práticas. In: CECCIM, R. B. (Org.). **Fiz vestibular pra saúde coletiva!** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Secretaria Estadual da Saúde/Escola de Saúde

Pública, 2013. p. 12-21. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/educa-saude/wp-content/uploads/2016/08/fiz-vestibular.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 37-50.

ELIAS, P. E. Graduação em saúde coletiva: notas para reflexão. **Interface**, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 167-170, 2003.

FERLA, A. A. **Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde**. Caxias do Sul: Educus, 2007.

FGSC-ABRASCO. **Minuta das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva**. [Rio de Janeiro], 2015. Proposta elaborada pela Comissão de Trabalho instituída pelo Fórum de Graduação em Saúde Coletiva (FGSC-ABRASCO), sendo divulgada aos colegiados dos cursos de Saúde Coletiva em 15 de junho de 2015, para análise e contribuições. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/DCN-CGSC-versao-junho-2015.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2016.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

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

\_\_\_\_\_. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 97-109.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

PAIM, J. S. Política de saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.

TEIXEIRA, C. F. Graduação em saúde coletiva: antecipando a formação do sanitarista. **Interface**, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 163-166, 2003.

## *Educação permanente em saúde: os desafios perduram*

**Fernanda Cristina de Abreu Quintela Castro**  
**Kallen Dettmann Wandekoken**  
**Maristela Dalbello-Araujo**  
**Maria Cristina Ramos**

Neste capítulo resgatamos os aspectos históricos associados à ideia de educação permanente (EP) e à sua adoção como política pública no Brasil em 2003. Ressaltamos as mudanças pelas quais esta política passou após a instauração do Pacto pela Saúde e apresentamos um conjunto de avaliações sobre sua implantação no país, apontando que muitos desafios postos para sua concretização plena permanecem.

A noção de educação permanente e seu significado foram registrados no cenário mundial em 1972, na França, com o relatório da Comissão Internacional para o Desenvolvimento da Educação, mais conhecido como Relatório Faure, instituído pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) e coordenado por Edgar Faure (AROUCA, 1996). Os resultados finais ressaltam que a educação se concebe, na verdade, como o processo de um ser que, por meio da multiplicidade de suas experiências, aprende a expressar-se e a questionar. Sendo assim, a educação tem direito de ocupar espaço em todas as etapas da vida, nas distintas situações e circunstâncias da existência. Dessa forma, o Relatório Faure retoma a ideia de que a educação, além de global e permanente, ultrapassa os limites das instituições, dos programas e dos métodos que lhe foram impostos ao longo dos séculos (WERTHEIN; CUNHA, 2005).

A Unesco, juntamente com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e outros órgão internacionais, passou, a partir de então, a incorporar os conceitos, objetivos e implicações da EP e de suas práticas.

Assim, com a propagação desses pensamentos e conceitos pelo mundo, a EP chegou à América Latina como estratégia para a diminuição das desigualdades sociais, o que, segundo Lampert (2005), contribuiu para que ela fosse vista como uma possibilidade de auxiliar no desenvolvimento econômico e, na década de 1960, após o desmantelamento dos movimentos de educação popular, como uma poderosa arma de alienação. Segundo o autor, a EP, baseada na ideologia capitalista, era entendida geralmente como uma ação educativa descontextualizada, que oferecia ao homem, objeto do processo, uma gama de perspectivas para se atualizar continuamente, capacitando-o para o mercado de trabalho, com o único intuito de que produzisse mais e, conseqüentemente, aumentasse os lucros dos opressores (LAMPERT, 2005).

Nessa linha, Pierre Furter (1977) ministrou cursos, publicou inúmeros livros e conquistou influência no cenário nacional ao ponto de fazer com que a EP se tornasse parte da literatura brasileira e tivesse o apoio de organizações do país. Neste período, várias instituições contribuíram para a estruturação do conceito de EP, tais como o Serviço Social do Comércio (Sesc), a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), o Ministério da Educação e Cultura (MEC), o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep) e a Unesco (AROUCA, 1996).

Para Mendes (1976), a discussão, por diversos educadores e pesquisadores, durante a década de 1960, sobre a educação de adultos e a formação profissional ao longo da vida indicava que o aprender não é adquirido somente no ambiente escolar formal, mas também pode ser desenvolvido e aprimorado em meio à realidade experimentada por cada indivíduo no seu cotidiano.

Mais recentemente, no final da década de 1990, a Unesco (DE-LORS, 1998) rediscutiu a EP, contudo permaneceu a ideia das formações práticas e dos aperfeiçoamentos profissionais ligados a exigências do mercado, ou seja, a valorização do aprimoramento educacional do ser humano em prol do mercado de trabalho.

## A educação permanente no contexto da saúde

Segundo Vidal (1984), o planejamento de ações para a área de recursos humanos na saúde apareceu, pela primeira vez, em 1958, em uma publicação científica da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). E a primeira Conferência Pan-Americana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde, no Canadá, em 1973, contribuiu para a discussão sobre a necessidade de readequar a formação dos profissionais da saúde. As discussões sobre a educação do trabalhador chegaram ao campo da saúde de maneira ampliada e passaram a ser estimuladas pela Opas, com o intuito de promover o desenvolvimento de pesquisas sobre a formação em serviço e atender as necessidades de aperfeiçoamento do trabalhador da saúde (LOPES et al., 2007). Como premissa dessa condução, a Opas também procurou estabelecer vínculos entre a educação e o trabalho, por considerar que essas duas dimensões são inseparáveis.

O conceito de EP para a área da saúde, estruturado pela Opas nesse período, foi pautado pela necessidade de se utilizar um novo vocábulo para nomear as mudanças que o setor precisaria enfrentar devido às transformações oriundas do capitalismo e que se deram no momento em que o modelo neoliberal de desenvolvimento sofria ajustes com a agudização da miséria e o aumento da insatisfação social (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2006).

A partir de 1984, a área de recursos humanos em saúde começou a ser vista como uma importante ferramenta para se enfrentar a diminuição dos custos do Estado. Convocaram-se grupos de trabalho de diversos países da América Latina com o intuito de propor uma nova visão sobre o processo de desenvolvimento dos recursos humanos (DAVINI et al., 1990).

Observando o papel da Conferência Nacional de Saúde e da de Recursos Humanos como marcos de definição política para o setor, Ribeiro e Motta (1996) destacam que durante a VI Conferência Nacional de Saúde, em 1977, a EP foi claramente abordada e, posteriormente, na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, discutiu-se que o novo sistema de saúde deveria ser regido pelos princípios relacionados com a política de recursos humanos de capacitação e reciclagem permanentes e de formação dos profissionais de saúde (LOPES et al., 2007).

Em meio a essas reflexões iniciais e existindo a necessidade de realizar eventos específicos que discorressem de maneira ampla sobre o

tema, foi realizada, em 1993, a II Conferência de Recursos Humanos, que propôs, entre outros tópicos, a criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas secretarias estaduais e municipais de saúde, assim como a criação e sistematização de programas de EP de forma descentralizada e institucional (RIBEIRO; MOTTA, 1996).

Assim, Lopes e outros (2007) acrescentam que a educação permanente em saúde (EPS), além de considerar a atualização técnica, tem como objetivo principal a transformação das práticas das equipes de saúde, utilizando-se da problematização coletiva do cotidiano do trabalho como ponto de partida para direcionar o aprendizado.

Em 2000, durante a realização da XI Conferência Nacional de Saúde, na tentativa de reafirmar a EPS, os participantes ressaltaram a necessidade de os governos federal, estaduais e municipais assumirem sua parcela de responsabilidade com a formação e o desenvolvimento de trabalhadores em saúde, por meio do financiamento para a qualificação de pessoal no custeio do Sistema Único de Saúde (SUS) (LOPES et al., 2007).

Nesse entendimento de que nem toda ação de qualificação e educação profissional desenvolvida pelos serviços de saúde podia ser caracterizada como programa de EPS, o Ministério da Saúde (MS) definiu como uma de suas metas a aplicação de metodologias educacionais voltadas para a qualificação dos profissionais do SUS e passou a desempenhar um papel ativo na reorientação das práticas e dos serviços. A proposta da educação permanente em saúde foi adotada e reconhecida como uma importante estratégia de reorganização do processo de trabalho e de desenvolvimento para o sistema de saúde, apoiando-se na compreensão de que deve ser vista e entendida como:

[um conjunto de] ações educativas embasadas **na problematização do processo de trabalho** em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2009a, p. 22, grifo nosso).

A EPS pressupõe a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, que realiza o encontro entre o mundo de formação e o

mundo de trabalho. Nessa perspectiva, o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao serviço. Propõe, ainda, que os processos de qualificação dos profissionais surjam das necessidades e especificidades de saúde apresentadas pela população, da gestão e do controle social para que haja melhoria significativa do modelo de atenção praticado (BRASIL, 2004a).

## **A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

A construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), a partir de 2003, coincidiu com um importante contexto político de mudança de gestão no país (CAVALCANTI, 2010). O Ministério da Saúde estabeleceu diversas alterações na organização das secretarias ministeriais, bem como criou novos departamentos que possibilitaram a instituição, ainda em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), órgão que ficou responsável pela formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde no Brasil (BRASIL, 2004a).

Assim, a proposta do MS para a educação e o desenvolvimento do SUS priorizou a constituição de instâncias locais, cujo propósito estava em reunir atores para democratizar a formulação e a gestão de projetos de formação (os polos de educação permanente em saúde) e a criação de estratégias de âmbito nacional com o objetivo de fortalecer o enfrentamento de desafios do campo da educação, inclusive no que diz respeito à participação desses atores nas referidas instâncias locais (BRASIL, 2004a).

Desta maneira, conforme ressaltam Ceccim e Feuerwerker (2004), o gestor federal, proponente da EPS para o SUS, desencadeou a constituição de uma gestão colegiada, por entender que uma articulação interinstitucional quebra a regra da verticalidade única e hierarquizada nos fluxos organizativos, superando a racionalidade gerencial hegemônica e a tradicional concepção educativa dos treinamentos para pessoal de serviço.

Em meio à criação da SGTES e de seus departamentos, outros processos de discussão foram configurados no cenário nacional, surgindo, então, a proposta do quadrilátero de formação da área da saúde, que

se estruturou com base na articulação entre ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Esse quadrilátero, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), revelava a necessidade de se articularem ações estratégicas capazes de transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas, e, para tanto, implicava um trabalho que envolvesse o sistema de saúde e as instituições de educação, destacando ainda que

[...] por se apresentarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, as capacidades de impacto das ações do SUS em educação têm sido muito limitadas, no sentido de alimentar os processos de mudança sobre as instituições formadoras, e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 45).

Segundo Cavalcanti (2010), até que a Pneps fosse instituída, a maior parte das atividades de educação em saúde eram realizadas no âmbito central dos governos, sendo a maioria dessas iniciativas do próprio Ministério da Saúde ou motivadas a partir de ofertas prontas das instituições formadoras.

Partindo do contexto descrito e considerando a instauração de discussões no MS referentes à insuficiência dos processos formativos e dos conflitos entre educação e serviço, diversos atores que participavam das ações anteriormente realizadas foram convidados a se reunirem com o MS, com o propósito de apresentar o andamento das ações e analisar possíveis mudanças (CAVALCANTI, 2010).

Assim, a Política Nacional de EPS foi instituída em 13 de fevereiro de 2004, por meio da Portaria GM/MS nº 198, que almejava contribuir para a readequação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, bem como para a organização dos serviços, sendo capaz de promover um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. Tal política visava uma estreita relação entre a formação e o processo de trabalho em saúde, a partir do uso de novas metodologias de ensino/aprendizagem, sobretudo a problematização. Buscou-se, ainda, que essa estratégia de transformação do ensino e de gestão do sistema

fosse capaz de mudar o processo de atenção à saúde e de formulação de políticas para o setor (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, para produzir mudanças de práticas de gestão, de atenção e controle social, o processo de problematização das concepções vigentes foi realizado por meio do diálogo e das discussões sistemáticas, não no campo abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe, a fim de construir novos pactos de organização do sistema, de convivência e de práticas que aproximassem o SUS dos princípios da Reforma Sanitária (BRASIL, 2005b).

Com o advento dessa política, a gestão do Ministério da Saúde, entre 2003 e 2005, optou por trabalhar a EPS como uma “caixa de ferramentas” que permitisse a atuação também na micropolítica do trabalho em saúde, com a intenção de expandir os espaços locais de discussão coletiva entre os trabalhadores, de forma que se propiciassem a reorganização e a formulação de novas práticas em saúde pautadas nos princípios do SUS e nos interesses e necessidades dos usuários (BRASIL, 2004a).

O modelo de gestão dessa política em âmbito nacional desenvolveu-se com a criação dos polos de educação permanente em saúde (Peps), reconhecidos como instâncias locorregionais de articulação interinstitucional para a gestão da educação em serviço, correspondente às Comissões Permanentes de Integração Ensino–Serviço em Saúde (Cies), previstas no artigo 14 da Lei 8.080/90.

Tais instâncias locorregionais previam a participação de instituições de ensino nos cursos da área da saúde, em escolas técnicas, nos núcleos de saúde coletiva, nos conselhos, em movimentos sociais, nos hospitais de ensino, nos serviços de saúde e a cooperação com gestores, trabalhadores e estudantes.

Sua função centrava-se: na elaboração de projetos de transformação da educação técnica à superior; no aprimoramento da qualificação de profissionais e gestores de saúde; na produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação; bem como na educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004b).

Segundo Cavalcanti (2010), um importante artifício presente na proposta dos polos foi a tentativa de usar a pactuação e a formação de consenso como condicionantes para a validade das decisões tomadas nos Peps.

Uma das primeiras estratégias realizadas para o fortalecimento desses polos foi o desenvolvimento do curso de formação de facilitadores

de educação permanente em saúde. Esse curso teve como objetivo a divulgação e a formação de profissionais na concepção da EPS e foi oferecido aos representantes dos 96 polos existentes em 2004 e que congregavam mais de mil entidades da sociedade, entre representantes do ensino, da gestão, do trabalho e da participação social em saúde (BRASIL, 2005a).

Porém, em 2007, a Pneps, alinhando-se às diretrizes do Pacto pela Saúde, sofreu alterações com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.996. Tal portaria propôs a regionalização e a descentralização da EPS, considerando em sua elaboração a proposta pactuada pelo MS para a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS em 2003, os princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS – NOB/RH-SUS – e as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, entre outras diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007). A publicação dessa nova portaria trouxe mudanças na nomenclatura dos Peps – os quais voltaram a ser denominados de Comissão Permanente de Integração de Ensino–Serviço (Cies) –, estabeleceu que a política deveria ser conduzida regionalmente por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) em parceria com as Cies e definiu a composição e as atribuições das Cies e os critérios de alocação de recursos financeiros, segundo os quais se determinou o financiamento federal regular e automático para a educação na saúde, por meio do Bloco de Financiamento da Gestão, com repasse fundo a fundo (BRASIL, 2007). Dessa forma, após pactuações locais e estruturação dos planos de EPS, os estados e municípios poderiam pleitear financiamentos para seus projetos regionais.

Contudo, a Pneps é uma prática recente em nosso país e tem apresentado dificuldades significativas quanto a sua gestão, o que configura um problema para a sua concretização nos municípios e para a mudança do modelo de formação dos trabalhadores do SUS. Por isso, o MS elaborou, em 2009, um programa de avaliação e monitoramento para obter um diagnóstico situacional da implementação da política no país (BRASIL, 2009b). O resultado dessa pesquisa foi apresentado por meio de um relatório publicado pela Universidade de São Paulo (USP), em 2010.

Nesse relatório, denominado *Recursos humanos e regionalização da saúde: programa de monitoramento e avaliação da implementação da Pneps*, fica claro que a lógica para a distribuição dos recursos para o custeio das

ações de EPS é permeada pelo critério de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ou de menor concentração de equipamentos de ensino. Contudo, muitos municípios relatam que as dificuldades permanecem, entre as quais, obstáculos para conseguir a “execução orçamentária” das propostas, além de questões relacionadas ao financiamento da educação permanente em saúde. A proposta política da EPS se depara com outro importante desafio: o de estabelecer mecanismos de desenvolvimento de uma consciência ético-política nos atores envolvidos, de forma que tal proposta estratégica seja fortalecida e cada vez mais difundida nos espaços de produção e discussão coletiva (USP, 2010).

Segundo Oliveira e outras (2011), por serem considerados importantes articuladores dessa estratégia no país, o SUS e as instituições formadoras são responsáveis por coletar, sistematizar, analisar e interpretar, de maneira permanente, as informações oriundas da realidade, problematizando o trabalho das organizações de saúde e de ensino, objetivando construir significados e práticas com orientação social, mediante a participação ativa de todos os atores que compõem este cenário.

Contudo, os registros sobre a relevância e necessidades da articulação entre ensino, serviço, gestão e controle social aparecem de maneira tímida nos estudos e artigos analisados. Assim, é possível perceber a forma isolada como muitas regiões do país desenvolvem a EPS, seja pela incompreensão dos sujeitos, seja pela desarticulação da gestão dos processos.

Oliveira e outras (2011) apontam que a organização dos processos de gestão setorial e a estruturação do cuidado em saúde integral devem ser estimuladas de maneira que incorporem o aprender e o ensinar. Como ressaltam Peduzzi e outras (2009), a educação no trabalho insere-se num contexto tenso, em que há possibilidade de se reproduzirem a tecnicidade e a normatividade laboral, bem como de configurarem-se oportunidades de recomposição desses processos, de modo que os trabalhadores da saúde sejam capazes de reconhecer, negociar e responder, de forma mais pertinente, às necessidades de saúde dos usuários e da população, buscando assegurar direitos e qualidade na prestação de serviço, na perspectiva de fortalecimento do SUS.

Em meio a essas tensões, o Ministério da Saúde, na tentativa de aperfeiçoar os processos de formação de recursos humanos, passou a desenvolver diversos programas para a qualificação dos trabalhadores da área da saúde. Ferraz e outros (2012) relatam que esses programas

almejam convergir com os pilares da referida política, com destaque para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), a revalidação de diplomas médicos, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, o Programa de Residência Médica e o Pró-Internato, o Programa de Formação na Área de Educação Profissional em Saúde (Profaps) e o fortalecimento das escolas técnicas do SUS (ET-SUS), entre outros.

Matta e Lima (2008) observam que, em consequência disso, as universidades públicas, fundações, institutos de pesquisa e agências de cultura têm experimentado uma nova configuração institucional para o SUS, apostando na profissionalização da gestão, em carreiras públicas dignas para os trabalhadores da saúde e em oportunidades pedagógicas que potencializem a formação e a EP nos serviços. Essa nova postura adotada pelas instituições e serviços, na busca de uma oportunidade pedagógica mais ampliada em relação ao contexto social e do trabalho, mostra-se um grande desafio institucional, pois tenta estabelecer mecanismos educacionais que proporcionem aprendizagem significativa, com reflexão crítica, estreitando as relações entre academia e realidade, assim como as relações entre profissionais e a comunidade. Ela promove, então, uma abordagem crítica nos espaços de serviço com o intuito de estabelecer mudanças nas práticas profissionais hegemônicas, levando em conta que é crucial o desenvolvimento de recursos educacionais que estimulem o aprender a aprender, que incentivem o trabalhar em equipe e que busquem focar no cotidiano de trabalho o objeto de aprendizagem (MERHY, 2005).

Dessa maneira, o aprendizado não será gerado apenas por capacitações pontuais e fragmentadas, mas sim por uma integração entre diversos saberes emanados dos serviços, em seu cotidiano de imprevistos e criatividades, capazes de despertar o saber em atores diversos e que estão implicados na construção de um SUS mais equânime e integral.

Lopes e outros (2007) complementam que, diante das transformações ocorridas na lógica da formação para a saúde, fortalecidas com a implantação da política a partir de 2004, para que os serviços sejam mais efetivos, é preciso que haja aproximação entre os atores sociais envolvidos e construção coletiva das diretrizes para a formação dos profissionais da saúde. Merhy (2005) salienta que educação em saúde e

trabalho em saúde são termos que não se separam, pois um produz o outro, e, portanto, geram efeitos tanto para o desenrolar da competência do trabalhador quanto para sua condição ético-política de produção de cuidado, influenciando o modo de viver do outro ao desempenhar sua prática diária.

Contudo, desenvolver e sistematizar essas ações é um importante desafio para o cotidiano dos trabalhadores, gestores, usuários e instituições de ensino. Nesse contexto, Carvalho e Ceccim (2009) ressaltam que é imprescindível que o profissional saiba avaliar sua atuação e estabelecer críticas em relação a ela, atento à necessidade de democratizar a participação da sociedade e o acesso desta à educação e à saúde.

Dessa forma, entendemos que a EPS tem o desafio de ser uma estratégia que responda além do aprender a aprender, do aprender a fazer, do aprender a ser e do aprender a conviver; ela tem o dever de estar implicada com a função social e ético-política do fazer saúde (CARVALHO; CECCIM, 2009), de tornar o cotidiano um lugar aberto à revisão contínua e de gerar o desconforto nos locais onde há produção de saúde biologicista, fragmentada e com foco nas inúmeras doenças. Permitir-se-iam, assim, o ressoar da produção da subjetividade nos serviços, a abertura destes à problematização e a produção de algo novo que favorecesse as coletividades e o avanço das políticas de saúde voltadas para a proposta de fortalecimento da EP.

Compreendemos, dessa forma, o quão atual é a proposta da Pneps e a relevância de ela ser disseminada nas regiões estaduais, por meio das Cies e dos CGRs, a fim de que possa efetivamente se fazer presente na realidade do SUS. Entretanto, é preciso reconhecer que a implantação de uma política e de suas diretrizes não é suficiente para torná-la executável e efetiva. Fazem-se necessários esclarecimentos e envolvimento dos gestores para que sua condução se dê nas múltiplas cidades do país, sem que o desejo de construção de um SUS para todos seja suprimido pela burocracia e falta de articulação entre as esferas políticas ou que o desconhecimento da legislação e a falta de profissionais qualificados sejam atenuantes para a ausência de envolvimento político e de uma gestão competente.

Percebemos que as dificuldades e limitações para a consolidação dessa estratégia em âmbito nacional, estadual e municipal são inúmeras, e as pesquisas de avaliação e os relatos de experiência divulgados

demonstram e exemplificam essa realidade. O relatório de avaliação e monitoramento da Pneps expõe como principais entraves para implantação da política: problemas de caráter licitatório, com burocracia excessiva para contratação de instituições de ensino e professores; impossibilidade de contratação de serviços sem licitação, havendo perda de prazos; dificuldades para execução dos recursos orçamentários na esfera estadual por falta de profissionais preparados para concretização dos serviços; instituições formadoras que apresentavam limitações quanto à execução da EPS e da aprendizagem significativa, por possuírem apenas capacitações com currículos pré-estabelecidos que não atendiam a demanda dos serviços; e a recusa de muitos em receber os recursos por não estarem totalmente esclarecidos sobre a forma de prestação de contas e gestão da política (USP, 2010).

Em função disso, é possível observar a necessidade de adequação nos planos de institucionalização da política, a fim de que as tensões e desafios expostos sejam superados ou amenizados. Para tanto, é urgente o diálogo entre MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a fim de fornecer elementos que proporcionem um melhor entendimento, por parte dos gestores, CGRs e Cies, referente à gestão da educação na saúde (USP, 2010).

Os estudos em torno das experiências dos Peps, de uma maneira geral, apresentaram resultados satisfatórios (FARIA, 2008; USP, 2010). As conclusões apresentadas pela USP (2010) e por Faria (2008) destacaram que os polos conseguiram ampliar a participação dos atores no processo de tomada de decisões e oferecer ações de qualificação profissional. No entanto, observaram-se inúmeras dificuldades na concretização dos projetos, principalmente quanto à alocação de recursos do governo federal.

No norte do Paraná, a atuação dos Peps foi descrita por Nicoletto e outros (2009) de uma maneira positiva, ressaltando-se que os sujeitos, ao participarem dos polos/rodas, evidenciaram conflitos e alguns desconfortos, que permitiram compreender estes espaços como algo além de mera fonte de captação de recursos para financiamento de projetos, adquirindo-se a percepção da EPS como um processo relacionado à mudança de prática, possível a partir da problematização do processo de trabalho. Houve, também, segundo Nicoletto e outros (2009), o

reconhecimento da capacidade da EPS em promover a articulação de gestores, formadores e trabalhadores de saúde com sujeitos envolvidos em movimentos sociais, que, ao trazerem para os Peps suas vivências, tornaram possível a construção coletiva do conhecimento.

A formação de facilitadores de EPS em Londrina, no Paraná, foi permeada por conflitos devido à greve dos profissionais da saúde. Segundo Mendonça e outros (2010), diversos participantes do polo teceram críticas quanto ao processo de seleção dos facilitadores, ao tempo de duração do curso, a dificuldades na aplicação da metodologia de aprendizagem e aos aspectos operacionais. Contudo, a sistematização do conhecimento sobre EPS e a oportunidade de refletir sobre as práticas de trabalho foram avaliadas de maneira satisfatória pelos participantes.

De acordo com o relatório publicado pela USP (2010), o quadro identificado no estado do Espírito Santo apresentou uma Cies, até então, sem alinhamento notável, porém com CGRs já alinhados com o de outras regiões de saúde. Quanto ao repasse de recursos financeiros, a pesquisa identificou que ele se dava por meio de transferência ao fundo estadual de saúde, existindo registros de recursos não utilizados pelo estado até aquele período. O relatório salientou, ainda, que, no momento da realização da pesquisa, em 2009, as maiores dificuldades concentravam-se na relação de repasses financeiros entre estados e municípios e entre estados e instituições de ensino.

Na cidade de Vitória, capital do Espírito Santo, foi observado um grande esforço para o desenvolvimento da qualificação dos trabalhadores da saúde, sendo o período de 2005 a 2008 marcado pela formação de aproximadamente 150 facilitadores de EPS e pelo estímulo à criação das rodas – espaços coletivos de discussão permanente entre gestores, trabalhadores, usuários e instituições de ensino –, a fim de proporcionar a transformação das práticas de saúde, o fortalecimento do trabalho em equipe e a construção de uma gestão participativa. Segundo Pinto e outras (2010), passos importantes na direção da gestão compartilhada proposta pela EPS foram identificados nesse município. E, embora as lógicas instituídas ainda predominem e reproduzam relações hierárquicas, as várias concepções apresentadas pelos sujeitos foram significativas para disputar espaço e produzir efeitos, especialmente na mudança da forma como os profissionais compreendem o processo educativo e a sua interação com o cotidiano do trabalho (PINTO et al., 2010).

A implementação da Pneps também foi verificada em municípios do interior do Espírito Santo com o objetivo de criar espaços de discussão sobre as práticas de trabalho entre os profissionais e promover ações que fortalecessem a gestão do trabalho e da educação na saúde nos serviços locais. Quintela e Benito (2011) estudaram a implantação em um desses municípios e identificaram que as principais adversidades para estruturação dessa política diziam respeito ao pouco esclarecimento do conceito de educação permanente entre os profissionais, ao desconhecimento da proposta política da EP e às dificuldades quanto à aquisição de recursos para o financiamento dos projetos considerados necessários para a formação do profissional da saúde (QUINTELA; BENITO, 2011).

### **Considerações finais**

Constata-se que um conceito que teve sua emergência ligada ao esforço de aumento de produtividade dos trabalhadores, relacionado à ideia de formação adaptativa às exigências de mercado, ao ser trazido para a área da saúde, teve alterados seus pressupostos ético-políticos, em função do movimento popular e crítico da Reforma Sanitária, que deu origem ao Sistema Único de Saúde no Brasil.

A educação permanente em saúde passou a ser reconhecida como uma importante estratégia de reorganização do processo de trabalho e desenvolvimento para o SUS, apoiando-se na compreensão de que a EPS deve ser vista e entendida como ação educativa embasada na problematização do processo de trabalho, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho para atender as necessidades de saúde das pessoas e das populações. Nesta perspectiva, a EP aspira muito mais do que um conjunto de capacitações e cursos, ainda que ofertados contínua ou permanentemente.

A transformação desse ideário em Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a partir de 2003, certamente consistiu em um grande passo para a mudança no modo de pensar a formação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, instalando instâncias locais, cujo propósito estava em reunir atores no sentido de democratizar a formulação e a gestão de projetos de formação, com o intuito de

fortalecer o enfrentamento de desafios do campo da educação. Certamente a Pneps contribuiu para a readequação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, bem como para a organização dos serviços, promovendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras, especialmente por meio do curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde, que difundiu a nova concepção da EPS nos 96 polos existentes, congregando milhares de profissionais de saúde.

Contudo, a Pneps é recente, ao passo que as concepções sobre educação estão profundamente arraigadas há séculos. Esta tensão, entre outros fatores, tem levado a dificuldades significativas quanto a sua gestão, o que configura um problema para a concretização da política nos municípios e para a mudança do modelo de formação dos trabalhadores do SUS.

Ainda que se devam considerar os esforços ministeriais no sentido de ampliação e diversificação das propostas de formação para o trabalho, estamos longe de ter a problematização dos processos de trabalho e a noção de aprender a aprender como hegemônica, o que tem feito perpetuarem-se capacitações pontuais e fragmentadas.

Compreendemos, assim, o quão atual é a proposta da Pneps e a relevância de ser disseminada por todo o país para gestores, profissionais e instituições formadoras, no sentido de possibilitar que o potencial pedagógico do trabalho seja utilizado para a melhoria do sistema de saúde.

## Referências

AROUCA, L. S. O discurso sobre a educação permanente (1960-1983). **Pro-Posições**, Campinas, v. 7, n. 2, p. 65-78, jul. 1996. Disponível em: <[http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/~proposicoes/textos/20\\_artigo\\_arouca.pdf](http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/~proposicoes/textos/20_artigo_arouca.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspon-

dentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de educação e de desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 fev. 2004b. Seção 1, p. 37-41.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34-38.

\_\_\_\_\_. 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**: orientações para o curso. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília,

2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 1-35.

CAVALCANTI, F. O. L. **Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível?:** um debate a partir da experiência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (janeiro de 2003 a julho de 2005). 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

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

DAVINI, M. C. et al. **Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas:** investigación en apoyo a procesos educativos permanentes. Washington: Organización Panamericana de la Salud, fasc. IX, 1990. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 86).

DELORS, J. et al. **Educação:** um tesouro a descobrir. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez, 1998.

FARIA, R. M. B. **Institucionalização da Política de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde:** Brasil, 1997-2006. 2008. Tese (Doutorado em Ciência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2008.

FERRAZ, F. et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joa-

quim Venâncio. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Observatório dos Técnicos em Saúde. **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde**: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório final. Rio de Janeiro, 2006.

FURTER, P. O planejador e a educação permanente. Tradução de Thais Cossoy Paro. **Cadernos de Pesquisa**, n. 27, p. 73-99, 1978. Disponível em: <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1731/1715>>. Acesso em: 2 jul. 2012.

LAMPERT, E. Educação permanente: limites e possibilidades no contexto da América Latina e Caribe. **Linhas**, v. 6, n. 1, p. 1-13, 2005.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

MATTA, G. C; LIMA, J. C. F. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MENDES, D. T. **Educação de adultos**. Conferência realizada no Conselho Estadual de Educação do Rio de Janeiro. 1976. Disponível em: <[http://www.durmevaltrigueiro.pro.br/Educacao\\_Adultos.PDF](http://www.durmevaltrigueiro.pro.br/Educacao_Adultos.PDF)>. Acesso em: 13 jul. 2012.

MENDONÇA, F. F. et al. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde no município de Londrina, Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2593-2602, 2010.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Pólos de Educação Permanente em Saú-

de: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 209-219, jul./set. 2009.

OLIVEIRA, F. M. C. S. N. et al. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. **Aquichan**, Bogotá, v. 11, n. 1, p. 48-65, abr. 2011.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, jul./set. 2009.

PINTO, E. E. P. P. et al. Desdobramento da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 77-96, mar./jun. 2010.

QUINTANA, P. B. et al. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: HADDAD, J. Q. et al. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p. 33-61. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, 100).

QUINTELA, F. C. A.; BENITO, G. A. V. **Encontros e desencontros da educação permanente no município de Baixo Guandu, estado do Espírito Santo**. 2011. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, n. 12, p. 39-44, jul. 1996.

VIANA, A. L. D. **Recursos humanos e regionalização da saúde**: Programa de Monitoramento e Avaliação da Implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Relatório. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

VIDAL, C. El desarrollo de recursos humanos en las Américas. **Educación Médica y Salud**, v. 18, n. 1, p. 9-33, 1984.

WERTHEIN, J.; CUNHA, C. **Fundamentos da nova educação**. Brasília: Unesco, 2005. (Cadernos Unesco, Série Educação, v. 5).

*A formação do agente comunitário de saúde:  
implicações sobre o processo de trabalho*

**Aida Brandão Leal**  
**Ludmila A. Reinholz Rodrigues**  
**Roni Hudson Kobi**  
**Francis Sodré**

Na década de 1970, no seio do movimento pela Reforma Sanitária, a defesa à atenção primária à saúde tornou-se importante estratégia de reorientação do modelo de saúde pública. Nesse período, com o enfraquecimento do regime militar, emergiam movimentos pela redemocratização do país e debates acerca da necessidade de nova organização dos serviços de saúde, bem como a busca por um sistema que fosse baseado em ações de caráter preventivo e atividades que visassem à promoção da saúde.

O movimento da Reforma Sanitária escreveu na Constituição Federal de 1988 o seu desejo por uma saúde universal, que culminou na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema continua inacabado; é um projeto que exige lutas sociais no sentido de ampliar o processo de democratização e a produção da integralidade da saúde. Nesse sentido, a política de atenção primária vem contribuindo para a consolidação do SUS por meio de duas principais estratégias: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

A construção do SUS vem se desenvolvendo por meio de um longo caminho de lutas almejando o modelo de atenção primária ampliada, associada ao projeto da Reforma Sanitária em defesa do direito por saúde baseado na perspectiva da universalidade. Este modelo se contrapõe a um outro modelo tradicional, concorrente, que privatiza e trata a saúde pública como mercadoria. O modelo privatizante se coaduna com a perspectiva da atenção primária seletiva (GIOVANELLA; MENDON-

ÇA, 2009), baseada em ideário neoliberal, que busca, no primeiro nível de atenção à saúde, funcionalidade para a produção e reprodução do trabalho. Esses dois campos ideológicos são distintos e contraditórios, porém coexistem na execução das políticas de saúde.

### **Inserção dos agentes comunitários de saúde no SUS: reconhecimento da profissão e formação profissional**

No final da década de 1980, surgiu no Nordeste brasileiro uma experiência de caráter emergencial com agentes comunitários de saúde que produziu resultados que culminaram na criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em 1992 em âmbito nacional. Os agentes comunitários de saúde (ACS) eram preferencialmente mulheres, em situação de exclusão social e residentes nas regiões pobres. O Pacs obteve um desenvolvimento que proporcionou intervenções mais abrangentes na esfera da atenção primária, dando origem ao Programa Saúde da Família (PSF). Esses dois programas formaram as principais estratégias de reorganização do primeiro nível de atenção do SUS, com a perspectiva de romper com o modelo tradicional de assistência e promover um atendimento integral em saúde que articulasse ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A prática do ACS é marcada especialmente pela possibilidade de construção de vínculos, acolhimento, diálogo, cuidado e acesso da comunidade aos serviços de saúde, tendo em vista o fato de esses profissionais serem parte integrante da comunidade, conhecedores do saber popular, da linguagem, cultura, costumes, particularidades específicas do território e também serem usuários dos serviços de saúde da própria unidade em que trabalham. Todas essas qualidades e possibilidades são de suma importância para a construção da integralidade.

O ACS, parte integrante da equipe de saúde da família, é possuidor de diversas atribuições e defronta-se com inúmeros desafios de uma realidade complexa, permeada por desigualdades sociais, contradições e até violências. Dele se exige uma formação compatível com esta sociedade dinâmica e contraditória.

Dessa forma, a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que criou a profissão de agente comunitário de saúde, estabeleceu que, para exercê-

-la, era necessário ser morador da comunidade, ter ensino fundamental e realizar a qualificação básica. Essa lei contribuiu para um grande processo de discussões sobre a formação do ACS, levando à aprovação em 2004 do *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde* (BRASIL, 2004). Este documento trouxe uma proposta de formação que buscou contemplar a diversidade e a complexidade do fazer profissional deste trabalhador.

A formação profissional e as condições de trabalho dos ACS relacionam-se de forma complexa, pois a proposta de melhor qualificação provocou discussões e lutas pela desprecarização de seus vínculos de trabalho. Com maior qualificação, supõe-se que esses profissionais tenham direito a melhor remuneração e garantias trabalhistas. Mesmo que esta proposta seja coerente com a histórica luta por uma formação de acordo com as necessidades do SUS, ela se confronta com um Estado mínimo, que realiza políticas sociais pobres para os pobres e que não prioriza as necessidades dos trabalhadores.

A lei que institucionalizou o ACS como um profissional de saúde, ainda que tenha grande importância para o reconhecimento dessa nova categoria profissional, não garantia nenhuma regulamentação sobre seus vínculos trabalhistas, o que só veio a ocorrer com a aprovação da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, dando origem ao processo seletivo público como alternativa ao concurso público, passando os ACS a serem regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Essa lei, que propôs uma formação mínima para o exercício da profissão de ACS, nega os avanços do *Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde*:

[...] um dos maiores problemas da lei nº 11.350 certamente diz respeito ao âmbito da formação. Ela reproduz exatamente os mesmos requisitos que a lei nº 10.507 elencava para o exercício da função de ACS. E dois desses requisitos são a conclusão do ensino fundamental e de um curso introdutório de formação inicial e continuada [...]. A diferença é que, em 2002, ainda não existia o curso técnico, tal como proposto pelo Ministério da Saúde e aprovado pelo CNE [Conselho Nacional de Educação], ambos em 2004. Uma das consequências possíveis dessa desatualização da lei é a prevalência de uma cultura de gestão que, justificada

pelos baixos recursos disponíveis para as políticas sociais, como é o caso da saúde, investia apenas o mínimo necessário para evitar a ilegalidade. Neste caso alguns municípios poderiam optar apenas pela formação inicial dos seus agentes, o que significaria um retrocesso em relação ao debate público e coletivo que identificou a necessidade de um curso técnico (MOROSINI; CORBO; GUIMARÃES, 2007).

Quando a formação técnica do ACS é negligenciada, interfere-se diretamente na qualidade do trabalho deste profissional, podendo-se impedir que a comunidade por ele acompanhada esteja bem informada, conheça seus direitos, exerça sua cidadania e receba um serviço de saúde de acordo com os princípios democráticos balizadores do SUS. Portanto, a negação da formação técnica para os ACS pode representar a privação do direito social à saúde, o que foge da proposta da Reforma Sanitária.

### **A percepção do agente comunitário de saúde quanto ao seu processo formativo**

No desenvolvimento desta pesquisa utilizamos como técnica a realização de grupos focais com agentes comunitários de saúde, em uma unidade de saúde do município de Vitória, no Espírito Santo. O grupo focal teve como objetivo buscar informações sobre a formação recebida pelos ACS e, sobretudo, sobre a relação da formação para o desenvolvimento do seu processo de trabalho com a comunidade e a equipe de saúde da família. As profissionais que participaram da pesquisa (unicamente mulheres) já desenvolviam essa profissão desde o ano 2000 e receberam a formação técnica inicial somente em 2007 – um curso com carga horária total de quatrocentas horas.

Durante a pesquisa nos foi relatado que no intervalo de 2000 a 2007, anterior à formação inicial técnica, as profissionais desenvolviam suas atribuições com o auxílio de supervisões e capacitações oferecidas por enfermeiros. Essas capacitações eram ofertadas de forma não sistemática e direcionadas a temas específicos, tais como saúde do idoso, questões sanitárias e ambientais, entre outros.

As ACS realizaram apenas a formação inicial do curso técnico para agentes comunitários de saúde. Esses profissionais não possuem o título

lo de “técnicos”, pois, até o presente momento, a segunda e a terceira etapas do curso ainda não foram ofertadas.

Uma vez oferecida a formação inicial, criou-se a expectativa da oferta das etapas complementares, o que motivou as ACS a estudarem e concluírem o ensino fundamental e médio, e algumas delas até mesmo o ensino superior. Percebemos que o primeiro módulo serviu de incentivo a essas profissionais para elevarem o seu nível de escolaridade. Ao mesmo tempo, a não conclusão das etapas formativas II e III foi frustrante, segundo o relato de todas elas.

Para as ACS, sujeitos da pesquisa, a formação técnica inicial foi muito produtiva e satisfatória. Ressaltaram que o aprendizado sobre o diagnóstico situacional foi uma ferramenta muito importante para o desenvolvimento do conteúdo trabalhado, pois contribuiu para perceberem as diferenças sociais existentes na comunidade, concluindo que *“cada microárea é diferente”*. Exemplificando acerca da qualidade do curso, mencionaram que o material didático era tão bom que emprestaram aos técnicos em enfermagem. Ao mesmo tempo, as ACS disseram que, embora o curso tenha sido muito bom, pouca coisa acrescentou à prática profissional que já desenvolviam, pois *“já estávamos de seis a sete anos na área e aprendemos tudo sozinhos”*. Neste tempo de prática sem exigência de um diploma técnico, do agente comunitário de saúde era exigido que exercesse atividades que se relacionavam ao seu cotidiano como morador: entrar na casa das pessoas, intervir sobre hábitos, comportamentos, atitudes. O curso técnico, em suas concepções, acrescentou somente a possibilidade de ter um diploma e sua profissão reconhecida, visto que o cotidiano era apreendido de maneira tácita. *“Tudo o que foi passado, a gente já fazia, até mais um pouco. Com a formação veio a teoria e o certificado”*.

Pudemos observar que, na percepção das ACS, a formação inicial foi útil para certificar uma realidade que já estava estabelecida: elas relataram que *“o curso serviu mais para certificação”*. Neste sentido, “certificação” surge nos depoimentos com o sentido de regularização, reconhecimento de suas existências na rotina das unidades como profissional apto a agir como um trabalhador da saúde. Desse modo, suas habilidades práticas e cotidianas, como a visita domiciliar e a aproximação com a comunidade, adquiriram uma dimensão institucionalizada e normatizada, e por isso seu conhecimento tácito tornou-se um saber

capturado, formalizado, gerando um caráter profissional, com o intuito de que elas passassem a possuir o atributo de “técnicas”.

Observa-se que existiu um “aproveitamento” por parte das ACS das experiências vividas, retiradas do cotidiano social e político da região onde moravam. Essas trabalhadoras, antes de serem denominadas como tais, já eram moradoras do território e, a partir disso, capturaram o seu conhecimento tácito, o hábito, a rotina que se repete por meio de experiências que se dão no cotidiano: observar o comportamento dos vizinhos, os horários das pessoas que transitam, entrar na casa do outro e dividir com ele o âmbito privado da vida.

As capacitações que antecederam a formação inicial permitiram maior abrangência do trabalho das ACS, e, com a normatização das atividades, a partir das experiências da formação inicial, as ações das agentes foram delimitadas; elas deixaram de realizar algumas tarefas que até então eram consideradas de sua atribuição.

A respeito da delimitação da prática, a formação do grupo dos ACS mais antigos conflita com a dos ACS mais novos, pois, de acordo com as trabalhadoras investigadas, os profissionais novatos consideram que certas ações não são de competência dos agentes. Segundo as ACS mais antigas, elas receberam na formação um conteúdo mais atualizado. Observa-se que o lapso temporal das formações, sem atualização, criou esse descompasso quanto às concepções sobre as atribuições profissionais. Isso revela a necessidade de uma formação que integre a experiência dos ACS mais antigos com o conhecimento dos ACS mais novos, possibilitando assim um diálogo esclarecedor sobre suas competências.

Para as ACS envolvidas na pesquisa, a realidade da comunidade mudou, bem como a forma de realização das atividades. Elas relataram que antigamente as ações eram feitas em equipamentos do próprio território – igrejas, por exemplo – e hoje são feitas exclusivamente nas unidades de saúde. Na avaliação delas, isso diminui a adesão dos usuários e dificulta a participação de pessoas com pouca mobilidade ou deficiências. Ainda assim, elas ressaltam que as ações são importantes para a prática profissional.

Relacionando a importância e a utilização da formação recebida com o desenvolvimento do trabalho, as ACS queixaram-se por terem deixado de realizar com qualidade suas atividades diárias conforme aprendizado adquirido. Segundo elas, *“na formação aprendemos qua-*

*lidade e, de um ano pra cá, são apenas números, passa por cima, não tem tempo de fazer visita”.*

A visita domiciliar, um dos instrumentos mais importantes para o profissional exercer suas atribuições, deve ser realizada com disponibilidade de tempo; o ACS entra na casa, na intimidade da família visitada, necessitando de tempo suficiente. Porém o que acontece são “*visitas mais corridas*”, pois as ACS devem realizar em torno de doze visitas diárias. Elas apontam que antigamente as visitas eram feitas de acordo com a necessidade do usuário e que hoje se deve apenas “*bater números*”. Relatam que, em razão do processo quantificado de metas, “*perdeu-se o sentido do PSF, não se tem mais as raízes do Nordeste, como aprendemos anteriormente*”. Ainda de acordo com elas, o motivo de tal situação não se relaciona à formação, e sim a questões burocráticas, de verbas para a gestão e de metas a serem alcançadas para que a unidade de saúde receba mais recursos.

As ACS explicaram que a necessidade de cumprir as metas estabelecidas torna-se, por vezes, inconveniente, e isso faz com que elas se sintam constrangidas em forçar a entrada na casa dos usuários, principalmente pelo fato de terem que recolher assinaturas a fim de comprovar que a visita foi realizada. Percebemos isso na seguinte fala: “*Quando chega na casa, não tem nada para oferecer; falo que ‘vim te ver, ver se está tudo bem’, conversa distante... E está tudo bem e não tem como nem pegar assinatura. Fica sem clima pra entrar na casa da pessoa*”. Essa fala denota constrangimento, sobretudo quando as ACS relatam que o morador, ao não ter demanda na ocasião da visita, recebem-nas “*pela janela*” ou do “*segundo andar*”, estabelecendo uma condição de distância e dificultando o acesso ao interior da residência para a ACS solicitar a assinatura que comprovaria a visita. Elas relatam ter que “forçar” a visita. Ou seja, não havia uma demanda declarada ao agente comunitário de saúde, o morador não precisava recebê-lo em casa e não existia a necessidade de que o ACS se prolongasse, mas, mesmo assim, o agente precisa da assinatura do morador para comprovar que houve naquele momento uma suposta “visita domiciliar”. O procedimento, considerado constrangedor, desqualifica o trabalho perante a comunidade, mas faz subir o número de atendimentos realizados para se atingir a meta de visitas necessárias para a obtenção do recurso requerido pela gestão da unidade de saúde.

As ACS relataram ainda que: “*o povo da área já é nossa família. Já são treze anos de trabalho. A gente vive o dia a dia daquela pessoa. Sofre as*

*dores deles. Quando estão precisando, eles mesmos te chamam*”. Observamos nesse relato que a relação de vínculo, de confiança e aproximação com a comunidade é existente. E essa relação entre ACS e usuários foi e é construída e fortalecida de forma peculiar. A meta a ser atingida pela gestão dá-se por número de visitas realizadas, e o trabalho, desta forma, torna-se forçado, invasivo e esvaziado de sentidos, visto que os agentes passam a entrar na casa das pessoas para atender unicamente a uma exigência numérica. Tal exigência esvazia de sentidos também as relações humanas requeridas ao processo de trabalho do agente comunitário de saúde, produzindo uma relação que coloca em questionamento o vínculo estabelecido com os moradores.

Assim, os procedimentos burocráticos apresentam-se prejudiciais, porque a obrigatoriedade do quantitativo de visitas domiciliares gera desgaste na relação com os usuários, ora tornando a visita invasiva, ora resultando em perda da qualidade do atendimento, podendo acarretar o rompimento dos vínculos.

O relato das ACS foi fundamental para entendermos que a formação recebida foi suficiente para que elas pudessem desenvolver seu trabalho com a população com base nos princípios da integralidade. Porém as determinações do processo de trabalho com a exigência do cumprimento de metas precarizam e causam o enrijecimento de suas ações, diminuindo com isso a qualidade dos atendimentos e desconfigurando a originalidade do trabalho do profissional.

De acordo com Franco e Merhy (2012), o trabalho em saúde tem natureza relacional, ou seja, ele se dá nas relações humanas, no encontro entre usuário e profissional de saúde. Os autores apontam ainda que, por essa razão, o trabalho em saúde deve ter centralidade no trabalho vivo, que se expressa no ato, na liberdade de ação dos profissionais.

Dessa forma, diante das necessidades de cumprimento de metas, analisamos que a possibilidade de preencher o trabalho do ACS de sentidos vem sendo limitada, inibindo a dimensão cuidadora dessa atividade, realizada sob a imposição e os ditames da gestão. Observamos que o trabalho do ACS que cuida criando vínculo e acolhimento diverge das obrigações de cumprir procedimentos. A exigência de certo número de visitas, por exemplo, se distancia do sentido de sua realização, quebrando ou ferindo o que é característico do trabalho em saúde.

## A construção do vínculo

Entre o saber popular e o saber biomédico, o trabalho do ACS torna-se fundamental para a produção do vínculo entre a comunidade e a unidade de saúde. Quanto a esse trabalho de aproximação, algumas ACS disseram que *“deveriam ser o elo principal entre a comunidade e a unidade”*; outra afirmou que elas *“são o elo”*.

A falta de consenso entre *“deveriam ser”* ou *“são”* o elo explica-se pela consciência que elas têm de que devem trabalhar com a prevenção, mas de que às vezes encaminham os usuários à unidade e eles têm os serviços de que necessitam negados, cancelados ou com um acesso dificultado em razão do excesso na demanda. Na percepção das ACS, elas *“abrem um caminho, mas o usuário não consegue chegar até o serviço”*, o que gera uma grande insatisfação com o trabalho. Percebemos então que as ACS tentam fazer a ponte entre a comunidade e a unidade de saúde, mas esbarram na limitação da oferta dos serviços. Para as profissionais investigadas, isso não só rompe o vínculo, mas ainda *“favorece o adoecimento de todos”*, pois a dificuldade de obter respostas dos serviços afasta o usuário da unidade de saúde, diminuindo a adesão aos programas e exigindo da ACS muito trabalho de *“convencimento”* para que as pessoas voltem à unidade.

De acordo com as ACS, quando o usuário tem o serviço negado pela unidade de saúde, perde-se o vínculo: eles *“ficam de cara virada, atendem mal o ACS”* por não terem recebido na unidade respostas positivas quanto a suas demandas. O mau funcionamento dos serviços de saúde impacta diretamente na relação ACS–comunidade, pois este profissional, que faz o primeiro contato e se torna referência, recebe todas as reações negativas por parte dos usuários.

Segundo elas, *“quando o ACS vai até a casa do usuário, no território dele, ele acaba descontando em cima do ACS”*. Essa relação traz a sensação para as profissionais de que o trabalho *“perdeu a força, perdeu o brilho”*, uma vez que o desgaste também prejudica a adesão dos usuários aos serviços. As ACS ouvem da população frequentes reclamações quanto aos serviços prestados pela unidade de saúde; elas estão em contato direto com a comunidade, conhecendo e ouvindo as inúmeras necessidades, insatisfações e sofrimentos da população, como se fossem um depósito de reclamações.

A debilidade do SUS fragiliza o papel do ACS na comunidade. E, fragilizado, o ACS não consegue trazer a população aos serviços de saúde, o que lhe causa a sensação de enfraquecimento perante a equipe. Esse profissional medeia uma relação tênue e tensa entre dois universos; para promover vínculo e diálogo entre os diferentes saberes, exige-se dele muita habilidade e persistência.

A relação construída pelas ACS entre a comunidade e os serviços de saúde estende-se até mesmo a agendamentos de consultas. Elas relataram que, quando o usuário vai à recepção para se informar sobre vagas, orientam-no a solicitar ao ACS a marcação de consulta, sem ao menos conferirem se há ou não vagas na agenda.

As ACS têm consciência de que tal atribuição não é de sua competência, e sim uma forma de transferir para elas os problemas e dificuldades relativos à oferta de consultas médicas. Relataram que: *“os usuários vão até mesmo na minha casa quando estou almoçando para cobrar a consulta, achando que é obrigação do ACS, quando na verdade não há oferta de vaga, mas o usuário entende que é má vontade do ACS”*. Essa transferência de responsabilidade gera dificuldades a estes profissionais; o ACS *“fica mal perante a comunidade”*, pois *“o usuário não vai fazer barraco na porta da unidade, mas vai cobrar do ACS”*.

O “fazer barraco” constitui-se em um instrumento de luta social utilizado pela população para gerar visibilidade através de escândalos, voz alta, ameaças, barulho, com o objetivo de ter seus direitos atendidos. O termo “fazer barraco” significa tentar “conseguir no grito” – algo corriqueiro nos serviços sociais públicos brasileiros. Existe uma concepção que “conseguir no grito” é a única estratégia de luta quando não se tem acesso às políticas sociais pelas vias democráticas, logo o “fazer barraco” certamente tem o seu lugar de garantia de acesso a um serviço social público qualquer, com evidências de que esse tipo de atitude funciona. Tal comportamento também revela a negação, o descrédito ou a falta de conhecimento da população quanto aos espaços institucionais de participação e controle social, como conselhos de saúde locais, municipais, estaduais e ouvidoria. Esse desconhecimento é contrário ao direito à informação inscrito em lei, como podemos observar na *Carta dos direitos dos usuários da saúde*, em seu artigo 7º, que afirma: “Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação” (BRASIL, 2011).

Compreendemos que os conflitos entre a comunidade e os ACS são motivados pelos limites da unidade de saúde em atender toda demanda. A transferência dos problemas relativos à marcação de consultas para as profissionais é um meio utilizado pela unidade para evitar o embate com a comunidade, gerando desmobilização e dificultando o acesso universal à saúde. Nesse sentido, podemos perceber que a luta social envolvida nesse processo tem suas raízes incrustadas em problemas estruturais e institucionais do Estado para garantir o direito à saúde.

Analisando o modelo de saúde quanto a sua capacidade de produzir integralidade da atenção, observamos que a forma de gestão segue padrões burocráticos e hierarquizados. Nesse contexto, o ACS encontra-se na base da pirâmide hierárquica e, por isso, tem seu trabalho fragilizado com os artifícios da burocratização, que, além de dificultar o acesso dos usuários a procedimentos técnicos de saúde, quebra elos, a relação de confiança, e rompe vínculos que são de suma importância para promover o cuidado.

Diante dessa situação, as ACS se culpabilizam com a percepção de que o problema da perda de confiança é resultado de um “erro” delas, porque *“abrimos o leque”*, dando margem para o usuário lhes exigir o que não é de sua competência. Como forma de reprimir essas ocorrências, elas relatam que, quando chega algum usuário dizendo que é para marcar a consulta, elas perguntam quem deu a informação e, então, buscam deixar claro tanto para o usuário quanto para os funcionários da recepção da unidade de saúde de quem é a responsabilidade do agendamento de consulta médica. Assumindo para si a culpa desses transtornos, consideram a necessidade de orientar a recepção e colocar limites, pois, de acordo com os depoimentos: *“o problema é do próprio ACS, que fica com pena e quer abraçar o mundo e resolver todos os problemas”*. Não podemos deixar de destacar que a expressão “ficar com pena” traduz envolvimento.

Entre a comunidade e a unidade de saúde, as ACS sentem que seu trabalho é pesado, difícil, uma vez que os problemas e conflitos são muitas vezes administrados por elas. Em suas palavras: *“somos burro de carga, tudo somos nós”*. Por isso, demonstram a necessidade de impor limites nas ações que realizam. Para elas a marcação de consultas deve ocorrer em casos específicos, quando se trata de uma pessoa idosa ou com dificuldades de locomoção, e não deve se estender para todas as pessoas sem uma justificativa plausível.

As pressões e a sobrecarga advindas do trabalho e as necessidades da população impingem ao ACS uma imagem de “super-herói” dentro dos serviços de saúde. Essa problemática trazida pelas ACS se confirma nas palavras de Tomaz (2002, p. 86), quando analisa que: “Por falta de uma clara delimitação de suas atribuições, seu papel tem sido distorcido, sobrecarregando, muitas vezes, seu trabalho. Qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é atribuída ao ACS”. Mesmo nos currículos da formação técnica destes profissionais, as atribuições específicas do agente comunitário de saúde não entram como conteúdo.

As ACS têm consciência do quão fundamental é seu trabalho para a Estratégia Saúde da Família, reconhecendo que: *“nós geramos as demandas, nós geramos a Estratégia Saúde da Família, por mais que não aceitem, ela existe por causa do ACS. O dia que não tiver ACS acabou Estratégia Saúde da Família”*. Essa constatação do ACS revela o conhecimento acerca da importância do seu trabalho tanto individual como em equipe. Elas se veem como aqueles que trazem a demanda para a unidade de saúde, mostrando e oferecendo os serviços existentes para os moradores da comunidade.

Ao mesmo tempo, sentem que a equipe as trata com certa inferioridade: *“quando tem que se dividir os lucros, o ACS é o último, é o patinho feio”*. Relatam até mesmo a ocorrência de assédio moral por questões salariais, de volume de trabalho e nível de escolaridade. A prefeitura do município analisado neste estudo arrecada verba do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e reparte o valor recebido pela unidade de saúde de uma forma salarial – o que elas chamam por *“dividir os lucros”*. O agente comunitário recebe um valor proporcional ao seu salário, e esse valor tem uma enorme diferença se comparado ao que profissionais de escolaridade superior recebem. Elas demonstram ter clareza das contradições presentes dentro da equipe de saúde da família, reconhecendo sua importância e percebendo as relações de poder existentes que as colocam numa posição de inferioridade, expressa, inclusive, financeiramente.

O PMAQ tornou-se um dos elementos que introduziu a linguagem industrial nas unidades de saúde. A contabilidade dos serviços por metas a serem atingidas e o adicional no salário no formato fabril de “participação nos lucros” somaram-se ao número de consultas, procedimentos e outros indicadores para que os serviços de saúde fossem contabilizados

por produção – algo extremamente contraditório para o profissional que trabalha utilizando como matéria-prima a vida humana.

Outra situação que reforça a posição do ACS como a base da pirâmide hierárquica se revela quando explicam que toda a equipe de saúde da família deve bater metas, uma vez que o trabalho vem sendo pautado pela produção de números de atendimentos e procedimentos. O ACS tem a função de trazer a demanda, saindo às ruas, de porta em porta. As profissionais reconhecem que o médico, por exemplo, depende delas para realizar seu trabalho e bater suas metas. Segundo as agentes, o quantitativo de atendimento às pessoas hipertensas é reflexo de seu trabalho de ir à casa das pessoas e chamá-las para participar das ações. Em contrapartida, “o médico fica no computador na sala dele com ar condicionado” e ainda recebe pela produção captada pelo ACS.

Mesmo sendo protagonistas do trabalho de convencimento para que a população vá à unidade de saúde, as ACS se sentem invisíveis, imperceptíveis, porque o mérito do número de atendimentos é atribuído ao médico. Não conseguem ver o fruto do seu trabalho, porque os resultados não são partilhados e não chegam até elas. Essa realidade de subordinação ao saber biomédico, vivenciada pelos ACS, fica mais evidente quando Merhy (1999) diz que

[...] o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. [...] nesse modelo assistencial, a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a essa lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido.

Em relação aos outros membros da equipe, as ACS relataram que são as únicas que têm a obrigatoriedade de cumprir 100 % da meta estabelecida; os demais profissionais também têm números a cumprir, porém sem essa obrigatoriedade, pois apenas “se os ACS não atingissem a meta, ninguém iria receber”.

Podemos observar que os determinantes gerenciais para a produção de quantitativos de procedimentos se fazem muito presentes e isso

impacta diretamente na relação do ACS com sua equipe de saúde e a comunidade. Nota-se que a organização da gestão do cuidado se encontra formatada em parâmetros hierárquicos, centrados na realização de procedimentos, o que reflete um trabalho em saúde capturado em ato (FERREIRA et al., 2009).

### **Considerações finais**

Em virtude da busca por maior produtividade, o conhecimento produzido como trabalho sofre processos de capturas por meio do controle advindos dos mecanismos de gestão. A captura do conhecimento reflete-se na hierarquização dos saberes; no âmbito da saúde, a hegemonia é exercida pelo conhecimento biomédico. Consequentemente, o valor social do trabalho do agente comunitário de saúde encontra-se nesta condição hierárquica e, por isso, é diminuído, distanciando-se da sua real importância para êxito da Estratégia de Saúde da Família.

O agente comunitário de saúde é um profissional possuidor do saber popular, e seu domínio encontra-se entre este conhecimento e o saber biomédico. Diante dessa relação tênue dos diferentes saberes, esta categoria profissional necessita de qualificação, seja para aprimorar sua prática, seu senso crítico, seja para ser reconhecida e valorizada perante a equipe de saúde.

A partir do relato dos sujeitos desta pesquisa, concluímos que a formação inicial recebida estava de acordo com o trabalho que as ACS já desenvolviam, diferenciando-se de maior forma por ter trazido a dimensão teórica para suas atividades e principalmente a certificação, que possibilitou um caráter profissionalizante.

Além disso, percebemos a necessidade da oferta das últimas etapas do curso de capacitação iniciado, pois acreditamos que a conclusão do curso técnico fortaleceria estes trabalhadores nas relações de poder no interior da unidade de saúde, favoreceria suas relações trabalhistas por melhores salários e, principalmente, a qualidade dos serviços prestados à população.

Concluímos, por fim, que o processo de trabalho hoje realizado vem se afastando da essência proposta inicialmente para o programa de agentes comunitários nascido no Nordeste brasileiro. Todavia, a forma-

ção técnica recebida de modo parcial e ainda inacabado instrumentalizou estas profissionais a realizarem suas atividades de forma coerente com os princípios norteadores do SUS, assegurando habilidades que representam a tentativa de aprimorar as relações de vinculação entre a comunidade e a unidade de saúde.

## Referências

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 jul. 2002. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília, 2011. (Série E. Legislação de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Brasília, 2004. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus**: Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1120/1034>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

FERREIRA, V. S. C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 575-626.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde. 1999. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-05.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2014.

MOROSINI, M. V.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

*As Práticas de  
Formação no SUS*

## *O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a indissolubilidade da gestão, atenção e formação*

**Renata Heller de Moura  
Cristina Amélia Luzio**

A Reforma Sanitária em curso no Brasil vem, desde a década de 1970, mobilizando uma série de mudanças significativas na área da saúde, contribuindo largamente para produzir novos modos de se conceber o processo saúde-doença e, conseqüentemente, de organizar e gerir os serviços de saúde no país. Trata-se, tal como afirmou Sergio Arouca (1998, p. 2), de uma “reforma democrática não anunciada e ou alardeada na área da saúde”. Seus desafios não são simples e a busca pela superação destes exige que seus atores sociais continuem ousando pensar o, até então, impensado, continuem criando novos dispositivos que questionem o *status quo* e contribuam para reforçar o ideal democrático que colocou tal reforma em movimento.

O Sistema Único de Saúde (SUS), filho desta luta mais ampla pela democratização, é atualmente portador de um consistente aparato jurídico-legal e teórico. Nos diversos cantos do país, acumulam-se experiências exitosas em sua implementação (PAIM et al., 2011; SANTOS, 2007; MERHY; MAGALHÃES; RIMOLI, 2003).

No entanto, ainda existem muitos obstáculos. Em primeiro lugar, porque o SUS carrega dentro de si aspectos contra-hegemônicos que por si só já garantiriam desafios suficientes para seu pleno desenvolvimento. Em segundo lugar, em um país de dimensões continentais como o nosso, marcado por amplas desigualdades regionais e econômico-sociais, intensificam-se os problemas, e o SUS acaba enfrentando sérias dificuldades para garantir seus princípios mais fundantes: o acesso universal e equitativo e a atenção integral à saúde.

Aumentar a cobertura de acesso, a quantidade de equipes multiprofissionais e de serviços de base territorial não significa necessariamente

te mudança no modelo de atenção à saúde. De acordo com Oliveira (2011), o aumento da cobertura e do acesso aos serviços de saúde no Brasil não significou, na mesma medida, aumento de resolubilidade dos problemas de saúde, nos diversos níveis de atenção. “Há um descompasso entre a crescente demanda e a velocidade de implementação de ofertas de bens e serviços de saúde, que muitas vezes são de qualidade abaixo da necessária” (OLIVEIRA, 2011, p. 24). Os desafios vão desde a dificuldade para que os serviços se articulem em rede até para que as equipes de fato atuem multiprofissionalmente.

Entre os entraves que se apresentam para a efetivação do SUS, estão aqueles que se relacionam à implementação de mudanças na gestão em saúde. O debate sobre a gestão nos levará a direcionar a discussão também para os temas da atenção e da formação. Esperamos que a leitura deste texto proporcione a compreensão de que os temas da gestão, da atenção e da formação se atravessam o tempo todo. Aliás, esperamos que esse debate nos permita evidenciar que, para a consolidação do SUS, precisamos compreender a indissolubilidade entre gestão, atenção e formação.

Para desenvolver esta análise, faremos um recorte e concentraremos nosso debate sobre a gestão na atenção primária à saúde, procurando refletir sobre novos arranjos gerenciais e organizacionais do trabalho em saúde, a partir de algumas experiências desenvolvidas. Também apresentaremos o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) como um dispositivo que favorece a mobilização desses novos arranjos.

Neste capítulo, queremos demonstrar que o Nasf é um programa que pode ser utilizado para superar lacunas gerenciais e organizacionais, que têm sido a causa da insuficiência de enfrentamento para promover a transformação dos processos de trabalho e a participação dos trabalhadores de saúde nas mudanças setoriais. De acordo com Carvalho e Cunha (2006, p. 837),

[...] apenas alterando o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho, a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade representados como doença, é que será possível cumprir os preceitos constitucionais que garantem o direito efetivo à saúde a todos os brasileiros.

A mudança gerencial é, portanto, pressuposto fundamental para consolidação do SUS. Muitos dos desafios enfrentados (dificuldade dos profissionais para organizar-se e conduzir-se em equipe; lógicas de trabalho verticalizadas; dificuldade para acolher a demanda e implementar projetos terapêuticos que ampliem a clínica, produzindo sujeitos, autonomia e cidadania; problemas com o subfinanciamento e com o modelo híbrido público-privado...) são atravessados direta ou indiretamente pelo modelo de gestão.

A área de planejamento e gestão em saúde no Brasil já tem acumulado sólida reflexão sobre a gestão em saúde. Muitos debates foram travados em torno dos polêmicos mecanismos de financiamento e de gestão (FEUERWERKER, 2005). Para garantir que a gestão do SUS esteja em consonância com os seus princípios organizativos (regionalização; hierarquização da rede, das ações e dos serviços; e participação popular), foram firmadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas), de 2001 e 2002, e o Pacto pela Saúde (Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006), firmado entre os gestores do Sistema Único de Saúde, em três dimensões: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão. No entanto, normas e pactos não garantem que vamos “esculpir o SUS a golpes de portaria” (GOULART, 2001, p. 292).

Estamos, portanto, diante dos questionamentos que nos colocaram no caminho de reflexão proposto por este trabalho: além das portarias, como podemos mobilizar mudanças no cotidiano da gestão em saúde? Sabemos que as leis e portarias tem papel importante na construção do projeto do SUS, mas e no “SUS real”<sup>17</sup>? Como podemos fazer valer o princípio democrático e construir uma gestão participativa?

---

17 Esta expressão se apoia no entendimento de Paim (2006, p. 36, grifo do autor) sobre a existência de quatro tipos de SUS: “o *SUS formal*, estabelecido pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde e portarias; o *SUS democrático*, integrante de uma totalidade de mudanças desenhadas pela RSB; o *SUS real*, com direito a trocadilho com o nome da moeda que simboliza as políticas econômicas monetaristas e de ajuste macroestrutural, refém da chamada área econômica dos governos e do clientelismo e do patrimonialismo que caracterizam o Estado brasileiro; e o *SUS para pobres*, como parte das políticas focalizadas defendidas por organismos internacionais”.

## Atenção primária à saúde e os desafios da mudança da racionalidade gerencial

A atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica de saúde (ABS) ocupa um lugar fundamental de reorientação do sistema de serviços de saúde brasileiro, sendo reconhecida como espaço tático-operacional e como oportunidade de experimentação de modelos de atenção alternativos, congruentes com as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população (MENDES, 1998).

As terminologias “atenção básica” e “atenção primária à saúde” são utilizadas como sinônimos nos documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), tal como o próprio órgão explicita neste excerto: “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos ‘atenção básica’ e ‘atenção primária à saúde’, nas atuais concepções, como termos equivalentes” (BRASIL, 2012, p. 22). Neste texto, daremos preferência à terminologia atenção primária à saúde, apenas para fins de uniformização, e defenderemos a concepção de APS como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012, p. 19).

A gestão na APS, nessa perspectiva, deverá levar em consideração os problemas e necessidades em saúde de conjuntos sociais que vivem em espaços geográficos delimitados, buscando reconhecê-los por meio de mecanismos institucionais e comunitários, de tal modo que seja possível definir prioridades, considerar alternativas reais de ação e alocar re-

curso, em busca da resolutividade dos problemas levantados. Ou seja, a gestão da atenção básica implica analisar o “território vivo”.

Nesse sentido, podemos verificar que, na gestão da APS, se expressa um importante pressuposto para a reflexão que estamos desenvolvendo neste texto: a indissolubilidade entre gestão e atenção. Esse pressuposto vem sendo defendido por diversos autores – Santos Filho, Barros e Gomes (2009); Carvalho e Cunha (2006); Merhy (2002); Rivera e Artmann (1999); Campos (1998) –, segundo os quais, a sua não observação se coloca como um dos principais empecilhos para o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira e para o desenvolvimento pleno do SUS, que assim operaria segundo uma lógica fragmentadora, dividindo aqueles que planejam daqueles que executam o trabalho.

Em 1998, Campos problematizou a necessidade de transformação das relações gerenciais e dos processos de trabalho no contexto da saúde. De acordo com ele, fazia-se (e ainda se faz) necessário superar a lógica formal de produção taylorista incorporada na área da saúde, caracterizada pela fragmentação dos saberes e práticas, pela hierarquização dos serviços e pela dependência/supervalorização teórico-técnica do especialismo e *expertise*. Para tanto, o autor sugere a superação dos organogramas rígidos, baseados na compartimentalização dos serviços, divididos em departamentos e áreas técnicas. Ele denominou de “racionalidade gerencial hegemônica” as várias teorias ou métodos que buscam regular o trabalho do ser humano de acordo com as características acima apontadas. Para a “racionalidade gerencial hegemônica”,

a democracia organizacional seria um contrassenso, um modo para produzir-se o caos, um caminho para a ineficiência e ineficácia dos processos produtivos. Centralização normativa e descentralização executiva. Ao máximo, convocam-se trabalhadores para corrigirem erros nas linhas de montagem, sempre em acordo com o programa preestabelecido, sempre para repor o funcionamento “normal”, sempre para atenderem-se aos protocolos, metas e diretrizes definidas alhures (CAMPOS, 2010, p. 2338).

O que essa análise de Campos (1998) nos permite perceber é que alguns dos problemas enfrentados para a efetivação do SUS não estão do lado de fora, mas do lado de dentro, no próprio modo como as

práticas de saúde se organizam no cotidiano dos serviços. Concordamos, portanto, com Trevisan e Junqueira (2007), reafirmando que um dos problemas gerenciais do SUS está na ingenuidade de pensar que as resistências para sua implantação deveriam ser resolvidas em instâncias externas, por meio, por exemplo, da elaboração de leis e portarias.

Voltamos então ao questionamento que nos motivou ao desenvolvimento deste texto: se a elaboração de leis e portarias, por si só, não resolvem os desafios colocados para a concretização de modelos democráticos de gestão que contribuam para a efetivação do SUS, como podemos mobilizar mudanças na gestão?

### **A indissolubilidade entre gestão e atenção: um pressuposto já sistematizado**

Alguns autores já se propuseram a pensar sobre a indissolubilidade entre gestão e atenção. Matus (1996) é uma das referências bastante retomadas nesta discussão. Ele é o autor da máxima: “planeja quem faz”. Planeja quem faz, e não quem tem um cargo para tanto, pois a organização está inscrita no conjunto das ações executadas no dia a dia dos serviços em saúde. A discussão de Matus é aprofundada por Merhy (2002), que propõe um reordenamento dos processos produtivos em saúde por meio do reconhecimento de que todos os atores em ação disputam a gestão e produção do cuidado (atenção). O reconhecimento das tensões e disputas que passam a gestão do cuidado no cotidiano dos serviços de saúde abre espaço para construção de novos espaços de poder, de maneira democrática.

Rivera e Artmann (1999) apresentam quatro diferentes tipos de modelos gerenciais e complementares, interessantes para a efetivação do SUS. Apresentaremos uma síntese de cada um deles, baseando-nos nos referidos autores:

- 1) A corrente da *vigilância à saúde* destaca-se pela busca de operacionalização prática de conceitos do planejamento situacional, a partir da análise do território-solo, que se constitui em território econômico, político, ideológico, cultural e epidemiológico. Destaca-se pela tentativa de criar horizontalidades, através do planejamento a partir de problemas, baseado na concepção matusiana, em contraposição ao enfoque por programas.

2) A corrente da *programação em saúde* da USP propõe a construção de um sistema de saúde programado a partir da epidemiologia social. Os atores sociais identificariam uma evolução da programação, que sairia de uma posição de “técnica de planejamento” para a integração da prática médica à sanitária como um campo de experimentação de novas formas de trabalho em saúde.

3) A corrente da *gestão estratégica e do planejamento de saúde*, articulada ao modelo “em defesa da vida”, do Laboratório de Administração e Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, acumula certa riqueza de experiências tanto na rede básica quanto no campo hospitalar. Propõe a substituição da clássica pirâmide para um círculo e a flexibilização dos critérios de hierarquização. A concepção tradicional e verticalizada de programas é substituída pela formulação criativa de equipes locais – evitando corporativismos – monitoradas por avaliações de desempenho referenciadas por metas vinculadas aos objetivos definidos para os serviços.

4) A *abordagem comunicativa em planejamento*, proposta por Rivera e Artmann (1999), inspira-se na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. Enfatiza as possibilidades de diálogo entre o planejamento situacional e os enfoques da administração estratégica e do planejamento estratégico corporativo, favorecendo uma abordagem do contexto. Essa corrente busca o resgate da subjetividade para o campo da gestão, em processos de construção coletiva de projetos institucionais, a partir do conceito amplo de razão.

Outro autor já citado e importante para o debate sobre arranjos gerenciais e metodológicos para o trabalho em saúde é Campos (2007, 1998). A partir de experiências que se iniciaram no município de Campinas, em São Paulo, Gastão Wagner de Souza Campos propõe o método Paideia. Esse método não surgiu pronto e acabado; ele é resultado de experiências de trabalho vivo em ato, de reflexões teórico-metodológicas e da sistematização de novos aparatos conceituais.

Um deles é o conceito de “unidade de produção”. Este conceito foi criado com a finalidade de extinguir os antigos departamentos e seções fragmentadas segundo categorias profissionais, buscando romper com os organogramas rígidos inspirados no fayolismo e no taylorismo. As

“unidades de produção” concentram todos os profissionais envolvidos com o mesmo tipo de trabalho ou com o mesmo produto ou objetivo identificável, os quais operam ações compartilhadas e atuam de modo multiprofissional.

O conceito de unidade de produção permitiu a emergência de outros conceitos: as denominadas “equipe de referência” e “equipe de apoio”. A equipe de referência (ER) é uma unidade de produção. É a menor unidade de poder em uma organização e sempre possui uma composição interdisciplinar.

A Equipe e os Profissionais de Referência são aqueles que têm a responsabilidade pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo “responsabilidade pela coordenação e condução” refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal, à semelhança do preconizado para equipes de saúde da família na atenção básica (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 964-965).

A equipe de apoio surge da necessidade que a equipe de referência teria, por vezes, de receber o apoio matricial.

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados [...] (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 964).

Nesta nova lógica proposta por Campos e vivenciada em diferentes contextos e dispositivos de saúde (MORAIS; TANAKA, 2012; MAS-SUDA, 2010; CAMPOS; DOMITI, 2007; CARVALHO; CAMPOS, 2000), evidencia-se a indissolubilidade entre atenção e gestão, o que denota a emergência do apoio à gestão como uma face da função apoio, tam-

bém presente nesta proposta. O apoio se faz buscando superar a separação entre quem planeja e quem executa, incluindo a participação de gestores, trabalhadores, usuários na formulação, execução, avaliação do trabalho em saúde, promovendo gestão democrática do serviço. O apoio é, nesse sentido, um dispositivo de democratização. Sendo assim, o apoio Paideia

[...] é uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão. Não se trata de uma proposta que busque suprimir outras funções gerenciais, mas de um modo complementar para realizar coordenação, planificação, supervisão avaliação do trabalho em equipe (CAMPOS, 2007, p. 85).

Campos (1998) elegeu o termo “cogestão” para denominar este modo de cogovernar, ou seja, de governar nas diferentes instâncias do trabalho em saúde, deliberar entre os interesses presentes, em negociação permanente, em discussão e em recomposição com outros desejos, com outros interesses e com outras instâncias de poder. “Trata-se de um método de gestão do trabalho que tem como pressuposto a construção da democracia organizacional e que tem como objetivo ‘aumentar a capacidade de análise e intervenção’ dos coletivos” (CUNHA; CAMPOS, 2010, p. 31).

Em 2004, no esteio da Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde publicou um documento orientador, intitulado *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*, no qual é possível perceber a semelhança com as proposições feitas por Campos. Este documento problematiza o imperativo de reformar e ampliar a clínica e as práticas de atenção no sentido da integralidade e, para tanto, aponta para a necessidade de investir na mudança da estrutura assistencial e gerencial dos serviços de saúde.

É preciso criar novas formas de organização, novos arranjos organizacionais [...]. Esses novos arranjos devem ser transversais [...]. As equipes de referência e o apoio matricial são dois arranjos organizacionais que apresentam essas características de transversalidade (BRASIL, 2004, p. 6).

Portanto, a PNH é outra referência importante na sistematização de estratégias para a mudança de gestão. Segundo a PNH, é preciso envol-

ver/incluir todos profissionais em saúde na discussão/problematização dos modos de gestão das relações de trabalho e dos modos como ela se expressa (BARROS; GUEDES; ROZA, 2011), implicando a defesa de um pressuposto essencial: a recusa de qualquer forma de tutela.

Como proposta para desfazer lógicas de hierarquização dos serviços e de verticalização das decisões, a PNH lança mão do conceito de “apoio institucional” como estratégia metodológica que objetiva construir espaços de análise e interferência no cotidiano, potencializando discussões coletivas de valores, saberes e fazeres. Busca, desse modo, implementar e mudar práticas. Segundo Mori e Oliveira (2009, p. 629), “o apoio institucional é definido como acompanhamento qualificado do trabalho de equipes e tem, como característica principal, a oferta de estratégias metodológicas para implementação das diretrizes e dispositivos da Política”. Repensar o processo de trabalho do grupo de trabalhadores objetivava, sobretudo, “propor maneiras de fazê-los acontecer mantendo o vigor, a criatividade e o empenho com que cada um tem feito, mas sem alguns atropelos e com o menor desgaste possível” (PNH, 2004, apud MORI; OLIVEIRA, 2011).

Tais sistematizações são pensadas na realização do trabalho em ato (práxis) e dele emergem, o que demonstra a possibilidade de emancipação dos sujeitos e de transformação social por meio da produção coletiva da saúde. São movimentos considerados instituintes, pois instauram o enfrentamento dos desafios institucionais do SUS, buscando superar as lacunas apontadas inicialmente neste texto.

A função de apoio institucional, conforme proposição de Passos, Neves e Benevides (2006), implica uma ação “entre”, na interface entre produção de saúde e produção de subjetividade, entre análise das demandas e ofertas, entre as instituições de saúde e os movimentos que estranham seus funcionamentos, sejam eles movimentos sociais, analisadores sociais ou mesmo os movimentos sensíveis que operam aberturas e alteram os modos de sentir e perceber o mundo. Falamos, então, que o lugar do apoio funcionaria como um “não-lugar” (u-topos), já que ele se dá no movimento de coletivos, como suporte aos movimentos de mudança por eles deflagrados (HECKERT; NEVES, 2010, p. 22).

Em 2006, a PNH recebeu um grande investimento para o processo de formação de apoiadores institucionais. Nesse primeiro curso nacional de formação de apoiadores da PNH, pôde-se perceber a necessidade de ampliação tanto da articulação em rede para sustentar a implementação da política quanto do coletivo responsável por essa frente. Nos investimentos subsequentes, prevaleceu o princípio da descentralização, ficando os projetos e a coordenação dos processos de formação a cargo de coordenadores regionais em parcerias localregionais. Colegiados gestores locais, regionais e estaduais foram criados para capilarizar esses novos arranjos, sendo que o apoio institucional é uma estratégia metodológica de ação privilegiada que atravessa essas unidades de produção.

As experiências exitosas que se acumularam por meio do método Paideia e do apoio institucional acabaram por proporcionar a incorporação de estratégias da função apoio em propostas oficiais do MS, tais como a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e do apoio institucional integrado.

Como este trabalho se propõe a focalizar as contribuições do Nasf para a mobilização de mudanças nos modelos de gestão na APS, a seguir um tópico inteiro será destinado para tal reflexão. Portanto, passaremos agora para breves considerações sobre o apoio integrado.

O apoio institucional integrado é uma recente estratégia metodológica proposta pelo MS para fortalecer a gestão do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a implementação das políticas expressas no Plano Nacional de Saúde e dos dispositivos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. O MS apresenta o apoio integrado como forma de potencializar a horizontalidade e a cooperação nas relações interfederativas, por meio da regionalização, das redes de atenção e do estabelecimento de contratos para o desenvolvimento de práticas que não dissociem a atenção e a gestão (BRASIL, 2011a).

O apoio institucional integrado incorpora as sistematizações da função apoio, já apontadas anteriormente, e possui tríplice tarefa: “ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, ampliando a capacidade de tecer uma rede de compromissos, de contratualização entre sujeitos” (BRASIL, 2011b, p. 16). Antes da recente formalização dessa proposta, não encontramos outras publicações e relatos de experiências desse tipo já realizadas no país.

Nosso esforço aqui não foi o de apresentar uma revisão sistemática dos modelos de gestão que se configuram numa perspectiva democrática, mas o de recuperar um pouco de sua história e apresentar conceitos importantes que nos ajudarão a explicitar nosso entendimento de que o Nasf pode se apresentar como mobilizador de mudanças na gestão da APS, reforçando a indissolubilidade entre gestão, atenção e formação.

## **O Nasf: breve história, controvérsias e possibilidades**

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado em 2008, por meio da Portaria GM nº 154 (BRASIL, 2008). Este programa insere-se dentro do escopo das ações da APS no Brasil. Estabelece o credenciamento de equipes multiprofissionais de diferentes especialidades, que assumem a função de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e de ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização das ações em saúde. Trata-se de um programa recente, ainda em construção, e que, portanto, requer de nós, professores, pesquisadores, profissionais e usuários do SUS, um constante repensar sobre seu desenvolvimento nos diferentes municípios do país.

Segundo a Portaria nº 154, o Nasf não se constitui em porta de entrada do sistema, mas deve atuar de forma integrada a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de saúde da família, compartilhando a responsabilidade do cuidado com estas, a fim de revisar a prática do encaminhamento, com base nos processos de referência e contrarreferência. Com o apoio das diferentes especialidades que integram o Nasf, as equipes de saúde da família podem ampliar o processo de acompanhamento do cuidado no SUS. Portanto, o Nasf busca instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental, por intermédio da qualificação e da complementaridade (BRASIL, 2008).

Acreditamos que o Nasf nada mais é do que fruto do amadurecimento e da institucionalização dos aparatos conceituais anteriormente apresentados (unidades de produção, equipes de referência e equipes de apoio). A Portaria nº 154 evidencia que a criação do Nasf reforça a ideia de reformulação dos arranjos gerenciais e dos processos de trabalho em saúde, estabelecendo-o como uma unidade de produção que funciona como equipe de apoio para fortalecer as equipes de referência (equipes de saúde da família).

O Nasf atua segundo algumas diretrizes relativas à APS, tais como: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. As áreas estratégicas nas quais as ações do Nasf devem se realizar são: saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009).

A história do Nasf é recente e o estabelecimento de sua proposta é um pouco controversa, principalmente no que diz respeito ao entendimento do que lhe compete. Para compreender melhor essa questão, faz-se necessário examinar alguns documentos do MS, tais como: a Portaria nº 154 (BRASIL, 2008), o *Caderno de Diretrizes do Nasf* (BRASIL, 2009), a Portaria nº 2.488 (BRASIL, 2011c) e a Portaria nº 3.124 (BRASIL, 2012a).

A Portaria nº 154, além de estabelecer a criação do Nasf, apresentou uma sistematização sucinta de suas atribuições e a classificação dos núcleos em duas modalidades: Nasf 1 e Nasf 2. De acordo com o documento, o Nasf 1 deve ser composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes entre: médico acupunturista; assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional. O Nasf 2 deve ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes entre: assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; e terapeuta ocupacional.

A portaria definiu que cada Nasf 1 realizaria suas atividades vinculadas a no mínimo oito e a no máximo vinte equipes de saúde da família, e cada Nasf 2, a no mínimo três equipes. Apresentou também algumas poucas excepcionalidades a essa regra.

Além disso, a portaria também definiu: a quantidade de equipes que poderiam ser credenciadas por número de habitantes e por número de equipes de saúde da família; a carga horária dos profissionais; o incentivo para o custeio de cada Nasf; e um detalhamento de ações e responsabilidades dos profissionais do Nasf.

Dois pontos costumam ser apontados como controversos nas definições apresentadas: 1) a quantidade de equipes de saúde da família às quais os Nasfs estariam vinculados; e 2) as ações apontadas como possíveis para os profissionais dos Nasfs.

O primeiro ponto mostrou-se controverso por dois extremos que foram ali apresentados: de um lado, temos um exagero expresso na quantidade mínima e máxima de equipes às quais um Nasf 1 deveria estar vinculado, considerando que desenvolver um trabalho na lógica da corresponsabilização e do apoio não é tarefa fácil de se realizar nem mesmo na vinculação com poucas equipes de referência, quanto mais não será na vinculação com vinte equipes?; por outro lado, a portaria não abre espaço para o credenciamento de equipes de Nasf 2 em municípios pequenos, nos quais há apenas uma ou duas equipes de saúde da família. Buscou-se a superação dessas controvérsias com a aprovação da Portaria nº 2.488 (BRASIL, 2011c), a qual revogou a Portaria nº 154, modificou aspectos relacionados à carga horária de trabalho dos profissionais do Nasf, redefiniu o número de equipes às quais cada núcleo deveria estar vinculado e suprimiu a modalidade de Nasf 3<sup>18</sup>, tornando-o automaticamente Nasf 2.

A Portaria nº 2.488 (BRASIL, 2011c) definiu que cada Nasf 1 deveria realizar suas atividades vinculado a no mínimo oito e no máximo quinze equipes de saúde da família. Cada Nasf 2 deveria se vincular a no mínimo três e no máximo sete equipes de saúde da família.

No entanto, esta ainda não foi a última posição do MS quanto à definição do número de equipes às quais cada modalidade de Nasf deveria se vincular. A Portaria nº 3.124 (BRASIL, 2012a) é a mais recente publicação do Ministério da Saúde e acreditamos que ela apresenta uma definição mais coerente e adequada no que diz respeito a quantidades de equipes de referência às quais cada modalidade de Nasf deve estar vinculada. Ela define que a modalidade Nasf 1 deve estar vinculada a no mínimo cinco e a no máximo nove equipes de saúde da família e/ou

---

18 A criação da modalidade Nasf 3 é um outro reflexo dessa controversa, porém pujante, proposta do Nasf. A Portaria nº 2.843, de setembro de 2010, foi revogada um ano depois pela Portaria nº 2.488, já mencionada. A modalidade Nasf 3 fora criada a princípio voltada prioritariamente à atenção integral a usuários de *crack*, álcool e outras drogas. Cada equipe de Nasf 3 deveria, segundo a portaria revogada, estar vinculada a no mínimo quatro e no máximo sete equipes de saúde da família.

equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais); a modalidade Nasf 2 deve estar vinculada a no mínimo três e a no máximo quatro equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas; e cria novamente a modalidade Nasf 3, mas agora propondo que esta deve estar vinculada a no mínimo uma e a no máximo duas equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas.

O segundo ponto de controvérsia da elementar Portaria nº 154 diz respeito às competências e atribuições profissionais das equipes do Nasf. Só para citar alguns trabalhos, Fernandes (2012), Oliveira (2011) e Martiniano e outras (2010) apresentam relatos de que não há clareza ainda quanto às especificidades do trabalho desses profissionais, o que muitas vezes transforma a retaguarda e o apoio em atenção especializada dentro da atenção primária. Esta controvérsia se deu porque a lista de atribuições profissionais do Nasf é grande e, entre elas, uma ação citada é a de: “realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional” (BRASIL, 2008, p. 7). Isso abriu margem para alguns municípios interpretarem o Nasf como uma possibilidade para se implantar uma espécie de centro de especialidades, com atuação de cunho ambulatorial, o que vai contra a ideia de criar novos arranjos gerenciais e de processos de trabalho que operem na lógica de um modelo de atenção integral e coletiva da saúde. Nesse sentido, Cunha e Campos (2011, p. 968) reforçam que alguns problemas estruturais foram possivelmente a causa dessa interpretação equivocada da proposta do Nasf. A escassez de serviços especializados, por exemplo, pode ter motivado muitos gestores a credenciar equipes para suprir essa carência. Entretanto, essa utilização equivocada acabou por empobrecer a proposta e dificultou a compreensão de sua função.

O *Caderno de Diretrizes do Nasf*, publicado em 2009, contribuiu para dirimir um pouco da confusão acerca da proposta, ao afirmar que intervenções individualizadas e específicas do profissional do Nasf, na relação direta com os usuários e/ou famílias, apenas devem ocorrer em situações extremamente necessárias, mediante discussão e negociação *a priori* com os profissionais da equipe de saúde da família responsável pelo caso. Esta equipe de referência não deve se desresponsabilizar do cuidado e do contato com o usuário e/ou família enquanto as intervenções do Nasf ocorrem (BRASIL, 2009).

Além do *Caderno de Diretrizes*, a *Oficina de Qualificação do Nasf* (BRASIL, 2010) também reforma essa ideia. Os documentos são bastante semelhantes e ambos fazem maior detalhamento da proposta e fundamentam melhor a concepção da função apoio que se pretende instituir por meio do Nasf.

O correto entendimento da expressão “apoio”, que é central na proposta do Nasf, remete à compreensão de uma **tecnologia de gestão** denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”. [...] O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de Saúde da Família). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os Nasfs), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (BRASIL, 2009, p. 11-12, grifo nosso).

Podemos perceber, portanto, que a função apoio no Nasf está atrelada a uma tecnologia de gestão denominada apoio matricial. O apoio matricial apresenta dupla função: suporte assistencial e suporte técnico-pedagógico.

A dimensão assistencial é aquela que vai produzir a clínica compartilhada, a ação interdisciplinar e intersetorial, o desenvolvimento da noção de território e a integralidade na intervenção. Para realizá-la, o Nasf lança mão de ferramentas, tais como: a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território.

A dimensão técnico-pedagógica também se operacionaliza por meio do uso dessas ferramentas, tendo em vista que elas permitem o apoio educativo e a formação continuada com e para a equipe. As necessidades do serviço e das equipes que nele atuam exigem trabalhar com a aprendizagem significativa, que envolva os fatores cognitivos, relacionais e de

atitudes, visando qualificar e (re)organizar os processos de trabalho. A educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. Assim, a aprendizagem deverá ocorrer em articulação com a (re)organização do sistema de saúde. Deve-se trabalhar com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho simultaneamente (BRASIL, 2009).

Além disso, por meio do uso da ferramenta de pacto de gestão, o Nasf pode ajudar as equipes de saúde da família a incrementarem a participação social e, conseqüentemente, a promoção da saúde e a humanização dos processos de trabalho.

Assim, entendemos que essas duas dimensões mencionadas se atravessam e se interpenetram em diversos momentos. O apoio matricial no Nasf, como tecnologia de gestão, portanto, evidencia a indissolubilidade entre gestão, atenção e formação em saúde. Ao ampliar a clínica e desenvolver projetos de saúde no território, por exemplo, o Nasf mobiliza mudanças, pois convida todos os atores envolvidos a se responsabilizarem pelas decisões, a planejarem as ações (gestão), as quais serão executadas (atenção), com a garantia a esses atores da formação necessária para a sua execução, por meio do apoio pedagógico (formação). Com isso, o Nasf operacionaliza não só a máxima “planeja quem faz”, mas reforça a ideia de que o planejamento, a ação e a formação (esta última necessária tanto para planejar como para executar) devem sempre caminhar juntos.

Experiências diversas, algumas exitosas, outras nem tanto, têm se estabelecido por meio da proposta Nasf no Brasil (GARCIA JÚNIOR; NASCIMENTO, 2012; MENDONÇA, 2012; SAMPAIO et al., 2012; MENEZES, 2011). Existem 1.410 equipes de Nasf registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, c2008). Destas 1.410, sete estão instaladas em Maringá (PR), município no qual desenvolvemos nossa pesquisa, com o intuito de perceber, por meio do trabalho em ato, um arranjo possível para a implementação da proposta do Nasf.

Este estudo integra uma ampla pesquisa de abordagem qualitativa realizada com um dos Nasfs de Maringá, em 2012/13<sup>19</sup>. Para desenvol-

---

19 A pesquisa foi devidamente submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unesp/Assis, sob o protocolo de nº 01279712.3.0000.5401.

vê-la, fizemos uso das ferramentas metodológicas de observação participante, entrevistas semiestruturadas e grupos de discussão, realizados com gestores, profissionais do Nasf e profissionais das equipes de referência para as quais o Nasf desenvolve a função de apoio.

## A práxis de um Nasf

Maringá é o terceiro maior município do Paraná, com aproximadamente 360 mil habitantes. Tem um IDH elevado de 0,841 e ocupa o 68º PIB do país (R\$ 8.263.628,00) (IBGE, 2012); 95,1 % das pessoas são alfabetizadas e 98,4 % da população vive na área urbana. É a sétima cidade com melhor saneamento básico do Brasil. Possui 95 % de cobertura de esgoto e 100 % do esgoto é tratado (MARINGÁ, 2010). Foi considerada a cidade mais segura do Brasil, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) de 2005, com índice de homicídio de 7,94 para cada 100 mil habitantes e índices de criminalidade comparáveis aos de Amsterdã (Holanda). A cidade está subdividida em zonas fiscais, começando pela Zona 01 (onde fica localizado o centro financeiro da cidade) e terminando na Zona 50, além de bairros, loteamentos e dois distritos (Floriano e Iguatemi). As zonas fiscais têm função meramente administrativa, sendo que apenas as dez primeiras são consideradas também bairros, e a maioria está localizada na região central da cidade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no município de Maringá em 1999, inicialmente com sete equipes. Atualmente existem 64 equipes da ESF, distribuídas nas 29 unidades básicas de saúde (UBS), que atendem 74.666 famílias, com uma cobertura de aproximadamente 80 % da população (BRASIL, 2013).

O Nasf foi implantado em Maringá no ano de 2009, com o credenciamento de sete equipes, sendo que este número permanece o mesmo atualmente. A entrevista realizada com a coordenadora dos Nasfs de Maringá deixou claro que a implementação dos núcleos nesse município se deu por meio de um processo de estudo e diálogo, conduzido por uma comissão de gestores da Secretaria Municipal de Saúde, formada de representantes de algumas categorias profissionais e de representantes da Universidade Estadual de Maringá.

A comissão, entre outras questões, colocou em discussão três pontos centrais: quantas equipes de Nasf seriam implantadas, quais categorias de profissionais iriam compor esses núcleos e a quais UBS elas estariam vinculadas. A comissão decidiu implementar sete Nasfs de modalidade 1, proporcionando vinculação com todas as equipes de saúde da família existentes em seu território, numa média de nove equipes de referência para cada Nasf. Além disso, a comissão refletiu sobre os indicadores e necessidade municipais de saúde e, a partir disso, definiu as categorias profissionais: psicólogos, educadores físicos, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. O arranjo de profissionais para cada Nasf entre essas categorias foi realizado posteriormente, pela pactuação com as equipes de referência.

O Nasf pesquisado<sup>20</sup> conta com os seguintes profissionais: uma assistente social, uma educadora física, duas nutricionistas, uma psicóloga e dois terapeutas ocupacionais. Esta equipe está vinculada a nove equipes da ESF, distribuídas em três UBS.

A observação participante permitiu que a pesquisadora acompanhasse várias ações desenvolvidas pela equipe. A seguir apresentamos uma breve sistematização das ações verificadas e extraídas do diário de campo da pesquisadora:

#### *a) Participação nas reuniões das equipes de referência (ERs)*

Foi possível acompanhar dezenove reuniões entre Nasf e equipes de saúde da família (ER). Nos locais onde desenvolvemos nossa pesquisa, cada ER realiza reuniões semanais. Nas reuniões observadas, o Nasf sempre enviava de três a quatro representantes. Nelas verificamos a realização do apoio matricial, com a discussão de casos e situações

---

20 A coordenação dos Nasfs de Maringá sugeriu a escolha do Nasf a ser pesquisado, por considerá-lo um núcleo consolidado e bem articulado na rede. A realidade de implantação e implementação de cada Nasf nesse município não é homogênea. Há equipes que não foram bem compreendidas e sofrem resistência das equipes de referência. Há equipes que sofreram problemas relacionados à rotatividade de profissionais. Há equipes incompletas... As pesquisadoras acataram a sugestão da coordenação por entenderem que, para perceber as possibilidades e desafios de implementação dessa proposta, é necessário que a equipe não esteja em um momento tão incipiente de implantação, já que isso poderia supervalorizar os desafios e dificultar a percepção das possibilidades do programa.

relacionados aos usuários e familiares atendidos pela ER. Presenciamos o compartilhamento da clínica e realização de projetos terapêuticos singulares. A presença do Nasf, com profissionais de diferentes especialidades, criava um espaço para trocas de saberes e para o apoio técnico-pedagógico das ERs. Nessas reuniões, percebemos também a realização de Projetos de Saúde no Território (PST) e pactuações em saúde. A pesquisadora teve a oportunidade de presenciar a elaboração dos Planos Anuais de Saúde para 2013. Eles foram pactuados pelas equipes de referência, com apoio do Nasf e este, por sua vez, recebeu orientações da gestão central da Secretaria Municipal de Saúde para discutir a pactuação de alguns indicadores com cada ER específica.

### *b) Participação das reuniões gerais das UBS*

Nos locais pesquisados, cada UBS realiza reuniões periódicas mensais ou bimestrais (conforme necessidade). Tivemos a oportunidade de acompanhar sete dessas reuniões, nas quais o Nasf contribuiu para a organização e mobilizou a participação dos demais profissionais. Constatamos a discussão sobre os processos de trabalho e sobre os modos de composição e de operacionalização do trabalho em equipe. Em muitos momentos, a equipe Nasf foi requisitada pelo núcleo administrativo das UBS (composto pela diretora e por profissionais administrativos auxiliares) para sensibilizar as equipes de referência e refletir com elas sobre mudanças necessárias para lidar com situações como: substituição de consultas agendadas, mediante faltas de usuários; problemas com o gerenciamento e uso inadequado de recursos disponibilizados na UBS; mudanças no fluxo de atendimento; entre outros. O debate sobre os processos de trabalho específicos muitas vezes também levou à discussão de temas relacionados à produção do cuidado e da atenção. Ainda presenciamos o Nasf utilizar esses espaços de reuniões gerais da UBS para tratar temas como saúde do trabalhador e violência doméstica, por exemplo.

### *c) Participação em Grupos de Trabalho de Humanização (GTH)*

O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dispositivo criado pela PNH com o objetivo de intervir na melhoria dos processos

de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. “O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários” (BRASIL, 2008, p. 5). Em uma das UBS a que o Nasf se vincula, a existência do GTH era anterior à implantação da referida equipe de apoio. Em duas outras, o Nasf teve papel fundamental na criação desses grupos. Tivemos a oportunidade de participar de quatro reuniões do GTH. Vimos que ele promove, ao mesmo tempo, uma “parada” e um “movimento” no cotidiano do trabalho, permitindo a reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos têm o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão.

#### *d) Ações de prevenção e promoção de saúde*

Existem grupos de promoção de saúde ligados a cada equipe de saúde da família. Nas quatro oportunidades que tivemos de acompanhar algum trabalho desse tipo, notamos que representantes do Nasf contribuíram com a criação e com a programação dos grupos. Alguns deles já existiam mesmo antes da implementação do Nasf. Outros foram recuperados ou criados por ele, mas todos são coordenados por profissionais da equipe de referência. Também foi possível acompanhar três ações programáticas do calendário estabelecido pela Secretaria da Saúde, nas quais o Nasf, se envolveu tanto na organização como na participação das atividades: semana de combate ao câncer do colo do útero, semana de saúde do homem, semana de saúde na escola.

#### *e) Ações de apoio institucional ao PMAQ e APSUS*

Em 2012, alguns profissionais do núcleo em estudo e dos outros Nasfs do município foram nomeados como apoiadores institucionais pela Portaria Municipal nº 003/2012, que visava o desenvolvimento de ações para estruturação das redes temáticas de apoio às equipes inscritas no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), do Ministério da Saúde, e no Programa de Qualificação da Atenção Primária

à Saúde (APSUS), da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Presenciamos as ações de apoio institucional para implementação do PMAQ em 2012 e para a realização das oficinas do APSUS em 2013. Nessas ações foi possível presenciar o apoio técnico e formativo do Nasf.

O PMAQ é um novo e importante instrumento criado para possibilitar a concretização de pactos de gestão a partir da efetiva participação dos trabalhadores da APS. Além disso, o PMAQ representa um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a APS, vinculando o repasse de verbas ao desenvolvimento estratégico de pactuação de metas de acordo com as necessidades da população e à resolutividade para o conjunto dessas necessidades. Propõe-se a induzir e avaliar papéis e ações da APS como parte das redes prioritárias, sintetizando tanto o esforço de afirmação da atenção primária à saúde como porta de entrada acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde quanto a criação das condições concretas para que ela garanta e coordene a continuidade da atenção nas linhas de cuidado priorizadas nas redes.

Trata-se, portanto, de um instrumento de gestão, financiamento e avaliação de desempenho dos sistemas de saúde nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde sobre os usuários (BRASIL, 2011).

Já o APSUS, implementado em 2012 no Paraná pela Secretaria Estadual de Saúde, é voltado para o desenvolvimento de uma nova lógica para a organização da atenção primária à saúde, estreitando as relações entre o Estado e os Municípios, fortalecendo a capacidade de assistência e de gestão, com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS. No acompanhamento das ações do APSUS foi possível presenciar fortemente o apoio técnico e formativo presente no Nasf. Em 2013, o programa teve como objetivo proporcionar aos participantes das oficinas a formação necessária para que eles desenvolvessem competências para implementar o gerenciamento por processos na atenção à urgência e emergência nas unidades de saúde, em busca da consolidação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência no estado (PARANÁ, 2013).

### *f) Ações de apoio institucional à Rede de Atenção à Violência*

Tivemos a oportunidade de presenciar a participação de membros do Nasf em três reuniões da Rede de Atenção à Violência. Esta rede é um colegiado intersetorial criado no município de Maringá, constituído por escolas, Secretaria Municipal da Educação, Centro de Referência da Assistência Social, Centro de Referência Especializada da Assistência Social, Secretaria Municipal de Assistência, Nasf, equipe da ESF, Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Tutelar, entre outros setores públicos, para planejar as ações de combate à violência no território de abrangência.

### **Considerações finais**

Tendo em vista todas as ações mencionadas, em nosso entendimento, a indissolubilidade entre a gestão, a atenção e a formação se evidenciou no trabalho da equipe de Nasf que foi por nós observada.

Foi possível perceber o Nasf como uma unidade de produção, por meio da qual se operacionaliza a função apoio nas três direções aqui enfocadas: gestão, atenção e formação. Trata-se de uma equipe que coloca em análise os métodos de trabalho instituídos, incentiva o trabalho cooperativo das demais equipes, estimula a troca de saberes e propõe a análise dos movimentos institucionais e a criação de processos de trabalho que não distanciem as atividades da gestão e da atenção.

Neste capítulo, procuramos incrementar o debate sobre a possibilidade de o Nasf funcionar como estratégia para superação da lógica verticalizada, fragmentada, especializada e medicalizadora do cuidado e da gestão em saúde. Acreditamos que o Nasf, apesar dos desafios existentes, apresenta-se como uma proposta interessante para fortalecer o desenvolvimento do SUS.

## Referências

AROUCA, S. A Reforma Sanitária Brasileira. **Radis**, n. 11, p. 2-4, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2008. Seção 1, p. 38-40.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Diretrizes do Nasf**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de Qualificação do Nasf**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 jun. 2011a. Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde**: QualiSUS-Rede. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 out. 2011c. Seção 1, p. 48-55.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade Nasf 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 jan. 2013. Seção 1. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html)>. Acesso em: 25 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica**. Rio de Janeiro: Datasus, c2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BARROS, M. E. M.; GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4803-4814, 2011.

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

\_\_\_\_\_. Paidéia e gestão: indicações metodológicas sobre o apoio. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 85-102.

\_\_\_\_\_. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a09.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARVALHO S. R.; CAMPOS G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, 2000.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Organizações e Democracia**, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.

\_\_\_\_\_. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

FERNANDES, F. D. **(In)ventando multiplicidades**: a função apoio enquanto dispositivo de produção de saúde no SUS. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2012.

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

GARCIA JUNIOR, C. A. S.; NASCIMENTO, P. T. A. O dispositivo apoio matricial na atenção primária em saúde: um relato de experiência no município de João Pessoa/PB. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 93-104, 2012.

GOULART, F. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formação das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 292-300, 2001.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília, 2010. p. 13-28. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS, v. 1).

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2011**. Rio de Janeiro, Ministério do Planejamento e Orçamento, 21 de setembro de 2012.

MARINGÁ (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2010/2013**: Programa Maringá Saudável. Maringá, 2010. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/edca39be41b9.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 003/2012. **Órgão Oficial do Município**, Maringá, 2012.

MARTINIANO, C. S. et al. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da organização dos serviços de saúde: elementos para o debate. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA A POBREZA E A DESIGUALDADE, 1., 2010, Natal. **Anais...** Natal: UFRN, 2010. p. 1-8.

MASSUDA, A. **O método do apoio Paidéia no hospital**: descrição e análise de uma experiência no HC-Unicamp. 2010. Dissertação (Mes-

trado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

MATUS, C. **Política, planificação e governo**. Brasília: IPEA, 1996.

MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MENDONÇA, A. M. **Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família-Nasf**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

MENEZES, C. A. **Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (Nasf) em Olinda: estudo de caso**. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviço de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

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

MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR., H. M.; RIMOLI, J. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O. Y. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 161-170, 2012.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 627-640, 2009.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 34-46, 2006.

PAIM, J. S. et al. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. 9 maio 2011. (Saúde no Brasil, 1). Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2013.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

SAMPAIO, J. et al. O Nasf como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 317-324, 2012.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS: rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.

## *O hiato da educação em saúde na formação dos trabalhadores do SUS*

**Wellington Serra Lazarini**  
**Francis Sodré**

Pensar a mudança das práticas educativas no cotidiano das Unidades de Saúde da Família (USFs) conduz ao exercício de reconhecer a importância dos trabalhadores da saúde como agentes de transformação do espaço onde estão inseridos (MACHADO et al., 2007). Logo, essa perspectiva se dirige para a relevância da formação permanente, visto que “uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor” (CECCIM; FERLA, 2003, p. 216).

Em virtude do seu caráter polissêmico, a “educação em saúde” é compreendida neste capítulo como um conjunto de saberes e práticas diversas que se estabelecem no encontro entre os trabalhadores da saúde e a população, seja no âmbito individual, seja no coletivo. Tal interação pode ocorrer tanto no interior dos serviços quanto na comunidade, de maneira formal ou não, e seu propósito visa um modelo dialógico “que favorece o reconhecimento dos usuários como sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde–doença–cuidado e de condições concretas de vida” (ALVES, 2004/2005, p. 50).

Para desenvolver ações educativas nessa perspectiva, torna-se imperioso a viabilização de iniciativas de formação profissional que problematizem o agir dos trabalhadores de saúde no que tange a sua relação com a população, reflitam sobre esse agir e contribuam na sua reorientação (VASCONCELOS, 1999). Todavia, vários estudos têm revelado a insistência na manutenção de práticas tradicionais, historicamente pautadas pela imposição de normas e saberes e pela culpabilização dos indivíduos, sobretudo no cotidiano das Unidades de Saúde da Família

(ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; ALVES, 2004/2005; BESEN et al., 2007; SILVA et al., 2010).

A maneira como o Estado desenvolveu as práticas educativas ao longo do século XX atendeu diretamente os interesses políticos e econômicos das elites. Até a década de 70, as ações eram orientadas pela unilateralidade, ou seja, não havia qualquer tentativa de diálogo, tampouco de leitura crítica e reflexiva da realidade com a população (VASCONCELOS, 1999).

Entretanto, contrariando o regime repressor instalado no período, começaram a surgir novas experiências de educação em saúde durante o governo militar que seguiram a lógica inversa das práticas hegemônicas. Um dos novos métodos recebeu a influência da obra de Paulo Freire e deu origem à Educação Popular em Saúde, que ganhou força com o Movimento Sanitário (VASCONCELOS, 1999).

A Carta de Ottawa, lançada em 1986, foi enfática ao considerar, em sua proposta teórica e política, a educação em saúde como uma das estratégias básicas para a promoção da saúde. Como diretriz, apontou para a necessidade de realizar uma prática desvinculada da doença e que tivesse um caráter participativo, construtivista e transversal (BRASIL, 2008).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, estruturado a partir dos pilares democráticos da universalidade, equidade e integralidade, fez-se necessária a reorientação do modelo assistencial vigente. Marcado historicamente por práticas hegemônicas, os cuidados de saúde primavam pela dicotomia entre assistência e prevenção. Esse modelo de atenção não permitia o acesso de uma parcela significativa da população brasileira aos serviços de saúde, não atendia suas necessidades e tampouco se importava com a integralidade das ações (ALVES, 2004/2005).

O lançamento do Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde (MS) em meados de 1993 e efetivado em 1994, foi a estratégia adotada pelo governo para reorientar a atenção básica no país (BRASIL, 1997). Sua lógica está ancorada na promoção da saúde e sinaliza para a integralidade da assistência ao usuário, concebido como sujeito que se articula com a família, o domicílio e a comunidade na qual está inserido (BESEN et al., 2007; MATTOS, 2001).

Diante de tal perspectiva, a educação em saúde adquire fundamental importância, pois, como afirma Vasconcelos (1999), ela representa o

campo de práticas e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos com a população, considerando toda a sua diversidade.

Ao se deixar influenciado por esta tendência, a educação em saúde passa a ser apontada como uma importante estratégia de mudança na sociedade. Contribuiu para fermentar as lutas sociais, não apenas para defender questões relativas às condições estritas de saúde, mas também para proporcionar a garantia de um debate amplo acerca do respeito à conquista da cidadania, de modo a observar todos os fatores que impactam diretamente na vida dos indivíduos, como, entre outros, moradia, cultura, lazer, trabalho e educação (PEDROSA, 2001).

Portanto, para que esta realidade se torne factível, faz-se necessário rever os princípios e os métodos que orientam a estruturação dos processos formativos dos trabalhadores de saúde, seja nos espaços da academia, seja nas instâncias administrativas dos governos federal, estadual ou municipal. Experiências inovadoras, mudanças nos conteúdos, práticas pedagógicas calcadas no diálogo e novos cenários de aprendizagem são alguns elementos que precisam ser incorporados a esta nova realidade (MACHADO et al., 2007).

Conforme aponta o documento síntese do relatório da Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços dos SUS, um dos maiores entraves para a consolidação das práticas educativas nos serviços, principalmente da atenção básica, é “a falta de capacitação dos gestores, usuários e trabalhadores para exercer o agir educativo decorrente das práticas pedagógicas entre o serviço e a população” (BRASIL, 2008, p. 19).

Ceccim e Ferla (2003) expõem que o desafio é não dicotomizar a ação individual e a ação coletiva durante a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. É preciso ter em vista o conceito de atenção integral à saúde ao realizar o trabalho educativo com a população, abrindo espaços para a diversidade de saberes e aceitando a “incerteza na definição dos papéis profissionais” (MACHADO et al., 2007, p. 337).

No município de Vitória, no Espírito Santo, a Secretaria Municipal de Saúde (Semus) adotou os pressupostos da educação permanente em saúde como política de formação para os trabalhadores no período compreendido entre 2005 e 2012, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde.

A escolha do período justifica-se pelo interesse em compreender o lugar assumido pelas práticas de educação em saúde na formação dos trabalhadores em duas gestões consecutivas de governos do município de Vitória com orientação de centro-esquerda, que têm como uma de suas prerrogativas a participação popular. O primeiro governo (2005-2008) foi conduzido pela coligação Movimento Vitória de Todas as Cores, formada pelos partidos PT, PSB, PDT, PC do B, PHS, PAN e PV. Já o segundo (2009-2012) fazia parte da coligação Todos Por Vitória, formada por PT e PMDB.

Este capítulo discorre sobre a evolução das estruturas administrativas responsáveis pela formação dos trabalhadores em saúde da Semus e aborda a maneira como a secretaria gerenciou os processos formativos conforme os seus interesses. De modo especial, destinou-se a analisar a política de formação dos trabalhadores adotada pela Semus e sua relação com as ações de educação em saúde propostas nas USFs.

Para tal, por intermédio de pesquisa documental, buscamos: os Planos Municipais de Saúde 2006-2009 e 2010-2013; os Relatórios de Gestão dos anos de 2006, 2007, 2008, 2009; as planilhas de cursos e eventos da Secretaria Municipal de Saúde entre 2008 e 2012; e as portarias e leis municipais.

Estes documentos são compreendidos como relevantes para a educação em saúde de Vitória, já que foram elaborados pela gestão e discorrem sobre planos e metas, bem como sobre suas realizações e dificuldades. Logo, são fontes passíveis de investigação acerca das concepções da secretaria sobre as práticas educativas em saúde.

Durante o processo de pré-análise, os referidos documentos foram lidos e a exploração do material ocorreu através da busca de termos evocadores, a saber: formação e capacitação. Na primeira etapa, os trechos em que os termos apareciam foram categorizados e computados. As categorias foram analisadas à luz do conceito foucaultiano de biopoder, que discorre sobre a concepção de um poder que se constitui na articulação entre a tecnologia disciplinar, aplicada sobre os corpos dos indivíduos, e a biopolítica, dirigida à regulamentação da população, como poder de gestão e maximização da vida (FOUCAULT, 2002).

Os conceitos de biopolítica e governamentalidade de Estado, formulados por Foucault, conferem a possibilidade de se pôr em suspensão os pressupostos das políticas públicas, uma vez que contribuem com uma

atitude reflexiva que desnatura ideias pré-concebidas. Ao estruturar seu arcabouço na perspectiva da governamentalidade, Foucault expõe o processo histórico e político e, com ele, as relações saber-poder que envolvem o caráter evolutivo dessas políticas e, conseqüentemente, o avanço da ação do Estado na sociedade (SANTIN; HILLESHEIM, 2011).

## **O processo de centralização de uma gerência de formação**

Em ambos os governos, a opção por uma gestão participativa e democrática foi posta em evidência nos planos municipais de saúde, formulados no primeiro ano de cada administração. Tal instrumento caracteriza o sistema local de saúde e deixa explícitos os princípios orientadores das ações propostas pelo governo em relação ao setor para os quatro anos seguintes.

Particularmente, o processo formativo dos trabalhadores da saúde foi posto como um dos eixos estruturantes para o alcance da qualidade na atenção da saúde. A orientação sinaliza para a formação de um novo profissional atento às mudanças e necessidades de seu tempo.

[...] a formação de profissionais que não corresponde mais àquela necessária para atender aos avanços e as novas práticas de saúde, está entre as situações importantes que interferem nos processos e resultados do trabalho. Para que novas mudanças ocorram é preciso grandes transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Isso significa que a mudar a forma de cuidar em saúde, prescinde das mudanças de ensinar e aprender (VITÓRIA, 2005, p. 45-46).

Desse modo, no início do segundo ano da primeira gestão, a Semus reestruturou sua organização administrativa através do Decreto nº 12.632, de 13 de janeiro de 2006. Assim, a responsabilidade pela gestão dos processos educativos da secretaria ficou a cargo da Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde (GFDS), ligada diretamente ao Gabinete do Secretário (VITÓRIA, 2007). No mesmo ano, a GFDS abrigou os técnicos da Coordenação de Educação em Saúde da Gerência de Gestão do Trabalho, justamente pela afinidade em relação aos processos formativos que vinham sendo implantados.

A GFDS tem a finalidade de discutir, pactuar e executar as diretrizes de capacitação e desenvolvimento dos servidores da SEMUS. A missão da GFDS é promover ações de ensino-aprendizagem dos servidores da SEMUS, através de metodologias ativas na aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, gerando influência substancial na saúde dos munícipes de Vitória (VITÓRIA, 2010a, p. 1).

Conforme aponta o Relatório de Gestão (VITÓRIA, 2010c), ao longo do período compreendido entre 2006 e 2009, a GFDS foi responsável por revisar os processos formativos. Tal medida se iniciou por meio da constituição de espaços coletivos de discussão e de valorização da realidade local, ponto de partida para proposição de ações formativas. Despontava como uma tentativa de romper com uma visão tradicionalista da educação, caracterizada pelas dualidades: fragmentação de planejar/fazer, assistência/gestão, ensino/serviço e dos núcleos/campo de saber.

Até 2009, a GFDS, responsável por elaborar programação anual de cursos da Semus, ofereceu cerca de 140 cursos de formação por ano, principalmente na modalidade de capacitação de curta duração. A proposição dessas atividades educativas, bem como sua concepção teórica e metodológica, ocorreu de modo descentralizado, ou seja, outras estruturas administrativas, como as áreas técnicas, coordenações e demais gerências, poderiam também planejar suas próprias atividades formativas. Neste caso, para a realização do evento, seria de responsabilidade da GFDS apenas o apoio logístico.

A partir da segunda gestão, o número de capacitações sofre uma diminuição em termos quantitativos, de modo que, logo no primeiro ano, dos 63 cursos programados, apenas 44 foram efetivados (VITÓRIA, 2010c). Segundo o Relatório de Gestão de 2009, tal redução ocorreu com o intuito de otimizar tempo e recursos, “com vistas a aproximar a oferta de capacitações das necessidades de cada território, [...] além de promover uma aproximação e integração contínua entre as diversas áreas técnicas e gerências da SEMUS” (p. 33).

Em meados de 2010, a GFDS passou a centralizar a gestão dos processos educativos da Semus. Ao solicitar propostas de formação às gerências e às áreas técnicas, recebeu 123 sugestões de cursos e even-

tos, dos quais 61 foram encaminhados para a programação de 2011 (VITÓRIA, 2011).

No penúltimo ano do segundo governo, a secretaria municipal oficializou a instituição da Escola Técnica e Formação em Saúde (ETSUS), considerada um marco na formação dos trabalhadores do SUS vinculados não apenas ao município de Vitória, mas também a todo o estado.

Atualmente, todos os processos formativos dos trabalhadores da Semus são gerenciados pela ETSUS. Ademais, a escola oferece cursos livres, formação técnica e cursos de pós-graduação *lato sensu*, tanto para servidores quanto para comunidade, e possui uma biblioteca pública em suas instalações.

### **A educação em saúde e o desafio de incorporá-la na formação profissional**

Ainda que posta a necessidade de mudanças nos paradigmas que orientam a formação dos trabalhadores da saúde, o processo de análise dos documentos oficiais produzidos pela gestão evidenciou, contraditoriamente, uma baixa ocorrência de formações e/ou capacitações dirigidas aos profissionais cuja proposta estivesse orientada especificamente para o desenvolvimento das atividades educativas nos serviços, sobretudo nas USFs. Entretanto, foi possível perceber algumas particularidades que caracterizaram cada gestão.

Inicialmente, o primeiro governo apresentou as seguintes diretrizes que orientaram a ação formativa dos trabalhadores de saúde da secretaria municipal:

Elaborar anualmente e implementar um Programa Institucional Municipal de Educação Permanente para os trabalhadores, dirigentes, gerentes e conselheiros no município de Vitória em consonância com as diretrizes institucionais da SEMUS. Humanização no atendimento em todos os níveis e serviços da rede SUS, Humaniza-SUS (VITÓRIA, 2005, p. 47).

Essa diretriz começou a se materializar no ano de 2005 com a criação da Coordenação de Educação em Saúde. Tal estrutura foi responsável por pro-

gramar, no mesmo ano, a implantação das “rodas de educação permanente na rede” de atenção básica do município de Vitória, que possuía como arcabouço metodológico o “método da roda”, proposto por Campos (2000).

Entre os enfoques estabelecidos para a adoção desse método, ressalta-se a importância em contribuir para a transformação das práticas de saúde, para melhorar a qualidade do cuidado e promover a humanização da assistência. Além disso, aponta-se ainda para a promoção da gestão participativa, confirmando a indissociabilidade entre gestão e atenção. Destaca-se também a necessidade de fortalecer o trabalho em equipe, o que articula saberes e profissionais (VITÓRIA, 2005).

Embora os processos de trabalho tenham sido uma constante nas pautas das rodas que ocorreram no interior das USFs de Vitória, a educação em saúde voltada à população pouco foi discutida entre os participantes. Segundo Cardoso (2012), os principais temas versavam sobre o arranjo e aperfeiçoamento dos fluxos de trabalho e da prestação de serviços nas unidades de saúde. Visualizou-se uma preocupação excessiva em relação à estrutura organizacional dos serviços, mas pouco se refletiu acerca da efetividade do *modus operandi* dos trabalhadores da saúde.

Há no imaginário de muitos profissionais a concepção de que, para realizar as atividades educativas, não é necessária formação (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). Eles estão imersos em uma lógica produtivista, em que a busca pela organização dos serviços torna-se um imperativo segundo o qual o que vale mais é a quantidade de serviços disponibilizados, enquanto a maneira como estes processos se pautam no cotidiano é relegada a um plano secundário.

Muitos assuntos levantados nas rodas também exigiram maior aprofundamento, sendo incorporados na planilha de formações dos anos seguintes. A maioria das temáticas contemplavam os princípios estruturantes dos serviços, como aqueles relativos à Política Nacional de Humanização do SUS e, particularmente, à Estratégia Saúde da Família (ESF) (CARDOSO, 2012). Dessa forma, ainda que a proposta da gestão tenha sido de aproximação dos trabalhadores das USFs por intermédio dos facilitadores, o que se percebeu na prática foi a efetivação de projetos pré-concebidos pela secretaria, sem abertura a qualquer movimento ascendente cuja origem estivesse na defesa dos direitos dos trabalhadores e usuários das unidades de saúde da família ou que nascesse de ideias germinadas nas tais “rodas”.

Além de implantar as rodas de educação permanente, a GFDS também elaborou anualmente a programação de formações da Semus. Entretanto, a maioria dessas formações esteve relacionada a programas específicos ou a processos de trabalho, não havendo formação específica para a realização de atividades educativas com os usuários (VITÓRIA, 2010c).

Nesse sentido, Albuquerque e Stotz (2004) sinalizam que, embora os órgãos gestores apontem para o reconhecimento da importância das ações educativas nas USFs, pouco se observa na prática em termos de políticas específicas para a realização dessas ações ou de atitudes que objetivem a formação dos trabalhadores.

Logo, as práticas educativas que emanam do cotidiano das USFs, em suas diversas formas e destinos, advêm de iniciativas pessoais de grupos de trabalhadores que ousam romper com a lógica produtivista do sistema vigente. Entretanto, muitos deles precisam conviver com a limitação técnica de suas formações pautadas na clínica individual, falta de apoio financeiro e pressões dos gestores locais, que relegam as atividades educativas ao segundo plano, uma vez que elas não compõem a lista dos indicadores pactuados, objeto real de suas preocupações à frente da gerência dos serviços de saúde. Por isso, aquele profissional que “ousa” trabalhar com educação em saúde denota tal ação como uma escolha individual ou, ainda, um sobretrabalho.

Em razão das tensões que emanaram das rodas, como os questionamentos e reivindicações em direção à gestão, além do próprio desgaste dos facilitadores, a gestão decretou o fim dos espaços de conversa no ano de 2008, com justificativa posta na necessidade de rever a sua efetividade (PINTO et al., 2010). Como sinaliza Foucault (2008a, p. 89), “a liberdade dos trabalhadores não pode se tornar um perigo para a empresa e para a produção”. Os próprios facilitadores sinalizam que o encerramento das rodas ocorreu de modo precipitado e impositivo, por evidenciarem conflitos que são próprios do cotidiano e envolvem disputa de poder, autonomia e controle entre os atores (PINTO et al., 2010).

Se durante a primeira gestão a GFDS, em sua concepção, “promoveu a revisão dos processos formativos/educativos a partir da constituição de espaços coletivos de discussão e de valorização da realidade local como ponto de partida para proposição de ações formativas” (VITÓRIA, 2010c), no segundo governo, o enfoque das ações formativas acenou para o desenvolvimento de estratégias que visassem a qualificação

da gestão. Alguns cursos mereceram destaque, como a Especialização em Gerenciamento das Unidades Básicas do SUS (Gerus), a Especialização em Saúde da Família e o movimento de apoio institucional com a formação do Grupo de Apoiadores Paideia, estratégia que substituiu as rodas de educação permanente em saúde (VITÓRIA, 2010c).

No que tange à educação em saúde, ainda que timidamente, vislumbrou-se a inserção de alguns cursos no calendário programático da secretaria municipal que contemplaram a temática de modo mais específico. Particularmente, os anos de 2009 e 2010 destacaram-se em termos de proposições formativas em relação às ações educativas. Além dos cursos de especialização, ressaltam-se as capacitações em Gestão dos Processos Educativos em Saúde, formação pedagógica para servidores que atuam em ações de educação em saúde em consonância com a Política Nacional de Gestão Participativa (ParticipaSUS) e formação dos Ativadores da Mudança na Atenção Básica e Educação Popular em Saúde, voltada à população (VITÓRIA, 2009; 2010c).

Cabe destacar a adesão do município de Vitória ao ParticipaSUS neste mesmo ano. Isso proporcionou a arrecadação de recursos federais por intermédio do cumprimento das metas do pacto, entre elas, a “sensibilização e capacitação de diferentes atores para promoção da equidade em saúde, para o controle social e para a educação em saúde” (BRASIL, 2009, p. 29). Para além do recurso financeiro, o ato de vincular-se ao pacto pressupõe um maior comprometimento da gestão local. Espera-se, de fato, uma abertura ao diálogo com os atores sociais e respeito perante a diversidade expressa nos diferentes modos de viver e adoecer dos sujeitos.

É importante considerar que, ainda que educação em saúde tenha sido pautada em algumas formações para os trabalhadores da secretaria municipal de saúde, sua execução ocorreu de maneira pontual. Além de não privilegiarem a reflexão crítica dos trabalhadores, os cursos geralmente são formatados para atender temas ou desenvolver habilidades específicas. Ou seja: apoiam-se na transmissão de conteúdos fechados – por imposição do Ministério da Saúde ou para atender determinados interesses da gestão municipal –, que limitam a percepção dos trabalhadores acerca dos determinantes do processo saúde–doença e, conseqüentemente, acerca de sua capacidade de intervenção no cotidiano.

A realidade de um território de saúde é marcada pela sua dinâmica.

Muitos cursos não encontram ressonância nos serviços, pois, devido a suas características, não conseguem a flexibilidade necessária para se obter efetividade diante das necessidades locais e atender os indicadores. Além disso, a falta de acompanhamento dos trabalhadores e de avaliação dos processos educativos após os cursos, aliada à lógica hegemônica da clínica individual que ainda impera nos serviços, contribui decisivamente para a marginalização da educação em saúde no cotidiano.

Com a centralização da programação dos cursos na GDFS a partir de 2011 e, posteriormente, na ETSUS em 2012, observou-se novamente a redução das formações envolvendo o tema da educação em saúde. Entre os fatores considerados na proposição das capacitações, destacaram-se:

- os dados da pesquisa realizada pela NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ sobre a Estratégia de Saúde da Família em Vitória publicada em 2009;

- a análise das demandas de capacitação oriundas dos TCCs do GERUS;

- a análise dos indicadores de saúde do município;

- a análise de sobreposições de eventos nos mesmos períodos;

- a proximidade de temáticas, objetivos e público alvo;

- a adequação das propostas quanto à pertinência e modalidade (VITÓRIA, 2011, p. 6).

Embora a política de formação dos trabalhadores de saúde da Semus, nas duas gestões em análise, estivesse embasada na construção de processos participativos, direcionados a atender as reais necessidades de saúde da população, observou-se na prática um enfoque amplamente voltado para a estrutura organizativa e seus programas de saúde.

Os cursos de formação, tanto na academia quanto nas secretarias de saúde, não têm priorizado o debate necessário acerca das dificuldades que implica uma “ação pedagógica voltada para a apuração do sentir, pensar e agir dos atores envolvidos nos problemas de saúde, de forma a se construir coletivamente as novas soluções sanitárias necessárias” (VASCONCELOS, 1999, p. 77).

## A biopolítica de formação dos trabalhadores

Consoante às orientações do Ministério da Saúde, o município de Vitória estruturou seus projetos formativos à luz da educação permanente em saúde. Suas diretrizes acenam para a construção de projetos coletivos, nos quais todos os trabalhadores de saúde tenham participação ativa. Além disso, o MS “sugere que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços” (BRASIL, 2004, p. 10).

O arcabouço da política de educação permanente em saúde converge para a construção de projetos que estejam próximos das necessidades que emanam do cotidiano dos serviços de saúde. Propõe-se a perspectiva do trabalho como espaço reflexivo-formativo, em que o trabalhador também se torne gestor da sua própria ação (SANTIN; HILLESHEIM, 2011).

Essa concepção trazida pela educação permanente em saúde representa um deslocamento importante no que se refere à formação dos trabalhadores, uma vez que, em vez de se retirá-los do seu lócus de ação, incorpora-se o ensino na própria realidade vivenciada. Além disso, tende a romper com as práticas educativas institucionais fragmentadas, promove a valorização do saber do trabalhador e trata a equipe como grupo, de modo a ir além da segmentação disciplinar (SANTIN; HILLESHEIM, 2011).

A adoção da política de educação permanente em saúde pressupõe o rompimento com as velhas práticas pedagógicas, pautadas pela transmissão de conhecimento de caráter unilateral. Logo, a educação permanente caracteriza-se por aproximar-se do cotidiano pelo uso de metodologias ativas, ou seja, de uma arquitetura pedagógica sensível à ideia de que as mudanças comportamentais e técnicas decorrentes da aquisição de novos conteúdos e informações só se produzem quando articuladas à realidade vivida e experienciada (VITÓRIA, 2005, p. 52).

Essa perspectiva metodológica, atenta às necessidades reais da população, que sustenta a aprendizagem significativa, seria reafirmada pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (BRASIL, 2009), cujo compromisso ético aponta para a defesa da cidadania.

Daí a importância de construir ações educativas voltadas à realidade local, apoiadas nas práticas educativas de saúde, no encontro das ações intencionais que buscam a construção de significados para os saberes, as representações e as informações que a população apresenta sobre sua saúde/doença, por meio de atos pedagógicos e comunicativos capazes de conscientizar as pessoas de seu lugar no mundo, produzir subjetividades com o sentido de mudança e desencadear a mobilização para a ação (VITÓRIA, 2005, p. 52).

Todavia, é importante pensar as formações dos trabalhadores a partir de um olhar biopolítico, uma vez que “a biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder [...]” (FOUCAULT, 2002, p. 292).

Para além do enfoque formativo, faz-se necessário pensar a política de educação permanente em saúde e suas práticas, na medida em que dialogam diretamente com a população, como uma estratégia de Estado para manutenção de sua governamentalidade. Assim, torna-se possível empreender uma nova leitura sobre a adoção desta política pela gestão, observando-se os contornos que aproximam as diretrizes da formação dos trabalhadores da saúde dos interesses de Estado.

Conforme apontam Santin e Hillesheim (2011), a racionalidade política ancorada na governamentalidade configura-se em um processo extremamente sutil, pois considera todo o corpo social como um objeto passível de governo. Nesse sentido, “nunca se governa um Estado, nunca se governa um território, nunca se governa uma estrutura política. Quem é governado são sempre pessoas, são homens, são indivíduos ou coletividades” (FOUCAULT, 2008b, p. 164).

Essa racionalidade pretende investir nas condições de vida das populações de maneira positiva, diferentemente das disciplinas e seus mecanismos coercitivos que engessam os indivíduos. Pode-se exemplificar esse investimento através da formação: ao se tornar o trabalhador apto ao trabalho e livre para criar e produzir, espera-se que todo o sistema de saúde possa ser beneficiado.

Portanto, de modo a lograr seus objetivos com o menor desgaste possível, torna-se estrategicamente mais interessante para o Estado manter o exercício do controle da população, não mais pela coerção,

mas sim a partir da potencialização da sua força de trabalho, útil a determinados interesses de poder, por intermédio de técnicas de governo contínuas e permanentes.

Ao orientar os processos formativos dos trabalhadores da saúde conforme as diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a Semus ratifica a indissociação entre formação e processos de gestão do trabalho. A perspectiva centrada no trabalhador, reconhecido não mais como um mero “cumpridor de tarefas”, mas como um agente autônomo que também gere seu próprio trabalho, atribui a ele mais uma responsabilidade, que seria o levantamento das suas principais necessidades de formação.

As modificações nos mecanismos de poder não apontam necessariamente para uma cisão entre velhas e novas maneiras de gerir. De modo contrário, elas podem até mesmo se complementar, pois é próprio da biopolítica se configurar em uma estratégia de potencialização da força de trabalho, sempre atenta à preservação da vida dos indivíduos, sinônimo de produção de valor (REVEL, 2006).

É factível, portanto, admitir que a política de educação permanente em saúde adotada pela gestão está imersa na lógica da governamentalidade liberal, visto que o arcabouço da estrutura formativa obedece a contornos biopolíticos. Imersa na engrenagem competitiva e individualista, a demanda incessante de formação é apontada não apenas como uma exigência do sistema de saúde, mas advém também da própria subjetividade do trabalhador, que o impele a buscar qualificação. Esse processo inacabável, embasado pela ideia de que sempre se terá algo a aprender, faz com que a intervenção do Estado se legitime sem que seja necessário utilizar de imposições ou outros meios repressores.

## **Tecendo considerações**

Os documentos oficiais elaborados pela gestão municipal de Vitória entre 2005 e 2012 admitiram que “a formação de trabalhadores para a saúde se destaca como peça fundamental para a elaboração e implementação de uma política de gestão do trabalho para o SUS” (VITÓRIA, 2005, p. 45).

Algumas modificações ocorreram com a estrutura administrativa responsável pela formação dos trabalhadores. Todavia, destaca-se que

durante todo o período ela esteve diretamente subordinada ao secretário municipal e apresentava um distanciamento dos trabalhadores das USFs, que geralmente foram coadjuvantes na construção dos processos formativos.

Embora a gestão municipal da saúde tenha adotado os pressupostos da educação permanente nos dois governos analisados, a apropriação dessa política de formação evidencia a defesa de determinados interesses das gestões. E, ainda que ela esteja posta com o sentido de valorizar a reflexão crítica e de apontar para a necessidade de transformação das práticas produzidas no cotidiano dos serviços, sua utilização se caracteriza como estratégia biopolítica de uso do poder.

A análise documental das duas gestões administrativas demonstrou que a secretaria disponibilizou uma vasta programação de cursos de formação para os trabalhadores da saúde ao longo do período em estudo. Pelas temáticas apresentadas, percebeu-se a importância atribuída aos elementos que compõem a estrutura dos serviços, como os diversos programas de saúde e os fluxos de trabalho interno, sobretudo o acolhimento.

Neste contexto, a educação permanente em saúde potencializa a força de trabalho dos profissionais, tornando-os mais aptos a alcançarem os indicadores pactuados pela secretaria. Como resultado, tem-se o reconhecimento da qualidade dos serviços prestados à população, através do olhar do gestor, que mensura unicamente o cumprimento de metas e, conseqüentemente, vislumbra o aumento do repasse financeiro para o município.

Em se tratando da educação em saúde, poucas capacitações contemplaram especificamente o tema com os trabalhadores. Apenas na segunda gestão administrativa, alguns cursos pautaram a questão. Além disso, percebeu-se a falta de acompanhamento e avaliação das práticas desenvolvidas nas USFs após a conclusão das formações.

A educação em saúde, portanto, nas duas gestões administrativas, não foi tratada como uma tecnologia de produção do diálogo, nem com usuários, nem com os trabalhadores da saúde. Metodologias pedagógicas de tratamento do tema não se constituíram como agenda e tampouco foram pautadas como assunto da formação de trabalhadores para a qualificação do SUS.

Entende-se que a educação permanente, sendo uma estratégia de diálogo, mostra-se também como uma estratégia de resguardar valores

universais para o avanço da democracia: a abertura política, a gestão dialogada e a ampliação do fluxo de informações entre trabalhadores e usuários do SUS.

Essa constatação revela o plano secundário no qual ainda estão inseridas as práticas educativas com a população nos serviços de saúde da Semus. A manutenção do modelo hegemônico, centrado na clínica individual, ainda se apresenta como uma prioridade na atenção básica. Sua estruturação está além dos muros das USFs e se revela em vários componentes do sistema, entre eles a política de formação dos trabalhadores.

Desse modo, para que as USFs possam de fato reorientar as ações na atenção básica, de modo a atender os pressupostos que sustentam as diretrizes e os princípios do SUS, há uma urgência em tornar a educação em saúde como uma prática dialógica nos serviços de saúde.

Para alcançar este objetivo, faz-se extremamente necessário repensar as trilhas que hoje conduzem a formação dos trabalhadores. É preciso romper, sobretudo, com a centralidade nas capacitações que visam unicamente a formação pontual do trabalhador, ocupadas em apresentar-lhe uma fração do processo de trabalho em saúde e orientadas pela imposição de “fôrmas” que resumem o desenvolvimento das práticas de saúde a “tarefas”.

Logo, aproximar os técnicos da gerência de formação e os trabalhadores e tornar hábito o diálogo entre eles é um desafio a ser superado durante a construção de processos formativos comprometidos com o direito à saúde, à cidadania e à autonomia dos sujeitos.

## Referências

ALBUQUERQUE, P. C. de; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

BESSEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Oficina Nacional de Educação em Saúde nos Serviços do SUS**: síntese do relatório. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**: ParticipaSUS. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 189-217.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARDOSO, I. M. “Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 18-28, 2012.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem

do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p. 211-226.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France, ano 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Coleção Tópicos).

\_\_\_\_\_. **O nascimento da biopolítica**: curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

\_\_\_\_\_. **Segurança, território, população**: curso no Collège de France, ano 1977-1978. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. p. 25-44.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008.

PEDROSA, J. I. dos S. Educação popular, saúde, institucionalização: temas para debate. **Interface**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 137-138, 2001.

PINTO, E. E. P. et al. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 77-96, mar./jun. 2010.

REVEL, J. Nas origens do biopolítico: de Vigiar e punir ao pensamento da atualidade. In: GONDRA, J.; KOHAN, W. **Foucault 80 anos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 61-62.

SANTIN, G.; HILLESHEIM, B. Governamento de trabalhadores de saúde: uma análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE PSICOLOGIA SOCIAL DA ABRAPSO, 16., 2011, Recife. **Livro de resumos**. Recife: ABRAPSO, 2011.

SCHALL, V. T., STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. s4-s6, 1999. Editorial.

SILVA, C. M. da C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, ago. 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VITÓRIA (Cidade). Secretaria de Saúde. **Catálogo de cursos e eventos**. Vitória, 2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Catálogo de cursos e eventos**. Vitória, 2010a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Catálogo de cursos e eventos**. Vitória, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. Decreto nº 14.919, de 13 de dezembro de 2010. **Diário Oficial [da] Prefeitura Municipal de Vitória**. Vitória, 2010b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Plano municipal de saúde 2006-2009**. Vitória, 2005. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519\\_saude\\_plano\\_2006\\_2009.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2006_2009.pdf)>. Acesso em: 11 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Relatório de gestão 2006**. Vitória, 2007. Disponível em: <[http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519\\_saude\\_relator\\_gestao\\_2006.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2006.pdf)>. Acessado em: 11 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. **Relatório de gestão 2009**. Vitória, 2010c.

*Apoio matricial: uma estratégia de formação para a promoção da saúde e a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental*

**Alexandra Iglesias  
Luziane Zacché Avellar  
Maristela Dalbello-Araujo**

Este capítulo tem por objetivo colocar em discussão as virtualidades da estratégia de formação intitulada “apoio matricial” e sua capacidade em contribuir para a promoção da saúde e para a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental. Por meio de revisão bibliográfica e análise documental, buscamos apontar os vários sentidos que vêm sendo atribuídos a esta estratégia, bem como os objetivos expressos nos documentos que sugerem o matriciamento como meio para uma maior efetividade do cuidado em saúde.

O apoio matricial é entendido neste estudo como uma importante estratégia para se alcançar a promoção da saúde e a desinstitucionalização do cuidado, uma vez que, ao se levar as questões de saúde mental para serem cuidadas também na atenção básica, trabalha-se pela formação integral dos profissionais de saúde e pela articulação da rede de cuidado.

A formação dos profissionais de saúde, na maior parte das vezes, ainda se mantém muito ligada aos conhecimentos que circundam a doença, o que resulta, no caso das questões mentais, em uma visão fortemente vinculada à ideia do hospital e da medicalização como única forma de tratamento. Acrescido a isto, há ainda uma tendência de as profissões reduzirem seu campo de responsabilidade ao núcleo restrito de saberes e competências de sua formação original, o que reforça o isolamento profissional e obstaculiza a possibilidade de uma atenção integral aos usuários do sistema. Associada às condições históricas que estruturaram uma mentalidade manicomial em alguns profissionais de

saúde, essa tendência dificultou ainda mais a integração da saúde mental às propostas de cuidado em saúde de modo geral (CAMPOS, 1999).

Diante deste contexto, o Ministério da Saúde se utilizou da proposta do apoio matricial com vistas a investir na formação continuada dos profissionais de saúde, estimular cotidianamente a produção de novos padrões de inter-relação entre os vários atores sociais, ampliar o compromisso de todos os potenciais colaboradores – sem cobrar-lhes onisciência ou onipotência – com a produção de saúde e quebrar os obstáculos organizacionais à comunicação (CAMPOS, 1999).

Em outras palavras, o apoio matricial surgiu como arranjo organizacional potente para a formação em saúde de modo a integrar dialogicamente as distintas especialidades e profissões para a efetivação de uma clínica que se pretende ampliada, atentando necessariamente aos fatores determinantes do processo saúde–doença.

Além disso, no que diz respeito especificamente à saúde mental, o apoio matricial se apresentou como importante estratégia para fazer valer a integração da saúde mental na atenção básica, com vistas à efetivação das propostas da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Por meio do apoio matricial, tornou-se possível a ampliação da oferta de cuidado em saúde mental, já que a atenção básica também passou a se responsabilizar por ele, com todo o conhecimento que tem dos equipamentos existentes úteis a esse cuidado.

Neste contexto, o apoio matricial foi descrito pelo Ministério da Saúde como um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população (BRASIL, 2003).

Contudo, nestes mais de dez anos em que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) o manteve como estratégia oficial a guiar as ações de saúde mental na atenção básica para a mudança de modelos assistenciais, o matriciamento foi agregando sentidos, o que se reverteu no assentamento sobre ele de práticas variadas. Já não há um só apoio, são vários apoios operando cotidianamente nas práticas em saúde.

## Concepções sobre o apoio matricial

Bertussi (2010) fala da existência de vertentes de apoios. A primeira delas, denominada apoio-intervenção, consiste na transmissão de informações, conhecimentos e regras/normas por profissionais de saúde representantes da gestão para as equipes de unidades de saúde. Neste caso, a demanda provém das indicações institucionais, e não da equipe que recebe o “apoio”, o que caracteriza um modelo pautado na hierarquização das relações e no controle autoritário.

Outra vertente, o apoio matricial temático, objetiva a interlocução entre os diferentes profissionais – com seus distintos saberes, valores e papéis – e entre os diversos serviços e setores para que juntos construam e efetivem o cuidado integral da população. Neste caso, o interesse em ser resolutivo em relação à questão de saúde que se apresenta é das equipes, dos profissionais e dos serviços envolvidos. Com esse modo de realização da gestão da atenção em saúde, busca-se a redução da fragmentação do processo de trabalho – resultante da crescente especialização em quase todas as áreas de conhecimento – e o compartilhamento de responsabilidade no cuidado em saúde, por meio da instituição de espaços de diálogo, aprendizagem e cooperação entre profissionais de diferentes serviços e setores, caracterizando-se uma relação mais democrática (BERTUSSI, 2010).

Nessa perspectiva de apoio, trabalha-se para que a intervenção aconteça no território, de modo que os usuários sejam cuidados em sua integralidade, considerando-se as dimensões familiares, socioculturais, econômicas e biopsicossociais que envolvem o cotidiano das ações para a promoção da saúde mental (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Tem-se ainda a perspectiva do apoio que se associa à ideia do analista institucional. Nesse sentido, propõe-se promover análises sobre a dinâmica de relações, de poderes, de práticas, de significações, de afetos presentes nos serviços de saúde, colocando-as à disposição de todas as pessoas ali situadas para que possam pensar sobre sua função e funcionamento e, assim, implicarem-se na construção de redes e de práticas inéditas (BERTUSSI, 2010).

O termo “apoio matricial” em si já denota importantes significações. O matriciamento associa-se a prestar auxílio mútuo, amparar, defender, favorecer, o que sugere uma maneira de operar uma relação horizontal

entre generalistas e especialistas, de modo a não mais haver, por exemplo, uma relação pautada na autoridade de um sobre o outro, mas sustentada, sim, em bases dialógicas, para que todos contribuam na gestão das ações em saúde. Assim, matriciar remete, necessariamente, a pensar e a fazer com as pessoas, e não para elas ou sobre elas (CAMPOS, 2003; DOMITTI, 2006).

Acrescido a isso, o matriciamento indica o lugar onde se geram e se criam coisas. Igualmente se tem uma proposta de construção de relações dialógicas entre profissionais das equipes de referência, entre equipes de vários serviços e entre estas e os profissionais de áreas especializadas para a produção de saúde (DOMITTI, 2006).

Diante de tudo isso, concordamos com Bertussi (2010), que entende o matriciamento como uma possibilidade de construção de momentos relacionais em que ocorre a troca de saberes/afetos entre os profissionais de diferentes áreas ou setores, com o objetivo de aumentar a chance de as equipes estabelecerem relações de cooperação e responsabilizarem-se pelas ações desencadeadas, num processo de produção da integralidade da atenção em todo o sistema de saúde.

### **As organizações possíveis do apoio matricial**

No processo de matriciamento, constituem-se, necessariamente, duas equipes – a equipe de referência e a equipe matriciadora –, que podem trocar de papéis, dependendo da situação-problema e das negociações pactuadas entre os envolvidos. Por exemplo, uma pessoa que está em tratamento oncológico pode ter sua equipe de referência no serviço de oncologia – enquanto dura o tratamento específico – e, como apoio, as equipes da atenção básica e os profissionais da saúde mental ou qual outro apoio necessitar; terminado o tratamento, esta pessoa – que possuía uma questão oncológica – passa a ter como referência uma equipe da atenção básica e como apoio a equipe do serviço de oncologia para acompanhamento da situação, caso necessário (OLIVEIRA, 2011).

Apesar de haver a possibilidade de a equipe de referência passar a equipe matriciadora, e vice-versa, a equipe da atenção básica tem assumido prioritariamente o papel de referência devido a sua posição privilegiada de proximidade, que possibilita assegurar a continuidade

do cuidado. Por outro lado, de acordo com a perspectiva e a situação local, o apoio matricial parte, no caso da saúde mental, dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) ou de equipes próprias criadas com tal proposta, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs), ou ainda de equipes volantes.

Dimenstein e outras (2009) defendem que o apoio matricial em saúde mental deve partir dos Caps, uma vez que eles ocupam lugar central na proposta da Reforma Psiquiátrica, além de estar previsto na política que os sustenta o seu papel de apoio para a inserção da proposta de cuidado em saúde mental também na atenção básica. Com isso, os Caps saem de um espaço tradicionalmente institucionalizado para então realizarem um trabalho em conjunto com as equipes da atenção básica, as quais, pela proximidade com as famílias e as comunidades, são essenciais para garantir o acesso e o enfrentamento de agravos vinculados às diversas formas de sofrimento psíquico.

Nesse contexto, a equipe de referência assume a responsabilidade por gerenciar o cuidado integral da pessoa assistida, o que não significa que deva dar conta sozinha de todo o cuidado. Pelo contrário, a lógica do matriciamento prega que a responsabilidade seja compartilhada entre profissionais da equipe de referência e da equipe matricial, usuários e familiares, pois todos estão imbricados no processo de promoção da saúde e desinstitucionalização do cuidado. A questão é que a proximidade e o provável vínculo desta equipe de referência com o usuário requisitam dela o acompanhamento ao longo do tempo da situação-problema apresentada pelo sujeito em sofrimento. Sendo assim, é ela quem gerencia o cuidado e aciona, normalmente, o apoio, conforme a necessidade, para elaboração e efetivação do projeto terapêutico singular. Com este arranjo, busca-se deslocar o poder das profissões e das corporações de especialistas para reforçar o poder de gestão da equipe interdisciplinar, de modo a horizontalizar relações, contando-se com a contribuição dos vários profissionais – inclusive dos especialistas – na gestão das ações em saúde integral, por meio do encontro dialogado (CAMPOS, 1999; BRASIL, 2004; CAMPOS; DOMITTI, 2007; MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Os matriciadores, por sua vez, compartilham da responsabilidade de ativar coletivos, conectar redes e incluir os sujeitos e seus conflitos na composição do cuidado em saúde, tarefas que se desdobram em

inúmeras outras. Nesse sentido, cabe também à equipe matriciadora ativar espaços coletivos que promovam a interação entre os sujeitos, os diversos setores e os atores sociais diretamente imbricados no processo de promoção da saúde; com isto, possivelmente se efetivará sua tarefa de construção e conexão de redes de compromisso com a produção de melhores condições de vida para todos. Pode-se dizer que matriciamento “opera em ‘uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente’ trabalhando no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações” (OLIVEIRA, 2011, p. 34).

Em outras palavras, objetiva-se fazer clínica, saúde coletiva e gestão respeitando os saberes técnicos e populares, considerando os interesses e os desejos dos agrupamentos, combinando lógicas distintas. Isso tudo porque se acredita na possibilidade de construção de novas relações de poder e de afeto, de um trabalho coletivo, de problematização dos modos hegemônicos.

Nesse contexto, os matriciadores contribuem com seu saber para a qualificação/problematização/reflexão do cuidado ao lado das demais equipes envolvidas e, em consequência, para a elaboração e a execução do projeto terapêutico singular dos casos mais complexos, podendo compor com os profissionais da equipe de referência o atendimento, a visita domiciliar, o planejamento de uma atividade de grupo, a reorganização de um grupo já desgastado, a leitura de textos, a discussão de casos, entre outras contribuições possíveis.

Figueiredo e Campos (2009) defendem o atendimento conjunto com o matriciador como um encontro desmistificador do sofrimento psíquico e da doença mental, potente para reduzir o preconceito e a segregação da loucura no espaço de cuidado da unidade de saúde, além de reforçar a potência da interdisciplinaridade. Assim se configura uma importante possibilidade de aprendizagem *in loco*, uma vez que há troca de experiências. As equipes da atenção básica – que geralmente assumem o papel de equipes de referência – sentem-se mais seguras para intervir nas situações de exclusão social, violência, luto, perdas em geral durante a própria consulta clínica, uma vez que tais situações não necessariamente requerem um atendimento mais especializado. E os matriciadores, por sua vez, têm a possibilidade de apreender a dimensão das questões vivenciadas no território, bem como de usufruir dos

conhecimentos, também específicos, daqueles profissionais de referência diretamente vinculados à vida das pessoas que por ali habitam.

Assim, o matriciamento cumpre mais uma de suas funções: a de ser regulador de fluxo, já que possibilita o entendimento e a diferenciação entre os casos que realmente precisam ser atendidos pela saúde mental e os casos que podem ser acompanhados pela equipe da atenção básica, por exemplo, ou pelo menos deveriam ser acolhidos também por essa equipe (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Essa diferenciação evita que os sofrimentos decorrentes das adversidades da vida, que na maioria das vezes prescindem de intervenção medicamentosa, sejam tomados como doenças e que, então, se legitime como tal um mal-estar que é inerente ao ser humano. Com isso, podemos escapar da psicologização dos problemas sociais e da psiquiatrização do sofrimento psíquico, que reproduzem a lógica medicalizante na resolução de problemas do cotidiano (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009; SOUZA, 2004).

O trabalho com a saúde mental exige mais que medicamentos e atendimentos ambulatoriais: requer disponibilidade para escuta qualificada, para a invenção constante, para a desconstrução das respostas prontas e universais, para a construção intersectorial de ações potentes à promoção da saúde, para troca de saberes e práticas e para o encontro.

Nessa relação, todos se beneficiam: equipe matriciadora e equipe de referência. As equipes de referência podem apreender o modo de abordar em saúde mental – que certamente não se encerra em um padrão, mas requer certo conhecimento específico –, e o matriciador pode sentir as implicações da proximidade com a clientela assistida e os tensionamentos existentes na atenção básica, por exemplo. Assim, o encontro interdisciplinar permite a ambas as equipes trabalharem com a saúde de um modo ampliado e integrado.

Figueiredo (2006) traz um dado interessante quanto aos benefícios que esse encontro pode proporcionar ao matriciador. Ela afirma que o médico psiquiatra, quando matricia uma equipe, tende inicialmente a focar a intervenção na medicação – devido ao seu próprio núcleo de saber –, contudo, a partir da integração com os demais profissionais, passa a fazer reflexão sobre o contexto daquele sujeito para além da medicação.

Tal fato certamente ratifica o encontro de diferentes perspectivas trazidas por cada uma das pessoas que compõem estes espaços de com-

partilhamento, o que possibilita, por meio da troca de experiências, vínculos e olhares diversos sobre aquele sujeito em sofrimento psíquico, a construção de projetos de intervenção que dificilmente poderiam ser pensados e executados de maneira isolada, pois são, justamente, uma composição contempladora das diferentes visões de mundo que se comprometeram no diálogo.

O matriciamento se afirma, portanto, como um modo interativo, que admite as diferenças de papéis e de conhecimento e que procura, fundamentalmente, estabelecer relações construtivas entre os diversos atores sociais, aproveitando e considerando as experiências, os desejos e os interesses de cada um. Assim, o apoio matricial atua na produção de outra cultura e de outro modo de subjetivação, que não aquele pautado no corporativismo e na alienação do trabalhador em relação ao resultado do seu trabalho (CAMPOS, 1997; BERTUSSI, 2010).

Nesse contexto, o matriciamento propõe promover espaços de encontro que favoreçam a análise dos processos de trabalho e, em consequência, a construção de redes de conversação, de diálogo e de pactuação entre gestão e profissionais, entre os trabalhadores de um mesmo setor e de setores diferentes, de uma mesma categoria profissional e de categorias profissionais diferentes e entre trabalhadores e usuários – incidindo tanto sobre a organização dos processos de trabalho como sobre a produção do cuidado em si. Bertussi (2010) enuncia o matriciamento como uma prática relacional, que, para além da técnica, propicia trocas de saberes entre os profissionais envolvidos no cuidado aos usuários.

O matriciador, como um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, pode, assim, colaborar para a ampliação da resolutividade do problema de saúde apresentado pela equipe primariamente responsável pelo caso (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Vale destacar que o fato de ser especialista não deve colocar o profissional em uma posição de superioridade em relação aos demais, como se ele soubesse mais e viesse, portanto, trazer a solução para o problema em pauta. Isso apenas reforçaria a postura hierarquizada entre quem formula e quem executa, a qual, por muito tempo, tem dificultado a efetivação, por exemplo, das propostas de promoção da saúde, do cuidado integral e da desinstitucionalização. Os saberes – sejam eles do especialista, sejam do generalista, sejam do usuário – são apenas

diferentes; uma vez compartilhados, têm potencial para promover as mudanças necessárias à promoção da saúde.

Não se pode perder de vista que o apoio matricial, assim como qualquer proposta de melhoria do sistema de saúde, tem sua potência, mas não onipotência, e tem seus riscos. Daí a necessidade de se colocar constantemente em análise o processo de matriciamento, para que sua função contra-hegemônica de envolvimento, cogestão e corresponsabilização pela expansão da vida seja rotineiramente realimentada, e não capturada pela lógica tradicional de trabalho limitada ao atendimento clínico curativista e assentada na ideia de que apenas a atuação de um especialista é resolutive/válida para o tratamento.

Oliveira (2011) aposta no apoio matricial também como uma possibilidade de desconstrução daquele especialismo, que, uma vez sustentado por saberes especializados, constrói dependência, impossibilitando ou desqualificando a emergência de saberes e práticas “informais” ou não reconhecidas pelos “*experts*”, os quais igualmente produzem saúde e, no caso da saúde mental, inclusive se fazem indispensáveis. Isso porque não se trabalha com padrões; a todo momento se configura a necessidade de inventar e reinventar modos de intervir e abordar o sujeito em sofrimento. Estamos falando de pessoas que se diferenciam uma das outras em sua história de vida e vivências e, igualmente, reinventam-se a partir das relações que estabelecem com seu entorno.

Diante disso, a proposta é estender aos demais profissionais – para além daquele que trabalha especificamente as questões da saúde mental – a potencialidade em lidar com os sujeitos em sua complexidade, de modo a incorporarem às intervenções, para além das dimensões biológicas e sintomáticas, os aspectos subjetivos e sociais do ser humano, uma vez que tais aspectos transpassam qualquer problema de saúde e devem, portanto, ser abordados em toda relação de cuidado.

Não existe “usuário da saúde mental”; trata-se de sujeitos que em determinados momentos podem requerer auxílio de determinada área ou de determinado conhecimento, o que tampouco significa que o cuidado deva se restringir ao especialista. Muitas vezes é mais resolutive o apoio daquele profissional que tem maior vínculo com o usuário, com o qual ele se sente mais à vontade em compartilhar suas questões de vida.

Assim, pretende-se com o matriciamento em saúde mental envolver também os profissionais da atenção básica no cuidado às pessoas em

sofrimento psíquico, as quais, para além desse sofrimento, vivenciam outras dores, carências e necessidades que merecem atenção.

A atenção integral a esses sujeitos garante a não cisão entre mente e corpo, sujeito e contexto social, especialistas e generalistas, saúde mental e outras áreas da saúde. Todos – profissionais, gestores e usuários – podem produzir atos de saúde cuidadores, que consistem em acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto, potentes à reintegração social das pessoas em sofrimento psíquico (DOMITTI, 2006; BERTUSSI, 2010). Nas palavras de Bertussi (2010, p. 178) trata-se de:

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

No apoio matricial em saúde mental, alguns conhecimentos e ações reconhecidos historicamente como inerentes à área “psi” são compartilhados com os demais membros de uma equipe interdisciplinar, de modo a contribuírem para a ampliação de sua clínica e para o acolhimento do usuário que vivencia o sofrimento psíquico (FIGUEIREDO, 2006). Não se trata de transmitir as especificidades relativas à compreensão dos processos psíquicos e dos modos de intervir nucleares da saúde mental que extrapolam a formação dos profissionais não psi, mas de compartilhar alguns saberes do núcleo psi que podem compor o campo dos profissionais de saúde, por exemplo, a necessidade de se agir sobre a história de vida das pessoas, independentemente da categoria profissional. Isso, certamente, contribuirá para a ampliação da capacidade de análise e ação dos trabalhadores no sentido de coprodução de saúde e de autonomia, além de possibilitar a construção de outro saber que se pretende transdisciplinar (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

O trabalho cotidiano dos serviços de saúde mostra que, ao se incluir no cuidado em saúde a história de vida do sujeito, o modo como a pes-

soa entende e vivencia o seu problema de saúde, bem como as relações que a partir daí se estabelecem no meio familiar e social, amplia-se a resolutividade da ação, e isso independe da categoria profissional que o faz. Um quadro depressivo pode estar expressando a desesperança ante o contexto de desemprego ou a precariedade do trabalho e não necessitar propriamente de um tratamento regular de base psicoterápica ou medicamentosa, mas certamente requisitará apoio do profissional de referência – com um maior vínculo –, que, preferencialmente, se articulará com a rede para a proposição de alternativas concretas de cuidado (FIGUEIREDO; FURLAN, 2008).

Nesse contexto, a pretensão é a mudança da ideia de referência e contrarreferência para a perspectiva da corresponsabilidade e do trabalho em rede de complementaridade, que certamente possibilitam melhorias na relação das equipes de saúde com os usuários e seus familiares (BRASIL, 2001).

O modelo de referência e contrarreferência opera no sentido de transferência de responsabilidade, em uma relação vertical com o outro serviço, setor e/ou profissional, os quais recebem por escrito apenas os informes do que já foi feito e devem devolver outro informe a respeito do procedimento executado. Este modelo caracteriza um sistema burocrático, indutor da fragmentação do processo de trabalho, uma vez que cada profissional executa isoladamente o procedimento que considera mais adequado ao caso, sem, necessariamente, haver uma interlocução entre os envolvidos no processo de cuidado ao usuário. É sabido que, na maioria das vezes, sequer há o compartilhamento de informações, conforme previsto pelo modelo; o usuário é encaminhado com a guia de referência, mas não retorna com o formulário de contrarreferência. Com isso, a responsabilidade pelo caso é, ao mesmo tempo, de todos e de ninguém (DOMITTI, 2006; MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

A perspectiva do apoio matricial, ao contrário, é que se construam e se ativem espaços de comunicação para o compartilhamento de dificuldades, saberes e práticas entre profissionais de referência e matriciadores, com vistas à produção de uma rede de cuidado propícia a equacionar os problemas de modo integral, não se perdendo de vista o objetivo de sempre buscar promover a autonomia dos usuários. A intenção é estimular e facilitar o contato direto entre as equipes envolvidas no processo de cuidado, gerando experiência para ambas.

O contato deve se estabelecer por meio de encontros periódicos e regulares, semanais, quinzenais ou mais espaçados; ou ainda, nos casos imprevistos e urgentes em que não é possível esperar a reunião regular, por meios diretos de comunicação personalizados – contato pessoal, eletrônico ou telefônico –, e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao usuário com solicitação de algum tipo de intervenção do matriciador (DOMITTI, 2006).

Assim, alteram-se também o papel e o modo de operar das centrais de regulação, que não mais definem a distribuição de vagas para os especialistas; a definição pelo acesso de um caso a um apoio especializado passa a ser tomada pela equipe de referência e pelos matriciadores de modo interativo, de acordo com uma análise prévia feita sobre o caso em questão. Dessa forma, a saúde mental sai do núcleo especializado para transitar no fazer das equipes dos vários serviços da sociedade (FIGUEIREDO, 2006; CAMPOS; DOMITTI, 2007; OLIVEIRA, 2011).

Diante de tal configuração, o regulador assume o papel de acompanhar e avaliar a pertinência das decisões e de tomá-las somente em situações de urgência, quando não haveria tempo para o estabelecimento de contato entre equipe de referência e matriciadores. Com isso, aposta-se no empoderamento dos profissionais de saúde, que assumem a responsabilidade de reguladores do sistema a partir de suas próprias tomadas de decisão, em conformidade com as diretrizes do SUS, além de se assegurar que os casos com maior gravidade tenham atenção prioritária, fazendo-se valer o princípio da equidade de acesso aos recursos disponíveis no sistema (CAMPOS; DOMITTI, 2007; OLIVEIRA, 2011).

Vale destacar que nada disso se efetiva sem a garantia da existência de espaços coletivos que assegurem aos profissionais algum grau de cogestão e de democracia institucional, de modo que eles atuem nos processos decisórios de suas práticas, definindo as metas, os objetivos, os “protocolos” de cuidado, as condutas clínicas e as prioridades, participando, portanto, desde a elaboração de um projeto até sua efetiva implantação. Em outras palavras, faz-se importante que estejam disponíveis condições coletivas reais para que as pessoas possam participar tanto da elaboração quanto da execução dos projetos em saúde, analisando de modo coletivo todos os entraves que obstaculizam várias atividades propostas pelo SUS.

Ao contrário, “um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e

alienação entre a maioria dos trabalhadores” (CAMPOS, 1999, p. 395), já que a questão que deveria mobilizar o grupo não foi construída num coletivo que envolvesse todos os atores implicados. Como resultado, desenvolvem-se ações descontextualizadas da realidade da comunidade e destoantes dos interesses e pretensões dos atores diretamente vinculados.

Nesse contexto, não há lugar mais propício a tais negociações cotidianas a respeito do trabalho em saúde que a própria reunião de equipe da estratégia de saúde da família. Certamente esses encontros podem acontecer em outros espaços e de outras formas, contudo a reunião de equipe, como um espaço em tese já existente, tem potencialidade de configurar um grupo que faça valer as metas de promoção da saúde e desinstitucionalização do cuidado.

Para além desses espaços de encontro, a efetivação do matriciamento depende de outras condições, tais como: envolvimento de todos os níveis de gestão, organização do processo de trabalho, de agenda e de fluxo, disponibilidade de uma rede de serviços que garanta retaguarda assistencial, disponibilidades pessoais e institucionais dos profissionais envolvidos, bem como a reformulação da mentalidade e da legislação do sistema de saúde, de modo que se garanta a participação de todos na elaboração de planos gerenciais e de projetos terapêuticos (DOMITTI, 2006).

Assim, rejeita-se a concepção de que a gestão cabe única e exclusivamente a gerentes e passa-se a enxergá-la como um processo de negociação permanente entre cada sujeito e seu entorno, efetivando-se a cogestão do cuidado em saúde, que consiste na:

[...] diminuição da cegueira dos grupos diante da força do cotidiano, de construir parcerias antes não imaginadas, de descobrir alternativas antes impensadas, mas, principalmente, é uma maneira de obrigar os técnicos a considerar os valores e a cultura da comunidade sem a qual não há mudança. E, principalmente, é uma forma de envolver as vítimas na luta contra o contexto que as oprime (CAMPOS, 2003).

Estamos falando da potencialidade do matriciamento em facilitar, por meio de sua proposta de cogestão, a construção de redes conectadas e solidárias, de espaços de controle social, de parcerias intersetoriais, de promoção da saúde, de análise do cotidiano, do processo de trabalho,

da rede, dos fluxos e do cardápio de ofertas do serviço – que deve se dar a partir das necessidades dos sujeitos e famílias, das características do território e da rede de relações que ali se estabelecem. Além disso, como trazido por Oliveira (2011), aposta-se que o apoio matricial possibilite o reconhecimento de que não há autossuficiência de saberes no campo da saúde e assim possa despertar em cada um o interesse em aprender algo novo/diferente e em se beneficiar da partilha do conhecimento.

## Referências

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde.** 2010. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da oficina de trabalho para a discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica.** Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial.** Brasília, 2004.

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

\_\_\_\_\_. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: CFP, 2009.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009.

DOMITTI, A. C. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na atenção básica de saúde**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, v. 32, n. 79, p. 143-149, 2009.

FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. G. O subjetivo e o socio-cultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde**

ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 154-178.

MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 900-907, 2010.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

SOUZA, A. C. **Em tempos de PSF**: novos rumos para atenção em saúde mental? 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

*A política de educação permanente em saúde  
no Espírito Santo: desafios para a formação no  
trabalho em saúde*

**Rosiani Oliveira Pereira  
Maria Angélica Carvalho Andrade  
Ana Claudia Pinheiro Garcia  
Rita de Cássia Duarte Lima**

O conceito de educação permanente começou a ser difundido pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), entre 1970 e 1980, vinculado às políticas de formação dos trabalhadores de saúde, tendo como base a sistematização das propostas de intervenção em âmbito local, com a premissa de conferir protagonismo aos profissionais (MOTTA, 1998).

No Brasil, a Reforma Sanitária e a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionaram ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e reorientaram as estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, o que resultou em importantes mudanças nos processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais da saúde (BRASIL, 2004a; CECCIM; FERLA, 2008). Com o objetivo de capacitar os profissionais para lidar com essas mudanças, a educação permanente se materializa como um dos dispositivos que privilegia a criação de novos processos de trabalho e que deve ser gerador de aprendizagem significativa a partir dos atos produzidos no cotidiano, com o propósito de estabelecer novas práticas no que diz respeito tanto ao trabalho vivo em ato quanto à organização do processo de trabalho (CECCIM, 2005a, 2005b).

No contexto do SUS, a proposta da educação permanente em saúde (EPS) foi adotada e reconhecida como uma importante ação estratégica para transformar a organização dos serviços e as práticas de saúde, tomando-se como referência as necessidades de saúde das pessoas e das

populações, a organização da gestão setorial e a ampliação do trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão), as instituições formadoras e o controle social em saúde (BRASIL, 2009).

No intuito de que os processos educativos fossem elaborados de acordo com a realidade encontrada nos espaços locais/regionais de saúde e envolvessem a participação de diversos segmentos da sociedade, o Ministério da Saúde, com base no quadrilátero da formação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), publicou, em 13 de fevereiro de 2004, a Portaria GM/MS nº 198, criando os polos de educação permanente em saúde (Pepsus) como instância de gestão em espaços coletivos/rodas de discussão. De acordo com a diretriz ministerial, o quadrilátero da formação para a área da saúde deveria ser composto por: (1) gestores estaduais, municipais de saúde e de educação; (2) serviços de saúde representados pelos trabalhadores de saúde, hospitais e demais serviços; (3) formadores, contemplando-se instituições com cursos na área da saúde, escolas técnicas, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva e demais centros formadores das secretarias estaduais e municipais de saúde; (4) controle social, incluindo os conselhos municipais e estaduais de saúde, movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e movimentos estudantis (BRASIL, 2004b).

Essa aproximação com os diversos atores institucionais objetivava proporcionar um amplo acesso à atenção integral da saúde, uma vez que se responsabiliza o conjunto integrado de participantes pela eficácia do sistema. Dessa forma, os referidos polos emergiram como eixo estruturante da política de educação permanente e instância representativa de participação para a pactuação de projetos educacionais a serem implementados entre os trabalhadores do SUS de acordo com a realidade local de saúde da população (FARIA, 2008). Cada cenário institucional no setor saúde teve um arranjo próprio e único, pois, de acordo com Nicoletto e outros (2009), a resultante depende, em grande parte, dos atores que ali operam o seu trabalho no dia a dia.

Tendo em vista que os Pepsus abriram o debate sobre educação permanente de forma institucionalizada (BRASIL, 2004a), considerou-se relevante conhecer as suas singularidades na realidade do estado do Espírito Santo.

Este estudo tomou como objeto de investigação a experiência vivenciada pelos principais atores institucionais envolvidos no processo de

integração e articulação do polo de educação permanente do Espírito Santo (Pepsus/ES), identificando as estratégias adotadas e os desafios enfrentados.

## Da abordagem metodológica

Esta é uma pesquisa de abordagem qualitativa, com foco de estudo nas instituições, nos grupos, nos movimentos sociais e no conjunto de interações pessoais, com a finalidade de entender a natureza de um fenômeno social.

Os dados primários foram coletados, no período de setembro a outubro de 2011, por meio de entrevistas semiestruturadas com representantes de cada segmento participante do Pepsus/ES, possibilitando, de acordo com Triviños (2006), a construção de um amplo campo de interrogativas, gerador de novas hipóteses, que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes.

As questões norteadoras para as entrevistas foram: (1) Como se deu sua inserção no polo de educação permanente?; (2) Como você vivenciou o processo de formulação e implementação da política de educação permanente?; (3) Em sua opinião, quais foram as potencialidades encontradas no polo?; (4) Em sua opinião, quais foram as fragilidades encontradas no polo?; (5) Como você observa a política de educação permanente no momento atual?

O estudo foi realizado com dezessete sujeitos que compuseram o Pepsus/ES. Entre os segmentos representados, constavam: 1) quatro instituições de ensino superior, sendo uma pública, uma filantrópica e duas privadas, com um total de cinco representantes; 2) três secretarias municipais da saúde (SMS), com um representante de cada uma; 3) o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), com um representante; 4) a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), com dois representantes; 5) três hospitais-escola (HE), com um representante de cada um; 6) o Conselho Estadual de Saúde (CES), com um representante; e 7) duas instituições de ensino onde se desenvolvia o projeto de Vivência de Estágio no SUS (VER-SUS), com dois estagiários.

Uma vez que o estudo se propõe investigar a experiência vivenciada pelos atores em interação na implantação do polo, o critério de inclusão

utilizado para a seleção dos sujeitos foi definido a partir do reconhecimento dos representantes mais assíduos de cada instituição participante nos debates do Pepsus/ES, por se considerar que dispõem de uma visão mais abrangente do processo. Eles foram identificados mediante a elaboração de um mapeamento de frequência, feito com base na leitura de sessenta documentos, entre atas e relatórios de reuniões de trabalho do Pepsus/ES desenvolvidas no período de outubro de 2003 a julho de 2006 (Tabela 1).

**Tabela 1** – Frequência do representante mais assíduo de cada instituição nas reuniões do Pepsus/ES

		2003	2004	2005	2006	Total
<b>Número de reuniões frequentadas pelos representantes</b>	Colegiado de Enfermagem da UVV	2	6	12	2	22
	Colegiado de Medicina da Ufes	2	7	3	0	12
	Colegiado de Enfermagem da Ufes	2	9	3	0	14
	Emescam	1	12	3	1	17
	Faesa	1	7	0	0	8
	Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Vitória	0	8	18	1	27
	Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Serra	0	8	5	3	16
	Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Vila Velha	0	8	5	1	14
	Conselho de Secretários Municipais do Espírito Santo (Cosems)	0	0	7	2	9

<b>Número de reuniões frequentadas pelos representantes</b>	Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) – representante 1	2	15	24	3	44
	Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) – representante 2	2	12	18	4	36
	Hospital Universitário (Hucam)	0	13	6	3	22
	Hospital Escola (HE) Santa Casa de Misericórdia	1	7	4	3	15
	Hospital Escola (HE) Nossa Sra. da Glória (Hospital Infantil)	1	7	1	0	9
	Conselho Estadual de Saúde (CES)	1	4	7	0	12
	Estudante de medicina da Ufes	0	8	2	1	11
	Estudante de enfermagem da UVV	0	1	8	0	9
<b>Número total de reuniões realizadas</b>	<b>5</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>60</b>	

**Fonte:** Polo de educação permanente do Espírito Santo.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos da pesquisa. Primeiramente foi dada ciência aos entrevistados dos objetivos propostos, por intermédio da leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, realizaram-se as entrevistas, nos meses de setembro e outubro de 2011, sendo todas gravadas. O material das entrevistas foi posteriormente transcrito, constituindo-se em base para análise dos dados.

A análise do material coletado foi elaborada mediante a aplicação da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que analisa as discursividades encontradas nas representações sociais, ao verificar as falas individuais expressas e propor-se a resgatar o sentido das opiniões coletivas

encontrado em um conjunto de discursos sobre um determinado tema (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010), apresentando os resultados sob a forma de um ou vários discursos-síntese, escritos na primeira pessoa do singular, com vistas a expressar o pensamento da coletividade (LEFÈVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Para processar os depoimentos e obter o DSC, utilizam-se figuras metodológicas como Ideias Centrais (ICs), Expressões-Chave (ECHs) e Ancoragem (AC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2011). A IC é uma síntese do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos ou, ainda, o juízo de valor a respeito da realidade institucional ou do complexo em que os sujeitos estão envolvidos; as ECHs são agrupamentos dos discursos relacionados à IC; a AC é a expressão apresentada com um sentido latente atribuído pelo sujeito pesquisado de forma afirmativa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

A análise foi desenvolvida considerando-se três fases: a primeira consistiu na organização e transcrição dos dados qualitativos de natureza verbal obtidos nos depoimentos; a segunda compreendeu a identificação das ICs, das ECHs e das ACs; e a terceira fase foi dedicada à análise do material reunido, obtendo-se o DSC e consolidando-se por completo a análise. A opção por essa técnica justifica-se pela grande quantidade de respostas recolhidas nas entrevistas e pela riqueza do conteúdo coletado.

Os dados foram organizados mediante a utilização do *software* Qualiquantisoft, versão 1.3c.

Em acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, esta investigação foi submetida, em dezembro de 2010, ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e, em julho de 2011, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde, com pareceres favoráveis.

## **Os discursos dos protagonistas do Pepsus/ES**

A análise do perfil dos entrevistados evidencia que os participantes tinham de 25 a 61 anos, com uma idade média de 48,4 anos. Dos dezesseis atores, sete eram graduados em medicina, quatro em enfermagem, três em odontologia, dois em serviço social e apenas um participante

tinha somente o nível médio. Com relação à titulação, deve ser destacado que: três pessoas tinham doutorado; cinco tinham mestrado; sete, especialização; um tinha a graduação; e outro, o nível médio como maior titulação. Ressalta-se que a média de tempo de atuação no trabalho em saúde era de 24,5 anos, com uma variação de 2 a 36 anos (Tabela 2).

**Tabela 2** – Perfil dos entrevistados para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo em 2011

Instituição	Idade	Sexo	Formação	Tempo de atuação	Titulação
Colegiado de Enfermagem da UVV	58	Feminino	Enfermagem	34 anos	Doutorado
Colegiado de Medicina da Ufes	50	Feminino	Medicina	25 anos	Doutorado
Colegiado de Enfermagem da Ufes	53	Feminino	Enfermagem	31 anos	Doutorado
Emescam	52	Feminino	Medicina	25 anos	Especialização
Faesa	48	Masculino	Odontologia	26 anos	Mestrado
Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Vitória	54	Masculino	Medicina	28 anos	Especialização
Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Serra	55	Feminino	Odontologia	31 anos	Especialização
Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Vila Velha	38	Feminino	Enfermagem	16 anos	Mestrado

Conselho de Secretários Municipais do Espírito Santo (Cosems)	51	Feminino	Medicina	27 anos	Especialização
Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) – representante 1	45	Masculino	Medicina	22 anos	Mestrado
Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) – representante 2	53	Feminino	Serviço Social	31 anos	Mestrado
Hospital Universitário (Hucam)	50	Feminino	Odontologia	21 anos	Especialização
Hospital Escola (HE) Santa Casa de Misericórdia	50	Feminino	Serviço Social	22 anos	Mestrado
Hospital Escola (HE) Nossa Sra. da Glória (Hospital Infantil)	61	Masculino	Medicina	36 anos	Especialização
Conselho Estadual de Saúde (CES)	55	Feminino	Secundária	36 anos	Nível Médio
Estudante de medicina da Ufes	25	Feminino	Medicina	2 anos	Graduação
Estudante de enfermagem da UVV	25	Feminino	Enfermagem	3 anos	Especialização

**Fonte:** As autoras (2011).

Os discursos foram elaborados tendo como base as Ideias Centrais e Expressões-Chave identificadas, priorizando-se o sentido comum manifesto pelos depoimentos e buscando-se responder aos questionamentos elencados nesta pesquisa.

As Ideias Centrais e a Ancoragem identificadas nos respectivos Discursos do Sujeito Coletivo e relacionadas às cinco questões norteadoras da entrevista estão reproduzidas nos Quadros 1, 2, 3, 4 e 5.

Nos resultados encontrados, os Discursos do Sujeito Coletivo são, em seu conjunto, aqueles existentes na coletividade dos atores protagonistas do processo de implantação do Pepsus no Espírito Santo.

### *A inserção dos atores no Pepsus*

Com vistas a obter melhor entendimento da realidade vivenciada no Pepsus/ES, a pesquisa buscou primeiramente conhecer a inserção dos diferentes atores nos polos. Para isso, foi-lhes direcionada uma primeira questão: “*Como se deu sua inserção no polo de educação permanente?*”. As respostas obtidas possibilitaram o ordenamento de quatro Ideias Centrais elencadas no Quadro 1.

**Quadro 1** – Discursos do Sujeito Coletivo relacionados à pergunta 1: “Como se deu sua inserção no polo de educação permanente?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Convite da Secretaria de Saúde	“ <i>Precisavam ter ali pessoas de vários segmentos, então eu coloquei meu nome à disposição, entendendo que poderia estar contribuindo e até aprendendo. Logo o convite chegou, e foi quem tinha mais disponibilidade na época e quem trabalhava na saúde coletiva</i> ” (representantes do Colegiado de Enfermagem da UVV, Emescam, SMS de Vitória, Cosems, Hucam, HE Santa Casa de Misericórdia e CES).

<p>Continuidade das discussões iniciadas em 1997</p>	<p><i>“Eu já vinha de uma discussão antes das diretrizes curriculares. No estado, já introduziam discussões sobre a educação permanente desde 1997, antes mesmo da institucionalização da Portaria GM/MS nº 198. Eu entrei no polo de saúde da família. Quando houve essa modificação para ser polo de educação permanente, eu acabei continuando; a gente acreditou que poderia contribuir”</i> (representantes dos colegiados de Medicina e de Enfermagem da Ufes, representantes 1 e 2 da Sesa e representante do HE Nossa Sra. da Glória).</p>
<p>Envolvimento com a capacitação dos profissionais na Secretaria de Saúde</p>	<p><i>“A gente tinha a ideia de ter uma equipe de profissionais dentro da instituição; percebíamos essa necessidade e estávamos formando um núcleo, mas não sabíamos como fazer. Foi quando o Estado começou a discutir a educação permanente e solicitaram que se enviasse um representante para participar desse polo, que era uma novidade na época, e a gente não conhecia. Conseguimos formar uma equipe no trabalho e passamos a compartilhar as informações das reuniões do polo. Logo, o polo contribuiu muito, muito! Ele nos deu outra visão do como fazer e discutir a educação permanente. Foi importantíssimo!”</i> (representantes das SMS de Serra e de Vila Velha).</p>
<p>Envolvimento com o projeto VER-SUS</p>	<p><i>“Na época, eu era estudante, e a gente, através das nossas organizações estudantis, entrou em contato com o VER-SUS, e aí, dentro da proposta do VER-SUS, entramos em contato com os representantes do polo. Então, a coordenadora do curso chegou à sala de aula e falou: ‘Vai ter uma reunião na Ufes com um projeto do Ministério da Saúde. Quem quer ir?’ Eu levantei o dedo e fui”</i> (estudante de medicina da Ufes e estudante de enfermagem da UVV).</p>

**Fonte:** As autoras (2011).

Os discursos sobre a inserção dos atores refletem a importância de um envolvimento prévio com a questão da educação permanente em diferentes espaços institucionais, pois esse fator favoreceu a mobilização dos sujeitos para participar do processo de implementação do Pepsus/ES. Depreendem-se dos DSCs do Quadro 1 as seguintes observações a respeito de cada IC:

- a) *Convite da Secretaria de Estado da Saúde*: a inserção da maior parte dos sujeitos no Pepsus/ES foi resultado da articulação, promovida pela Coordenadoria de Recursos Humanos, dos profissionais da Sesa com órgãos institucionais e outros segmentos da sociedade.
- b) *Continuidade das discussões iniciadas em 1997*: entre os representantes envolvidos no Pepsus/ES, alguns dos atores entrevistados deram continuidade aos debates sobre educação permanente iniciados no polo de saúde da família (Polo-SF) em 1997, revelando que, no estado, as discussões sobre o assunto transcenderam as do Pepsus.
- c) *Envolvimento com a capacitação dos profissionais na Secretaria de Saúde*: visto que os três municípios representados no Pepsus/ES já contavam com alguma iniciativa em sua estrutura com o objetivo de potencializar a educação permanente entre os profissionais, enfatiza-se a importância da atuação do colegiado no suporte e na assessoria para a estruturação de núcleos nas unidades do SUS, no sentido tanto de contribuir para o desenvolvimento de novas ações como de incentivar espaços que contribuíssem para o desenvolvimento e a capacitação dos profissionais nas discussões e debates sobre seu desenvolvimento.
- d) *Envolvimento com o projeto VER-SUS*: o programa VER-SUS veio com a proposta de inserir os estudantes de graduação na dinâmica dos serviços de saúde por intermédio de estágios, para estimulá-los à participação no processo de implementação do SUS. O objetivo do programa era provocar reflexões acerca do papel do estudante como agente transformador da realidade social, para a construção do conceito ampliado de saúde e o amadurecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar (CANÔNICO; BRÊTAS, 2008). Dessa forma, o polo serviu como ponto de articulação e apoio entre os estudantes para a pactuação e a realização do referido projeto.

### *A vivência do processo de formulação e implementação do Pepsus*

A segunda pergunta direcionada aos sujeitos foi: “*Como você vivenciou o processo de formulação e implementação da política de educação permanente?*”. Tendo em mente essa questão, os representantes realizaram um resgate histórico que proporcionou o agrupamento de quatro Ideias Centrais (ICs), elencadas no Quadro 2.

**Quadro 2** – Discursos do Sujeito Coletivo relacionados à pergunta 2: “Como você vivenciou o processo de formulação e implementação da política de educação permanente?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
O início da construção do Pepsus/ES	<p><i>“O começo foi assim: todo mundo praticamente com o pé atrás, ‘eu tenho conhecimento, eu tenho as ferramentas’. Então foi uma experiência constitutiva, porque, quando começou a ficar claro que as instituições não formavam profissionais para lidar com a Estratégia Saúde da Família nem com a atenção primária à saúde, começaram os embates e as cobranças. Nós tivemos momentos de muito atrito, por causa do distanciamento das instituições formadoras; a gente sentia um embate. Com o tempo, o grupo foi amadurecendo para falar uma mesma linguagem. Então, teve um momento que as pessoas começaram a entender e a tirar um pouco das armaduras das defesas. Aí ficou mais fácil a discussão e foi pra outro nível. Precisava se estabelecer uma política. Era o polo que ia autorizar o uso das verbas; era um espaço de pactuações. Então a gente começa com o conceito de educação permanente que vem do quadrilátero da formação, que amplia e mostra a importância dessa aproximação. O polo trabalhava bastante a questão do processo de trabalho e nós entramos de cabeça nisso; a gente tentou participar ativamente, porque tínhamos necessidades, já que atendemos uma grande demanda”</i> (representantes da SMS de Serra, Faesa e HE Santa Casa de Misericórdia).</p>

Dificuldades vivenciadas na gestão do Pepsus/ES

*“A gente tinha muitas dúvidas; não havia normas claras, definidas, para seguir. As pactuações eram ali; não era uma coisa vinda de cima para baixo. A gente tinha que participar do polo e fazer uma construção para poder avançar e ter recursos. Havia esse entendimento. Logo, havia muitas dúvidas de como isso se daria, era tudo muito novo. Era uma política muito aberta, não era radical. As pessoas iam para as reuniões com uma expectativa: ‘Eu vou lá tentar colocar um curso pra ver se eu ganho alguns recursos’, e viam que não era assim, pois tinha que discutir, tinha que pactuar. Viam que não ia sair dinheiro, saíam fora. Logo, eu pude observar que pessoas estavam procurando o polo não por entender a sua política, mas para obter verba para alguns projetos, algumas atuações. Sentar mesmo para discutir era muito poucos momentos. Agora o que me angustiava muito era não ter institucionalizada uma indicação formal daquelas pessoas que participavam das reuniões do polo, porque ali era um lugar de trabalho; as pessoas estavam ali, mas o gestor cobrava produção. Era muito irregular a participação, e isso era o mais problemático, porque em várias reuniões você tinha que recomeçar e fazer o resgate do que tinha acontecido. E a gente fazia, as pessoas ajudavam. Você vai trabalhar num conselho como o polo... Como é que você justifica isso como trabalho? No entanto, as pessoas que iam com frequência reclamavam que era pouco operativo; a gente ouvia isso com frequência. Eu também acho que tem uma incompreensão de que o processo era longo. A gente queria estruturar a secretaria executiva e não conseguiu. Tínhamos muitos problemas; foi uma coisa se somando a outra”* (representantes dos colegiados de Enfermagem da UVV e da Ufes, SMS de Vila Velha, representantes 1 e 2 da Sesa, representante do Hucam e estudante de enfermagem da UVV).

<p>Mudança de gestão interrompendo o processo</p>	<p><i>“O polo vinha num processo inicial e, de repente, mudou a coordenação, mudou o local das reuniões e vieram outros atores. Então, quem não sabia de nada do polo chegou e tomou conta, mas o processo não era esse. Eu lembro que pessoas estavam dando um tipo de direção e depois passou para outras, e foi um embate muito grande. A partir daí, eu acho que as coisas foram decaindo, e começou a desgastar, desgastar e desgastar muito. Quando mudaram a coordenação estadual, a nova gerência não compreendia o processo; simplesmente juntou tudo que se relacionava ao polo e colocou do lado em nossa mesa, como quem diz assim: ‘Toma que o filho é teu’. Associado a isso, havia grandes dificuldades de implementar esses projetos, pois houve a saída da equipe do ministro Humberto Costa, que tinha uma linha de trabalho, e entra depois o outro ministro com uma outra linha. E aquela equipe que estava anteriormente sai, e aí a nossa interlocução com o ministério praticamente se quebra; parou com o que já estava evoluído. Na troca, quem entrou não deu continuidade à política; nós não podíamos nem falar a palavra ‘polo’, pois estava proibida. A essas alturas, o polo do estado já estava ladeira abaixo. Chegou a um momento que o polo era uma utopia, e deixou de existir. Aqui no Espírito Santo, o polo foi desfeito depois dessa reunião de informação que não teria mais esse tipo de trabalho. Foi realmente uma reunião que informou que não existiria mais o polo e pronto. Nunca mais tivemos reunião, nunca mais resgatou. Ficou um vácuo e aí se acaba caindo em descrédito”</i> (representantes do Colegiado de Enfermagem da Ufes, SMS de Vila Velha, representante 2 da Sesa, representante do Cosems).</p>
---	---

Os  
sentimentos  
gerados no  
processo de  
ruptura do  
Pepsus/ES

*“Eu vivenciei o polo de uma forma apaixonada, eu estava assim totalmente voltada, eu acreditava, então foi algo apaixonante, que eu realmente apostei, e acreditei muito que a gente tinha chance de mudar. O nosso maior desejo era que o processo de educação permanente se consolidasse de uma forma tal que, mudando a política, ele continuaria a existir. Então, eu fiquei frustrada, pois um processo que dura quase quatro anos... Você acha que vai dar certo e logo se acaba, não consegue se delinear até o final. Para mim, infelizmente, as políticas... Elas vêm muito bonitas, muito estruturadas, mas logo se acabam; elas não conseguem se delinear até o final. Então, que país é esse que, dentro da saúde, tem tantas mudanças que a gente não consegue avançar? Não tem continuidade do processo. Toda essa discussão que a gente teve, toda essa elaboração de um trabalho ficou perdida. Isso desmotivou muita gente... E não foi muita gente só daqui não; foi do Brasil como um todo. Houve uma desmotivação geral. Na implementação do polo, eu lembro muito bem que todos os componentes colocavam pra gente que nós seríamos os disseminadores, os multiplicadores, nós iríamos avançar nesse processo, e, quando a gente se deu conta, passaram quase quatro anos do polo e simplesmente acabou. As reuniões foram se esvaindo, diminuindo e de repente não teve mais. A gente não ouvia mais falar sobre polo. Começaram a enviar alguns e-mails bem esporadicamente e nunca mais se ouviu falar sobre polo. Simplesmente, a política veio e se acabou, como se você jogasse uma água fora, e só. Não teve explicação! E o polo foi, assim, alguns que acreditaram e abraçaram aquela ideia. Havia uns profissionais que iniciaram o polo, que foram alguns desbravadores que sonharam, acreditaram e tentaram colocar em prática na dureza, na dificuldade. Passou muita gente, só poucos ficaram até o final”* (representantes do Colegiado de Enfermagem da Ufes, SMS de Vila Velha, Cosems e HE Santa Casa de Misericórdia).

**Fonte:** As autoras (2011).

De acordo com o Quadro 2, expõem-se os seguintes apontamentos sobre cada IC:

O *início da construção do Pepsus/ES*: o colegiado do Pepsus/ES, ao inserir o debate sobre a formação dos profissionais da saúde, trouxe o reconhecimento da distância entre o ensino e a prática profissional e ressaltou a necessidade de uma aproximação. No entanto, a pesquisa também mostrou que esse processo foi vivenciado em meio a muitas dificuldades e trouxe reflexões sobre os desafios que o colegiado necessitou vencer para alcançar estabilidade em sua atuação.

Para Ceccim (2005a, p. 161),

[...] a identificação com a Educação Permanente em Saúde coloca em análise o cotidiano do trabalho – ou da formação em saúde, que desperta relações concretas e possibilita construir espaços coletivos para reflexão e avaliação dos atos produzidos no cotidiano.

Numa análise mais aprofundada, Ceccim e Ferla (2009) concluem que o modelo de saúde desenvolvido de forma individualista e fragmentada se enraizou, dificultando um olhar mais abrangente da realidade. Nesse sentido, Bordenave (1999) aponta que o olhar para a problematização evita o individualismo e desperta a capacidade de transformação social. Também com o olhar para essa realidade, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 47) ressaltam a importância da presença de interlocutores com diferentes motivações nas definições de processos educativos e fazem a seguinte reflexão: “Como formar sem colocar em análise o ordenamento das realidades? [...] como formar sem ativar vetores de potência contrária àqueles que conservam uma realidade dada que queremos modificar?”. Nesse contexto, Merhy (2006) acrescenta que a educação permanente, como política, pressupõe um enfrentamento da realidade para envolver o aprendizado na produção de novos saberes e considera que observar “o outro” é essencial para criar a possibilidade de abordagens multi e interdisciplinares.

*Dificuldades vivenciadas na gestão do Pepsus/ES*: no relato dos sujeitos, pode-se perceber que a construção da política de educação permanente em nível nacional foi amplamente debatida e negociada com os diferentes atores envolvidos (FARIA, 2008; CAVALCANTI, 2010).

No entanto, em âmbito local, esse processo os colocava perante uma realidade coberta de incertezas, rodeada de interesses individuais e/ou grupais e requeria um esforço para pensar caminhos voltados à solução dos problemas vivenciados. Nesse sentido, Campos (2007) reflete que o ser humano é potente para coproduzir situações e contextos a fim de edificar e traçar novos caminhos, problematizando a própria realidade. Lopes e outros (2007) reforçam que os espaços onde se produz aprendizagem significativa se desenvolvem a partir dos problemas diários encontrados, que requerem a consideração de conhecimentos e experiências preexistentes dos sujeitos. Desse modo, “[...] inventar um modelo de gestão que responda a uma série de exigências do próprio modelo de atenção sugerido pelo SUS é, portanto, um desafio em aberto” (CAMPOS, 1998, p. 864).

Ceccim (2005b) aponta que a formação dos trabalhadores da saúde deixou de ser somente uma proposta para ser uma política do SUS, que exige responsabilidades compartilhadas e envolvimento de vários atores. O autor complementa que política resulta de lutas sociais, de sensibilidade de gestores e da seleção de modos de enfrentar realidades complexas.

*Mudança de gestão interrompendo o processo:* a mudança de gestores, em âmbito tanto estadual quanto federal, contribuiu para a interrupção das atividades do polo em todo o Brasil, e não só no estado. Entre os entraves que o grupo vivenciou quando se deparou com a mudança de dirigentes de órgãos estratégicos que conduziam o processo de desenvolvimento da política de educação permanente, houve dificuldades na condução dos trabalhos em andamento e desgaste do grupo envolvido desde o processo inicial de construção dos trabalhos. O fato é que, nessas transições, muitas vezes falta sensibilidade em considerar e acompanhar os processos desenvolvidos, cabendo para tanto um diálogo. Esse cenário reporta-nos às reflexões de Campos e Campos (2008), ao declararem que a centralização do poder nos gestores/dirigentes é a pedra de toque das múltiplas variedades de métodos de gestão para decidir e limitar a autonomia e a iniciativa do trabalhador. Esse problema se agrava quando os novos dirigentes assumem posturas conflitantes, ao considerarem o trabalho institucional como individual/pessoal. Nesse sentido, o papel deles nesse processo carece de uma conotação não autoritária, mas conciliadora, integradora e facilitadora.

Numa reflexão sobre o cenário político-institucional da criação e implementação dos polos, Paim e Teixeira (2007, p. 1820) identificam-no como “[...] extremamente dinâmico e instável, devido à mudança na correlação de forças que se configuram no âmbito das instituições e das instâncias colegiadas que agregam gestores do sistema”. Para esses autores, a situação expõe a problemática existente na organização e gestão do sistema de saúde, que “[...] não pode ser comprometida pelos humores, crenças, ideologias e vaidades dos dirigentes de plantão”. Assim sendo, ressaltam a necessidade de protegê-lo “[...] das intercorrências desastrosas da gestão”, visto que todo o trabalho no campo da saúde tem como pano de fundo a saúde das pessoas.

A gravidade desse cenário intensificou-se ao repercutir em ruptura, quebra e desintegração não somente do Pepsus/ES, mas também dos polos existentes em todo o país. Após esses acontecimentos, houve um silêncio relacionado às diretrizes da política publicada na Portaria nº 198, de 13 de novembro de 2004. Na ocasião, rompeu-se com a proposta e nada foi colocado em substituição, permitindo-se que a situação se tornasse ainda mais confusa para o trabalho iniciado em instância estadual. Esse silêncio somente veio a ser rompido no âmbito federal em agosto de 2007, quando foi institucionalizada a Portaria nº 1.996, que estabeleceu novas diretrizes para a política de educação permanente.

*Os sentimentos gerados no processo de ruptura do Pepsus/ES:* para os sujeitos, a vivência no polo foi marcada por várias implicações. O processo vivenciado pelos profissionais no Pepsus/ES acabou em frustrações, indignação e desintegração. O DSC deixa claro que as rupturas dos processos em andamento causaram desmotivação e desinteresse. Como apontam Campos (1998), Campos e outros (2006), Merhy (2006) e Feuerwerker (2005), a centralização dos processos políticos tem contribuído para o desinteresse, a alienação e a desresponsabilização no que diz respeito aos resultados finais. Atitudes como essas trazem prejuízos institucionais e danificam a relação dos profissionais nos processos. Os autores consideram que, no caso do SUS, a situação é ainda mais grave, pois, além de ser impossível transformar práticas com esse tipo de condução política e técnica, o assunto não ocupa um lugar central na agenda política de construção do sistema.

## *As potencialidades do Pepsus*

A fim de obter conhecimento sobre as potencialidades encontradas com a experiência do polo, foi direcionada aos sujeitos a terceira pergunta: “*Em sua opinião, quais foram as potencialidades encontradas no polo?*”. As respostas possibilitaram reconhecê-lo como importante espaço de democratização e mudanças institucionais. O ordenamento de quatro Ideias Centrais (ICs) estão elencadas no Quadro 3.

**Quadro 3** – Discursos do Sujeito Coletivo relacionados à pergunta 3: “Em sua opinião quais foram as potencialidades encontradas no polo?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Refletir a necessidade de mudanças curriculares	<i>“Inicialmente foi uma experiência conflituosa, porque, quando começou a ficar claro que as instituições não formavam profissionais pra lidar com o SUS, começaram os embates e as cobranças, por causa do distanciamento das instituições formadoras. Bom, foi conflituoso, mas rico também, porque fomos nos aproximando e discutindo. Então, nós discutimos no polo os quatro cursos de especialização dados pelas quatro instituições formadoras. Debatemos os eixos norteadores, os módulos, e todas as questões conceituais nós discutimos em grupo. Era um processo riquíssimo, de elaboração dos projetos de capacitação de acordo com a necessidade de cada lugar. Eu levava tudo que ouvia no polo pra minha reunião do colegiado de curso. E aí eu fiz umas cinco mudanças na proposta curricular. O polo possibilitou que as instituições de ensino refletissem as propostas pedagógicas dos seus cursos de graduação e técnico. Isso fez a gente refletir que tipo de profissional se está formando”</i> (representantes dos colegiados de Enfermagem da UVV e da Ufes, Emescam, Faesa, SMS de Vitória e de Serra).

<p>Contribuir para refletir a educação permanente em saúde nos órgãos institucionais</p>	<p><i>“Essa política era um projeto que a gente acreditava e que não era uma coisa particular, entendeu? Antes da institucionalização dela, éramos identificados como donos da educação permanente, ou como os que entendiam de educação permanente. Na minha instituição, a princípio nós éramos vistos como visionários. No entanto, eles ficaram a par de tudo que acontecia, e depois nós tivemos muitos colegas que saíram para mestrado, pra doutorado, pois trouxe essa motivação. Foi muito válido! Então, a gente conseguiu aglutinar várias instituições de ensino que não participavam anteriormente e agora participam do processo. Hoje tem a cultura da educação permanente. Inclusive as secretarias municipais agora têm um coordenador de educação permanente. Até hoje a gente vê algumas nuances do polo de educação permanente. Isso é um grande avanço, uma grande potencialidade”</i> (representante do Colegiado de Enfermagem da UVV, representante 2 da Sesa, representante do HE Nossa Sra. da Glória).</p>
<p>Democratizar os espaços de interação entre representantes institucionais</p>	<p><i>“A fortaleza seria porque é um processo amplo de discussão democrática. Todos podiam colocar as suas ideias e opiniões. Havia trocas de conhecimento, com olhares de diferentes sujeitos interagindo. Isso pra mim foi uma potencialidade fantástica. Era interessante, porque, quando a gente colocava alguma coisa muito focada no serviço, o pessoal gritava logo: ‘Opa! Também não é assim, o pessoal do serviço também tem de ouvir’. Então, a gente começou a mudar e a entender que as pessoas não precisam somente da lógica do trabalho; elas também precisam de uma visão mais macro. Eu penso que isso foi uma potencialidade. Sem dúvida a potencialidade é que você juntou gente de toda a espécie e de várias instituições que, de um jeito ou de outro, estavam ali defendendo o SUS. Disso eu não tenho dúvida nenhuma, porque ali se chegou a vários consensos”</i> (representantes dos colegiados de Enfermagem da UVV e de Medicina da Ufes, representantes da SMS de Vitória, de Serra e de Vila Velha, representante do Cosems e representante 1 da Sesa).</p>

<p>Possibilitar a implementação do VER-SUS</p>	<p><i>“E o principal é que chamam as instituições formadoras e o aluno vem junto; ele também é um ator, ele também tem que ser ouvido. E o aluno passou a vivenciar o SUS, através do VER-SUS. O interessante e que muito me chamou a atenção foi a atuação dos estudantes; isso me marcou muito. A expectativa deles era de avanço de continuidade nesse processo. O VER-SUS estava dentro da proposta da educação permanente. Era um projeto para os estudantes conhecerem o que era o SUS. Foi excelente! Participar do VER-SUS foi uma experiência marcante, porque, quando eu ouvi falar do projeto, eu estava no segundo período da faculdade, então eu ainda não sabia direito o que era o SUS e eu fui conhecendo, estudando, aprofundando junto com os outros alunos. A gente teve muito apoio deles em relação ao projeto VER-SUS. Tinha que difundir pelo estado, e a gente visitou outros municípios. Isso fez muita diferença na minha formação, a minha paixão é saúde coletiva. Então tinha os estudantes de outras instituições na área da saúde. Pra você ter uma ideia, o negócio foi tão sério que nós, os estudantes, selecionamos outros estudantes. A gente fez entrevista com todos eles e identificamos aquele perfil que talvez tivesse mais interesse em estudar aquelas políticas. Tivemos um entrosamento sim com o polo, sentimos apoio; inclusive, os professores participavam do grupo, davam palestras, participavam das dinâmicas com a gente. Então teve um momento que reuniu todos esses estudantes e foi um crescimento muito grande sim. Esse projeto é interessantíssimo, é uma pena que acabou”</i> (representantes do Colegiado de Enfermagem da UVV, Emescam, CES, estudantes de medicina da Ufes e de enfermagem da UVV).</p>
--	--

**Fonte:** As autoras.

Sobre as Ideias Centrais destacadas no Quadro 3, alguns comentários são relevantes:

a) *Refletir a necessidade de mudanças curriculares:* o DSC relacionou-se ao processo de reflexão e mudanças que ocorreu com as instituições de ensino inseridas no Pepsus/ES. Considerando as questões apontadas pelos sujeitos referentes às potencialidades identificadas por eles nesse processo, cabe ressaltar que o momento

em que aconteciam os trabalhos do polo coincidiu com aquele das discussões das diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde, iniciadas no âmbito federal por intermédio do Parecer CNE/CES 0138/02, publicado e homologado no Diário Oficial da União em 26 de abril de 2004. Esse movimento, somado às discussões encaminhadas, contribuiu para influenciar as instituições formadoras e obter a narrativa de mudanças curriculares no processo de formação dos profissionais da saúde. O resultado desse trabalho fez com que o Pepsus/ES fosse identificado como potencializador desse processo e reconhecido como um importante espaço de debate entre o serviço e as instituições de ensino.

O relato dos sujeitos explicitou a importância do debate no polo entre os executores do serviço e as instituições formadoras, no sentido de reconhecerem a necessidade de integração e a constituição de novas relações entre eles. Esse relato nos reporta às reflexões de Ceccim e Feuerwerker (2004), que consideram que, ao eleger a educação permanente no processo de aprendizagem, os diversos atores em formação tenderão a desenvolver propostas pedagógicas capazes de medir a construção do conhecimento e dos perfis subjetivos. Nessa perspectiva, os autores afirmam que a lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar; propicia a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da docência e da constituição de novos arranjos criativos nas diversas e complexas situações de saúde.

Ramos (2008) defende que o processo de aprendizagem deve possibilitar à classe trabalhadora a compreensão da realidade. Para a autora, é a partir desse princípio que se forma o eixo epistemológico e ético-político de organização curricular. Nesse sentido, Campos e outros (2006) e Merhy (2006) verificam que os Pepsus foram propostos como instrumentos que favorecessem a articulação regional e local com todos os atores institucionais para pensar a formação dos profissionais, configurando-se como espaço de formulação de políticas e de negociações. Em conformidade com esses autores, Franco (2007, p. 429) aponta: “[...] trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde, como processos de cognição e subjetivação, que acontecem simultaneamente como expressão da realidade”. Davini (2009) complementa que os acor-

dos com atores locais e de diferentes níveis hierárquicos produzidos pela gestão estratégica do projeto constituem uma força importante para a geração de acordos políticos.

b) *Contribuir para refletir a educação permanente em saúde nos órgãos institucionais*: o DSC mostrou a repercussão do polo, as disputas de projetos e, ao mesmo tempo, sua capilaridade para fomentar debates tanto nas instâncias de formação como nas unidades administrativas do SUS. Nesse sentido, a publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde contribuiu para dar reconhecimento e credibilidade aos processos de educação permanente, com registros de ampliação de setores voltados para a discussão sobre o assunto nos espaços institucionais, além de disseminar a prática da educação permanente de forma institucionalizada, o que fortalece o debate para a consolidação de novos processos de trabalho na saúde.

Para Ceccim e Ferla (2009), a criação dos Pepsus proporcionou uma mudança de opção didático-pedagógica para uma opção político-pedagógica que se associa às características históricas do SUS. Nessa perspectiva, Ceccim (2005b, p. 976) considera que “[...] criar uma nova instância/novo dispositivo não é um ato formal, mas de construção”.

c) *Democratizar os espaços de interação entre representantes institucionais*: os atores referiram-se de forma unânime ao polo como um espaço democrático de debates e ajuntamento de representantes sociais e organizacionais. Os sujeitos enfatizaram a necessidade desse espaço para debates e discussões das políticas voltadas à capacitação dos profissionais, identificando-o como potencializador na disseminação de novas culturas e na quebra de paradigmas, muitas vezes arraigados, que dificultam uma abertura para a construção de novos saberes.

Essa reflexão dos atores reforça a análise de Faria (2008) e Davini (2009) de que os referidos polos emergiram como eixo estruturante da política de educação permanente e despertaram nas pessoas o desejo de se situarem como atores reflexivos e construtores de conhecimento e de alternativas de ação, em vez de como meros receptores. A educação permanente em saúde pressupõe aprendizagem significativa, de modo que as práticas profissionais e organizacionais sejam repensadas e ressignificadas a partir das práticas reais, median-

te a problematização do processo de trabalho em saúde, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e da população (DAVINI, 2009; CECCIM, 2005a; BRASIL, 2004b).

Para Davini (2009), a educação permanente oferece caminhos para o aprendizado na vida cotidiana das organizações ao introduzir a problematização do fazer como fonte de intervenção do conhecimento. Assim, aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento de que o trabalho também é aprendido.

Capra (2011) aponta que a educação permanente em saúde pode operar no cotidiano, influenciando a gestão colegiada e a aprendizagem inventiva, como um dispositivo pedagógico para a ativação de políticas que contribuem no processo de construção da integralidade na saúde. A autora considera que a EPS contribui para romper com as formas prescritivas e tecnicistas e abre espaços para experiências problematizadoras do processo de trabalho. Para mudar e reorganizar as formas vigentes desses processos de trabalho, é preciso criar dispositivos que os interroguem permanentemente. Nessa perspectiva, L'Abbate (2003) reflete que se deve considerar a saúde coletiva como instituição, o que significa problematizar a própria constituição do seu campo como um conjunto de saberes e práticas, relacionado a um contexto amplo, de ordem político-social, ideológica e técnico-científica.

d) *Possibilitar a implementação do VER-SUS*: a inserção dos estudantes é vista como uma importante estratégia para articular ações interdisciplinares para a formação profissional e para a assistência em saúde. Responsável por uma aproximação efetiva entre os sistemas de saúde e de ensino, o programa VER-SUS é um mecanismo estruturante para conhecer os desafios e as conquistas do sistema e aprofundar a discussão sobre o trabalho em equipe, a gestão, a atenção, a educação e o controle social. Ele é organizado de diferentes formas nas várias regiões do país, de modo a contribuir para a elevação da qualidade de saúde da população (HORA et al., 2013).

De acordo com Feuerwerker (2014), a EPS vem se realizando, notadamente, a partir da relação e dos interesses da gestão dos trabalhadores; algumas vezes inclui também interesses de professores e estudantes e, muito poucas vezes, inclui os interesses e necessidades dos usuários. Considerando seu olhar sobre a realidade, a

autora ressalta a importância de os usuários produzirem projetos terapêuticos mais compartilhados e integrados e, ao mesmo tempo, disputados pelas diferenças de olhares e motivações, de modo a levar os trabalhadores a efetivamente ressignificarem seus processos de trabalho e a produção do cuidado em saúde, premissa central para a (re)construção de uma política de educação permanente que incorpore novos sentidos e possibilidades de mudanças no trabalho em saúde no SUS.

### *As fragilidades do polo*

A quarta pergunta, relacionada às fragilidades do Pepsus, identificou uma Ideia Central e a Ancoragem, elencadas no Quadro 4.

**Quadro 4** – Discursos do Sujeito Coletivo relacionados à pergunta 4: “Em sua opinião quais foram as fragilidades encontradas no polo?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Burocracias administrativas e financeiras	<p><i>“A gente tinha que fazer um projeto. Fazíamos o projeto e não dava certo. Então a gente viu que não tinha resolução, só tinha plano. Logo no início que se elaborou o projeto, havia reuniões toda semana. Depois viraram reuniões quinzenais e depois mensais e foram se espaçando. Chegou o momento que ninguém mais tinha o que falar, porque não tinha vindo a decisão se o plano havia sido aprovado ou não. Porque tinha toda uma burocracia pra esse processo, pois estava lá na França, em Paris, na Unesco. A primeira parcela do recurso chegou em janeiro de 2005, quase um ano depois de iniciadas as discussões. E, depois que o recurso chegou, nós tivemos muitos problemas para gastar essa primeira parcela, porque não era qualquer instituição que podia utilizar esse recurso, por conta da Lei nº 8.666, e tinha também toda burocracia com o recurso da Unesco. Logo, uma das fragilidades que eu percebo é o financiamento dessas ações, a burocracia da demora, da continuidade, a prática disso é difícil. É difícil pela burocracia, é difícil por ter que encontrar pessoa pra tocar esse processo”</i> (representantes do Colegiado de Enfermagem da UVV, SMS de Vitória e representante 2 da Sesa).</p>

Ancoragem	Discurso do Sujeito Coletivo
O poder intervém no andamento do processo	<p><i>“Agora a fragilidade é a política. Muda quem está no poder, muda a direção do processo, porque eu não quero fazer igual ao outro que é de outro grupo. Tem morosidades e burocracia. Mas o entrave é sempre político. O problema institucional no país é a fragilidade política. Então é uma pena ver a descontinuidade, e essa é uma fragilidade concreta, porque quem entra, entra com outras visões e esquece de olhar pra trás e perguntar quem estava naquele processo. Pois é! Tudo depende de uma decisão política. Nosso país não falta dinheiro, falta gestão. Então esses projetos não deveriam de ter descontinuidade. Quando muda o ministro, mudam os gestores lá no poder, muda-se o esquema e você já não consegue caminhar; você não consegue efetivar suas ações”</i> (representantes do Colegiado de Enfermagem da Ufes, Emescam, Faesa, representante 1 da Sesa, representante do HE Santa Casa da Misericórdia).</p>

**Fonte:** As autoras (2011).

Como sua Ideia Central, os discursos sobre as fragilidades do polo revelam a interferência do poder político e das *burocracias administrativas e financeiras* das instituições nos polos de educação permanente.

Para Feuerwerker (2005, p. 497), “a ‘autonomia de gestão’ dos entes federados e as atribuições de cada esfera de gestão do SUS continuam sendo objeto de intensa disputa”, refletindo-se em restrita autonomia para a definição das políticas e das prioridades de ação. Essa situação é confirmada por Paim e Teixeira (2007, p. 1820-21) ao registrarem que, “[...] além da insuficiência e instabilidade do financiamento público para o SUS, persistem problemas de gestão”. Nesse contexto, percebe-se que o Ministério da Saúde tem utilizado intensivamente mecanismos financeiros para “induzir” a adoção e a implementação de políticas (FEUERWERKER, 2005), contudo, como apontado por Barata, Tanaka e Vilaça (2004), as secretarias estaduais de saúde, de modo geral, ainda caminham para se qualificarem como espaço político de formulação e apoio técnico aos municípios.

Nesse cenário, Feuerwerker (2005) considera que, na saúde, predomina uma visão instrumental de construção dos modelos tecnoassis-

tenciais, centrada nas normas e nos mecanismos de financiamento, e não se atribui à política de educação um papel estruturante no sistema. A autora ressalta que a política de educação permanente procurou de algum modo endereçar os problemas de financiamento, mas o assunto não foi debatido nas instâncias do sistema.

A saúde coletiva desenvolveu maneiras de fazer cumprir os compromissos democratizantes na construção do SUS. Entre elas, encontram-se as Comissões Intergestoras, com atuação tanto estadual como nacional, para pactuações e funcionamento descentralizado do SUS. No entanto, há a necessidade de se criar elementos capazes de analisar os motivos das complexidades verificadas no sistema, que identifiquem a problemática observada na institucionalidade do SUS. Para isso, deve-se destacar os problemas e buscar uma retomada de intensificação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM; TEIXEIRA, 2007; FEUERWERKER, 2005).

No Quadro 4, também há referência à Ancoragem encontrada nas falas dos sujeitos: *o poder intervém no andamento do processo*.

Essa Ancoragem faz-nos pensar nas práticas políticas de gerações passadas, que deixaram o país imerso num processo de desenvolvimento, no qual

[...] as conciliações de cúpula eram articuladas pelo velho latifúndio escravista, que evidentemente sobrevivera à Abolição de 1888, e que fez com que o país ficasse como que entregue à prevalência unilateral do Executivo, dominado por um sistema político enrijecido, burocratizado e incapaz de responder aos movimentos da economia e da sociedade (NOGUEIRA, 1998, p. 23).

Segundo Nogueira (1998, p. 23), essa situação resultou de uma herança que fez com que o Brasil passasse a se organizar com base em um jogo político regionalista, oligárquico, e a receber o impacto do fato de que apenas nominalmente seria um sistema civil e democrático, que, na verdade, fincou raízes em um localismo mandonista e em práticas autoritárias, desinteressadas da cidadania.

Associado a essa questão, consideram-se as reflexões de Paim e Teixeira (2007, p. 1821), para quem a falta de profissionalização de gestores tem contribuído para a descontinuidade administrativa – fato constatado em

inúmeros exemplos. Para os autores, essa situação intensifica ainda mais a necessidade de criação de formatos institucionais que reduzam a vulnerabilidade do SUS e assegurem certa proteção diante das turbulências da vida político-partidária, de forma que possibilitem, simultaneamente, a efetividade, a eficiência e a eficácia da gestão. Feuerwerker (2005) reflete que, de modo geral, há escassas oportunidades de participação direta dos trabalhadores e usuários na formulação das políticas e na construção das práticas. Para essa autora (p. 500), “[...] a centralização dos processos políticos e a fragmentação do trabalho levam os profissionais ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização em relação aos resultados finais”. Nesse sentido, Merhy (2005) aponta que a institucionalidade não está plenamente contida nos espaços democráticos necessários à construção do SUS, portanto, novos arranjos políticos, de gestão e de participação são indispensáveis.

No campo da produção, em geral, essa maneira de operar a organização do trabalho é fonte de problemas, e, mais especificamente, no caso do SUS, a situação se torna ainda mais grave por ser impossível transformar práticas com esse tipo de condução política e técnica. Assim, pode-se concluir que a problemática da institucionalidade do SUS está ancorada num conjunto de aspectos relativos ao processo de condução político-gerencial (FEUERWERKER, 2005; PAIM, TEIXEIRA, 2007).

### *A percepção dos atores com relação à política de educação permanente*

Considerando o contexto conflituoso que emergiu federalmente durante a implantação dos polos e a publicação da Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, e verificando a excelência do perfil dos entrevistados com relação à experiência por eles acumulada nesse processo, perguntou-se: “*Como você observa a política de educação permanente no momento atual?*”. Essa pergunta possibilitou o ordenamento de uma Ideia Central, elencada no Quadro 5.

**Quadro 5** – Discurso do Sujeito Coletivo relacionado à pergunta 5: “Como você observa a política de educação permanente no momento atual?”

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
A lógica é a mesma da descentralização	<p><i>“A política teve algumas dificuldades, mas eu acho que tem um caminho apontado. A grande potência que agora tem com as Cies é a descentralização. A atual portaria não se fechou, tem um estilo democrático sim, ela é bem parecida com a outra, é estilo polo, me lembra muito o polo. A diferença é que, no polo, tinha a centralização do recurso; essa não é obrigatória. Cada macro tem que ter um plano de educação permanente. A política foi reescrita, mas a lógica de pactuação continua muito semelhante. Então, eu acho que o polo foi isso: se escreve outra portaria, mas a lógica é a mesma. Às vezes se confunde política com portaria. Então, essa articulação está retomando, porque houve uma quebra”</i> (representantes das SMS de Vitória e de Vila Velha, representantes 1 e 2 da Sesa, representantes do Hucam e HE Santa Casa de Misericórdia).</p>

**Fonte:** As autoras (2011).

A Ideia Central expressa no DSC sobre a atual política de educação permanente, regida pela Portaria nº 1.996, é esta: *a lógica é a mesma da descentralização*. Nesse discurso, a percepção é de que a atual portaria traz uma tentativa de retomada do processo para que os dispositivos educativos sejam elaborados com base nas discussões do colegiado e nas discussões coletivas em âmbito democrático de gestão. Essa novidade facilitou a integração de todos os municípios nos colegiados implementados regionalmente, permitindo a participação, a auto-organização e o avanço na consolidação dos processos educativos pactuados de forma coletiva e descentralizada.

## Considerações finais

Em seu processo de integração e articulação, o Pepsus/ES foi percebido pelos principais atores envolvidos como um importante espaço de democratização e mudanças institucionais. Alguns discursos valorizaram a importância da estruturação do polo como instância de discussão coletiva, por meio de um trabalho colegiado, deliberado de forma consensual, que busca despertar a autonomia dos sujeitos e que se configura não só como um espaço de construção e de interação entre representantes institucionais, mas também como um rico espaço de aprendizagem.

Os discursos sobre a inserção dos diferentes atores assinalaram um envolvimento prévio com a temática, e os sujeitos reconheceram a distância entre a formação e a prática profissional, ressaltando a necessidade de aproximação. Com relação à vivência dos protagonistas no processo de interagir com a política de educação permanente no Pepsus/ES, os discursos refletem o resgate histórico, desde o início da construção até a interrupção do processo. Os resultados deste processo foram inicialmente estimulantes para a maioria dos participantes. Na dinâmica de funcionamento, pôde-se perceber que o polo atuou como instância coletiva de debates e decisões, na busca dos consensos necessários para a formulação da política de EPS no estado do Espírito Santo.

No entanto, alguns discursos revelaram que, durante a vivência do processo de formulação e implementação da Pepsus/ES, houve importante interferência do poder político e das burocracias institucionais. Os resultados desta pesquisa mostraram que muitas decisões políticas, formuladas nas instâncias estratégicas do sistema, tomaram rumos para além da governabilidade dos representantes dos polos. Nos relatos, os atores reconheceram as dificuldades para implantarem suas propostas e superarem as barreiras impostas pela necessidade de mobilizar os gestores formais, de reforçar os investimentos, de definir políticas e incentivos, ocupando o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos.

Os discursos encontrados sobre esta vivência expressaram momentos de desconforto e conflitos diante da necessidade de encontrar saídas para os desafios com que se depararam no processo de implementar a política de educação permanente no estado, em função dos diferentes, e muitas vezes antagônicos, interesses e perspectivas dos atores implicados.

Na fala dos sujeitos da pesquisa, foi possível identificar a necessidade de participação mais efetiva de todos os envolvidos, considerando-se que os processos precisam caminhar na busca por influenciar os dirigentes dos órgãos responsáveis a favor do desenvolvimento do processo. Essa intervenção do grupo torna-se importante, e até primordial, para garantir a consistência do trabalho educativo e a continuidade das ações, tendo como base as relações que os atores estabelecem entre si, a solidariedade com o outro, a autonomia para tomada de decisões participativas e a preocupação e o sentido do cuidado.

Outro aspecto importante e considerado neste estudo foi o fato de que, embora haja muitos desejos e até mesmo a motivação da maioria dos participantes dos polos de educação permanente, por diversas circunstâncias, estes não se consolidaram como política de governo – revelando-se muito mais como desejo de alguns segmentos que compunham naquele momento a gestão, seja no Ministério da Saúde, seja nas instâncias locais – e perderam assim sua potência e capilaridade ao longo da trajetória, diante das mudanças de atores institucionais.

Por fim, a percepção dos atores com relação à atual política de educação permanente aponta para a retomada do processo, em âmbito local. Mesmo reconhecendo suas insuficiências e limitações, os sujeitos consideraram que o processo de implementação da política de educação permanente no estado demarcou um momento importante de institucionalização de uma política pública e que o Pepsus/ES atuou como um potente instrumento para fortalecer a interação entre as instituições de ensino, estudantes da graduação e os serviços, ressignificar os processos de trabalho e impactar a formação profissional, tanto na graduação quanto nos espaços micropolíticos dos trabalhadores, onde se produzem cotidianamente as práticas e os diversos embates no trabalho em saúde.

A discussão sobre a formação profissional passa a ser fundamental e estratégica quando falamos do SUS. Nessa perspectiva, afirma-se a formulação e a implementação do polo como um movimento potente em consolidar a educação permanente nos processos de formação profissional, numa perspectiva de democracia e compromisso, e, assim, operarem-se mudanças nos modos de cuidar da população e de operacionalizar o trabalho em saúde como prática social privilegiada para a concretização desse sistema de saúde como um projeto civilizatório.

## Referências

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; VILAÇA, J. D. V. **O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde**. 2004. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sus-19183>>. Acesso em: 19 jun. 2012.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos – CADRHU**. Natal: EDUFRN, 1999. p. 261-268.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e educação da saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 fev. 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, 2004b.

CAMPOS, F. E. et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 41-53, mar. 2006.

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

\_\_\_\_\_. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 0, p. 1865-1874, 2007.

CAMPOS, G. W.; CAMPOS, R. T. Gestão em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 231-235.

CANÔNICO, R. P.; BRÊTAS, A. C. P. Significado do programa vivência e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 256-261, 2008.

CAPRA, M. L. P. **Educação permanente em saúde como dispositivo da gestão setorial e de produção do trabalho vivo em saúde**. 2011. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

CAVALCANTI, F. de O. L. **Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível?!**: um debate a partir da experiência da política nacional de educação permanente em saúde (janeiro de 2003 a julho de 2005). 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005a.

\_\_\_\_\_. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005b.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2009.

\_\_\_\_\_. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162-168.

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

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília, 2009, p. 39-63.

FARIA, R. M. B. **Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde**: Brasil, 1997-2006. 2008. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

\_\_\_\_\_. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

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

HORA, D. L. et al. Propostas inovadoras na formação do profissional para o Sistema Único de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 471-486, set./dez. 2013.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003.

LEFÈVRE, A. M. C.; CRESTANA, M. F.; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - CADRHU”, São Paulo – 2002.

**Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 68-75, jul./dez. 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 517-524, jul./dez. 2006.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de representação social**: um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Líber Livro, 2010.

\_\_\_\_\_. **Curso teórico-prático de introdução ao discurso do sujeito coletivo e ao software Qualiquantisoft**. São Paulo: IPDSC, 2011.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 147-155, 2007.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 71-112.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2005.

MOTTA, J. I. J. **Educação permanente em saúde**: da política do consenso à construção do dissenso. 1998. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

NICOLETTO, S. C. S. et al. Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 209-219, set. 2009.

NOGUEIRA, M. A. **As possibilidades da política**: ideias para a reforma democrática do Estado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 1819-1829, 2007.

RAMOS, M. N.; Currículo integrado. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 114-118.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2006.

## *PET-Saúde como dispositivo formativo e interventivo: repercussões nas práticas de saúde mental na atenção básica em Juazeiro (BA)*

**Barbara Eleonora Bezerra Cabral<sup>21</sup>**

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), materializada desde 2009 no Brasil, voltada à constituição de grupos de aprendizagem tutorial com vistas a reorientar a formação em saúde para as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e qualificar as suas redes de atenção. Caracteriza-se, portanto, como uma estratégia de transformação da lógica e da prática pedagógica dos cursos de graduação de saúde, inserida no contexto do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), proposto pelo MS. Em sua primeira versão, o PET-Saúde focou a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Este texto remete à experiência vivida no âmbito da linha de extensão/ensino/pesquisa Saúde Mental na Atenção Básica: Educação Permanente e Articulação da Rede de Cuidados, vinculada ao PET-Saúde/Saúde da Família, desenvolvida via projeto da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Juazeiro (BA). Tal linha foi selecionada como uma das prioritárias para execução, pela necessidade de avançar na implantação da política de saúde mental na cidade e compreensão de que

---

21 Cabe destacar que este texto tem caráter assumidamente polifônico, tendo sido produzido a partir das experiências vividas por todos os componentes do Grupo PET-Saúde Mental, tomadas para reflexão ao longo das reuniões do projeto. Tiveram participação fundamental na escrita do texto os seguintes componentes: Aline Melo, Diego Dias Barrense, Gabriela Matos Borges, Geisabel Lima, Laís Duarte, Sabrina Campos Dias Pedrosa, Thais Guimarães e Vick Brito.

a atuação das equipes de saúde da família (EqSFs) é estratégica para o fortalecimento da rede local de atenção neste âmbito.

A questão que originou a pesquisa ora apresentada foi delineada coletivamente, partindo da imersão em campo dos componentes do grupo: cerca de trinta estudantes de diferentes cursos (psicologia, enfermagem e medicina), seis profissionais da rede (preceptores) e a professora (tutora), além de profissionais das equipes da atenção básica envolvidas.

Dados do MS indicam que parcela significativa das pessoas com os chamados transtornos mentais leves esteja chegando às EqSFs. Reconhecendo que “existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença” (BRASIL, 2010, p. 33), assume-se a necessidade do diálogo e do vínculo entre saúde mental e atenção básica. Ao atentar à magnitude epidemiológica dessa problemática, estimativas indicam que 3 % da população do país apresenta transtornos psíquicos severos e persistentes e 9 %, transtornos menos graves, totalizando 12 % da população com necessidades de cuidado em saúde mental. No que se refere às pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento sistemático atinge de 6 a 8 % da população, havendo estimativas ainda mais elevadas (BRASIL, 2010).

Desse modo, as ações de saúde mental na atenção básica são fundamentais na composição das redes locais de atenção psicossocial. Para tanto, demanda-se que as equipes tenham a oportunidade de rever suas compreensões em relação ao tema, desmistificando preconceitos e construindo outros modos de atenção aos usuários, com quem se relacionam diariamente.

Estudos diversos indicam tanto dificuldades das equipes da atenção primária de lidar com situações relativas à saúde mental quanto fecundas possibilidades de articulação entre saúde mental e atenção básica (LANCETTI, 2001; OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006; TÓFOLI; FORTES, 2005/2007; RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008; DALLA VECHIA; MARTINS, 2009a, 2009b). Assim, é fundamental seguir na experimentação e na consolidação de dispositivos e estratégias que viabilizem tal aproximação, no sentido de alcançar a integralidade da atenção.

Com a inserção do grupo PET-Saúde Mental (entre abril de 2009 e março de 2010) no território e na dinâmica de seis Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Juazeiro, na Bahia, foi possível

perceber a hegemonia do paradigma biomédico no cotidiano de trabalho, revelada sobretudo na ênfase sobre as “doenças” – tidas como prioritárias –, e não sobre as pessoas. Nesse rol, problemas relativos à saúde mental não estavam inseridos, e a resistência das equipes em lidar com essa demanda destacou-se como um fato experimentado frequentemente. Fazia-se necessário, assim, encontrar brechas para investir na perspectiva de coprodução de saúde/saúde mental.

As percepções advindas do campo perfilarão o intento de compreender *como profissionais de equipes de saúde da família de Juazeiro (BA) se percebiam no processo de articulação da rede de cuidados em saúde mental*, após experiência com o grupo PET-Saúde. Ressalta-se o viés avaliativo em relação às possíveis repercussões da experiência no cotidiano das USFs participantes do projeto.

Em articulação com isso, buscou-se cartografar a intervenção em saúde mental dessas equipes, tomando-se cartografia como ferramenta de *descrição e compreensão* das práticas, a partir de uma imersão territorial dos pesquisadores. Paralelamente, intencionou-se compreender as responsabilidades que as equipes se atribuíam na rede de atenção psicossocial bem como conhecer como esses profissionais avaliavam as ações do grupo PET-Saúde no tocante às possíveis reverberações em sua atuação nesse campo.

Apostou-se que o estudo indicaria aspectos cruciais no processo de construção de estratégias para a consolidação da política municipal de saúde mental, na perspectiva de viabilizar uma maior articulação da rede de cuidados e de ampliar ações no nível primário de atenção à saúde, envolvendo os diversos atores implicados nesse processo. Outrossim, investiu-se na possibilidade de que as compreensões produzidas pudessem iluminar experiências em outros cenários.

## **Saúde mental na atenção básica: formação como via para expansão**

O campo da saúde mental/atenção psicossocial no Brasil tem passado por modificações relevantes, decorrentes de análises e discussões sobre as práticas utilizadas na atenção a pessoas em intenso sofrimento psíquico, no contexto da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Amarante (2008), esse movimento teve início no país no final da década de

70, caracterizando-se como um *processo social complexo* – expressão utilizada por Rotelli, De Leonardis e Mauri (2001) – e tendo a Psiquiatria Democrática Italiana como referência primordial.

Em que pesem as críticas ao termo “reforma”, torna-se fundamental refletir sobre o caráter radical das mudanças que vêm sendo propostas, por implicarem uma mudança da lógica manicomial, de base tutelar e asilar, em direção a modos mais fluidos de cuidado, marcados pelo imperativo de desmistificação da loucura (cuja amplitude de sentido é refratária a qualquer classificação) e pela proposta de inclusão social. Sendo assim, a transformação das práticas constitui-se um permanente desafio.

Amarante (2003) aponta quatro grandes dimensões entrelaçadas nesse processo: teórico-conceitual (construção de outros *saberes e dizeres*), técnico-assistencial (invenção de outras *práticas e dispositivos de cuidado*), jurídico-político (regulamentação de outro aparato *legal*) e sociocultural (construção de outro *lugar social para a loucura*). O autor destaca esta última dimensão como a mais desafiante, por se tratar fundamentalmente da construção de outro imaginário social em torno da experiência de loucura, que extrapole a sua redução a doença mental ou seu processo de patologização, revelado por Foucault (2005).

Demanda-se a ruptura com concepções enraizadas historicamente, abrindo possibilidades para a construção de outras formas de relação na sociedade, inclusivas e acolhedoras da diversidade. As transformações miradas não abrangem apenas as práticas nas redes e serviços, mas principalmente o contexto social em que as pessoas estão inseridas, nos seus territórios existenciais, onde se relacionam e se constituem.

Nesse panorama, defende-se que a Política Nacional de Saúde Mental, não obstante suas especificidades, esteja integrada ao processo de consolidação do próprio SUS. O princípio de integralidade é, assim, destacado como um dos eixos norteadores da mudança dos modos de atenção à saúde, devendo se evidenciar em contraposição a abordagens fragmentárias e reducionistas. Em se tratando de posicionamento ético-político, parece estar ainda distante do ato profissional cotidiano.

Na conjuntura de fortalecimento do SUS, ao se destacar o esforço à operacionalização de redes integrais de atenção, tem sobressaído o foco na atenção básica como via prioritária para a reestruturação do sistema. O país tem investido na Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de substituir o modelo assistencial curativo por uma atenção à saúde

da família, de base territorial e de caráter integral (BRASIL, 2011a). As equipes, de composição multidisciplinar – com proposta de atuação, no mínimo, interdisciplinar –, estão incrustadas nos territórios e são mais acessíveis à população.

De acordo com a lógica de promoção da saúde a ser incorporada em sua atuação e a necessária sintonia com os princípios do SUS – ressaltando-se a universalidade e a integralidade –, o cuidado em saúde mental pertence ao âmbito de responsabilidades do SUS, extrapolando-se qualquer perspectiva restritiva na compreensão do processo saúde–doença–cuidado.

No que se refere ao direito à saúde, que inclui o suporte na rede SUS, recorre-se à compreensão de integralidade como

ação social resultante da interação democrática dos sujeitos sociais na relação entre demanda e oferta, na produção do cuidado em saúde, que ganha sentidos, significados e vozes, e assume como tarefa garantir a vida no seu sentido mais amplo” (PINHEIRO et al, 2010, p. 29).

Cotidianamente, um número expressivo e variado de casos referentes à saúde mental chega às equipes da atenção básica, mesmo que, frequentemente, acabem por constituir uma demanda reprimida. Entre os fatores que contribuem para o desacolhimento, Onocko Campos e Gama (2008, p. 226) ressaltam a falta de profissionais com o devido “preparo” para esse tipo de intervenção, aliada à predominância de uma lógica de trabalho distinta da necessária ao contexto do setor público. Enfocando o processo formativo em saúde, tais autores indicam a existência de um significativo contingente de profissionais que, durante sua formação, não são “qualificados” para lidar com o cuidado em saúde mental. Outro empecilho é a frequente falta de interesse dos gestores no investimento na rede de saúde mental, comumente reduzida e lacunar.

Visando consolidar a articulação entre saúde mental e atenção básica, o MS tem investido na produção de diretrizes para a construção de uma rede integrada e diversificada de atenção. A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em intenso sofrimento psíquico e transtornos decorrentes

do uso de substâncias psicoativas, formaliza as diretrizes e os objetivos para o cuidado em saúde mental (BRASIL, 2011b).

A portaria prioriza a articulação permanente entre os dispositivos de cuidado, organizados com os seguintes componentes: atenção primária à saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Na atenção básica, a parceria entre equipes de saúde da família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs), que interessa particularmente a este estudo, pode configurar pontos estratégicos de acolhimento, com o desenvolvimento de ações articuladas entre os diversos dispositivos existentes no território. Segundo Lancetti e Amarante (2007), a saúde mental pode ser considerada como o eixo da ESF, posicionamento reforçado pelo argumento de que esta é, em essência, um programa de saúde mental. Os autores indicam que, na Estratégia Saúde da Família,

[...] há tratamento continuado, base sobre a qual os pacientes podem ressignificar seus sintomas e seus sofrimentos; pratica-se o acolhimento, que é uma maneira de escutar as pessoas e que é considerado um dos dispositivos fundamentais das práticas de saúde mental; desenvolvem-se ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais, educativas e de participação e protagonismo político (LANCETTI; AMARANTE, 2007, p. 629).

O que os autores enfatizam é que as equipes da atenção básica têm um grande poder de inserção no território, maior do que o próprio Centro de Atenção Psicossocial (Caps). Entretanto, admitem a necessidade de que os Caps e equipes volantes de saúde mental se aproximem das EqSFs, na perspectiva de contribuição com o seu processo de formação e de desenvolvimento de ações conjuntas. Nessa direção, como mecanismos de reorganização do trabalho em saúde e de construção de estratégias conjuntas entre os diversos dispositivos da rede de atenção, foram se delineando as noções de *apoio matricial e equipe de referência*:

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possi-

bilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

As EqSFs são tidas como equipes de referência, dado que se responsabilizam pelo cuidado em saúde, de caráter longitudinal, de uma população adscrita. O apoio matricial objetivaria oferecer a tais equipes tanto retaguarda na atenção aos usuários quanto suporte técnico-pedagógico. De acordo com as diretrizes para a saúde mental na atenção básica do MS (BRASIL, 2003), o apoio matricial implica responsabilização compartilhada, visando aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde da equipe local. Portanto, um arranjo possível é que se organizem equipes matriciais de saúde mental – que podem estar ligadas a serviços da atenção especializada, tais como Caps e ambulatórios, por exemplo – para apoiar as equipes da atenção básica a partir do diálogo e de ações conjuntas.

Os Nasfs, criados pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, são equipes interdisciplinares cujo objetivo é ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da APS. A saúde mental é indicada como uma das suas linhas de ação, havendo originalmente a recomendação expressa de que as equipes contivessem profissionais dessa área. As diretrizes publicadas para o Nasf pelo Ministério da Saúde em 2010 (BRASIL, 2010), respaldadas pela Portaria Nacional de Atenção Básica (GM/MS nº 2.488, de 2011), apontam o apoio matricial como proposta central de trabalho das equipes do Nasf.

Nesse cenário, a educação permanente em saúde (EPS) surge como uma ferramenta importante de trabalho para as equipes matriciais, uma vez que procura valorizar não apenas o tecnicismo e o saber especializado do profissional, mas principalmente a oportunidade de mudanças nas práticas, estimulando o trabalho em equipe. Ceccim (2005) caracteriza a EPS como uma estratégia para o processo educativo/formativo em saúde que coloca o cotidiano de trabalho em análise, estando, portanto, em conexão com a experiência profissional. Delineia-se como um processo de aprendizado com construção de sentido, partindo do cotidiano experiencial dos envolvidos.

Na experiência do grupo PET-Saúde Mental – tomada aqui como matéria-prima –, adotou-se a EPS como eixo axial do trabalho desenvolvido, de modo que continuamente se produziram reflexões, em espaços coletivos de discussão, a partir do que era vivido pelos participantes, com vistas a contribuir ao processo formativo tanto dos estudantes e dos profissionais das EqSFs quanto dos próprios preceptores – profissionais do Nasf e do Caps – e da tutora.

Após breve visita a aspectos teórico-conceituais relativos à articulação saúde mental–atenção básica, com vistas a ampliar as possibilidades de cuidado nesse campo, apresenta-se, a seguir, a proposta metodológica adotada.

### **Do caminho transitado: a importância de produzir conhecimento com sentido**

O traçado metodológico do estudo, de cunho qualitativo, pretendeu valorizar aspectos singulares do cotidiano de trabalho de um grupo específico – equipes de saúde da família – em relação a uma dada temática – articulação entre a rede de saúde mental e a atenção psicossocial (APS). Nesse contexto, os interlocutores foram profissionais de equipes de seis USFs localizadas na cidade de Juazeiro, na Bahia: agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliares de consultório dentário, dentistas, enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, médicos(as) e recepcionistas.

A pesquisa fundamentou-se na perspectiva fenomenológica existencial, mais especificamente na analítica do sentido, proposta metodológica apresentada por Critelli (2007), com base no pensamento de Heidegger e Arendt. Cabral e Morato (2003) retomam essa perspectiva, indicando que a adoção de um modo fenomenológico existencial de pesquisar não está necessariamente em busca da verdade, haja vista salientar a produção de sentido em um dado contexto e a construção de compreensões das pessoas acerca de si próprias e do mundo, a partir da coexistência e da condição de ser-no-mundo.

Caracteriza-se como pesquisa interventiva, que enfatiza a interação do pesquisador com o fenômeno estudado (ANDRADE; MORATO; SCHMIDT, 2007). Realizou-se uma *inserção cartográfica* nos territórios onde as equipes da atenção básica põem seu trabalho em ato, de

forma a conhecer o cotidiano dos profissionais e sua atuação em saúde, bem como os modos de vida da comunidade. Como indicado anteriormente, a cartografia se refere à *descrição e compreensão* das práticas das EqSFs em relação à saúde mental, a partir de uma imersão em campo dos pesquisadores, cumprindo dupla função: “detectar a paisagem, seus acidentes, suas mutações e, ao mesmo tempo, criar vias de passagem através deles” (MORATO, 1999, p. 62).

O registro das experiências ocorreu em *diários de campos e relatórios mensais* – construídos ao longo de um ano de atividades do grupo PET-Saúde Mental –, salientando as impressões e afetações decorrentes do contato com as equipes e usuários das comunidades.

No encerramento do primeiro ano das atividades da linha PET-Saúde Mental, foram realizados *grupos narrativos* com cada uma das seis equipes participantes, assim denominados pela intenção de promover espaços de elaboração e comunicação de experiência, via narração motivada por uma pergunta provocadora, no caso específico: *Como é a experiência dessa equipe na articulação com a rede de cuidados em saúde mental?* Esse recurso buscou realçar a experiência dos interlocutores nas suas práticas cotidianas, tal como a descrevem, a fim de tomá-la como matéria-prima da pesquisa. O caminho de pesquisa delineado fundamenta-se em elementos do pensamento de Benjamin (1996).

Ocorreram, assim, seis *grupos narrativos*, com os profissionais que se dispuseram a participar, chamados de interlocutores. Cada grupo foi coordenado por integrantes da miniequipe PET-Saúde Mental de referência para a USF (preceptor e estudantes), que se distribuíram nas funções de *facilitador, observador e responsável pelos registros de áudio e vídeo*. Aos facilitadores coube conduzir o grupo de forma a promover a comunicação/elaboração da experiência, atentando-se aos objetivos da pesquisa. Já os observadores ficaram encarregados de fazer registros de fatos relevantes – verbais ou não verbais – que ocorressem durante o processo. Os responsáveis pelos registros audiovisuais utilizaram leitores MP3/MP4 e câmera de vídeo para colheita dos depoimentos.

No que se refere ao processamento e análise dos dados colhidos, as narrativas grupais foram transcritas integralmente, encetando-se, posteriormente, um *processo coletivo* de produção de compreensões

a partir da *interlocução* com os “dados”, à luz da *analítica do sentido*. Nesse processo, a equipe de pesquisa pontuou os aspectos que se destacavam em cada grupo, considerando-se o crivo coletivo, e, desse modo, foram se configurando os eixos interpretativos, que brotaram do entrelaçamento entre os objetivos do estudo e os aspectos realçados nos depoimentos.

Assim, na *conversação* com a matéria-prima, ocorreu o processo interpretativo dos depoimentos, buscando-se a compreensão do sentido produzido nos grupos, relativo à implicação das equipes de saúde da família na rede de cuidados de saúde mental. Destaca-se que as impressões resultantes da inserção cartográfica dos participantes – registradas em diários de campo e relatórios – foram fundamentais para clarear o sentido que surgia nas narrativas, possibilitando a contextualização da dinâmica do grupo narrativo.

## **Das compreensões produzidas pelas múltiplas afetações vividas**

Do processo acima explicitado, configuraram-se três eixos interpretativos: 1. *Práticas das equipes de saúde da família em saúde mental* – concernente aos procedimentos realizados, podendo incluir, também, indicações do que deveriam/poderiam fazer; 2. *Compreensão das equipes sobre suas responsabilidades na rede de saúde mental e atenção psicossocial* – relativa à percepção da necessidade ou não de implicação na atenção em saúde mental, refletindo seu lugar/função na rede; e 3. *Repercussões do PET-Saúde Mental* – referentes às reverberações da inserção do grupo no cotidiano das EqSFs.

### ***1. Práticas das equipes de saúde da família em saúde mental***

No que diz respeito às práticas de cuidado em saúde mental das equipes participantes da pesquisa, observou-se a predominância de modos fragmentados de atenção ao usuário, havendo a primazia da *lógica do encaminhamento*. Em geral, o Caps era apontado como o principal dispositivo responsável pelo cuidado, como ilustrado no seguinte fragmento:

*[...] Chegou aqui, a gente encaminha ao médico e o médico encaminha ao Caps. Pronto! É o acesso que tem! (ENF – EqSF 1)<sup>22</sup>.*

Identificou-se também uma compreensão ainda restrita de saúde mental, distante de uma perspectiva de transversalidade ou de integralidade: saúde mental parecia, paradoxalmente, remeter apenas ao universo dos transtornos psíquicos, a “doenças”, quando, a rigor, precisa se relacionar ao reconhecimento de uma dimensão subjetiva nos processos existenciais. Não se vislumbravam possibilidades de intervenção em saúde mental no trabalho cotidiano na USF ou na comunidade, nas ações realizadas rotineiramente, tampouco inserção em tais atividades de usuários identificados como tendo algum “transtorno psíquico”. Tal fato se evidenciava na organização dos atendimentos que, frequentemente, centrava-se em públicos pré-estabelecidos pelas diretrizes da política de saúde (hipertensos, diabéticos, gestantes, etc.). Como ilustrado a seguir, os profissionais buscavam justificativas para a pouco expressiva intervenção em saúde mental, pautando-se na lógica tradicional do processo de trabalho:

*Eu acho que falta mesmo é a articulação! Falta se organizar em torno disso, de trabalhar em cima da saúde mental. A gente fica muito solto. A gente trabalha muito com hipertensos, diabéticos... (ACS 1 – EqSF 6).*

Dessa forma, as práticas das equipes em relação às pessoas que necessitam de cuidado em saúde mental se concentravam na transcrição de receita em detrimento de intervenções de cunho mais amplo, como através de articulações com a rede de atenção e os recursos comunitários, o que gerava uma centralização na figura do médico como responsável pela atenção a essa demanda na USF. Apesar disso, as equipes demonstraram acreditar na necessidade da ampliação dessa modalidade de cuidado por meio da inclusão de ações comunitárias, porém não se consideravam capazes de empreender tais iniciativas, referindo a necessidade de um apoio externo, como do Caps.

---

22 Optamos por utilizar alguns fragmentos narrativos colhidos nos grupos narrativos. As siglas indicam a categoria profissional: ACS – agente comunitário de saúde; ENF – enfermeiro; e MED – médico, recorrendo-se à numeração no caso dos ACS, por haver mais de um em cada equipe. As EqSFs foram numeradas de 1 a 6.

*Até mesmo porque depois o médico ficou só pra trocar receita. Mas geralmente quem vem não é nem o paciente, geralmente é o cuidador do paciente (ACS 2 – EqSF 1).*

*Eu acho que seria uma boa ideia que a enfermeira lá do Caps voltasse a passar nas unidades e conversar com as equipes sobre os pacientes. Porque vocês vão embora... E aí, quem vai dar um retorno? Ninguém! Então, se houvesse novamente isso, alguém vir explicar como é que tem que ser, o que a gente pode melhorar por aqui... Se tiver algum defeito, a gente não vai conseguir detectar só. Então, tem que ter um apoio, não dá pra gente ficar jogado aqui sozinho, não! Tem que vir alguém, farmacêutico, enfermeira, responsável por ele pra dar um suporte aqui, porque, se o PET for embora e não vier ninguém, vai continuar do jeito que está (ENF – EqSF 5).*

Mesmo que de modo incipiente, houve um movimento de modificação de práticas em saúde mental das EqSFs, uma vez que se esboçava o reconhecimento da necessidade do trabalho em equipe para desenvolver uma abordagem mais integral do usuário e a valorização do acolhimento como prática usual:

*Pode ser um médico, pode ser um agente, pode ser uma recepcionista, pode ser da limpeza, pode ser qualquer pessoa, porque uma equipe nunca vai deixar de ser equipe [...]. Então a gente precisa tá se reunindo pra que haja uma sintonia (ACS 2 – EqSF 3).*

*E eles [pessoas com necessidade de cuidado em saúde mental] têm o interesse de vir na unidade. Eu tiro por uma da minha área: ela tem o interesse de vir e fazer todos os exames que mulher faz, ela tem vontade de aprender, ela quer participar das reuniões pra entender as coisas, pra saber cobrar. Geralmente quando a gente pede, ela fica na expectativa. Aí se arruma toda, vem ao posto, mas, se eu não estiver, ela volta da entrada. Se eu estiver, todo procedimento que tiver aqui, que for ligado pra ela, eu já encaixo. Tudo! Dentista, enfermeira, tudo... Então ela se sente valorizada (ACS 3 – EqSF 3).*

Nesse sentido, a tríade vínculo-confiança-intimidade, na relação do ACS com a comunidade, pode ser considerada como elemento relevante para a ação do profissional enquanto cuidador *em ato*. A aproximação com pessoas com necessidade de cuidado em saúde mental parece promover transformações na compreensão desse cuidado, provocando uma maior disponibilidade para a atenção:

*[...] Eu me identifico, porque eu não achei lá pessoas anormais. Porque a maioria tinha os transtornos que nós todos temos. Eu, quando fiz o Profae<sup>23</sup>, a gente se identificou tanto que uma colega chegou na sala de aula e disse: “Meu Deus, eu sou maluca, tudo que eles tinham lá, eu também tenho!”. Essa questão de correr pra casa pra fechar a porta de novo, lavar as mãos porque num sei o quê, porque tá suja, todas essas fobias, essas coisas, a gente se identificou e viu que ali tinha pessoas que num tinha nada de anormal, simplesmente não sabiam controlar aqueles transtornos que estavam acontecendo com eles (ACS 6 – EqSF 1).*

Uma importante reflexão com base nesse aspecto se refere à construção cotidiana da compreensão sobre as necessidades de saúde dos usuários, que só pode ser tecida no encontro dos profissionais com usuários *reais*, em sua existência *concreta*. A aproximação entre pessoas é lastro que possibilita intervenções pertinentes em saúde, pois fundadas na experiência de encontro entre pessoas de *carne e osso*, para além de papéis rigidamente definidos (como os de médico e paciente) e classificações nosológicas abstratas.

## ***2. Compreensão das equipes sobre suas responsabilidades na rede de cuidados de saúde mental***

Um dos aspectos discutidos pelos profissionais das equipes da atenção básica dizia respeito à falta de articulação da rede de atenção com a saúde municipal, apontando-se a precariedade dos serviços, numa

---

23 Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, no nível técnico básico, promovido pelo MS.

perspectiva queixosa e de repasse de responsabilidades. Apesar do reconhecimento da necessidade de estabelecimento de parcerias na atenção às demandas em saúde mental, os profissionais expuseram algumas dificuldades, como a falta de conhecimento das suas possibilidades de atuação enquanto dispositivo da rede e a inexistência de uma prática norteada pela corresponsabilização do cuidado e gestão em saúde.

Na percepção das equipes das USFs, os profissionais do Caps mantêm uma posição de distanciamento, não atuando no sentido de favorecer o diálogo entre os dispositivos de saúde. Sugere-se, assim, uma tendência ao *encapsulamento* dos Caps, que, sendo serviços especializados de referência, deveriam capilarizar sua atuação/intervenção aos territórios atendidos, implicando articulação com dispositivos como as USFs. O distanciamento identificado entre os dispositivos da própria rede de saúde – como entre os Caps e as USFs – reduz as possibilidades de ampliação do cuidado a pessoas com demandas em saúde mental.

*[...] Eu acho que o papel da gente era mais ficar observando se ele estava indo à consulta e tomando a medicação. Não havia essa conversa de médico da unidade com enfermeiro, médico do Caps. Acho que na verdade nunca houve. O que acontecia é: “Ah, o paciente tá sendo acompanhado pelo Caps e tá precisando de medicação. Liga lá pro Caps e manda fulaninho mandar para ele”. A conversa era essa. Quando faltava medicação, ia correr atrás; ou então, “Ah, tá tentando ligar pro médico e o médico não manda pro Caps”. Aí outro médico, um terceiro, ligava pra lá. Eu não sei se há alguma organização deles [Caps], não sei se eles estão organizados, não tenho como dizer nada da instituição, eu só sei que pra cá não chega fluxo nenhum (ENF – EqSF 5).*

A dificuldade de articulação não se restringe ao circuito Caps-USF, mas estende-se aos diversos equipamentos sociais, como igrejas, associação de bairro, clubes, entre outros, sendo apontada por alguns interlocutores. Entretanto, apesar do reconhecimento dessa dificuldade, percebemos pouca mobilização das equipes no sentido de construir parcerias efetivas.

*A associação de moradores também não tem... O presidente de bairro, em frente mora uma pessoa que tem distúrbio*

*mental, mas eu acho que ele ainda nem se ligou a isso, não está preocupado. Mas só se tivesse uma articulação e uma reunião, como vocês fazem aqui, e convidá-los para passar pra eles sobre essa rede de apoio, a responsabilidade do outro, da comunidade, do PSF [Programa Saúde da Família]. Porque eles acham assim: é o PSF e acabou (ACS 5 – EqSF 4).*

Nesse contexto, há uma convocação ao apoio matricial, por parte das equipes de saúde da família, diante da constatação da falta de articulação na rede. No entanto, as equipes pareceram não investir nesse movimento de provocação de mudanças, adotando um posicionamento passivo diante da situação.

Além disso, os interlocutores indicaram que equipamentos que poderiam assumir a responsabilidade pelo apoio matricial (Nasf e Caps) não correspondiam a essa função, havendo dificuldade na comunicação com eles bem como críticas às suas atividades, vistas como pontuais. A existência de uma acomodação diante do instituído está relacionada a essa problemática, pois o modo como se organiza ou se compreende os processos de trabalho acaba por enrijecer a trama da rede de cuidados, o que é ilustrado pela fala a seguir:

*Na realidade é algo que foi discutido desde o princípio: não existe articulação em saúde mental. Não só em saúde mental, em quase toda a rede não há. Primeiro o médico é sobrecarregado na saúde da família – é hipertenso, é diabético, é criança, é gestante, é visita domiciliar... Então incluir saúde mental é modificar o programa, acrescentar outra atividade no programa (MED – EqSF 4).*

Vislumbramos um certo reconhecimento das equipes quanto à responsabilidade pelo cuidado em saúde mental, porém incipiente, de maneira que praticamente não existe espaço para a efetivação dessas práticas no cotidiano dos serviços. Acreditamos que tal aspecto está relacionado com a supervalorização do saber especialista – em detrimento da potência existente nas equipes – e com a extrema dependência de normatizações, protocolos e/ou definições externas (do gestor, da secretaria, etc.). O relato a seguir indica essa perspectiva:

*Porque não existe, a secretaria até hoje não determinou. O que está determinado para mim, pelo meu conhecimento, é que o paciente psiquiátrico receba uma orientação psiquiátrica, algo especializado. Eu só faço um encaminhamento para que ele procure o Caps. Não tem um intercâmbio (MED – EqSF 4).*

A escassez de espaços de discussão e de apoio técnico-pedagógico para lidar com demandas de saúde mental no dia a dia da atenção básica acaba por gerar sofrimento para o profissional, uma vez que ele se envolve com uma realidade complexa e repleta de nuances. Nesse sentido, vimos com frequência serem disparados processos reflexivos sobre a necessidade do cuidado de si, considerando-se a própria subjetividade como instrumento de trabalho.

*A gente, por ser orientador, vai ser mais um paciente com transtorno mental, porque fica sem dormir. Tem a cobrança da rua também, temos que ter paciência, tem que cuidar do cuidador, a gente tem que saber de nossos limites, pensar direito o que a gente tem a oferecer (ACS 6 – EqSF 2).*

Através dos depoimentos e da imersão em campo, percebeu-se uma ambivalência no posicionamento das equipes em relação à sua implicação na rede: ao mesmo tempo que reconheciam sua importância na rede de atenção à saúde mental, sustentavam a impossibilidade de dar conta dessa tarefa sem a garantia de um apoio externo. De modo geral, havia pouco envolvimento e investimento no cuidado às pessoas com demandas em saúde mental, que ficavam um tanto *invisíveis*, ganhando destaque a partir das discussões promovidas pelo grupo PET-Saúde/Saúde Mental.

Sinaliza-se, portanto, a necessidade de ações que promovam um maior reconhecimento e fortalecimento das responsabilidades e potencialidades da EqSF na construção da rede de atenção psicossocial, ressaltando-se a função articuladora e apoiadora do Nasf e do Caps nesse processo.

### ***3. Repercussões do PET-Saúde Mental***

É premente iniciar a discussão desse eixo através do resgate de algumas compreensões dos interlocutores acerca do fenômeno da loucura. Um primeiro aspecto entrevistado se refere ao imaginário social em torno

da loucura: uma forte marca estigmatizante, que se revela tanto pelo caráter tutelar da atenção quanto pela relação entre transtorno psíquico e periculosidade. Acredita-se que essa configuração justificava, em larga medida, a dificuldade de aproximação dos profissionais da atenção básica com as pessoas em sofrimento psíquico, contribuindo para a centralização da referência do cuidado nos Caps. Franjas desse imaginário acabavam por se expressar na narrativa dos interlocutores, como no fragmento a seguir:

*Saúde mental é com todo tipo de pessoa, como nós também! Eu não quero discriminar, mas, no ônibus, ali na frente do Caps, essas pessoas todas misturadas... Deveria ter um transporte do Caps pra transportar essas pessoas. Já houve várias tentativas de homicídio dentro do ônibus, de pessoas que estavam totalmente descontroladas (ACS 6 – EqSF 2).*

A forma como as equipes percebem e se relacionam com as pessoas com necessidade de cuidado em saúde mental parece repercutir no modo como a USF organiza a oferta de atividades direcionadas a essas demandas. Um dos elementos que demonstra isso é o raro trânsito de indivíduos em sofrimento psíquico na USF, bem como o distanciamento e falta de implicação e corresponsabilização das equipes no que se refere ao cuidado em saúde mental. O trecho a seguir revela esse ponto:

*Eu acho que a unidade de saúde fica distante dos casos que necessitam de atendimento em relação à saúde mental. Há um distanciamento entre a unidade e esses casos (ENF – EqSF 1).*

Diante do exposto, pôde-se identificar que uma das marcas principais dos grupos narrativos foi a expressiva indicação de que o trabalho desenvolvido pelas miniequipes PET-Saúde disparou processos de aproximação das EqSFs com a temática da saúde mental. Tendo em vista as sinalizações de distanciamento que o trabalho cotidiano dos profissionais, anteriormente à experiência com o PET-Saúde, apresentava em relação a pessoas com necessidade de cuidado em saúde mental, é possível destacar que as discussões realizadas com as equipes, bem como as informações sobre a estruturação da rede e possibilidades de intervenção se concretizaram em ações em cada USF.

*Na verdade, o começo do PET na unidade veio resgatar um pouco da saúde mental aqui no bairro. A gente teve a oportunidade de estar discutindo alguns casos. Eu acho que isso foi uma coisa muito válida para a gente enquanto equipe. Aproximou a gente dos casos de saúde mental, que estavam meio escanteados. Até o entendimento da rede, como funcionava, antes de ter sido dito que a gente poderia encaminhar os casos de urgência, isso daí era desconhecido por todos nós. Então, eu acho que o vínculo ficou melhor em relação aos pacientes com problemas mentais (ENF – EqSF 1).*

Ainda considerando tal fragmento, é possível pensar em um papel do PET-Saúde como promotor da visibilidade de casos anteriormente negligenciados ou desconhecidos. Isso foi percebido, principalmente, a partir do mapeamento de demandas em saúde mental, realizado pelas miniequipes PET-Saúde com os ACS, que contribuiu para uma aproximação inicial dos agentes com pessoas com necessidade de cuidado em saúde mental e para constituição de vínculo entre estas e a equipe de cuidado.

Os espaços de diálogo constituídos pelas oficinas temáticas, visitas domiciliares, elaboração de projetos terapêuticos singulares, discussões de casos – no contexto das atividades desenvolvidas pelas miniequipes PET-Saúde – foram enriquecedores, adubados pela experiência de andanças no território, afetando as práticas e processos de trabalho de forma significativa. Através dos relatos, percebemos o reconhecimento e a valorização da proposta da equipe PET-Saúde, sinalizados pela satisfação e pela abertura das equipes à discussão e à atuação no cuidado em saúde mental.

*[...] Agora eu acho que quem não tem essa facilidade, tem que passar por esses processos mesmo pra aprender, pra acabar com os tabus, pra ter aquele jogo de cintura pra trabalhar, porque nós, que adentramos as casas, encontramos todos os tipos de problemas. É da saúde mental, é os transtornos com álcool e droga, é a violência, é tudo! Então, tem que ter um jogo de cintura e saber trabalhar isso. Vocês vieram e, pra mim, foi assim uma ajuda... Pra mim foi bom e pras meninas tô vendo que serviu, né? (ACS 6 - EqSF 1).*

Notou-se significativa aproximação de profissionais das equipes de saúde da família com a temática da saúde mental. Tal aproximação foi marcada por alguns desalojamentos produzidos pelo modo como foram abordadas as discussões pelo grupo PET-Saúde, com a intenção de escape ao viés da categorização e patologização da experiência da loucura. Essa abordagem agenciou um movimento de transmutação da compreensão de saúde mental – no sentido de alargamento, extrapolando a atenção a pessoas com transtornos psíquicos – e da própria atuação nesses casos. As equipes, que inicialmente se sentiram inseguras em relação ao acolhimento dos casos de saúde mental, com o tempo foram se mostrando abertas a essa intervenção:

*Mas eu percebi, com esse caso específico que a gente estava acompanhando, que a gente tem medo de se aprofundar quando é uma pessoa que tem transtorno... Por mais que o serviço esteja aqui, parece que as portas estão fechadas pra eles! [...] É preciso aquele acolhimento, de trazer eles até a unidade de saúde (ACS 2 – EqSF 3).*

*[...] Saúde mental é uma coisa que ainda tem muito a ser descoberto, não tem uma coisa certa e taxativa, a gente sabe que não tem, a gente sabe que tem estudos, tem vários estudos, porque a mente, o comportamento hoje em dia, não é como a gente entende (ENF – EqSF 6).*

Nesse contexto de mudança de compreensão e atitude, houve uma progressiva abertura dos profissionais ao contato com os usuários e a valorização da integralidade do cuidado na USF e da implicação do sujeito nos processos terapêuticos.

*[...] Então eu acredito que a gente tá chegando mais próximo, a gente tá conseguindo medicação, a gente tá conseguindo consulta, e, o que é melhor, não é a consulta específica da saúde mental, é consulta para outras coisas que não é só a saúde mental. A gente sabe que tem uma pessoa com determinada patologia, só que precisa fazer um preventivo, precisa de hiperdia, pode ser inserido em outro programa. Então, eles já estão vindo à unidade para procurar outras coisas, não só remédio controlado... e passar pelo enfermeiro também (ENF – EqSF 5).*

*[...] Então hoje tá sendo diferente: você trabalhar com o paciente como um todo, você ouvir a opinião dele, você sentar e vê o que ele quer, as necessidades dele, a sensibilização dele e o que ele realmente quer, e ele vai se sentir melhor, se sentir alguém, vai sentir que alguém se preocupou com ele... (ACS 3 – EqSF 3).*

Mesmo com a disponibilidade de acolhimento a esses casos, ainda ocorreu a explicitação da incerteza sobre como cuidar, ou seja, como realizar ações em saúde mental na atenção básica. Assim, depoimentos ilustraram a satisfação dos profissionais pela efetividade de algumas intervenções, no que diz respeito ao trabalho realizado no território, muito embora haja também a identificação da complexidade e da peculiaridade, tomadas como próprias do trabalho no campo da saúde mental e apresentando-se como desafio cotidiano. Reconhecemos, desse modo, que as mudanças precisam ser experimentadas na prática.

*Na verdade, sempre existe mesmo isso da família. Agora, se vai conseguir colocar em prática essa abertura, das pessoas começarem a aceitar, a gente vai ver daqui por diante. Depois, a partir deste trabalho que começou a ser feito agora, que se vai saber (ACS 1 – EqSF 3).*

Algo que se destacou foi o fato de que os próprios grupos narrativos, realizados com o objetivo de colheita de dados, também funcionaram como espaços de esclarecimento sobre alguns pontos, de construção de posicionamentos e de mais discussões acerca da atenção em saúde mental a partir da prática, caracterizando-se como lócus de educação permanente em saúde e promovendo a elaboração da experiência em relação à temática.

Também foi ressaltada, pelos profissionais, a presença constante das miniequipes PET-Saúde no território, assumida como elemento fundamental na intervenção. Essa constância representou um grande instrumento viabilizador de envolvimento e vinculação com as propostas lançadas pelo PET-Saúde, possibilitando a construção de credibilidade. O fragmento abaixo indica essa repercussão, trazendo uma interessante singularidade do trabalho desenvolvido, distintiva da linha de extensão-

-pesquisa-ensino, além de sugerir ainda uma comparação da intervenção do PET-Saúde com a de outros dispositivos da rede, a exemplo do Nasf.

*[...] de todos os programas que vieram pra gente, vocês foram as que mais tomaram a frente. Porque o Nasf, a gente não teve experiências muito boas. [...] Tem coisa que a gente quer uma resolução mais rápida, um interesse maior. Vocês metiam a cara, saíam no sol com a gente, não tinham essa coisa. [...] Então, vocês tiveram essa disponibilidade, de visitar, de procurar saber, de ir atrás, realmente, de debater com a gente (ACS 5 – EqSF 4).*

A partir disso, fortaleceu-se a compreensão de que a regularidade dos contatos e da presença em campo de quem pretende compor ou trabalhar em parceria com as EqSFs é ingrediente básico no processo de articulação entre as redes de cuidado. É pertinente realçar que, no referido grupo PET-Saúde, cinco dos seis preceptores eram profissionais do Nasf, de modo que apostamos na perspectiva de aprimoramento da prática via participação no projeto.

Como resultado direto do reconhecimento pelas ações do PET-Saúde, houve intensa sinalização do desejo, por parte dos profissionais, de continuidade do trabalho, uma vez que o fim daquele ciclo de um ano de atividades era iminente no período em que aconteceu grande parte dos grupos narrativos.

*[...] No início tivemos dificuldades de aceitação, de não conhecer como funcionava de fato. Agora, pra mim, clareou e eu posso dizer com todas as letras que, do jeito que está, eu gostaria que continuasse. [...] Senti firmeza, uma certa qualidade no trabalho, é um trabalho transparente. Antes eu não conhecia, era difícil opinar, mas agora nesse momento eu diria: “Vamos continuar, vale a pena!” (ACS 4 – EqSF 1).*

Tendo em vista a demonstração de tamanho interesse, surgiu a problematização sobre o estímulo, a partir do PET-Saúde, à produção de autonomia e responsabilização das equipes no que diz respeito à gestão do cuidado em saúde mental. Que apropriação de fato os profissionais fizeram no que se refere ao *lugar/função* que lhes cabe na construção e

articulação da rede de cuidados? Vislumbrou-se, na pesquisa, um movimento sugestivo de dependência das equipes em relação ao grupo PET para a realização de ações em saúde mental, destacando-se, ainda, uma falta de perspectiva quanto à articulação de ações via outros dispositivos:

*[...] e a gente já tá tão acostumada das coisas não funcionarem, que, quando vocês disseram que não sabiam se retornavam, aí já ficou aquela interrogação: que como vêm essas coisas e nunca têm uma continuidade... toda vez começa e não termina! (ACS 6 – EqSF2).*

A perspectiva de continuidade em relação a projetos iniciados, seja no contexto da própria gestão de saúde, seja via parceria com universidades, é um ponto bastante relevante. Diante do encerramento da intervenção do PET-Saúde, havia a possibilidade de aprovação de outros projetos, o que foi sinalizado, à época, aos participantes. Tendo, pois, em vista a realização de outros projetos de igual caráter, além da intervenção de dispositivos na perspectiva de apoio matricial – Caps e Nasf, por exemplo –, restou-nos a inquietação em relação à sustentabilidade das transformações produzidas e ao compromisso com a avaliação dos seus efeitos.

A necessidade de avaliar as práticas e projetos foi claramente apontada pelos interlocutores. Processos avaliativos precisam envolver todos os participantes e atentar-se aos efeitos *do que e de como se faz*, como via de aprimorar as intervenções. Pelas compreensões produzidas, algo parece ter se transformado no modo como as equipes colaboradoras percebiam e atuavam no campo da saúde mental, tão complexo e multifacetado. Entretanto, um aspecto crucial para a sustentação das mudanças parece ser os espaços de reflexão sobre o fazer...

### **Formação conectada à realidade das redes de saúde: potência em ato**

A realização da pesquisa, que ocorreu no seio de uma experiência intensa e ousada, relacionada ao PET-Saúde, permitiu compreensões acerca dos significativos desafios que existem para uma atuação em saúde de caráter integral. Com base no que foi discutido, assinalam-

se alguns pontos axiais na perspectiva da aproximação ensino–serviço, estratégia fundamental para o aprimoramento da formação em saúde.

Primeiramente, o programa de extensão/ensino/pesquisa, como são chamados os grupos PET-Saúde na Univasf, forjou espaços de aproximação entre diversos atores/autores importantes na construção de práticas em saúde sintonizadas aos princípios do SUS: estudantes, profissionais, professores e usuários. O estudo destacou a importância tanto da atenção aos processos formativos relacionados com a realidade dos contextos sociais como da educação permanente dos profissionais já inseridos nas redes de atenção. É preciso incansavelmente buscar vias para ampliar os espaços formativo-pedagógicos.

A atenção básica no país, operacionalizada pela Estratégia Saúde da Família, revelou-se como um profícuo lócus de intervenção e cuidado em saúde, ficando evidente a dificuldade na lida com questões relativas à saúde mental nesse cenário. No cotidiano das equipes, a atenção nesse campo, se acontecia, mostrou-se atravessada por um imaginário social que toma a experiência da loucura em um sentido marcadamente patologizante, excludente e discriminatório. Não foram raras as atitudes de distanciamento dos profissionais em relação às pessoas com transtorno psíquico, frequentemente negligenciadas nos projetos de atenção no território ou na própria unidade de saúde.

A predominância da lógica do encaminhamento parece revelar esse estado de coisas; entretanto, era justificada, em geral, pela falta de apoio da rede de serviço especializada ou pela sobrecarga que representaria acolher pessoas com demandas em saúde mental nas unidades, já que são tantas as metas e programas estabelecidos normativamente (pela SMS ou pelo próprio MS). Esses aspectos não devem ser desmerecidos na análise.

Por meio da vivência no dia a dia das USFs, percebeu-se que as ações desenvolvidas estavam engessadas em cronogramas rígidos, verticalmente estabelecidos, em que a saúde mental não tinha inserção. Observou-se, inicialmente, uma dificuldade das equipes em considerar a atuação em saúde mental, além da ênfase no diagnóstico e na medicalização das “patologias mentais”.

Nos depoimentos dos interlocutores, houve destaque à necessidade de apoio para essa atuação específica, o que pareceu, em certa medida, pertinente. Porém, a recorrência de falas culpabilizantes e queixosas em relação aos dispositivos especializados e à própria gestão não era

acompanhada de atitudes propositivas. Muitos se referiram à falta de articulação da rede e às dificuldades de construção de parcerias com dispositivos como o Caps e o Nasf, contudo praticamente não havia autocrítica sobre a própria atitude no contexto da ESF.

Reconheceu-se, no contato com essa realidade, que qualquer tentativa de corresponsabilização pelo cuidado implica que cada um assuma o que pode (e precisa) fazer. As provocações ao longo do projeto buscaram seguir essa direção, o que foi demandando para a valorização da construção coletiva. Assim, apesar da frequência queixosa, em vários momentos os profissionais participaram e se esforçaram em estabelecer novos modos de cuidado em saúde mental a partir das propostas do grupo PET-Saúde. Pelos depoimentos dos próprios integrantes da USF, avaliou-se que foram conquistados espaços em que a responsabilidade das equipes pelo cuidado em saúde mental pôde ser discutida.

Nesse sentido, consideramos que o PET-Saúde se configurou como um dispositivo de apoio, agenciando estratégias de cuidado, por meio de diversas ferramentas, como o projeto terapêutico singular, desenvolvido com as equipes, que valorizou o cuidado *em ato*, a importância da relação com território e com as pessoas que vivem nele e que acabou se tornando um importante instrumento de articulação no processo de discussão da saúde mental na atenção primária.

O estudo indicou que o trabalho realizado descortinou, no cotidiano das EqSFs, uma demanda que, embora sempre presente no território, permanecia em estado de invisibilidade. Dessa forma, mesmo timidamente, apresentou-se uma mudança: a atenção em saúde mental, como responsabilidade e possibilidade das equipes, passou a transitar nos depoimentos e práticas dos profissionais.

Por fim, destaca-se a experiência do PET-Saúde como um importante dispositivo de educação permanente para todos os implicados no desenvolvimento de propostas interventivas no cotidiano dos serviços, demarcando-se o programa pela construção e aprendizagem coletiva. Evidentemente, apesar das conquistas circunscritas, incertezas e indagações estiveram presentes o tempo todo. Como anteriormente sinalizado, uma grande preocupação foi a sustentabilidade de um processo crescente de compreensão das EqSFs no que tange à atuação em saúde mental, sem a presença do grupo PET ou outro dispositivo que o valesse.

Nesse ponto, deparamo-nos com questões primordiais na efetivação da política de saúde: como garantir que as intervenções feitas na perspectiva de aprimoramento da atuação profissional nas redes de atenção à saúde reverberem em práticas efetivas e eficazes, ou seja, promovam efetivação do direito à saúde dos usuários do SUS? Que estratégias desenhar e implantar para que as redes de saúde se constituam comunicantes, articuladas e acolhedoras?

Seguramente não há respostas prontas ou receitas de como fazer. Contudo, não é mais tolerável que velhas questões venham sendo colocadas em estudos – como a necessidade de articulação entre saúde mental e atenção básica – sem que avancemos na legitimação de transformações nas práticas diárias. A pesquisa indicou a imprescindibilidade de uma tessitura cotidiana das redes, num processo de corresponsabilização de todos os envolvidos. Não se faz política pública efetiva com planejamento e proposições delineados sem uma aproximação com a realidade em que se pretende intervir.

A experiência promovida pelo PET-Saúde viabilizou um processo rico de ensino-aprendizagem, porque conectado com as questões que se apresentam na vida real dos territórios, abrindo os integrantes do programa à experimentação e a um aprendizado com sentido. Possibilitou a *presença* dos envolvidos nos cenários em que as intervenções eram pensadas e implantadas, aspecto basal. Não se constrói ação em saúde sem presença e implicação. Consideramos que não foi o PET-Saúde, *per se*, que promoveu os resultados sinalizados nos depoimentos dos interlocutores: houve construção conjunta de modos, em um processo continuado de pensar, fazer e refletir, para que fossem indicados caminhos possíveis adiante.

## Referências

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Engenheiro Paulo de Frontin: Nau, 2003. p. 45-65.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ANDRADE, A. N.; MORATO, H. P.; SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa interventiva em instituição: etnografia, cartografia e genealogia. In: RODRIGUES, M. M. P.; MENANDRO, P. R. M. (Org.). **Lógicas metodológicas**: trajetos de pesquisa em psicologia. Vitória: GM Editora, 2007. p. 193-206.

BENJAMIN, W. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: \_\_\_\_\_. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1996. p. 197-221. (Obras Escolhidas, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Nasf**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 out. 2011a. Seção 1, p. 48-55.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 2011b. Seção 1, p. 230-232.

CABRAL, B. E. B.; MORATO, H. T. P. Considerações metodológicas a partir da formulação de uma questão para pesquisa. **Interloquções**: Revista de Psicologia da Unicap, Recife, v. 3, n. 1/2, p. 155-176, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CRITELLI, D. M. **Analítica do sentido**: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para implementação de ações. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-164, 2009a.

\_\_\_\_\_. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-193, fev. 2009b.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

LANCETTI, A. (Org.). **SaúdeLoucura**: saúde mental e saúde da família. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. v. 7.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 615-634.

MORATO, H. T. P. Aconselhamento psicológico: uma passagem para

a transdisciplinaridade. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa**: novos desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 61-88.

OLIVEIRA, A. G.; VIEIRA, M. A. M.; ANDRADE, S. M. R. **Saúde mental na saúde da família**: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'Água, 2006.

ONOCKO CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas em atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 221-246.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ; ABRASCO, 2010. p. 13-33.

RIBEIRO, C. C.; RIBEIRO, L. A.; OLIVEIRA, A. G. B. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 548-57, 2008.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: \_\_\_\_\_. **Desinstitucionalização**. Organização Fernanda Nicácio. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral-CE: o relato de uma experiência. **Sanare**, v. 6, n. 2, p. 34-42, 2005/2007.

Esta publicação foi composta utilizando-se a  
família tipográfica Adobe Garamond Pro.

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a  
fonte e que não seja para qualquer fim comercial.

