

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMDFIOCRUZ AMAZÔNIA  
PROGRAMA MULTIIINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,  
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO INTERIOR DO ESTADO DO  
AMAZONAS – ESTUDO DE CASO NA REGIÃO DE SAÚDE RIO MADEIRA/AM**

**FABIANA MÂNICA MARTINS**

**MANAUS**

**2015**

**FABIANA MÂNICA MARTINS**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO INTERIOR DO ESTADO DO  
AMAZONAS – ESTUDO DE CASO NA REGIÃO DE SAÚDE RIO MADEIRA/AM**

Dissertação apresentada ao Programa Multiinstitucional de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia - PPGSSEA, no Instituto Leônidas Maria Deane/Fiocruz-Amazônia como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia.

**Sub-linha de Pesquisa:** Enfermagem e Saúde Pública

**Orientador:** Dr Júlio César Schweickardt

**MANAUS**

**2015**

M386e Martins, Fabiana Mânica  
Educação Permanente em Saúde no interior do Estado do Amazonas : Estudo de Caso na Região de Saúde Rio Madeira/AM / Fabiana Mânica Martins. 2015  
84 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Júlio César Schweickardt  
Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Educação. 2. Trabalho. 3. Educação Permanente. 4. Amazônia. I. Schweickardt, Júlio César II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

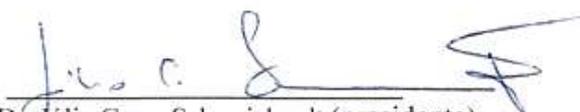
FABIANA MÂNICA

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO INTERIOR DO  
ESTADO DO AMAZONAS - ESTUDO DE CASO NA REGIÃO DE  
SAÚDE RIO MADEIRA/AM.

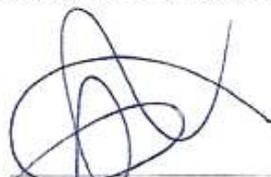
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, em convênio com o Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane (CPqI.MD-FIOCRUZ) e Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

**Aprovado em 31 de agosto de 2015**

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt (presidente)  
Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ)



Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla (membro)  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)



Prof. Dr. Rodrigo Tobias Sousa Lima (membro)  
Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/FIOCRUZ)

## **EPIGRAFE**

“Não abandone a sabedoria e ela o protegerá; ame-a, e ela cuidará de você. O conselho da sabedoria é: procure obter sabedoria; use tudo o que você possui para adquirir entendimento. Dedique autoestima à sabedoria e ela o exaltará; abrace-a e ela o honrará. Ela porá um belo diadema sobre a sua cabeça e dará de presente a você, uma coroa de esplendor. O temor do Senhor é o princípio da Sabedoria.”

(Bíblia Sagrada, Provérbios de Salomão)

## DEDICATÓRIA

**Ao Ajudador,**

Conselheiro fiel na construção deste trabalho, confirmando em mim a Palavra de Deus:

*“Mas o Conselheiro, o Espírito Santo, que o Pai enviará em meu nome, ensinará a vocês todas as coisas e fará vocês lembrarem tudo o que eu disse.”*

(Bíblia Sagrada, João 14:26).

## AGRADECIMENTOS

Ao meu querido orientador, **Júlio César Schweickardt**, por ter me acolhido no seu grupo de pesquisa, por ter apostado em mim e confiado o tema maravilhoso da Educação Permanente em Saúde em minhas mãos e coração. Júlio é para mim a representação (muito além da figura de Doutor/Orientador) do pai que acolhe e disciplina, do irmão que encoraja e caminha ao lado, e principalmente, representa o amigo que aposta, que confia e diz “*Calma, tudo vai dar certo*” mesmo quando eu não acreditava. Júlio será sempre uma referência de profissionalismo, de humanidade, de práxis, e especialmente, de coerência com o que ensina!

À minha Orientadora do EPS em Movimento, **Ângela Carla da Rocha Schiffler**, pelas conexões, produções coletivas, pelo incentivo, e principalmente, por apostar e descobrir potências em mim desconhecidas. Ângela é uma pessoa contagiante! Capaz de ativar no outro o seu melhor, valorizar a relação, o acontecimento/encontro em ato. Consegue colocar feixes de luz no mundo do trabalho e trazer para a cena os saberes e práticas significativas. Com ela, nossa ‘comunidade Cunhatãs’ disparou muitos desenhos em defesa da vida.

À comunidade **Cunhatãs** e aos **alunos** do EPS em Movimento, pelas afecções, por ativarem em mim processos significativos, por me ajudarem a reconhecer práticas e saberes do cotidiano, produzindo novos sentidos no fazer saúde.

Aos **alunos** da especialização em Gestão Regionalizada do SUS no Amazonas 2013 e às tutoras **Sissi** e **Larissa** da Região de Saúde Rio Madeira, por me inserirem na região e terem proporcionado esse encantamento pelo interior, por todo empenho de todos em produzir conhecimento e cuidado à saúde em ato.

A todos do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – **LAHPSA**, por terem me proporcionado a conexão da experiência do ‘encontro’, sendo possível a invenção de práticas de aprender, de cuidar e de viver a EPS com destaque às potências do trabalho vivo.

À **Rede Unida**, comunidade viva de ação e de inspiração, de dobra e desdobra, de abastecimento da minha caixa de afecções, espaço de práxis, de aprendizado e afetações.

À querida **Joana Freitas** do LAHPSA pela paciência, gentileza e competência em ajudar nesse trabalho, reservando as passagens, contatando com os municípios, sempre disposta e atenciosa em solucionar as minhas dificuldades com a logística e deslocamento.

Ao ILMD por ser a minha segunda casa, especialmente às pessoas que contribuíram na formação, **Claudio Peixoto, Elen e Renata, Rose Alves, Maquiné, Danilo, Evelin, Alessandra e Ycaro** (sempre tão solícito e prestativo na biblioteca).

A todos os professores do programa PPGSSEA e aos meus colegas de pós-graduação: **André, Daniel, Francinara, Ivanildes, Karen, Maiana, Marla, Pedro, Paulo, Roberta, Vanessa, Vivian** e em especial às companheiras e amigas de ‘encontros agenciadores de aprendizado’ – **Danielle, Elivandra, Lucia, Raquel e Loreci**.

A **CAPES**, financiadora da minha bolsa e à **FAPEAM** financiadora do PPSUS.

Aos **Secretários de Saúde, trabalhadores, pescadores, moradores... e às crianças** (que nos finais de tarde brincavam nas praças e viabilizavam em mim ‘quebras’ de sentido do meu saber, me fizeram ver coisas que antes não via...), pela abertura de suas vidas possibilitando os nossos ‘encontros’.

À minha querida **Ufam**, cenário do meu trabalho vivo; aos meus amados **alunos** da Saúde Coletiva, que deixam a minha vida mais colorida, me desafiam a reaprender e ressignificar minha prática como educadora. Em especial, minha gratidão aos bolsistas: **Ana Claudia, Bárbara Gomes, Bárbara Rodovalho e Daniel** que contribuíram na digitação dos discursos.

Ao meu gaúcho amado, **Paulo Martins**, por ter me escolhido como a gurua eleita e compartilhar do meu processo de aprendizado. Creio que foi nosso Deus quem proporcionou o ‘encontro’ mais importante da minha vida, você! Sou feliz pela nossa família, desejo que para sempre Deus nos mantenha com Ele, para que sejamos como laço de três dobras e que não se arremente nenhum dia de nossas vidas (Eclesiastes 4.12).

Ao **Zeus** meu co-autor de quatro patas, sempre debaixo da minha mesa de estudos, meu despertador que intimava à hora de parar um pouco, relaxar e brincar (jogando a bolinha).

Aos meus queridos pais, **Elio e Isolde**, pela educação que me proporcionaram, pelo carinho e amor que me cuidaram e inseriram no mundo. O que sou hoje é reflexo de vocês. À mãe em especial, artesã nata por me ajudar a construir a colcha de retalhos da apresentação e defesa desse trabalho. Sinto-me amada e abençoada por ter crescido no berço de uma família.

Aos meus queridos manos: **Fabielly, Fabio** e cunhada **Lara**, pelo incentivo e aposta nos meus sonhos. É maravilhoso contar com vocês. Em especial ao amado **Davi**, sobrinho que me encanta com sua alegria, encoraja e emociona com o seu esforço em pronunciar as primeiras palavras, me mostra o quanto é precioso/maravilhoso *aprender* e descobrir o mundo.

À minha irmã que escolhi amar, **Maria Lopes da Silva** (educadora e teóloga), pelo carinho, incentivo, amizade, confiança e principalmente, por me mostrar um Deus humano e libertador. Mesmo à distância, essa presença sentida/afetada me mostra o quanto é importante ter amigos/irmãos que se leva para a vida toda!

À minha querida cunhada **Jóia** (esposo Jonas e sobrinhos **João e Lívia**), pelas palavras de incentivo e apoio enquanto educadora e amiga.

Aos cunhados **Biga e Davi** por compartilharem comigo deste momento maravilhoso do nascimento natural da amada **Milene**, bênção de Deus! Mostrando-me quão é maravilhoso confiar e esperar no Senhor.

Aos amigos: **Sônia e Emerson** pelas nossas pedaladas e a tradicional picanha de domingo com Baden Golden; **Luciene e Ray** pelo incentivo e os churrasquinhos inesperados e sempre bem vindos; **Danilo, Luciana e Lê** pela parceria e convívio; **Wilton, Juliene e Juju** pela serenidade e nobres diálogos acerca da ‘existência humana’; e a minha querida irmã/amiga/companheira do mestrado e da vida, **Loreci** e seu “gato” **Cirilo** (de quatro patas) gratidão pelo incentivo, cuidado, aprendizados e produções no trabalho vivo.

Ao nosso Pastor amigo **David Aguiar (IPI)** e esposa **Maria José**, pela amizade e cuidado, pelas palavras de encorajamento e iluminação de nossas vidas por meio da Palavra de Deus.

Enfim, a Ele, princípio e fim de minha existência, **Jesus Cristo**, amigo inseparável dos meus pensamentos e conexões, porque “*Dele é o Reino o poder e a glória por todo sempre*”.

## SUMÁRIO

SUMÁRIO DAS COISAS QUE FAZEM SENTIDO .....	10
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	13
LISTA DE TABELAS .....	14
LISTA DAS FIGURAS .....	15
RESUMO .....	16
DIÁLOGOS SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – O Trabalho (no interior do Estado do Amazonas) como cenário de Educação.....	17
1 PARA COMEÇAR É PRECISO INICIAR .....	17
2 REVISANDO CONCEITOS: O QUE TRAZEMOS EM NOSSA CAIXA DE AFECÇÕES?.....	23
3 “VAMOS CANTAR, TOCAR NA BANDA, DANÇAR E AINDA ANIMAR O PÚBLICO?” - Percurso metodológico/processo de trabalho na pesquisa.....	28
3.1 O lugar de quem fala – Cenário do Estudo .....	30
3.2 Quem nos fala – os principais Atores dos Discursos .....	35
3.3 Aspectos éticos da investigação .....	35
3.4 Algumas implicações para a análise.....	36
4 O EFEITO ‘ENCONTRO DAS ÁGUAS’ NOS DIÁLOGOS EM FORMAÇÃO - o encontro dos anfíbios voadores .....	39
4.1 As <i>brechas</i> da Atenção (à saúde) na Educação Permanente em Saúde – EPS.....	43
4.2 As <i>brechas</i> da Participação no Cuidado à Saúde (vida).....	48
4.3 As <i>brechas</i> do Ensino (na EPS) na Produção do Conhecimento em Ato .....	54
4.4 As <i>brechas</i> da Gestão na EPS interseccionadas com o Ensino, a Participação e as Unidades de Produção do Cuidado. ....	62
5 A <i>BRECHADA</i> QUE NOS ABRIU HORIZONTES – INTERSECÇÕES DA PESQUISA EM NÓS .....	70
REFERÊNCIAS .....	75
APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PPSUS: .....	81
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Profissionais de Saúde .....	84
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –Gestores de Saúde .	85

## SUMÁRIO DAS COISAS QUE FAZEM SENTIDO<sup>1</sup>

- **AFECCÃO:** é o encontro de ‘corpos’ que produzem uma nova ação, um novo encontro, encontro potente. Uma rede de conexões na saúde, como um espaço vivo de apoio mútuo e autopoietico, um espaço vibrátil, de muita conversa, de trocas de experiências e tecnologias. Esses espaços possibilitam ver o que está sendo feito nos territórios pelos diferentes atores que atuam nos serviços de saúde, na educação ou na gestão do SUS.

- **ANFÍBIO VOADOR:** O anfíbio é um animal capaz de mover-se e de viver em terra e água, sendo que alguns deles desenvolvem estruturas membranosas que permitem saltos e alcançar certos voos. No ar, sobrevoando, pode captar registros, sensações, com a capacidade de exercer a função de radar para um olhar distanciado e mais panorâmico da realidade. Pousando, mergulhando, pairando tem a potência de transitar na água e na terra, explorando assim as várias possibilidades e os vários territórios.

- **APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA:** quando aprendemos algo que me faz sentido para a vida e nos permite conectar a outros espaços de produção. A educação e a aprendizagem não são ‘propriedades’ das instituições de ensino, nem de gestores, pesquisadores, trabalhadores, usuários, que se processam unicamente através de técnicas pedagógicas e conteúdos operados em espaços formais de treinamento, capacitação, curso ou grupo educativo. Assim, a aprendizagem necessita de sentido.

- **APUIZEIRO:** árvore amazônica, nossa Mandala Amazônica por ser uma experiência sentida que disparou em nós o movimento da dobra. Ver, rever e transver o vivido, a partir da recontextualização da experiência (mandala, homem vitruviano, quadrilátero da formação). Ele nos ajudou a fisgar, agenciar, colocar em funcionamento pensamentos sobre o vivido nos territórios vivos ativando em nós os sentidos para a produção do trabalho, dos afetos.

- **BRECHAS:** é o que extravasa o instituído, a *brechada* que dona Josefa nos deu e nos instigou a dar do ponto de vista instituinte (o olhar entre as frestas da parede). É a vista de um ponto do interesse pelo ser *brechado*, portanto, com afetação, com desejo, com a vontade de conhecer.

- **CAIXA DE AFECCÕES:** é o espaço de aprendizado em que recolhemos, guardamos e compartilhamos os sentidos dos textos, autores, vivências, músicas, momentos, que tem significado para o mundo do trabalho e da vida. A caixa nos favorece uma apropriação sobre a própria produção, em seus mais variados aspectos e sutilezas, produzir deslocamentos, abrir outras conexões, dar passagem aos afetos e no movimento produzir um embaralhamento do vivido. Um movimento de ‘des-ver’ certos aspectos da experiência para que ela ganhe novos contornos.

- **CORPOS VIBRÁTEIS:** é o efeito da produção do encontro entre corpos que captam as intensidades e vibrações, rastreiam as potencialidades para produção de novas formas, novos gestos, novos territórios.

---

<sup>1</sup> Palavras utilizadas no trabalho que nos ‘fazem sentido’, que produziram afetos e encontros teóricos, práticos, vividos, sentidos. Tem a intenção de conectar o leitor à construção deste trabalho e mergulha-lo nas produções de mundo das conexões existenciais. É um convite para além de uma leitura acadêmica, mas de captura, sentida, afetada e disparadora de novas produções. Boa leitura!

- **DIÁRIO DO CARTÓGRAFO:** não se trata do método da investigação, de interpretar uma realidade como se tivesse um sentido em si mesma a ser desvelada, mas uma criação singular de sentidos para a realidade vivida e experienciada. O diário contribuiu no processo de construção do trabalho na perspectiva do encontro, captando as afecções neles produzidas. Foi uma possibilidade de produção de visibilidades e dizibilidades para os acontecimentos e afecções que se estabeleciam na produção da vida, dos afetos e das práticas nos territórios.

- **EFEITO DA DOBRA:** são movimentos que dão figuras/formatos a uma realidade (mandala), ou seja, o coletivo, a escuta, a vivência que viabilizamos com o outro vão desenhando formas à educação e à rede que passamos a constituir por meio do encontro, da dobra e da desdobra. Esses desenhos podem ser modificados e produzem mudanças nas práticas (educação, ensino, gestão, participação).

- **EPS EM MOVIMENTO:** é a vista de um ponto de cultura para repensar a Educação Permanente em Saúde como o reconhecimento do trabalho em saúde: aprendemos e ensinamos em nossos atos de cuidado e também nos atos de descuidado. Assim, a EPS é a invenção, o movimento das novas possibilidades de viver e vir-a-ser.

- **RADAR:** função radar visa ver mundos no mundo e criar mecanismos de ‘falar sobre’, a exposição do cenário e das vivências em que se constroem experiências e se produzem linguagens expressivas. Não se trata aqui de elementos de conceitos, representação sobre as coisas, mas operam na construção do mundo do trabalho, no qual estão todos imersos nas suas vivências, experimentações e expressões.

**RIZOMAS:** é capaz de nos conectar sem ordenamento previamente estabelecido, ele não possui centro, é heterogêneo e tem potência em toda sua trama. Um emaranhado de conexões em que podem ser captados movimentos permanentes e imperceptíveis de criação de outros desenhos no território da vida.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COSEMS/AM	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas
DAB	Departamento de Atenção Básica
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
LAHPSA	Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia
ILMD	Instituto Leônidas e Maria Deane
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
VER-SUS	Vivências e Estágios nas Realidades do Sistema Único de Saúde

## **LISTA DE TABELAS**

**TABELA 01:** Características demográficas, socioeconômicas e equipes de Atenção Básica do Município de Borba/AM.

**TABELA 02:** Características demográficas, socioeconômicas e equipes de Atenção Básica do Município de Novo Aripuanã/AM.

**TABELA 03:** Características demográficas, socioeconômicas e equipes de Atenção Básica do Município de Manicoré/AM.

**TABELA 04:** Características demográficas, socioeconômicas e equipes de Atenção Básica do Município de Humaitá/AM.

**TABELA 05:** Características demográficas, socioeconômicas e equipes de Atenção Básica do Município de Apuí/AM.

## **LISTA DAS FIGURAS**

**FIGURA 01:** Apuizeiro

**FIGURA 02:** Regiões de Saúde do Estado do Amazonas

**FIGURA 03:** O Homem Vitruviano de Leonardo da Vinci

**FIGURA 04:** Mandala Hindu

**FIGURA 05:** Encontro das águas

**FIGURA 06:** Diagrama da gestão do SUS

**FIGURA 07:** Ribeirinhos sobre o Rio Madeira

**FIGURA 08:** Apuizeiro – Mandala Amazônica

## RESUMO

MARTINS, Fabiana Mânica. **Educação Permanente em Saúde no interior do Estado do Amazonas – Estudo de caso na Região de Saúde Rio Madeira/AM**. 84 folhas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia (PPGSSEA), UFAM/ILMD/Fiocruz, Manaus, 2015.

O objetivo deste debate é descrever as experiências de Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais de saúde no interior do Estado do Amazonas e identificar o processo micropolítico da EPS com esses profissionais, tomando como um caso a Região de Saúde Rio Madeira/AM. Compartilhamos o pensamento de Michel Foucault quanto à *análise enunciativa na produção do discurso*, em que os principais atores foram os profissionais de saúde do SUS da Região. Estabelecemos diálogos sobre o processo de trabalho deles e, partindo dos enunciados (gravados e redigidos) formamos categorias com referência ao desenho do *Quadrilátero da Formação* – assistência, ensino, gestão e participação. Foi um ensaio para desenvolvermos nossa capacidade da prática discursiva no sentido de agenciarmos a positividade do discurso e do saber, ou seja, valorizarmos a produção enquanto processo. Vivenciamos a dinâmica de *aprender a aprender* no convívio com as realidades aonde visualizamos a Educação Permanente em Saúde no mundo do trabalho, inclusive do nosso, e que se tornou significativa por interrogar as questões que pertencem à relação entre o trabalho e o trabalhador no cotidiano. Contagiar-se dessa produção de mundo, superou as nossas categorias e se tornou uma mágica Mandala Amazônica que possibilitou reflexões e a concretização de um trabalho alegre e gratificante. Tivemos a oportunidade de relatar e nos implicar com a experiência, vividas em ato – elas vêm encharcadas no seu conteúdo e na modelagem dos saberes desenvolvidos no cotidiano da pesquisa e do trabalho no SUS –, com destaque nas dimensões micropolíticas das potências territoriais. Portanto, a introdução da EPS nessa modelagem pode ser uma estratégia fundamental para um novo cenário de consolidação do SUS. Apontamos a integração ensino-serviço através dos internatos rurais, do VER-SUS, da EPS em Movimento, da Formação de Docentes em EPS como estratégias potentes em ativar as vivências significativas para a melhoria do cuidado à saúde. Aliado a esses processos, entendemos que a EPS acontece em todos os momentos que as equipes de saúde e gestores estejam problematizando a sua prática de trabalho, pois ela se revela naquilo que não vemos porque queremos traduzi-la em cursos e capacitações, entretanto, ela pode estar em uma simples roda de conversa e nos encontros pedagógicos. Portanto, é necessário que a aprendizagem se dê no cotidiano, mobilizada pelas questões do cotidiano.

**Palavras-chave:** Educação; Trabalho; Educação Permanente; Amazônia<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Conforme os Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>).

## **DIÁLOGOS SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE – O Trabalho (no interior do Estado do Amazonas) como cenário de Educação.**

### **1 PARA COMEÇAR É PRECISO INICIAR<sup>3</sup>**

*“Eu gosto de começar com as crianças. Ah! Elas são ótimas! (risos) aprendem rápido” (Sandra).*

Prezado leitor, queremos convidá-lo a fazer esta leitura com a acolhida ao novo e abertura de uma criança, referido por Sandra como ‘aprender rápido’, pois as crianças nos instigam muito no sentido da curiosidade, dos afetos, da capacidade de acolher novas informações e no desejo de crescer, aprender e afetar os demais. O nosso anseio é de que nossos discursos coletivos sejam sinalizadores das potências presentes no interior do Estado do Amazonas, e de que, assim como nós fomos afetados pelos aprendizados constituídos ao longo deste trabalho vivo em ato, que você também acolha e sinta um pouco da vida que pulsa nas veias do cotidiano do trabalho da saúde no SUS.

Na perspectiva das apostas ressaltamos que através das falas dos trabalhadores (nomes fictícios), assim como a de *Sandra*, não estamos ignorando a presença da ordem da ‘vigência’ (refere-se ao modo de se projetar, modo de se produzir conhecimento no cotidiano, um sistema vigente de fixação no modelo hegemônico da formação acadêmica, da produção de cuidado, da gestão do sistema bem como do processo de trabalho). Entretanto, queremos apostar aqui no ‘agenciamento coletivo de enunciação’<sup>4</sup>, ou seja, esse trabalho operou em nós uma descoberta da capacidade de conectar com novidades que nem sabíamos mais que tínhamos a capacidade de fazer isso. Assim, foi necessário ‘quebrar nosso pensamento’ diante das situações vivenciadas e apesar das forças que as formalidades (vigência) têm, apostamos no conhecimento significativo, pois é ele que nos mantém vivos e que nos faz dar o destaque,

---

<sup>3</sup> Segundo o dicionário de língua portuguesa ‘começar’ é ‘estar no princípio de’ um processo, atividade, projeto, enquanto que ‘iniciar’ é adquirir os primeiros conhecimentos para começar. Ver SCHWEICKARDT (2014). Nos textos do Curso EPS em Movimento (especialização) essa expressão implicou-nos profundamente e implicou a discussões potentes de diálogos, na qual somos alunos/tutores do curso EPS na modalidade especialização. Trata-se de uma parceria do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Ministério da Saúde. Teve e tem o objetivo de ativar processos de educação permanente em saúde nos territórios, reconhecendo práticas e saberes existentes no cotidiano do trabalho, incentivando assim a produção de novos sentidos no fazer saúde. Esta proposta se conecta a uma experiência de ‘encontro’ entre trabalhadores e usuários; trabalhadores e gestores; trabalhadores entre si, na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS). É um convite aos trabalhadores do SUS para a invenção de práticas de aprender, de cuidar e de fazer/viver a EPS para que possam dar destaque à potência do trabalho vivo em ato.

<sup>4</sup> Conforme ilustram Guattari e Rolnik, 1996, p.31.

colocar os feixes de luz às potências do trabalho vivo em ato dos atores da saúde no interior do Amazonas. Não estamos no tempo movimento, nem mandala e/ou apuizeiro, mas queremos ilustrar a potência brotando, como uma rede de rizomas<sup>5</sup> que vai contagiando os territórios da saúde.

Desse modo, para não definirmos previamente o ‘enunciado’ de que nos alerta Foucault, queremos situar o leitor ao presente debate e convidá-lo a se inserir no contexto dos discursos produzidos antes, durante e após o texto. Queremos tomar a palavra e sermos envolvidos por ela (FOUCAULT, 1996) para sermos levados bem além do discurso produzido, ou seja, da capacidade que a palavra tem de se proliferar, por isso, “é preciso pronunciar palavras enquanto as há” (FOUCAULT, 1996, p. 6), pois senão ela pode virar lacuna e desaparecer. Escolhemos dizer ‘análise enunciativa’ em oposição às falas, aos textos que se referem aos discursos em si que podem ocultar as potências, ou seja, queremos ‘quebrar o discurso’ para podermos descobrir o ‘enunciado’ (FISCHER, 2001).

O desafio desse trabalho foi de percorrer o itinerário dos profissionais de saúde do interior do Estado do Amazonas e nos inserirmos no cotidiano do trabalhador do Sistema Único de Saúde em um território e modo de vida Amazônico com a peculiaridade de estar constantemente se ajustando ao regime das águas (Região de Saúde do Rio Madeira). De antemão, podemos inferir que as políticas de saúde nessas realidades específicas impactam sobre a qualidade dos serviços e nos processos de trabalho das equipes de saúde.

O território que nos referimos é aquele entendido não apenas como espaço geográfico como sugere Ferla et al (2015), pois se refere também como rede de pessoas e instituições que, na organização do sistema de saúde, está relacionado a um conjunto de serviços –, que é considerado para pensar o trabalho em saúde, agora, é mais híbrido – no sentido de ‘diverso’ do ambiente hospitalar padronizado e no sentido de que essa diversidade é ‘muito ampla’, não se esgota na simples categorização dos serviços, já que serviços de diferentes categorias têm diversidade de entornos e relações, que mudam a sua natureza –, e, além de híbrido, ele se constitui constantemente por meio de relações entre os próprios serviços e com os ‘modos de existir e andar a vida’ das pessoas nos seus territórios.

O território rural e ribeirinho se configura num conceito amplo que ultrapassa os limites geográficos e abrange os modos de vida e sua territorialidade. Os desafios de locomoção para os Municípios são muitos, sendo possível o acesso (tendo como ponto de

---

<sup>5</sup> Rizomas, conforme Deleuze e Guattari (1995), não possui centro e não há um ordenamento prévio, cada ponto do rizoma se conecta com potência e produz novos sentidos imanentes. Jamais impõe um caráter ordenador, normativo, homogêneo e pouco permeável ao território existencial dos sujeitos, pelo contrário, é poroso, maleável, heterogêneo.

partida a Capital Manaus) somente por meio de barco, lancha, taxi aéreo ou avião (sendo esse último somente para alguns municípios). O discurso desse trabalhador nos ajuda a compreender essa peculiaridade:

[...] Distância? Para Manaus? Nossa! São 12 horas de lancha, que é rápida ainda, pois o povão vai o barco mesmo, que leva dias. Sem contar que são somente alguns dias da semana que tem, então, muitas das vezes gastamos uma semana toda, para ir e vir da capital, mesmo de lancha, pois chegando lá, não volto no mesmo dia (Sandra).

A constatação da necessidade de abertura para o ponto de partida da investigação dos discursos à descoberta dos enunciados foi um roteiro aparentemente claro e preciso. Porém, conforme as ‘entrevistas’ foram acontecendo (e se transformando em diálogos), as vivências sendo compartilhadas, percebemos que os discursos elaborados em forma de enunciação era algo bem mais complexo do que imaginávamos<sup>6</sup>. Para Michael Foucault em *Arqueologia do Saber* o ‘enunciado’ é uma população de acontecimentos no espaço do discurso em geral, trata-se do projeto de uma descrição dos acontecimentos discursivos como horizonte para a busca das unidades que aí se formam. Para se trabalhar com os enunciados, é necessário trabalhar arduamente com o próprio discurso, deixando-o aparecer na sua complexidade que, para a teoria foucaultiana, ‘nada há por trás das cortinas, nem sob o chão que pisamos. Há enunciados e relações, que o próprio discurso põe em funcionamento’ (FISCHER, 2001, p.198).

Assim como a Educação Permanente em Saúde (EPS) que ocorre viva e constante, muitas vezes imperceptível pelos próprios trabalhadores, em meio a tantas complexidades dos serviços de saúde. E porque EPS? Roubaremos a ideia de Ricardo Ceccim (2005) em que fizemos a escolha pela designação Educação Permanente em Saúde e não apenas Educação Permanente porque, como vertente pedagógica, esta formulação ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde. A este estatuto se deve a difusão, pela Organização Pan-Americana da Saúde, da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região com reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa<sup>7</sup> será capaz de conseguir a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano.

---

<sup>6</sup> Rememoramos a criança, sua abertura em acolher, ao desejo de fazer, produzir. É a revelação de nossa desimportância da vigência, há em nós um fio condutor que se propõe a não descobrir o que já sabe, e sim à abertura para o que vai encontrar e produzir. O tempo inteiro foi de exercício de ‘reconhecer o nosso não saber’ e estarmos disponíveis para o ‘saber do outro’.

<sup>7</sup> Aprendizagem para Ceccim e Ferla (2009a) propõe um movimento tensionador entre o saber anterior e a experiência presente, inventor de novidade – que não é algo excepcional, privilégio de artistas ou cientistas.

O **objetivo** deste debate é descrever as experiências de Educação Permanente em Saúde dos profissionais de saúde no interior do Estado do Amazonas e ainda identificar o processo micropolítico da EPS com esses profissionais, tomando como um caso a Região de Saúde Rio Madeira/AM.

Ressaltamos que essa ‘quebra de pensamento’ viabilizou a nossa ‘abertura’ à dimensão micropolítica da descoberta da pesquisa na produção do conhecimento. Assim, superamos a primeira intenção de relatar as atividades da política de EPS, a compreensão do profissional sobre o conceito de EPS e muito menos se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi ou está sendo implantada nos municípios do interior. Além das implicações no cotidiano do trabalhador ao fazermos os diálogos sobre EPS, também tivemos um texto disparador dessa perspectiva, que foi o artigo de Pinto et al (2014) sobre a Atenção Básica na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

No estudo, os autores sugerem a ideia de EPS enquanto prática de ensino-aprendizagem inserida no cotidiano da vida do trabalhador e constata as iniciativas que apoiam o trabalho das Estratégias de Saúde da Família – ESF e que são prioridades da política nacional, a análise mostrou potências, mas (e aí está o disparador do nosso *insight*) também limites que o instrumento do PMAQ tem em captar o que acontece de EPS no cotidiano dos serviços.

Assim, damos destaque às ‘brechas’ que dão espaço à invenção da novidade, ou seja, a produção de aprendizagens inéditas, independente de estruturas formais (EPS EM MOVIMENTO, 2014a). Trata-se de um movimento instituinte, uma produção desejante entre os trabalhadores, que constroem aprendizagens no seu espaço de trabalho. Dessa forma, abrir-se às brechas é abrir-se à possibilidade de potencializar e ‘deixar emergir e agir’ os corpos vibráteis<sup>8</sup> que produzem diálogos e deslocamentos, discursos em ato nos coletivos e que, quebrando-os, reluzem os enunciados em novos discursos a serem descritos/relatados.

---

Segundo os autores é da natureza do ‘fazer educacional’ pensar problematicamente, analisar. Não os comportamentos ou as ideias, mas as práticas refletidas e voluntárias por meio das quais os homens tanto se fixam regras de conduta quanto procuram modificar-se em seu ser singular. Para os pensamentos foucaultianos, esse ‘pensar problematicamente’ é aquele que coloca questões às perguntas em lugar de respostas. Ao invés de priorizar configurações estabilizadas e embasadas nos discursos vigentes, aposta em novas práticas de pensamento.

<sup>8</sup> Através do ‘olho vibrátil’ são captados movimentos permanentes e imperceptíveis de criação de outras máscaras, onde os afetos possam passar. O olho vibrátil é diferente do olho retina, pois ele capta intensidades e vibrações (ROLNIK, 2014). Assim, utilizamos a expressão ‘corpo vibrátil’ em referência a esse estudo.

A essa produção, na análise queremos compartilhar o pensamento de Michel Foucault quanto à *produção do discurso*, pois para ele toda formação discursiva poderá se constituir em um discurso científico. A capacidade da prática discursiva de formar objetos, enunciações, bem como escolhas temáticas e teóricas visando à construção de proposições ou descrições, ou seja, toda positividade do discurso – que não se confunde com a ciência, entretanto, pode englobá-la –, chama de saber. Para ele, na análise o que interessa é a produção histórica e concreta e não apenas de onde o conhecimento partiu ou aonde deveria chegar (GIACOMINI e VARGAS, 2010).

Trazemos em nossa caixa de afecções o **Apuizeiro** que representa as ‘brechas’ da educação permanente em saúde, é para nós a imagem do trabalho coletivo que extrapola/supera as normas/conceitos estabelecidos da pesquisa. Nesse estudo, mergulhamos (enquanto trabalhadores, pesquisadores, pessoas) no encontro com os sujeitos e seus mundos de trabalho, despidos de hipóteses, de ideias preconcebidas, e, no decorrer das entrevistas, aprendemos que deveríamos nos despir também do ‘roteiro’ e apostar mais no ‘encontro’, encontro das águas, encontro dos rizomas.

Na barraquinha de coco do seu José descobrimos que Apuí é o nome do fruto desta árvore, não serve para consumo humano, porém os pássaros se nutrem abundantemente deles e são os principais responsáveis pela disseminação da planta na floresta. Citou-nos que em seu sítio um apuizeiro ‘plantado’ por um passarinho nasceu em cima de outra árvore, suas raízes foram ‘buscando a terra’ e crescendo por cima até chegar ao chão.

Linda história do seu José, essa imagem nos reporta a EPS, e foi esse encontro de subjetividades que nos possibilitou um mergulho mais profundo na pesquisa, de não ficarmos amarrados a roteiros, avaliações, análises modeladas, quadradas, mas de nos permitirmos ‘o encontro’, fato que conectou-nos ao Apuizeiro. Uma árvore típica da região amazônica, uma planta conhecida como um ‘polvo vegetal’ se olharmos para as suas raízes. O apuizeiro demonstra que a natureza (suas raízes) não se dobra a ação humana (o concreto), assim como



**Figura 1:** Apuizeiros na praça central de Humaitá/AM. As suas raízes ultrapassam os limites ‘impostos’ pelo concreto. Foto: Fabiana Mânica Martins, 2015.

a EPS não se fecha, não se simplifica a uma política governamental, ela extravasa o cotidiano do trabalho enquanto espaço coletivo de construção do saber. Assim como o nosso trabalho de campo extravasou suas raízes para outros apontamentos antes (de conhecer o território) imperceptíveis. Esses Apuizeiros ativaram nossos olhos vibráteis, os radares sensíveis da pesquisa, e, nos fez aprender, reaprender em pesquisa, saúde, afecções, conexões, vida.

Assim, concordamos com Ceccim e Ferla (2009a) quando dizem que a EPS nos instiga à criação, à abertura e ao coletivo, sendo sempre convocados à novidade, à potência de afetar e ser afetado, a caminhar na diversidade, construindo alianças e desconstruindo evidências. A ideia é que possamos romper paradigmas e ampliar as noções de autonomia do outro, constituindo coletivamente espaços criativos e sensíveis de encontro na perspectiva da produção de saúde.

## 2 REVISANDO CONCEITOS: O QUE TRAZEMOS EM NOSSA CAIXA DE AFECÇÕES?<sup>9</sup>

*Silêncio absoluto no rio, viajar ao universo, na estrada pelas águas,  
há uma nave do interior.(Raízes Caboclas)<sup>10</sup>*

O silêncio do rio durante as viagens aos Municípios nos permitiu não apenas esperar pelo deslocamento de um espaço físico a outro, mas viabilizou o aprofundamento teórico, as conexões, implicações de estudiosos que nos conectavam as realidades sentidas, vividas, saboreadas. Assim, a literatura que bebemos e nos encharcamos de conexões com o mundo do trabalho e a educação é aquela que parte do cotidiano da vida, e não de uma política engessada, com metas e prazos, com produção mensal e relatórios, ou ainda com respostas de ‘sim’ e ‘não’ se tomarmos como referência o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). A proposta desta reflexão, não é analisar a implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, como apontam alguns estudos (DANIEL, 2014; PINTO, 2014; NICOLETTO, 2013; MORAES, 2012), muito menos desmerecê-los ou desmerecê-la do seu valor e sua importância, pois eles contribuem nas nossas reflexões.

Almejamos, pelas lentes de um caleidoscópio (MARTINS e SCHIFFLER, 2015)<sup>11</sup>, continuar o processo de estudos e reflexões do grupo do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA. Partimos do pressuposto de que a Educação Permanente em Saúde é a aprendizagem no cotidiano do trabalho, em que aprender e ensinar se incorporam ao dia a dia das organizações e ao trabalho. Podemos inferir que essa prática se fundamenta na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Nessa modelagem, ela pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (MEHRY, 2005; CECCIM, 2010a; FERLA et al, 2015; FEURERWERKER, 2014).

<sup>9</sup> Adotamos a ‘Caixa de Afecções’ tendo em vista os movimentos vivenciados no curso de formação de tutores *EPS em Movimento*. Ela é uma caixa com o propósito de ser um dispositivo de apoio aos autores na construção do referencial teórico e na discussão. Montamos a nossa Caixa com referenciais que tem significado (não apenas teórico, mas vibrátil) para o mundo do trabalho e para a vida.

<sup>10</sup> Procuramos desenvolver uma estética diferente da produção, assim como as falas dos sujeitos entram no texto, aqui escolhemos o discurso de uma música que nos faz sentido e não de um teórico. Não conseguimos enunciar de discursos novos de forma antiga (no que se refere à gramática). A ideia é produzirmos rede de conhecimentos trocando a formalidade pela ordem que perpassa o mundo das apostas, dos sentidos, e assim, acreditamos que essa fala (empírica) diz mais do assunto/do tema do que algo que eu já sei (dos teóricos consagrados).

<sup>11</sup> Fazemos referência à nossa produção no TCC do curso EPS em Movimento intitulado ‘um caleidoscópio em construção – os movimentos de nossa Educação Permanente em Saúde no Estado do Amazonas’.

Dessa forma, a EPS acontece a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências propondo que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. É por isso que, neste contexto, os processos de educação permanente em saúde têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Cabe ressaltar que a EPS não exclui nem ignora a relevância do ensino formal da graduação, das capacitações, da pós-graduação, entretanto ela propõe uma relação ensino-serviço. A essa relação apontamos a necessidade iminente de integração entre o ensino formal e o mundo do trabalho que, segundo Ferla et al (2015), são necessários avanços na implementação de uma política que articule essas fronteiras institucionais, em que o Sistema Único de Saúde – SUS seja de fato formador, como reafirma o artigo 6º da lei nº 8.080/90 (Inciso III que trata da ordenação da formação de profissionais na área da saúde). Havendo uma transversalidade entre o ensino e o mundo do trabalho em saúde, com uma pluralidade institucional que envolva também o campo da formação dos trabalhadores da saúde.

Neste contexto, a micropolítica do cotidiano, nos modos de produção do cuidado é o campo de disputa que tem como centro o trabalho. Por isso, o trabalho vivo, em ato, passa a ser um campo de formação e de possibilidade de transformação das práticas cotidianas, em que a sua centralidade pressupõe o encontro entre subjetividades que se produzem no ato do cuidado. Não há como ter cuidado sem as pessoas, as relações, os encontros e as subjetividades (FRANCO e MERHY, 2013).

Segundo Feuerwerker (2014), a micropolítica pode ser entendida como o processo de produção de subjetividades a partir das relações de poder, podendo ser decisivo para se pensar a gestão, a produção do cuidado e a formação na área da saúde. O plano micropolítico de produção de mundo<sup>12</sup> é onde acontecem, onde se fabricam os territórios existenciais, onde acontecem os processos de subjetivação, conformando relações.

Dessa forma, através dos acontecimentos, encontros, relações, afetos e problemas do cotidiano se buscam experimentar e inventar novas práticas de saúde, inclusive formativas. Esse movimento, segundo Schweickardt et al (2014) é de criação como algo que é imanente,

---

<sup>12</sup> Produzir mundos? A ‘criação de mundos’ é uma aposta que Rolnik (2014) faz não no sentido de interpretar uma realidade como se esta tivesse um sentido em si mesmo a ser desvelado, mas uma criação singular de sentidos para a realidade vivida. Para nós essa perspectiva dos processos de produção de mundo é um instrumento de luta na busca de possibilidades abrindo à perspectiva de reinvenção da vida, de pensar e operar as relações de poder, a produção do saber, a fabricação das relações com o outro, enfim, de pensar e operar os processos de subjetivação em defesa da vida.

um movimento que cria, determina, transforma uma própria interioridade, em oposição aos efeitos que vêm de fora. Assim, os autores nos dizem que são nos espaços institucionalizados, no cotidiano dos serviços, dos processos de trabalho, das práticas de cuidado e de gestão em saúde, que o imanente se manifesta genuinamente, portanto é necessário ‘deixar vir’, não apenas regular, fechar, disciplinar em uma forma rígida, inflexível.

Laura Feuerwerker afirma que Deleuze e Foucault, já haviam identificado a nossa época como a da ‘sociedade de controle’, entretanto, além dos espaços disciplinares explícitos, a sociedade de controle funciona por meio de mecanismos de monitoramento difusos e flexíveis, molecularizados e em movimento. Movimento esse, que afeta diretamente corpos e mentes no conjunto da vida social, o que provoca a produção das subjetividades (FEUERWERKER, 2014).

Nesse sentido, o processo de trabalho enquanto ‘trabalho vivo em ato’, segundo Emerson Mehry, não pode se libertar plenamente do trabalho morto, mas tem condições suficientes de comandá-lo se conseguir aprender a questioná-lo. O trabalhador, ao duvidar do seu sentido e acolher os ‘ruídos/analísadores’ presentes no seu cotidiano, apropriando-se de uma caixa de ferramentas que contenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação (em ato, coletiva e publicamente), é possível refletir, reescrever e reinventar a lógica do trabalho, da sua gestão, organização e finalidade (MEHRY, 2013b).

Nesse sentido, é necessário problematizar alguns processos ‘naturalizados’ que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde, que interferem diretamente nos processos de trabalho tendo em vista transformar os ‘modos de produção’ da saúde, ou seja, é urgente reinventar e experimentar outras formas de intervenção nas práticas de saúde. Para isso, uma das iniciativas a serem tomadas é o investimento na implementação da Educação Permanente em Saúde como um ‘modo pedagógico-político de colocar os processos de trabalho ‘reais’ na cena educativa’ (SCHWEICKARDT et al, 2014, p.11).

Não obstante, Ceccim (2005) afirma que sendo a EPS um processo educativo, que coloca o trabalho e a formação em análise, se permeabiliza pelas relações concretas. O que possibilita construir espaços coletivos de reflexão e avaliação dos sentidos dos atos produzidos no cotidiano da saúde. Trata-se de um conjunto de processos educativos que envolvem todos os sujeitos engajados com a produção da saúde em um determinado contexto, como o serviço de saúde.

Estudos de Ceccim e Ferla (2009a), apontam que, de todas as iniciativas formatadas como políticas governamentais para a formação das profissões da saúde, foram embasadas na percepção de distâncias e incompatibilidades entre o mundo do trabalho e o mundo da

formação, a EPS é embasada numa construção epistemológica de maior densidade, quando comparada com as demais. Há também uma teoria de aprendizagem e uma problematização do lugar do ensino no mundo do trabalho.

Isso se revela no estudo de Daniel et als (2014) sobre a implantação da política de EPS em um estado do sul do país, a análise revela que há um distanciamento entre a educação e o trabalho. A execução de projetos formativos foi apontado como aspecto dificultador no processo de implantação e implementação da política naquele Estado. No estudo, os entrevistados criticam a desarticulação entre a teoria trabalhada pelas universidades e a prática dos serviços públicos de saúde. Para os autores é necessário sim, a capacitação dos profissionais que vise à integração do ensino ‘formal’ ao cotidiano do trabalho ou o caráter assistencial.

Sobre esse aspecto, a integração entre ensino e sistema local de saúde é, ao mesmo tempo, uma diretriz das políticas da educação e da saúde para a formação dos trabalhadores da área e uma estratégia de qualificação do ensino na saúde. Faz-se necessário essas reflexões, tendo em vista “acompanhar as grandes e rápidas transformações no mundo do trabalho na saúde e pela insuficiência desses aspectos na formação para o mundo do trabalho” (FERLA et al, 2015, p.01).

Não obstante, a formação dos profissionais de saúde necessita ser encarada como um projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) a EPS pode ser entendida pela figura do quadrilátero (atenção, participação, educação e gestão). Nessa ótica, a formação deve se estender pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que visem contribuir com a melhora da qualidade de saúde da população. Além do mais, que possa abordar o enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, bem como os aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde.

Sob esses aspectos, a figura do quadrilátero descreve quatro dimensões que constituem a aprendizagem na saúde, sendo a ‘atenção’, que supera a dimensão da assistência às doenças, mas foca na capacidade de intervir sobre a saúde. A dimensão da ‘gestão’, que se refere às escolhas presentes no trabalho em saúde, desde a direção dos serviços à organização de práticas. A dimensão da ‘participação’ popular que pontua a necessidade de escuta e compartilhamento de saberes com o usuário e entre os trabalhadores. Finalmente, e não menos importante, o ‘ensino’ que se refere às aprendizagens e como elas se inserem no mundo do trabalho (FERLA et al, 2015).

Assim, podemos parafrasear com Ceccim e Feuerwerker (2004a) ao citarem Deleuze, quando correlacionam a formação enquanto ‘micropotência inovadora’ do pensar a formação, das possibilidades de mudanças no trabalho e na educação dos profissionais de saúde, bem como da possibilidade de invenção no cotidiano vivo da produção dos atos de cuidar a saúde.

A essas micropotências correlacionamos ao *Quadrilátero*, em que os quatro vértices estão sempre em movimento e formam uma ‘mandala’ (CECCIM e FERLA, 2009a). Nessa modelagem as quatro dimensões descritas trocam de lugar e se interpenetram, formam conexões que partem da análise crítica da formação e se deslocam em movimento ao modo de produzir inovações no cotidiano do trabalho (FERLA et al, 2015).

Estamos adotando a imagem do ‘movimento’ para refletirmos sobre a educação, cuidado, gestão e participação na rede assistencial da saúde no SUS, que envolve, principalmente, os profissionais da saúde para que se possamos superar a imagem clássica do modelo hegemônico de educação, de pensar o fazer saúde para uma imagem do círculo, da ‘mandala’. Abrimos espaço para as redes, os fluxos, o desenho, a dobra, o movimento (CECCIM e FERLA, 2009a). Assim como dizem os autores, queremos fazer parte da mobilização de reorientação da educação dos profissionais, a qual necessita perpassar pela mudança de pensamentos e de práticas que tenham a capacidade de desenvolver dispositivos dinâmicos e flexíveis para a escuta e o trabalho a partir das realidades, na perspectiva de criar uma rede de cuidado à saúde ‘para’ os usuários, garantindo acesso para o enfrentamento das doenças, cuidado e prolongamento da vida.

### 3 “VAMOS CANTAR, TOCAR NA BANDA, DANÇAR E AINDA ANIMAR O PÚBLICO?”<sup>13</sup> - Percurso metodológico/processo de trabalho na pesquisa

*“Qual foi o objeto de minha pesquisa? E estava em meus propósitos descrever o quê?” Enunciados” - nessa descontinuidade que os liberta de todas as formas em que, tão facilmente, aceitava-se fossem tomados, e ao mesmo tempo no campo geral, ilimitado, aparentemente sem forma, do discurso. Ora, tive o cuidado de não dar uma definição preliminar de enunciado. Não tentei construí-la, à medida que avançava, para justificar a ingenuidade de meu ponto de partida” (FOUCAULT, 2008a, p. 9).*

Trata-se de um ensaio de produção de discursos segundo a teoria de Michel Foucault. Tomamos o cuidado para não definirmos nem pré-estabelecemos critérios no encontro nem na produção dos discursos, apenas deixamos ‘fluir’ a dinâmica do diálogo, do encontro de subjetividades, da conexão de singularidades e pluralidades durante o percurso do estudo. A esse ‘processo de trabalho’ (que consiste na análise), tomamos emprestado às reflexões da Laura Feuerwerker (2014) que nos chama a atenção de que o trabalho é complexo e dependente dos ‘sujeitos reais’ que, produzem e são produzidos concomitantemente. E a aproximação só ocorre através da investigação que convoca como investigadores os próprios sujeitos do trabalho.

Para Fischer (2001), a análise de discurso segundo Foucault ensina aos pesquisadores um modo de investigar diferenciado, que “é capaz de descrever quais são as condições de existência de um determinado discurso, enunciado ou conjunto de enunciados” (p.198) e não o que ‘está por trás’ dos textos e documentos, nem o que ‘se queria dizer’ com aquilo.

É essa a perspectiva que norteou os diálogos com os trabalhadores e que iremos perfazer a reflexão, buscando os fundamentos na teoria foucaultiana, em que o conceito de discurso, dentre as várias definições de Foucault, é um “bem finito, limitado, desejável, útil que tem suas regras de aparecimento e também suas condições de apropriação e de utilização; um bem que coloca, por conseguinte, desde sua existência (e não simplesmente em suas aplicações práticas) a questão do poder; um bem que é, por natureza, o objeto de uma luta, e de uma luta política” (FOUCAULT, 2008a, p. 137).

---

<sup>13</sup> A expressão usada no subtítulo se refere a um dos enunciados do profissional Sandra, ao relatar sobre o seu ‘processo de trabalho’, faz uma brincadeira com música de Benito de Paula ‘assoviar ou chupar cana’ acrescentando o conectivo ‘e’. Em outras palavras afirmou “*Aqui a gente, canta, toca na banda, dança (e bate palma) e ainda tem que animar o público. A gente faz de tudo, temos muito, mas muito trabalho*”. Houve aqui uma profunda identificação entre ativadora do diálogo e o trabalhador, no que se trata dos desafios do profissional e para nós, o percurso metodológico da teoria enunciativa proposta por Foucault – que desafio! Não cabe aqui julgar a sobrecarga de trabalho, e sim apresentar o complexo processo de trabalho que o profissional de saúde e seus aprendizados nele, em especial do interior do Amazonas. Notas do diário cartográfico de Fabiana Mânica Martins.

Além disso, nos chama atenção (ao falar de análise dos discursos) em seu livro *Arqueologia do Saber*:

A análise do pensamento é sempre alegórica em relação ao discurso que utiliza. Sua questão, infalivelmente, é: o que se dizia no que estava dito? A análise do campo discursivo é orientada de forma inteiramente diferente; trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui. Não se busca, sob o que está manifesto, a conversa semi-silenciosa de um outro discurso: deve-se mostrar por que não poderia ser outro, como exclui qualquer outro, como ocupa, no meio dos outros e relacionado a eles, um lugar que nenhum outro poderia ocupar. A questão pertinente a uma tal análise poderia ser assim formulada: que singular existência é esta que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte? (FOUCAULT, 2008a, p.30-31).

Essa singular existência do discurso se dá em um contexto do mundo do trabalhador do SUS, pois somente eles (os trabalhadores) poderão dar voz ao seu mundo em que está imersa sua práxis produtiva, os imbricamentos e as conexões que dão cadência e avidez ao alcance do produto de seu trabalho, a saúde. Perpassando o processo desse caminho de produção, que seja/tenha a ver com a potência das relações entre sujeitos – trabalhador, gestor, usuário e seus territórios. E nesse cenário seus processos de subjetivação que iremos dialogar com outros pensadores como Emerson Merhy, Laura Feuerwerker, Rosa Fischer, Ricardo Ceccim, Alcindo Ferla, Túlio Franco (autores que trabalham nessa perspectiva), olhando para esses sujeitos enquanto produtores de novas potências do viver, na produção dos modos de caminhar a vida, de dialogar com o mundo.

Aliás, Foucault (2008a) salienta que no conjunto (de discursos) se tenta encontrar, além dos próprios enunciados, a ‘intenção’ do sujeito falante, sua ‘atividade consciente’, ou ainda o jogo inconsciente que emergiu involuntariamente do que disse ou da quase imperceptível fratura de suas palavras manifestas. Ele nos diz que, iremos produzir e ‘reconstituir outro discurso’, temos o desafio de descobrir a palavra muda, murmurante, inesgotável, que anima o interior da voz que escutamos, de restabelecer o texto miúdo e invisível que percorre o interstício das linhas escritas e, às vezes, as desarruma.

Diante do propósito de descrever as potências da Educação Permanente em Saúde – EPS na Região de saúde Rio Madeira, no interior do Estado do Amazonas, o caminho metodológico mais coerente para o tema foi a produção de discursos da teoria foucaultiana tendo em vista agenciar alguns blocos de reflexões no debate da produção de novos discursos.

Além do mais, o estudo integra um projeto maior (abrange todo o Estado do Amazonas em municípios das nove regiões de saúde), intitulado O CENÁRIO DA GESTÃO DO TRABALHO NO AMAZONAS: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS,

o qual tem por objetivo realizar a análise do cenário da gestão do trabalho no Amazonas com o foco no provimento e fixação dos profissionais de saúde no SUS. E é nesse grupo que compartilhamos e produzimos nossas implicações. Iniciamos a tradicional coleta de dados desse estudo juntamente com o grande projeto no mês de setembro de 2014.

Primeiramente fazíamos contato com os secretários de saúde e agendávamos o período para os encontros (precisávamos de uma semana em média), planejávamos inclusive com eles, essas datas de acordo com o período político (estávamos em período de eleições municipais), de acordo com as formas de transporte, e conforme a disponibilidade dos pesquisadores e dos trabalhadores. O aspecto mais complexo era o do transporte/locomoção, pois a disponibilidade de avião (taxi aéreo), naquele período, não era para todos os municípios. Nesses casos o melhor caminho (das águas) era a lancha rápida que, sendo que para o município mais próximo percorremos oito horas sobre os rios Negro, Amazonas e Madeira (Borba/AM).

Cabe ressaltar que em nenhum desses municípios podemos acessar via terrestre, sendo que para dois deles não havia lancha rápida, apenas barco que levaria uma semana de viagem. Nesse caso, viajamos de avião até outro estado (Rondônia) e de lá percorremos de taxi lotação até o primeiro município – Humaitá (em conversa com o secretário sabíamos que de lá havia ônibus para o município vizinho-Apuí). Entretanto, como estávamos em período de inverno amazônico – mês de fevereiro o período de muita chuva e cheia dos rios –, e a estrada (Rodovia Transamasônica, BR 230) que liga esses dois municípios (12 horas de viagem) não é pavimentada, sendo que segundo os moradores alguns pontos ficam cobertos pela água. Optamos assim, em não percorrer esse itinerário e permanecer mais tempo em Humaitá aprofundando os diálogos e concluindo as entrevistas do PPSUS visto que era o município com maior número de profissionais. Assim, dos cinco municípios da região de saúde Rio Madeira entraram no estudo apenas quatro: Borbra, Manicoré, Novo Aripuanã e Humaitá.

### **3.1 O lugar de quem fala – Cenário do Estudo**

Pensamos que é interessante para o amigo leitor compreender, ao menos tentar imaginar este cenário do qual estamos relatando. Estamos no Estado do Amazonas, o maior do Brasil em extensão, com uma superfície de 1.577.820 Km<sup>2</sup>, que corresponde a 40,7% da região norte e 18,4% do território nacional. São três fronteiras internacionais e cinco nacionais: ao norte limita-se com a Venezuela e com o Estado de Roraima; ao sul com os Estados do Acre, Rondônia e Mato Grosso; a leste com o Estado do Pará, e a oeste com a Colômbia e o Peru (AMAZONAS, 2011).

O espaço territorial do Estado do Amazonas compõe-se em 62 municípios, integrados em nove regiões de saúde: região do Alto Solimões, região do Triângulo, região do Purús, região do Juruá, região Manaus e entorno, região do Rio Negro e Solimões, região do Médio Amazonas, região do Baixo Amazonas e região do Rio Madeira - compreendendo os Municípios de: Borba, Novo Aripuanã, Manicoré, Humaitá e Apuí.



**Figura 2:** Regiões de Saúde do Estado do Amazonas. Fonte: SUSAM.

Segundo dados cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) existem 260 profissionais cadastrados, que atuam na rede SUS, até dezembro de 2014. Assim, a Região de Saúde Rio Madeira (cor lilás no mapa) é composta por esses cinco Municípios: Borba com 57 profissionais cadastrados, Humaitá com 88 profissionais, Manicoré com 63 profissionais, Novo Aripuanã com 28 profissionais e Apuí com 24 profissionais cadastrados<sup>14</sup>.

O planejamento da política de regionalização do Estado do Amazonas criou essas nove Regiões de Saúde pensando na configuração de realidades muito distintas, que se utilizam de estratégias diferenciadas para as realidade de saúde de cada município. Foram esses os territórios percorridos pela nossa equipe no grande projeto, de onde obtivemos experiências ímpares.

<sup>14</sup> Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 06/02/2015.

No Parágrafo Único do Regimento Interno para a Comissão Intergestores Regional do Rio Madeira, CIR/Rio Madeira/AM, consta:

A região de Saúde do Rio Madeira é constituída como um espaço geográfico com território contínuo ou com acessibilidade entre si, identificada pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transporte compartilhadas no território, sendo constituída pelos seguintes municípios: Humaitá, Borba, Novo Aripuanã, Apuí e Manicoré (AMAZONAS, 2013, p.1).

Esses municípios têm suas bases financeiras estruturadas na agricultura, principalmente na produção de melancia, banana, farinha e mandioca, além dos repasses constitucionais do fundo de participação dos municípios. A Regional é constituída por duas (02) microrregiões: Microrregião de Humaitá e a microrregião de Manicoré.

As tabelas abaixo demonstram algumas características demográficas e socioeconômicas, bem como a quantidade de equipes de atenção básica dos municípios que compõem a região de saúde do Rio Madeira, todas as informações foram retiradas de notas técnicas disponibilizadas pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é a principal referência para parâmetros das informações das notas técnicas, sendo as informações atualizadas mensalmente através de sistemas de informação e obtidas diariamente na base de dados do programa.

**Tabela 1**

Características demográficas, socioeconômicas e equipes de Atenção Básica do Município de **Borba/AM**.

<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS – BORBA</b>		
População	35.919	
Densidade demográfica	1 hab/km <sup>2</sup>	
PIB Per capta	3.394,98	
% da população em extrema pobreza	45,05	
% da população com plano de saúde	0,38	
<b>EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA</b>		
<b>EQUIPES</b>	<b>IMPLANTADO</b>	<b>VALOR MENSAL DO REPASSE</b>
ESF	6	44.085,00
ACS	116	110.200,00
NASF tipo I	1	20.000,00
eSB tipo I	6	20.070,00
LRPD	1	7.500,00
PSE	9	Repasse anual 39.000,00
Aderiu ao segundo ciclo do Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)		

Fonte: BRASIL (2014)

**Tabela 2**  
Características demográficas, socioeconômicas e equipes de Atenção Básica do Município de **Novo Aripuanã/AM.**

<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS – NOVO ARIPUANÃ</b>		
População	22.106	
Densidade demográfica	1 hab/km <sup>2</sup>	
PIB Per capita	4.168,59	
% da população em extrema pobreza	31,81	
% da população com plano de saúde	0,31	
<b>EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA</b>		
<b>EQUIPES</b>	<b>IMPLANTADO</b>	<b>VALOR MENSAL DO REPASSE</b>
ESF	4	22.695,00
ACS	62	58.900,00
NASF tipo I	1	20.000,00
eSB tipo I	3	10.035,00
LRPD	1	7.500,00
PSE	4	Repasse anual 21.000,00
Aderiu ao segundo ciclo do Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)		

Fonte: BRASIL (2014)

**Tabela 3**  
Características demográficas, socioeconômicas e equipes de Atenção Básica do Município de **Manicoré/AM.**

<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS – MANICORÉ</b>		
População	48.373	
Densidade demográfica	1 hab/km <sup>2</sup>	
PIB Per capita	4.680,77	
% da população em extrema pobreza	26,68	
% da população com plano de saúde	0,47	
<b>EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA</b>		
<b>EQUIPES</b>	<b>IMPLANTADO</b>	<b>VALOR MENSAL DO REPASSE</b>
ESF	10	80.170,00
ACS	144	136.800,00
NASF tipo I	1	20.000,00
eSB tipo I	7	23.415,00
LRPD	-	-
PSE	11	Repasse anual 43.000,00

Aderiu ao segundo ciclo do Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Fonte: BRASIL (2014)

**Tabela 4**

Características demográficas, socioeconômicas e equipes de Atenção Básica do Município de **Humaitá/AM.**

<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS – HUMAITÁ</b>		
População	45.954	
Densidade demográfica	1 hab/km <sup>2</sup>	
PIB Per capita	4.649,38	
% da população em extrema pobreza	24,36	
% da população com plano de saúde	1,45	
<b>EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA</b>		
<b>EQUIPES</b>	<b>IMPLANTADO</b>	<b>VALOR MENSAL DO REPASSE</b>
ESF	8	65.475,00
ACS	125	118.750,00
NASF tipo I	1	20.000,00
eSB tipo I	8	26.760,00
LRPD	1	15.000,00
PSE	14	Repasse anual 66.000,00

Aderiu ao segundo ciclo do Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Fonte: BRASIL (2014)

**Tabela 5**

Características demográficas, socioeconômicas e equipes de Atenção Básica do Município de **Apuí/AM.**

<b>CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS – APUÍ</b>		
População	18.633	
Densidade demográfica	0 hab/km <sup>2</sup>	
PIB Per capita	8.276,13	
% da população em extrema pobreza	18,01	
% da população com plano de saúde	0,54	
<b>EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA</b>		
<b>EQUIPES</b>	<b>IMPLANTADO</b>	<b>VALOR MENSAL DO REPASSE</b>
ESF	4	68.400,00
ACS	72	110.200,00
NASF tipo I	-	-
eSB tipo I	3	10.035,00
LRPD	-	-

PSE	6	Repasse anual 19.000,00
Aderiu ao segundo ciclo do Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)		
Fonte: BRASIL (2014)		

Cabe ressaltar que a Comissão Intergestores Regional (CIR) da região de saúde do Rio Madeira foi a última do estado do Amazonas a ser instituída. O Regimento Interno foi aprovado em reunião no dia 30 de julho de 2013 no auditório da SUSAM. O município de Humaitá/AM foi o escolhido para sede da regional (CIR, 2013).

### **3.2 Quem nos fala – os principais Atores dos Discursos**

Nossos atores são profissionais de saúde do SUS, que após a entrevista do grande projeto (PPSUS) se dispunham ao diálogo um pouco mais aprofundado sobre o seu processo de trabalho. Eles foram identificados com nomes fictícios escolhidos aleatoriamente no ato da transcrição e organização dos áudios. O cenário dos encontros foram bastante informais, desde o consultório, sala de espera, dentro do carro (no percurso até a unidade, de carona), na praça da cidade, até na sombra de uma árvore, atrás da unidade de atendimento. Foram momentos de muitas conexões, desdobramentos e principalmente, de encontros ativadores de discursos implicados em produção de afecções e produção de saúde. As afecções produzidas, queremos traduzir nesse trabalho, porém cremos que ele é limitado demais para tanta riqueza de constituições que o interior do Amazonas faz em saúde, entretanto, Foucault nos diz que é preciso pronunciar nossos discursos enquanto ainda existem, por isso, essa produção é coletiva (nossa equipe, estudiosos do tema, os usuários e os trabalhadores da saúde).

### **3.3 Aspectos éticos da investigação**

Atendemos as exigências referentes à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas para se desenvolver pesquisas com seres humanos. Com aprovação do Projeto PPSUS “O CENÁRIO DA GESTÃO DO TRABALHO NO AMAZONAS: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS” pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAM – Universidade Federal do Amazonas, utilizamos o mesmo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B), que foi assinado pelos participantes de pesquisa, em duas vias, uma cópia ficou com eles e outra está arquivada no ILMD/Fiocruz.

### 3.4 Algumas implicações para a análise

Para a análise, retomaremos a ideia do quadrilátero da formação, pois foi o texto ativador de muitas conexões antes e durante a produção dos diálogos, no percurso das viagens e na reprodução dos mesmos. Na realidade, o estudo de caso nos dá essa liberdade de nos inserirmos no processo, de mergulharmos no cenário da pesquisa e nos implicarmos com ele através da sua realidade e da revisão da literatura durante todas as fases do estudo.

Assim, vamos trabalhar com as quatro dimensões que se tornaram (para esse estudo) um desenho das ‘categorias’ (atenção, gestão, participação e ensino). Entretanto, os quatro vértices estarão em constante movimento, pois não é possível ‘fechar’ ou ‘enquadrar’ em categorias únicas, lembrando a mandala ou um caleidoscópio – essas dimensões descritas trocam de lugar, se conectam entre si –, e essa experiência foi imanente vivida por nós nos barcos, nas lanchas, nas beiras dos rios, perpassando os territórios de taxi-aéreo (o que nos permitia visualizar as pequenas cidades e sua imensidão territorial de matas e águas). É nesse deslumbramento no território, nos atos criativos de fazer a saúde no interior do Amazonas que integramos a ideia do Quadrilátero, enquanto análise crítica e reflexiva das modelagens de produção de inovações que se traduzem num modo de produção de discursos. Por questões didáticas, formamos as ‘categorias’ segundo as dimensões:

1. Dimensão da **atenção**, que supera a dimensão da assistência às doenças e se refere às intervenções sobre a saúde;
2. Dimensão da **gestão**, que se refere às escolhas necessárias e sempre presentes no trabalho em saúde, seja na direção dos serviços ou na organização de práticas;
3. Dimensão da **participação**, relativa à necessidade de escuta e compartilhamento de saberes com o usuário e entre os trabalhadores;
4. Dimensão do **ensino**, relativo às aprendizagens e o modo como se inserem no mundo do trabalho.

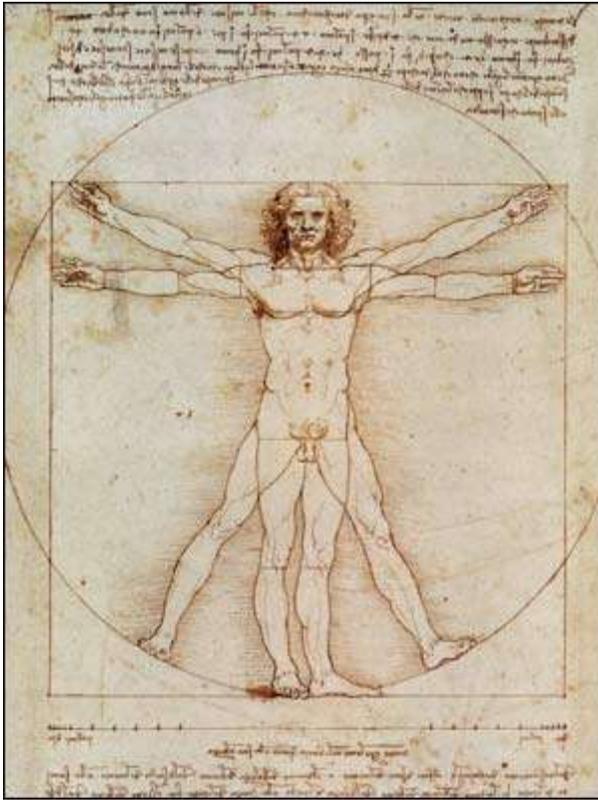
A Educação Permanente em Saúde sendo uma Política Pública do SUS<sup>15</sup>, aposta em práticas educativas que articulem as quatro dimensões, atenção, gestão, participação e formação, assim como os autores do *Quadrilátero da Educação na Saúde* propõem e defendem: a necessidade de uma formação e desenvolvimento que coloquem em debate os valores utilizados pelos profissionais ao organizar as estratégias de atenção e os critérios do

---

<sup>15</sup> Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde, aprovou a primeira Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), traduzida pelo Ministério da Saúde na Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Visando reunir, gestão e avaliação política, todas as iniciativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Posteriormente a Portaria GM/MS nº 1.996/2007 estabeleceu novas diretrizes e estratégias e se evidenciou a possibilidade de repensar o seu lugar como dispositivo para a construção de ações, práticas e planos, e não simplesmente a oferta de cursos.

gestor ao regular e financiar o sistema de saúde e a inclusão dos usuários ou dos movimentos sociais organizados quando se quer elevar a escuta às necessidades sociais em saúde.

Para Ceccim (2010b), o quadrilátero da formação é uma imagem que fala dos vetores de força em uma educação implicada com a produção social da realidade ou com os



**Figura 3:** O Homem Vitruviano de Leonardo da Vinci.  
Fonte: <http://alemdaimagem.com.br/homem-vitruviano>

compromissos públicos da prática educativa, ele envolve a evidência de correlação das práticas de ensino com as práticas de gestão de sistemas e serviços, com as práticas de participação e engajamento nos movimentos sociais e com as práticas clínicas ou práticas profissionais.

O autor usa ainda, uma imagem de Leonardo da Vinci para expressar o quadrilátero da formação e sua condição de criação e invenção como mandala. Trata-se do ‘Homem Vitruviano’ também utilizado nos estudos da proporção, o desenho coloca o homem de braços e pernas abertos - riscando a forma que se obtém entre os braços e pernas abertos, temos um quadrado e por fora do quadrado ele risca um círculo. Assim, um

quadrado dentro de um círculo é a forma básica da mandala, o círculo mágico. Da Vinci fala, então, sobre a mágica proporção do homem, em que os braços e pernas estendidos do homem formam um quadrado, que seria o esquadramento das coisas, e um círculo, que seria a noção de ‘um todo’ que extrapola coisas e esquadramentos.

Ricardo conclui que a mágica proporção do homem está em ‘ser ponte entre esses dois mundos: a possibilidade entre um mundo das formas e um mundo das invenções’ (CECCIM, 2010a, p.85). Desse modo, no Quadrilátero entre Formação, Gestão, Atenção e Participação, a ‘mágica’ tarefa da educação é a de estabelecer o movimento entre mundo das formas e mundo das invenções, ou seja, o movimento da mandala.

O desenho da mandala, ela tem uma forma visível cheia de formas invisíveis, que surgem de seu movimento de dobrar, desdobrar, dobrar. A dobra e a desdobra são movimentos que dão figuras à realidade, ou seja, o coletivo que somos e a escuta que proporcionamos ao usuário vai desenhando formas à educação e à rede que passamos a

constituir. Queremos reafirmar aquilo que o autor vem refletindo sobre o modelo assistencial, as práticas nos programas de saúde, o ensino ou as práticas educativas, os fóruns ou instâncias populares que podem ser modificados através de mudança das práticas ou ainda com o efeito do encontro com os movimentos sociais. Essa mudança, através do dobra-desdobra, a imagem do *Quadrilátero*, da mandala, círculos ou redes, para que enxerguemos e pratiquemos a educação no sentido de repensar e inventar processos de educação e pesquisa (CECCIM et al, 2014).



**Figura 4:** Mandala Hindu. Fonte: [www.educasaude.org/quem-somdala](http://www.educasaude.org/quem-somdala)

Nesse sentido, uma das mais instigantes experiências que tivemos (e ainda estamos vivendo no PPSUS) é essa inserção nos territórios de fabricação de saúde no SUS no interior do Estado. Trata-se, como já dissemos, de um ensaio em conectar os diálogos e experimentações na perspectiva de produção de novos discursos redes de conversação, problematização do ‘saber’ do ‘não saber’, imbricação de pluralidades, trocas de afecções, na perspectiva de fortalecer o processo formativo coletivo.

#### 4 O EFEITO ‘ENCONTRO DAS ÁGUAS’ NOS DIÁLOGOS EM FORMAÇÃO - o encontro dos anfíbios voadores<sup>16</sup>



**Figura 5:** Encontro das águas entre Rio Aripuanã (esquerda) e Rio Madeira (direita) em Novo Aripuanã/AM. Fonte: <http://aguasdobrasil.org/recursos-hidricos-dos-afluentes-da-margem-direita-do-rio-amazonas>

Para quem pensava que existia apenas o encontro das águas em Manaus produzido pelo encontro dos rios Negro e Solimões, estava enganado. Aliás, existem vários, um deles é o encontro dos rios Apuriná e Madeira, um fenômeno natural que nos encanta, pode ser visto do porto e em toda orla da cidade. Estávamos fotografando esse espetáculo das águas e um morador local nos abordou dizendo “você pagam caro para ver o encontro lá em Manaus e aqui, dá para ver de graça”. Impossível não concordar com seu Roberto, um cartão postal bem ali à frente dos nossos olhos. Lindo!

A observação de Roberto foi disparadora para neste momento do estudo ativarmos nosso radar sensível para o encontro no cotidiano da saúde enquanto espaço de aprendizagem – a Educação Permanente em Saúde com todo esse efeito natural de ser, que nos provoca, interpela e promove um toque, um suspiro, uma afecção, um encontro de produção de mundo sob o efeito da subjetividade do outro e de sua alteridade. Então o efeito do encontro com Roberto produziu em nós um efeito e se reproduziu de outro modo no diálogo com os

<sup>16</sup> Anfíbio Voador é uma figura que tem a capacidade de exercer a função de radar, ou seja, de captar e rastrear tudo o que possibilita a existência desse animal no planeta. O anfíbio é um animal capaz de mover-se e de viver em terra e água. Alguns deles desenvolvem estruturas membranosas que permitem, ao serem impulsionados por saltos, alçar certos voos. Um anfíbio que pode vir a ser voador, habitar o ar sobrevoando, captando registros, sensações, pousando, mergulhando, pairando... A imagem do anfíbio voador tenta resgatar a potência de transitar na água, na terra e no ar, buscando, em alguns momentos, o ar para um olhar distanciado e mais panorâmico; em outro, a terra e a água, explorando assim as várias possibilidades e os vários territórios (EPS EM MOVIMENTO, 2014d).

profissionais e que reconstruiu outros discursos, pois eles já estavam sob a influência da ação de uma nova subjetividade e de sua alteridade.

“Lindo” disse Roberto com olhos fixos no horizonte, nos reconduziu à cena de nossa pesquisa, permitiu nos reencontrarmos com a afirmação de que ‘agir em saúde’ é atuar na micropolítica do ‘encontro’ em um campo imerso de práticas sociais que são formadas por ‘n’ dispositivos do trabalho ‘vivo em ato’ (MERHY, 2013b). Então é lindo para nós o efeito desses ‘encontros’ entre trabalhadores e nossa equipe ativadora dos diálogos<sup>17</sup>, o encontro com o usuário, o encontro com os moradores, com as crianças na orla do rio. E essa imagem é bem poderosa.

Merhy (2013c) fala sobre a potência da educação no mundo do trabalho em saúde, mostra o quanto estamos permanentemente inventando e reinventando novos conhecimentos, inclusive na rua, inclusive na beira do rio. Para o autor, todos os espaços são reconhecidos como possíveis lugares do encontro, a agenda do encontro pode ser mais ou menos instrumental, mais ou menos aberta para a vida, acontecendo nos diversos espaços, e não apenas nas unidades. No nosso cotidiano estamos sempre reafirmando conhecimentos já apropriados em um ‘agir sensível e tecnológico’ no campo do cuidado.

Na EPS, os cotidianos vivos das realidades experienciadas levantam aspectos disparadores para o encontro na educação, então o que se oferta só tem sentido na medida em que produz uma dobra, um encontro ou singularização com aquilo que pertence às pessoas. A dobra é dos dois lados - um lado se permeabiliza pelas noções do outro e o outro se permeabiliza pelas noções que são compartilhadas como ensino (CECCIM, 2010a).

Para Fischer (2001) Foucault multiplica o sujeito, em que a pergunta ‘quem fala?’ desdobra-se em muitas outras como ‘qual o status do enunciador? Qual a sua competência? Em que campo de saber se insere? Qual seu lugar institucional? Como é realizada sua relação com outros indivíduos no espaço ocupado por ele?’. Também cabe indagar sobre o ‘lugar de onde fala’, ou seja, o lugar específico no interior de uma dada instituição, a fonte do discurso daquele falante, suas ações concretas, basicamente como sujeito incitador e produtor de saberes’. Segundo a autora, assim se destrói a ideia de discurso como expressão de algo, tradução de alguma coisa que estaria em outro lugar, talvez em um sujeito, algo que preexiste à própria palavra.

É por isso que trazemos o radar ativador da nossa reflexão o seguinte cenário:

---

<sup>17</sup> Nos colocamos no processo como ativadores dos encontros e dos diálogos, nos referimos ao encontro de subjetividades na alteridade, sendo assim, não cabe a denominação ‘entrevistador’, pois nos envolvemos imensamente e nos afetamos profundamente no percurso do trabalho.

- O trabalhador da saúde e ativador do diálogo sentados na sombra de uma árvore em bancos de madeira (improvisados) no pátio da unidade, uma jornada de trabalho extensa (vínculo com estado e prefeitura), em quarenta minutos de conversa apresentou-nos tantos movimentos potentes, tantos radares sensíveis ativados, olhares vibráteis, reflexões sobre o mundo do trabalho. Implicou-nos a fala de *Pedro*:

“Ninguém é obrigado a nascer sabendo, estamos sempre aprendendo, com a dona Maria, com o seu José, com meu colega de trabalho, meu gerente, então...(pausa, com inspiração profunda) a Educação Permanente em Saúde é um estado de aprender, ela me permite estar inteiro no meu trabalho, completo, digamos assim (Pedro).”

Percebemos aqui a compreensão de que o ‘estado de aprender’ para esse trabalhador pode nos representar a capacidade da vibratibilidade dos radares no processo de trabalho, que significa a identificação do próprio aprendizado no cotidiano. Perguntamos então quem era Maria, José, gerente..., *Pedro* nos disse que: Aprende com a dona Maria que, segundo ele, faz o controle social, pois está sempre atenta às necessidades de saúde da comunidade; aprende com o seu colega de trabalho (que acabou de se concluir a graduação e está cheio de vontade de fazer acontecer o SUS); e com sua gerente que lhe advertiu quanto à maneira de fazer o acolhimento, e juntos pensaram na proposta de estudo e implementação do Humaniza-SUS<sup>18</sup> (no CAPS), tendo em vista o seu José (após estudo de caso) que é um ‘doido muito doido’<sup>19</sup> da área.

Evidenciamos que, mesmo em um ambiente carente de tecnologias duras<sup>20</sup> eles estão explorando as potências das tecnologias leves, ao reunirem-se com a gerencia e estabelecerem metas e estratégias de superação dos problemas. São os olhares vibráteis com seus radares sensíveis que identificam, no salto do anfíbio, a possibilidade do encontro, da conexão, da percepção da *Educação Permanente em Saúde acontecendo de forma potente, viva, em completo movimento no seu, no meu, no nosso processo de trabalho no cotidiano do Sistema Único de Saúde*<sup>21</sup>.

<sup>18</sup> Fazemos referência à Política Nacional de Humanização – PNH, criada em 2003, a qual visa avançar nos princípios do SUS, fazendo propostas voltadas para a mudança dos modelos de gestão e de atenção que, no cotidiano dos serviços, são operados pelos gestores, trabalhadores e usuários.

<sup>19</sup> No texto “O usuário-guia nos movimentos de uma rede de atenção psicossocial” do livro Pesquisadores In-Mundo faz menção ao ‘louco muito louco’ como aqueles usuários que demandam muitas redes de cuidado e que, a todo momento estão criando problemas para a equipe, na perspectiva de ‘cuidar de sua saúde’(GOMES & MERHY, 2014).

<sup>20</sup> Para Merhy (2005), diferentes naturezas tecnológicas compõem o “cardápio” de ofertas dos serviços para o cuidado (também para a gestão, para a participação e, por certo, para o ensino). Entre essas, as tecnologias duras (equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais), as tecnologias leve-duras (saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia) e as tecnologias leves (tecnologias das relações, como vínculo, acolhimento e autonomização).

<sup>21</sup> Grifo meu – diário cartográfico da ativadora dos diálogos Fabiana Mânica Martins.

Foi experiência única essa cena: sentados à parte (à sombra da árvore), distanciados da unidade produzindo encontros, conexões, diálogos sobre EPS, especialmente produzindo novos mecanismos de visibilidade e dizibilidade, estávamos no mundo vendo outros mundos dentro desse mundo, olhando para vidas dentro dos territórios.

Segundo Merhy (2005) todo o lugar no qual se produzem as práticas de saúde opera no campo dos processos de subjetivação que se manifestam na construção de territórios de subjetividades (que produzem sentido para essas práticas). Estamos dando, portanto, sentido ao exercício que foi mais do que uma entrevista, foi um diálogo, um diálogo do trabalhador com seu próprio mundo do trabalho e das pessoas que interagem constantemente com sua produção do cuidado – dona Maria, seu José, colega, gerente. Confirmando a ideia de que esse processo ocorre por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho, produz e é produzido (‘eu aprendo com eles’ - diz Marcia) pelos afetos entre os sujeitos.

Cabe ainda ressaltar que segundo EPS em Movimento (2014c), uma gestão deve aproximar-se dos trabalhadores por saber que eles também têm projeto e que serão necessárias conversas e negociações, ou seja, uma gestão disposta a produzir conversas e negociações, a Educação Permanente em Saúde é indispensável. A EPS é uma ferramenta fundamental para produzir diálogos, negociações e reflexões sobre o cotidiano. E por quê?

Porque é sobre o cotidiano, as práticas de cuidado ou não e a reflexão sobre como elas acontecem que emergem as negociações do projeto, que não é mais da equipe A ou B, mas é coletivo. Assim, uma gestão que reconhece que todos governam faz convites e abre espaços de encontro entre gestores de diferentes lugares da secretaria, de diferentes lugares de poder, entre gestores e trabalhadores, entre trabalhadores de diferentes lugares. Nesse sentido, aposta que os projetos terapêuticos individuais e coletivos também precisam ser produzidos em encontros (o caso do José que Marcia citou) que vão incluir nesse processo, dependendo do caso e da situação, diferentes atores: trabalhadores, o próprio usuário e sua família. Esses são dispositivos de uma gestão que toma a EPS enquanto ‘produção de conversas e reflexões coletivas sobre o cotidiano’ como estratégia de gestão (EPS EM MOVIMENTO, 2014c).

Dessa forma, se a Educação Permanente em Saúde – EPS é aprender no cotidiano do trabalho, a figura do quadrilátero da formação para a área da saúde, proposta por Ceccim & Feuerwerker (2004) é essencial para produzirmos *nosso discurso* a partir dos discursos enunciados (à sombra da árvore, dentro do Igaracú<sup>22</sup>, nas Estratégias Saúde da Família, nas enfermarias, entre tantos outros cenários) quando descrevem as quatro dimensões que

---

<sup>22</sup> Igaracú é um barco hospital de um dos Municípios da Região de Saúde Rio Madeira.

constituem a aprendizagem na saúde: a atenção, a gestão, a participação comunitária e o ensino.

Trabalharemos aqui com essas quatro categorias (interconectadas, imbricadas, que serão *brechadas*<sup>23</sup>) levantadas a partir das falas dos profissionais em ‘diálogos sobre educação permanente em saúde’.

#### **4.1 As brechas da Atenção (à saúde) na Educação Permanente em Saúde – EPS**

Para tratar dessa categoria dialogaremos com os nossos sujeitos (os trabalhadores do SUS da região de saúde Rio Madeira) bem como com alguns pensadores que nos implicam os autores desse discurso, Emerson Mehry, Ricardo Ceccim, Alcindo Ferla, Laura Feuerwerker, Michel Foucault, Rosa Fischer, Túlio Franco, entre outros.

Primeiramente, essa dimensão é aquela que supera a assistência às doenças, não se trata aqui de falar de um modelo biologicista, nem hospitalocêntrico, e sim, focando nas intervenções sobre a saúde, queremos debater os valores utilizados pelos profissionais ao organizar as estratégias de atenção no seu mundo do trabalho (CECCIM e FEUERWERKER, 2004a).

Tendo em vista esses ‘valores’, vamos convidar para a roda de conexões da EPS uma pessoa muito marcante, Antônia, trabalhadora do SUS há um ano, primeiro emprego, amante do seu trabalho, em específico da profissão. Estávamos sentados na beira do rio madeira, uma natureza deslumbrante, barcos que vão e vem, rabetas que passam, crianças que se jogam no rio dos flutuantes e outras que pescam com seus anzóis improvisados. Nesse cenário deslumbrante de pôr do sol, com uma respiração ofegante (havíamos acabado de descer do barco e subir até a orla) e olhos lacrimejando (de emocionada) nos diz que para ela a EPS tem uma dimensão de:

“[...] você tem que fazer diferente, não basta o remédio, tem que promover a saúde, prevenir doenças, levar orientações... seja com as pessoas nos postos de saúde, nas escolas, seja nos pontos mais distantes! Tem algumas comunidades que a gente tem aqui que é difícil o acesso mesmo, que tem ir até onde o barco entra, depois pega a rabeta e vai numas casas mais distantes levar a saúde, nos lagos né. A gente leva essa orientação lá também (não é só assistência, consultas), e essa pessoas têm

---

<sup>23</sup> Foi uma expressão que aprendemos com dona Josefa, uma hóspede do hotel que ficamos. Pernoitou dois dias, pois precisava fazer exames e receber a aposentadoria, moradora de uma comunidade do interior não tem familiares na sede do Município para se hospedar. Contou-nos que é amazonense, caboca da região, cresceu na beira do rio, nos contou várias histórias nos nossos horários de ‘brechas’ de formação. Uma das expressões é *brechada*, ou seja, olhar pelo orifício de uma fechadura ou entre as frestas de uma casa. E isso só se faz porque tem o interesse pelo objeto a ser *brechado*, portanto, há a afetação, o desejo, a vontade de conhecer. É um convite para olharmos com carinho e afecção para essas categorias no complexo mundo do trabalho do SUS no interior do Estado do Amazonas.

qualidades vida, o lugar é um paraíso natural, você tem que conhecer. Quando a gente chega é uma festa. [...]” (Antônia).

O reconhecimento do território enquanto espaço de produção de qualidade de vida, bem como o prazer, a alegria de cuidar (de trabalhar) transmitida na fala desse trabalhador nos reporta ao estudo de Franco (2007) que trata da Educação Permanente em Saúde enquanto produção do cuidado e produção pedagógica em caráter imanente, ou seja, o trabalho está na pedagogia e esta na atividade cotidiana do fazer. Sendo que ambos só têm a potência de produzir EPS quando há essa indissociabilidade entre cognição e subjetivação, pois:

[...] a experimentação que possibilita o *afetamento* dos sujeitos do processo educacional só ocorre se houver, ao mesmo tempo, trabalho e educação ocorrendo juntos, agindo transversalmente nos cenários do SUS (FRANCO, 2007, p.436).

Nesse mundo do cuidado, afirma Feuerwerker (2014), a afetação mútua acontece quando trabalhadores e usuários se abrem para o encontro, reconhecendo mutuamente como legítimos seus respectivos saberes e expectativas. Um espaço de negociações e construção compartilhada dos projetos terapêuticos, bem como o plano de cuidado é um campo de disputa, que sempre haverá segundo a autora.

[...] Por exemplo, estamos tendo um surto na minha área, temos que falar sobre a doença com as famílias, porque se eles se contagiou foi porque não trabalhamos bem na prevenção, não deram uma educação preventiva pra eles. Então, constantemente temos algumas atividades né? Por exemplo, um enfermeiro com ACS (Agentes Comunitários de Saúde), todo mês tem que fazer algumas atividades de estudos, esclarece dúvidas, revisa os registros, compara o que evoluiu, falamos de pré-natal, planejamento familiar. Então a educação permanente tem que estar vinculada sempre a minha relação com a equipe, as ações que faço na área e com as famílias, senão a coisa não anda [...] (Carla).

Quanto ao *afetamento* entre sujeitos no que se refere à produção do cuidado, a obra de Merhy e Feuerwerker (2009) reflete que no campo da saúde o objetivo principal que se espera atingir é a cura e a saúde. Entretanto, o dia a dia dos serviços de saúde, segundo os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado está de fato comprometida com a cura e a promoção.

Assim, a atenção não pode apontar apenas o domínio de habilidades técnicas da assistência à saúde, muito bem pontuado por Carla que afirma, em outras palavras, se não estiver imbricado minhas ações de planejamento com as práticas dos ACS (grandes produtores de cuidado) com os anseios e expectativas da população ‘a coisa não anda’ ou seja, Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que recai sobre a alteridade com os usuários das ações e serviços de saúde, na produção de sentidos nos atos de cuidar, tratar e acompanhar, desde os problemas de saúde até a promoção da qualidade de vida.

Dessa forma, os processos produtivos nesse espaço, no cenário de cuidar, só se realizam em ato e nas intercessões entre trabalhador e usuário. Feuerwerker (2014) refere que nesse território é relevante a relação trabalhador de saúde e usuário, pois evidencia a relevância do trabalho vivo do profissional nesse momento tendo a comunidade como sua ‘aliada’ nas práticas de produção de saúde como será pontuado posteriormente por *Sandra*. Além do mais, é também no território das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato, que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca e também de afetar e ser afetado.

Para *Sandra*, o movimento da EPS no seu cotidiano é:

[...] O que nós fazemos é atualizar o pessoal, principalmente os agentes comunitários, sobre aleitamento materno, como se deve ser suas visitas domiciliares, porque eles não estão sós, eu falo para elas ‘estou com vocês, vocês são a ponte do usuário com a gente’... agendar consulta, avisar dos encontros, entregar o hipoclorito, visitar a casa é simples, agora orientar sobre o porque usar na água, porque lavar as mãos ao preparar os alimentos, olhar os quintais, ver se tem algum foco da dengue ou da malária é mais complicado... tem que ter sensibilidade, tem que saber conversar com a família, temos que ter eles como aliados. Eu gosto de começar com as crianças, ah elas são ótimas (risos) aprendem rápido e até repreendem os pais. [...] (*Sandra*).

O cuidado com o processo de trabalho dos ACS evidencia-se na fala de muitos dos diálogos e essa postura de ‘somos uma equipe’, ‘trabalhemos unidos’ ou ‘você não está só’ nos reporta ao imaginário de que a equipe precisa ser perfeita, e que perfeição é ausência de conflitos. É necessário problematizar esses conceitos sobre o mundo do trabalho. Segundo Feuerwerker (2014), não é um lugar do igual, e sim da multiplicidade, do diverso, da tensão, da disputa. É relevante que se supere a ideia de um ambiente de trabalho harmônico em si mesmo e reconhecer a diversidade, a formação das subjetividades. Bem como identificar as maneiras de produção singular do cuidado, do trabalho vivo dependente, que emana os afetos, a potência produtiva e a riqueza da práxis.

E essa dimensão dos afetos e da potência produtiva é outro aspecto relevante da fala de *Sandra*, pontuada por ela como sensibilidade tendo em vista afetá-los e posteriormente serem seus aliados no processo de cuidar da saúde. Sob esse mesmo aspecto, Franco (2007) ilustra de forma muito clara, lembra-nos que a organização da rede básica de saúde no SUS é excessivamente normatizada, a Estratégia Saúde da Família (espaço de trabalho de *Sandra*) reflete essa diretriz normativa, principalmente quando atua na lógica das ações programáticas, determinando os horários de atendimento bem como o tipo de clientela, entre outras. Portanto, mesmo que o profissional busque novas alternativas – a sensibilidade de ouvir, acolher, cuidar do usuário –, sempre persistem as ‘amarras’ do modelo duro de trabalho no SUS, que são as produções, as metas, a burocracia que sobrepõe o trabalho vivo.

Franco (2007) reflete sobre isso, ao afirmar que a norma impõe fortes ‘amarras’ aos trabalhadores que se veem constrangidos em cumprir metas, alcançar o objetivo de produzir o cuidado. Segundo o autor, trata-se do aprisionamento do seu trabalho vivo<sup>24</sup>, o que pode se tornar um impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários.

Por outro lado, o trabalho vivo que Emerson Mehry pontua, produz reflexões palpáveis ao cotidiano do trabalho quando refere que ele é em ato autogovernável, sendo possível superar a ordem e a norma abrindo possibilidade às ‘brechas’ de aprendizado e autogestão que de fato se possa expressar sua potência criativa<sup>25</sup>. Essa experiência ocorre quando os trabalhadores de saúde ‘desejantes’ (que almejam mudanças) constroem e operacionalizam nas suas relações outras ‘conexões’ nas brechas do mundo do trabalho, seja nas suas equipes, seja com outras unidades de saúde, e, especialmente com os usuários.

Em outras palavras, Feuerwerker (2014) diz que fazemos uma aposta na possibilidade de se constituir tecnologias da ação do ‘trabalho vivo’ em ato e mesmo de ‘gestão’ deste trabalho que provoquem ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos. Constituem assim, as *brechas* do mundo do trabalho que implicam na busca de processos que focalizem o sentido da ‘captura’ sofrida pelo trabalho vivo e o exponham às possibilidades de ‘quebras’ em relação aos processos institucionais que o operam cotidianamente (EPS EM MOVIMENTO, 2014a).

Para sintetizar essa reflexão quanto à produção do cuidado e a porta de entrada do usuário nos serviços, Laura Feuerwerker (2014) reflete que necessitamos olhar para os modos como se organizam os serviços e os ‘encontros’ que devem ser produzidos, entre trabalhadores e usuários. Para a autora esse é o primeiro ponto para construir uma cadeia de cuidados, independente aonde seja a entrada do usuário no sistema, dependendo de seu

---

<sup>24</sup> Ao falarmos ‘trabalho vivo’ estamos fundamentados em estudos feitos por Emerson Merhy a partir de autores como Karl Marx. Ele faz uma distinção entre trabalho vivo e trabalho morto. O trabalho morto são as máquinas, instrumentos e saberes existentes. Toda máquina ou instrumento tecnológico é resultado de um trabalho anterior. Eles corporificam um trabalho que já foi realizado (no conhecimento para a sua elaboração, na ação para a sua construção). Já o ‘trabalho vivo’ é aquele realizado no momento, em ato. Assim, podemos dizer que, com o avanço da tecnologia, o trabalho morto foi substituindo o trabalho vivo. As máquinas foram tomando o lugar dos homens e mulheres no processo produtivo. No entanto, no caso do trabalho em saúde, por mais que se tente substituir o trabalho humano, é impossível. Isso quer dizer que as tecnologias produzidas no ato do cuidado são preponderantes em relação às tecnologias produzidas pelo saber científico estruturado. Ou seja, é na relação com o usuário, em ato, que se pode produzir o cuidado. Se por um lado isso é um desafio para o trabalho, por não existir fórmulas prontas, por outro lado, proporciona um alto grau de liberdade para o trabalhador da saúde (MERHY, 2013c).

<sup>25</sup> Texto ‘Aprendizagem como produção compartilhada de saberes’ faz uma reflexão sobre o tema trazendo uma cena de dois Agentes Comunitários de Saúde (Suelen e Alexandre), representam uma produção desejante entre os trabalhadores, que constroem brechas e é nesse espaço que ocorre a invenção de novidades e, portanto, a produção de aprendizagens inéditas, independente da existência de estruturas formais. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-cenas/aprendizagem-como-producao-compartilhada-de-saberes>>. Acesso em: 21.Jun.2015.

problema e de suas possibilidades. É por isso que nos encontros ‘não analógicos’, como ressalta Merhy<sup>26</sup>, existe uma ‘rede rizomática’ constituída e instituída entre trabalhador e usuário, no qual *Geci* refere que estabeleceu com sua comunidade, com seu mundo do trabalho vivo e de autogestão:

A educação permanente em saúde é que daqui 50 anos eu serei trabalhadora da saúde e que daqui 50 anos eu não vou deixar de estudar, isso eu aprendi com uma das estratégias do Município que é a educação permanente para nós, enquanto coordenadora da epidemiologia, da vigilância em saúde do município a gente sempre estava se qualificando, eu aprendi muito, tanto quando trabalhei na atenção básica com a população, (na comunidade né – nossa! Eles sabem muito!) quanto hoje que trabalho no hospital, eu continuo usufruindo dos conhecimentos adquiridos lá porque eu sei de onde essa população vem, e buscando novos aqui, pois a doença e os agravos mudam, o contexto de trabalho muda. E a gente tem que mudar, muitas vezes quebrar protocolos, pois a gente está sempre estudando, é uma educação permanente a nossa vida, a gente sempre está buscando, criando. Eu amo meu trabalho, eu amo demais, nossa! (Geci).

Esse radar ligado de *Geci*, um corpo vibrátil em movimento criativo, reflete a nós essa dimensão rizomática que ela constrói na própria história de formação. Trabalhava como assistente administrativo (um cargo efetivo) e decidiu, após experiências ativadoras do mundo do trabalho – um desejo empolgante de cuidar das pessoas, estudar na universidade para ser ‘profissional de saúde’ (contratado, aguardando concurso). Nesse espaço, o mundo da afetações é muito dinâmico, extrapola o tecnicismo e o biologicismo, ele perpassa a alteridade entre os sujeitos e EPS em Movimento (2014e) relata que esses movimentos possibilitam diversos questionamentos, incertezas, incômodos, afetações, são movimentos que podem nos fazer refletir sobre o processo de trabalho e de existência que vivenciamos.

A fala dessa profissional ao compartilhar que a sua relação com os usuários (o qual refere como ‘comunidade’), as experiências vividas no trabalho e os ‘aprendizados’ coletivos nos reportam ao que os autores<sup>27</sup> de EPS em Movimento (2014a) nos implicam, que às vezes se precisa de alguns efeitos inesperados, produzidos por algo inusitado. Para que? Para que se possa permitir ‘sentir’, ‘viver’, ‘experienciar’ a existência de aspectos que vão além do nome, do número no prontuário, do estudo de caso, do número do leito. E que sabe até de outros aspectos que não são registrados, pois o dia a dia das organizações, do trabalho, da ciência

<sup>26</sup> Emerson Merhy, fala sobre "Rede Rizomática X Rede Analógica: Os desafios da construção de redes de cuidados no SUS". Ele relata a história de um usuário chamado Deodoro que saiu do Manicômio e voltou a viver em sociedade para explicar os desafios do cuidado no SUS. Acesso em: <https://www.youtube.com/watch?v=TenG6hxvAls>.

<sup>27</sup> Texto ‘A Educação Permanente em Saúde, aprendizagem flutuante e um convite para pensar, sentir e se expressar’ – considera que a experiência é aprendizagem, e que aprender e experienciar são processos que não se fazem somente com a cabeça, mas com o corpo, com vibrações que nos afetam e afetam a outros. Assim, o cotidiano do trabalho em saúde é produzido por muitas vivências que vão compondo experiências. Elas deixam marcas em nós. Está disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/a-eps-aprendizagem-flutuante-e-um-convite-para-pensar-sentir-e-se-expressar>>. Acesso em: 03.Jun.2015.

‘captura’ e muitas vezes ‘soterra’ os profissionais em alto grau, em detrimento do mundo da vida.

O movimento da trabalhadora de contínua e incessante mudança “eu tenho que mudar”, de fato ocorrem em toda a natureza, e estes ‘fluxos energéticos’ podem ser vislumbrados através da alteridade<sup>28</sup>, por meio daquilo que chamamos de permitir-se ‘sentir ser o outro’. Muito explícito quando a trabalhadora fala ‘eu sei de onde eles vêm, eu conheço as famílias de lá, eu sei que tenho que atender todos (ribeirinhos) naquele dia, porque só podem vir à cidade uma vez por mês, recebe aposentadoria, bolsas de assistência e consultam. Eles não têm quarenta reais para pagar a rabeta a qualquer hora’.

Podemos selar esse bloco de reflexões lembrando que dentre os elementos analisadores para pensar a Educação Permanente em Saúde estão os componentes do Quadrilátero da Formação (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005; PINTO, 2014). Sendo um deles o discutido até aqui que trata da autopercepção de sujeitos criativos no processo de cuidar, da análise crítica das práticas de cuidado à saúde, de busca da integralidade e a inclusão da participação dos usuários no projeto terapêutico como nova prática de saúde.

#### **4.2 As brechas da Participação no Cuidado à Saúde (vida)**

*“A senhora não vai ouvir a gente não? Pra saber da saúde tem que falá com nós! A senhora tem é que perguntá pra esse povo aqui ó (apontando para a sala de espera lotada) se eles tão contente com a saúde, porque os político levaram tudo o nosso dinheiro” (Dona Raimunda)<sup>29</sup>.*

São muitas afetações ficar na sala de espera de uma unidade de saúde, no começo os usuários olham desconfiados, tentam ignorar a nossa presença, conversam entre si dos mais diversos assuntos, até transmitem a impressão de que querem ser ouvidos por nós. Olhares receosos e a pergunta tímida ‘a senhora é médica? Vai trabalhar aqui?’, sendo a resposta negativa parece a relação fica entre iguais e finalmente, mais a vontade agora, a idosa pergunta ‘mas afinal, o que você tá fazendo aqui?’. Gentilmente explicamos o objetivo da

<sup>28</sup> Referimo-nos à alteridade como o outro, mas é fundamental reconhecermos o contato com a alteridade ou a abertura à alteridade, de tal forma que esse outro produza alguma diferenciação em nós. Que esse outro, de fato, modifique alguma coisa em nós e, portanto, se estabeleça uma possibilidade de que eu o veja ou de que eu esteja com ele de uma maneira mais disponível (CECCIM, 2010a).

<sup>29</sup> Notas do diário cartográfico de Fabiana Mânica. Dona Raimunda é um nome fictício, dentre as usuárias que dialogamos foi a mais assertiva e chamou a nossa atenção pelo seu apelo: ‘querem falar de saúde e não nos incluem?’ Essa usuária é o reflexo dos nossos serviços de saúde, da forma como pensamos o cuidar, as redes, a gestão. Além do mais, faz uma observação sobre o financiamento da saúde, demonstrando conhecimento sobre o controle social.

pesquisa e obtemos essa resposta inusitada no qual estreamos nossa conversa sobre a ‘participação popular’ no processo de cuidar. Trazendo para a roda a Dona Raimunda com toda sua sabedoria e que vai nos apontar à necessidade de escuta e compartilhamento de saberes com o usuário e entre os trabalhadores.

Vários aspectos podem ser analisados no enunciado da Dona Raimunda, como por exemplo, algumas marcas de o médico é branco, loiro, classe média, chega à unidade de ‘carrão’. Mas e aí? Nessa mesma unidade havia dois médicos cubanos, de pele morena que chegam à unidade de bicicleta. Como se muda esse estereótipo? Outro aspecto, cremos que se reflete na urgência de repensarmos a participação do usuário nos planos terapêuticos, da necessidade de serem escutados, havendo a troca de conhecimentos e os pactos de cuidado com a vida.

O grito de Raimunda é também o do profissional:

[...] precisamos melhorar muiiiito o acolhimento, o primeiro contato, até mesmo quando eles vêm buscar uma informação, porque eles já vêm né, muito retraídos, porque o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) já transmite essa imagem de “lugar pra louco” e nós devemos mudar isso, conversar com eles de maneira pró-ativa, deixar falar, mudar a nossa forma de perguntar achando que sabemos todas as respostas, então: "O que lhe traz aqui?", "o que o senhor quer saber?", "qual a informação?". Compartilhar com eles que nós aqui somos empregados, não trabalhamos por caridade, fazendo favor, porque a gente tá aqui pra servir eles né... e muitas vezes a rotina, o dia a dia, não sei por que, faz o trabalhador esquecer o que aprendeu na faculdade e ser desumano com eles (Liege).

A implicação desse trabalhador nesse contexto nos afecta *muiiiito* como ela disse em relação à necessidade de mudança, pelo fato de que, se a EPS ocorre no âmbito do trabalho e destina-se a refletir sobre esse processo considerando as necessidades de saúde desses usuários, dessa comunidade... Temos aqui um processo de Educação Permanente em Saúde vivo, em ato! Essa trabalhadora é reflexiva e crítica, faz o ‘salto da anfíbia’ e é capaz de reconhecer o próprio trabalho articulado à atenção à saúde (melhorar o acolhimento, humanizar o trabalho superando o ‘lugar para louco’) tendo em vista a transformação das práticas de saúde e da organização no trabalho, a autogestão do próprio território.

Liege é uma jovem recém-formada, assumindo seu primeiro emprego, ainda relata que a equipe tem realizado encontros de formação para implementar ‘de fato’ o humanizaSUS<sup>30</sup> no cotidiano dos serviços, entretanto o diferencial é que os usuários do CAPS têm participado das rodas de conversa, ou seja, usuários e profissionais tem feito o exercício de alteridade.

<sup>30</sup> A Política Nacional de Humanização define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e co-responsabilidade, uma prática que se estende seguindo o Método da Tríplice Inclusão. Assim, a feitura da humanização se realiza pela inclusão, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e coletivos, bem como, dos analisadores (as perturbações) que estas inclusões produzem. Em outras palavras: humanização é inclusão. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2010.pdf).

Isso sintoniza com as reflexões de Ceccim e Feuerwerker (2004), que pontuam que a qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional (autogestão da formação coletiva), o ordenamento da rede de atenção (educação em saúde com os usuários e compreensão das redes vivas, essencial na saúde mental) e a alteridade com os usuários (a participação do usuário nos encontros da equipe).

Foi um discurso com aspectos imprescindíveis no dia a dia, o ‘diálogo enquanto troca de saberes’, nos tocou muito. Então solicitamos que exemplificasse, que pudesse falar mais sobre essa experiência de troca que ela ressaltou. A intenção da equipe era trazer/garimpar mais implicações e afetações. Nesse momento ela pensou por alguns instantes (na gravação aparecem 10 segundos), e finalmente pegou uma folha de papel de sua bancada e nos disse: “isso aqui vai responder”. Olhos fixos no papel proferiu: “eu estava preparando um encontro com o grupo usuários, escolhi esse poema. Aonde diz escola, entenda: trabalho; onde diz professor, entenda: trabalhador; e em aluno, entenda: usuário do CAPS” (*Liege*). Assim, ela leu para nós o seguinte poema:

#### **A ESCOLA**

*Por Paulo Freire*

Escola é...  
 O lugar onde se faz amigos  
 Não se trata só de prédios, salas, quadros,  
 Programas, horários, conceitos...  
 Escola é, sobretudo, gente,  
 Gente que trabalha, que estuda,  
 Que se alegra, se conhece, se estima.  
 O diretor é gente,  
 O coordenador é gente, o professor é gente,  
 O aluno é gente.  
 Cada funcionário é gente.  
 A escola será cada vez melhor  
 Na medida em que cada um  
 Se comporte como colega, amigo, irmão.  
 Nada de “ilha cercada de gente por todos os lados”.  
 Nada de conviver com as pessoas e depois descobrir  
 Que não tem amizade a ninguém  
 Nada de ser como o tijolo que forma a parede,  
 Indiferente, frio, só.  
 Importante na escola não é só estudar, não é só  
 Trabalhar,  
 E também criar laços de amizade,  
 É criar ambiente de camaradagem,  
 É conviver, é se “amarrar nela”!  
 Ora, é lógico...  
 Numa escola assim vai ser fácil  
 Estudar, trabalhar, crescer,  
 Fazer amigos, educar-se,  
 Ser feliz.

(Fonte: material impresso da trabalhadora)

Ao final da leitura, (todos nós) com olhos úmidos, coração batendo forte, sentimentos, afectações e anseios de alteridade soavam no ar. Parece que o poema dizia ‘tudo’ e nos tocou mais do que todos os demais conceitos já conversados sobre processo de trabalho, atos de cuidar, humanização, gestão das redes. A sensação naquele momento era de que o poema retratava o desejo profundo da jovem trabalhadora, de ser humana no cuidar (eles dois são gente), criar vínculo com seu usuário (aqui é lugar de amigos), e principalmente, de estabelecerem projetos terapêuticos coletivos e singulares. Trouxemos conosco o poema.

É necessário pontuar nessa roda de reflexões ainda, EPS em Movimento (2014c) que trata da conversa e negociação enquanto instrumento de construção de redes vivas<sup>31</sup>, os autores afirmam que quase nada se resolve apenas ‘transmitindo informações’, ‘passando adiante novos acordos ou regras’. O que se quer dizer é que, os ‘combinados precisam ser produzidos’, os novos arranjos precisam ser construídos com a participação de todos: trabalhadores, gestores, usuários (MERHY, 2014d; MERHY, 2015e).

É por isso que se torna importante trabalhar os coletivos, as suas potências e desconfortos, aprendendo no cotidiano de sua produção. É uma dobra fascinante trabalhar na formação com uma perspectiva de se trabalhar os coletivos, as suas potências e fragilidades, aprendendo a *ser gente*, a ser colega, ser amigo, produtor no seu cotidiano de aprendizado (MARTINS e SCHIFFLER, 2015).

Este fascínio pelo seu cenário do trabalho é percebido na fala de outra trabalhadora, que se sente estimulada pelo seu recém/primeiro emprego, “Comecei agora a trabalhar, e eu to bem, assim, mega estimulada” (*Noema*) e vai relatando os seus anseios de fazer acontecer as práticas humanizadoras do SUS, de mudar o processo de trabalho, contribuir para implementar as redes. Entretanto, ela se depara com algo inusitado nos seus primeiros dias de trabalho:

Vejo que o conselho local é bem ativo, eles tão sempre aqui, quando eu cheguei vieram saber de mim se eu ia para as reuniões. Eu... pelo que percebi, eu senti assim, que tem uma certa dificuldade deles (equipe) lidarem com a população que chega né, cobrando do profissional. Então acho que, nesse sentido eu posso tá inserindo a educação permanente com os profissionais e no conselho, podemos pensar juntos, assim, como...de que forma lidamos com os problemas da unidade, da saúde em geral aqui da área. Eu acho que pode ser inserida a educação permanente dessa forma, a saúde da gente é um direito né, de todos, deles e nossa, a gente tem que tá o máximo sintonizados com eles (conselheiros) que podem ser os parceiros da gente nessa luta né (*Noema*).

---

<sup>31</sup> Merhy (2014d) nos traz o caso Magda, como exemplo concreto de se repensar o cuidado, pois ela não é apenas um caso, ela é uma multidão existencial em acontecimento, uma rede viva de existência. Magda andava por vários planos de conexões no caminhar da sua existência e que em certos momentos os deslocamentos do seu território existencial era de tal ordem, que a movimentava para novas possibilidades de produção de si diante desses acontecimentos em seu modo de viver.

Que visão magnífica! Pode-se dizer que é uma acadêmica em transição, vivendo a experiência de assumir uma ocupação de trabalhadora do SUS, novo ritmo de vida, novos colegas, uma comunidade de usuários que são de sua responsabilidade cuidar e, já se depara e identifica um ‘nó crítico’. Vê nesse ‘nó’ uma possibilidade de aprendizado e mais, vê o ‘conflito’ como oportunidade de potencializar o cuidado a saúde, a defesa por saúde como direito, de fortalecer o controle social.

A essa dimensão da potência do controle social, Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que é uma das características singular do SUS, histórica e internacionalmente, pois no Brasil, a participação popular não é para a avaliação do grau de satisfação do usuário com a atenção, nem para a cooperação ou organização de programas de educação para a saúde, muito menos consultiva. Na realidade, a ‘participação popular’ é sim, um lugar aonde a comunidade tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, que são os conselhos e as conferências de saúde<sup>32</sup>. Por isso que o controle social é a participação da sociedade no SUS, em que são garantidos o direito e o dever de participar do debate e da decisão sobre as suas reais necessidades, bem como da formulação, execução e avaliação das políticas local e nacional de saúde.

A conexão e o envolvimento da equipe com a comunidade resultam em parcerias e compromissos mútuos:

É preciso dialogar com as lideranças da comunidade. Existe aqui uma ONG - eles se preocupam muito em relação a educação em saúde para a comunidade, que a população saiba cuidar de si, então fazemos parceria com eles. Trabalhamos temas: como chegar na casa, como dialogar com as pessoas, como e onde é oferecido o serviço de saúde, o que é controle social. Então é tudo isso, vemos que nessa comunidade em que fazemos as ações as pessoa aprendem rápido os seus direitos e depois chegam aqui ‘ué não foi a senhora que me ensinou’, se o médico, a enfermeira são pago com meu dinheiro pra me atender eles tem que tá aqui oh’(Marcia).

As falas de *Marcia* (anterior) e *Santa* (próxima) se complementam e apontam para a participação da comunidade nos atos de cuidar e na garantia do direito de ser cuidado conforme sua necessidade:

Pra mim ter a saúde, eu tenho que ter a educação... e a educação permanente perpassa a extensão dos conhecimentos das equipes de saúde para a população, então a orientação, a palestra, os grupos de grávidas, a visita domiciliar... levar pra cada família a orientação ... de forma assim que ela possa entender... na linguagem popular. E é nesse momento que a gente ouve a comunidade, então trazer essa necessidade para unidade e fazer um planejamento coletivo e contínuo, entendeu?

---

<sup>32</sup> Lei no Nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 28 de setembro de 1990.

Que não é só aqui dentro da unidade de saúde que eu planejo a ações, vem lá de fora... temos que trabalhar conforme a realidade, entendeu? (Santa).

Essas duas trabalhadoras atuam em unidades diferentes e têm uma prática peculiar de implementar na educação em saúde alguns exercícios do controle social, aonde a população é estimulada a participar das ações da unidade de saúde de seu território não mais como ‘pacientes’, e sim como usuários que acompanham as ações da política de saúde, que participam dos conselhos locais, que vão para as conferências com proposições, defendendo a sua área.

Arantes et al (2007) fazem um estudo sobre as concepções e ações das enfermeiras na atenção básica tendo em vista o controle social, apontaram que os encontros com os grupos de educação em saúde realizados nas unidades de atenção básica deveriam ser ‘aproveitados’ como espaço de reflexão da participação popular. Assim, segundo as autoras, os grupos educativos não seriam apenas informativos, de orientação de saúde, mas se aproximariam a um modelo de educação voltado ao exercício da cidadania.

Além do mais, a educação para a participação social na saúde do SUS deve estar inserida em uma prática da educação permanente em saúde que envolva a formação dos diferentes atores, os usuários, os trabalhadores e os gestores. E esse movimento da EPS local necessita ocorrer entre as universidades, os serviços de saúde e os conselhos de saúde (ARANTES et al, 2007).

Entretanto, Oliveira (2011) faz sua análise sobre a formação de conselheiros para o controle social no SUS, aponta que essa ocorre em uma conjuntura de grandes obstáculos (tendo em vista a instituição de direitos sociais e às políticas públicas). Para ele a democratização do SUS é um processo lento, há carência da compreensão em relação ao poder econômico e as políticas de saúde (que continuam amarradas em seu lugar). Observa que as questões públicas tornam-se incompreensíveis para a população em geral, o que inviabiliza a análise crítica e o controle dessas políticas.

Se por um lado carece a formação, por outro lado são muitas as iniciativas de promoção da cidadania desde as universidades, conforme estudos de Mânica et al (2008) que mostram quão positivas pode ser a inserção dos alunos de graduação na educação permanente em saúde do conselho local ou municipal de saúde. Experiências como essas na formação acadêmica possibilitam relatos como esses de uma trabalhadora:

Eu respiro controle social, fui bolsista na faculdade desse tema, fizemos experiências maravilhosas de mobilização da comunidade, controle social para mim é para cuidar da vida, eles (os usuários) não estão aqui somente para nos julgar se atendemos bem ou não, eles estão aqui gritando por vida, por cidadania que é de

direito. Cabe a nós orienta-los os espaços legais de participação e somar na luta com os gestores pelo nosso território, pela nossa comunidade (Suzi).

Os autores do *Quadrilátero*, Ricardo e Laura, selam essa ideia de que o direito a participação na saúde é um direito de cidadania. Eles nos apresentam como um dos elementos analisadores para a Educação Permanente em Saúde viva, em ato, a participação popular na saúde – que trata da análise da organização social, buscando o efetivo contato e permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.

Tal promoção (de cidadania) é aquela que edifica as próprias vidas entre usuários e trabalhadores, que se vejam como sujeitos de sua saúde, como autores protagonistas das mudanças necessárias da realidade, expressas na fala de Raimunda como protesto (usuária), *Liege* como constatação (trabalhador) e *Suzi* como solução (trabalhador). Respectivamente: ‘Tem que ouvir a gente’, ‘temos que mudar *muiiito*’ e ‘cuidar da vida’ podem somar forças a partir de diferentes afetações, aonde os atores se movimentam e tomam decisões na perspectiva de ‘saúde para todos’, pois segundo *Raimunda* ‘saúde é vida’<sup>33</sup> e necessita-se de fato de ações, políticas de saúde (não as do papel) que sejam realmente cuidadoras de vidas.

Porque nós fazemos promoção e prevenção de saúde nas áreas, então quando a gente trabalha nessa parte de promoção e prevenção todos: profissionais, técnicos e comunidade são sabedores de todos os assuntos. A população tem que estar bem informada pra ela poder identificar “pô eu tô sentindo isso, eu tô precisando conversar, será que eu vou no posto no médico? Será que eu falo pro agente de saúde, ou falo pra minha enfermeira quando vir pra visita?” Então a gente tem que esta sempre informando algum tema, algum assunto, se deixar o lixo no quintal vai dar bicho vai dar doença, então trabalhando não só com nossa equipe, mas com a nossa população, pois eles são os principais atores, digamos assim, da saúde e do adoecer (Luiz).

É possível conectar essa discussão com as ideias de Merhy (2005) quando afirma que todo processo de EPS sugere o exercício de produzirmos a capacidade de problematizar a si mesmo no agir em saúde pela própria geração de problematizações. Sendo, portanto, um grande desafio para o profissional de saúde, pois a formação tradicional/bancária<sup>34</sup> não nos prepara para a reflexão/problematização. É esse tema que queremos convidá-lo, amigo leitor, a prosseguir no próximo capítulo.

### **4.3 As brechas do Ensino (na EPS) na Produção do Conhecimento em Ato**

<sup>33</sup> Notas de diário cartográfico de Fabiana Manica Martins.

<sup>34</sup> Rememoramos Paulo Freire em *Pedagogia da Autonomia* (1996).

*“Porque quando você chega aqui na vida real, na prática, no dia a dia? Hum! É completamente diferente a teoria e a prática. Quem me dera ficar lá no país das maravilhas como é ensinado na faculdade” (Felipe).*

Neste terceiro item, o convite à reflexão será através do dispositivo analisador da Educação Permanente em Saúde (o ensino) que trata das aprendizagens e o modo como elas se inserem no mundo do trabalho. Nesse sentido, convocamos o leitor para pensarmos no discurso proferido por *Felipe*, foi muito marcante o depoimento dele, muito forte as suas implicações que se refere a ‘vida real’ dos serviços de saúde versus ‘país das maravilhas’ da graduação, das universidades. Fala essa que reflete o discurso de muitos outros profissionais que compõe esse estudo ‘a teoria é diferente da prática’. Porque esse discurso é tão veemente entre os profissionais? Para falarmos da Educação Permanente em Saúde – EPS conectada na dimensão ensino cabem aqui alguns apontamentos de estudiosos que fundamentam nosso trabalho e que vem estudando esse tema com propriedade.

Ceccim e Feuerwerker (2004) versam que a formação não pode tomar como referência apenas a busca com eficácia do diagnóstico, do cuidado ou tratamento, do prognóstico ou etiologia de uma determinada doença. Querem dizer que a formação técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação profissional e não seu foco central. Para eles, a formação engloba aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de pensamento, bem como o adequado conhecimento do SUS.

Entretanto, visualizamos na obra *O Nascimento da Clínica*, em determinado momento histórico (e podemos inferir que ainda prevalece esse imaginário) o hospital é um lugar privilegiado de exercício da medicina – desde o ponto de vista da cura até o espaço de ensino da prática médica (FOUCAULT, 2014b). Para Ferla et al (2015), os hospitais continuam sendo o campo prioritário, com a maior parte da carga horária das práticas, principalmente nos cursos de medicina e enfermagem.

Portanto, há um ‘nó crítico’ frequente no que se refere à articulação entre a formação e o trabalho (ciência e o mundo do trabalho). O autor destaca duas dimensões desse ‘nó crítico’, uma delas é a ‘suposta separação teoria e prática’, onde o mundo do trabalho aparece como campo de adestramento/repetição das práticas, para identificar nela uma “queixa sintomática” derivada da natureza e da lógica da relação formação-trabalho; a outra é a rápida e enorme diversificação de serviços nos sistemas de saúde que desafia constantemente a produção de novos conhecimentos e tecnologias e, portanto, também a formação profissional (FERLA et al, 2015).

Fato que se constata também no discurso de *Marcos*:

Tem que aprimorar conhecimento constantemente né, porque tudo tá em processo de mudança, então a gente vê um tema hoje já sabe que vai mudar daqui uns dias. O que estudei na graduação, quando assumi este emprego aqui já havia mudado, ou melhor, é completamente diferente a teoria e a prática, a gente tem que tá constantemente vendo o que há de novo para poder desenvolver bem o nosso trabalho (Marcos).

Além do mais, para muitos profissionais, atuar no interior gera um sentimento de ‘desvantagem’ em relação a quem está na capital, pelo fato de que na capital existem especializações, residências, cursinhos preparatórios para concurso. Tanto que *Carlos* verbaliza isso claramente:

Sinto que tenho que sempre estar me atualizando, só que pra gente que mora no interior é muito difícil fazer especializações, a gente sempre procura melhorar os nossos conhecimentos, tenta buscar melhoria para o município. Só que o profissional sai daqui por conta própria, são muitos os gastos né? Outra coisa, teve um tempo em que secretário disse que não poderíamos sair para estudar, pois faltaria pessoal na assistência. Ai eu perguntei pra ele: como o senhor quer que melhore a saúde do município se permanecer na mesma e não evoluir? Ele ficou chateado comigo, mesmo assim eu fiz minha pós (Carlos).

Muitos deles citaram o concurso do estado que teve recentemente. Alegando que as poucas vagas disponíveis para o interior foram ocupadas pelo pessoal ‘de fora’ que quer dizer não moradores do município (da capital ou ainda de outros estados, pessoas que têm acesso a cursinhos). Segundo eles, a pessoa assume o concurso e permanece somente durante o estágio probatório, transferindo-se para a capital em seguida. Uma experiência desde sempre, diz *Carlos*, fato interessante e nos leva a pensar: será que o concurso público para o interior fixa o trabalhador no SUS?

Entretanto, trazemos para a roda de diálogo (aqui neste estudo) a aposta por uma educação e aprendizagem que não se constituem ‘propriedades’ de instituições de ensino, hospitais escola, gestores, pesquisadores (fundadas pelas técnicas pedagógicas, conteúdos transmitidos em espaços formais de treinamento/capacitação/cursos).

Por quê? Porque a EPS é a invenção de novas possibilidades rede de conexões no campo da saúde como um espaço de apoio mútuo, um espaço vibrátil, de muita conversa, de trocas de experiências e tecnologias. Esses espaços possibilitam “ver” o que está sendo feito nos territórios pelos diferentes atores que atuam nos serviços de saúde ou na gestão do SUS (EPS EM MOVIMENTO, 2014e).

Assim, mesmo com as dificuldades de deslocamento os trabalhadores acreditam que vale a pena buscar a capacitação para o cotidiano do trabalho:

Fui com as minhas custas pra Manaus, todo mês, eu que banqueei minha especialização, por quase dois anos. Mas valeu, nossa, como melhorei. Por conta disso eu to no trabalho que to hoje, por conta disso mudei minhas praticas, entendeu? E agora eu vou, por conta dessa que fiz em Manaus, agora já vou aplicar meu TCC, o secretario já me autorizou a fazer o meu projeto aqui no município

(CAPSad), porque a Fiocruz tem isso de instigar a gente a produzir algo que seja para o transformar a nossa realidade. Então, mesmo com as dificuldades, vale a pena se capacitar. Mas aqui (respira fundo) a gente vai porque acredita na capacidade da gente, e vai por nossas ‘energias’ mesmo (Tiago).

Nesse sentido, relembramos Ceccim e Feuerwerker (2004), que afirmam que a formação para a área da saúde deveria ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. É isso que visualizamos no discurso de *Tiago*. A perspectiva da formação, especialmente da EPS é de que essa se estruture a partir da problematização do processo de trabalho, despertando a sua capacidade de acolher e cuidar da saúde das populações do seu território, da sua realidade (‘meu projeto de intervenção vai ser implementado’).

A formação que transforma as práticas pode vir desde a graduação também, como se vê no discurso de *Carla*:

Temos feito muitos encontros com os profissionais, eu vejo que a gestão consegue trabalhar bem a EPS. No outro município que trabalhei, eu por conta própria, do que eu aprendi na graduação, comecei fazer, mas só com a minha equipe de técnicos e Agentes Comunitários. Aqui não, eles trabalham com todos, isso é bom...pois, trabalhar educação com a saúde trazendo temas, discutindo em equipe é muito bom. E tem que envolver a população da área, né, que ainda não fazemos, mas você tem que empoderar eles, pois os problemas de saúde serão menores quando eu tenho uma comunidade ativa, participante (Carla).

A transformação das práticas de trabalho pela educação (EPS) visa desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM e FEUERWERKER, 2004a). Identificamos isso na vivência de *Carla*, ‘comecei no meu primeiro emprego, pequenas ações de EPS’, no município atual ela diz que já se envolvem os trabalhadores e a gestão, entretanto identifica a necessidade do usuário – demonstra uma formação concisa nos princípios norteadores da EPS.

Encontramos também experiências identificadas no estudo de PINTO et al (2014), sobre as estratégias da EPS nos municípios que é o telesaúde:

[...] é continuar o processo de aprendizado, tenho que fazer minha especialização, eu tenho que tá me atualizando de tudo que é feito hoje dentro da odontologia, pra melhorar a saúde do município, pra melhorar pro meu trabalho, pra melhorar pra mim, que eu não posso ficar estacionada onde eu parei na graduação. E as estratégias que têm de educação permanente nesse sentido aqui no município, que qualifique a formação do profissional é a telesaúde, são alguns cursos assim, de poucas horas. Geralmente eles marcam, olha vai ter o curso na telesaúde em tal dia, é sobre flúor. Aí a coordenadora convoca os cirurgiões-dentista, e vão lá assistir. A maioria das vezes não vão, eu nunca participei pra te falar a verdade porque quando tem eu sempre to em área ou então eu to na minha folga, aí eu nunca vou por causa do trabalho (Elias).

Entretanto, *Elias* fala da sua dificuldade de frequentar os cursos do telesaúde por estar ‘em área’ quando esses acontecem. Seu trabalho é de vinte dias dentro da comunidade atendendo ribeirinhos e dez dias de descanso na sede da cidade, ou seja, a Educação Permanente em Saúde (neste momento estamos focando a capacitação com titulação) para este profissional precisaria de uma flexibilidade, de planos diferenciados para que pudesse aliar formação e trabalho.

Além do mais, persiste ainda nos serviços de saúde, um processo de trabalho fragmentado ‘o dia dos dentistas’, nos moldes tayloristas ‘cada um faz a sua parte’, com saberes que se isolam uns dos outros. Isso promove segundo o autor, uma dificuldade de interação entre membros das equipes de saúde, pois estamos sujeitos a valores de uma cultura clínica com referências ao modelo ‘flexneriano’<sup>35</sup> – ou seja, continuamos dependentes das estratégias de educação pré-moldadas, pensadas, com metodologias de transmissão (as capacitações, revisões, atualizações) aos trabalhadores da saúde (FRANCO, 2007).

Nesse sentido, perpassa entre os profissionais o que Franco (2007, p. 429) já afirmava em seus estudos, “um senso comum de não reconhecimento do conhecimento que é gerado com base nas vivências cotidianas na atividade de trabalho”. Tanto que *Gabriel* refere:

[...] eu não vinha pra cá no primeiro momento, e surgiu essa vaga né, e me convocaram, me chamaram, perguntaram se eu queria. Como na minha graduação foi mínima, assim, a experiência que eu tive no CAPS, que nem eu te falei, eu fui pesquisar. E aí eu fiquei a primeiro momento com certo receio porque eu não tenho especialização em saúde mental né, e aí me fizeram aquele medo, que eu ia lidar com louco, né, que... quando eles tivessem em surto eu que ia ter que resolver, e eu fui pesquisar e não é bem assim, né, então quando eu percebi que não era bem assim, que eu teria que ajudar essas pessoas a se reinserir na sociedade através de vários trabalhos que eu pudesse desempenhar aqui, até mesmo através da conversa, da orientação, da educação em saúde eu poderia tá ajudando essas pessoas né, que elas têm certa dificuldade, sofrem preconceito devido à doença que elas têm. Isso me chamou e muito, por isso que eu to aqui, buscando, né, fazer o melhor trabalho possível, apesar das dificuldades (Gabriel).

A ideia ‘graduação mínima’ reflete essa lacuna na integração ensino serviço e se o profissional não se libertar dessa condição continuará o processo do ‘mínimo’, talvez por isso na maioria das vezes, as práticas assistenciais permanecem estáticas e estruturadas, num processo de trabalho fundamentado em relações hierárquicas, o cuidado e suas práticas sucintos a uma política do ‘mínimo’. Dessa forma, o profissional se refugia em um pequeno espaço de saber ou não saber fazer.

---

<sup>35</sup> O chamado modelo flexneriano refere-se ao modelo de ensino médico implementado a partir do Relatório Flexner (EUA-1910), que sugeria uma formação que tivesse como eixo ‘a necessidade de enlaçar o ensino com a investigação nas ciências biomédica’, decorrendo disso um modelo de prática médica centrada no corpo anátomo-fisiológico e tendo como principal referência o hospital (Nogueira, 1994).

Por isso é necessário reconhecer os múltiplos planos de produção da saúde, ou seja, não é apenas a doença do sujeito de cuidado. A dimensão subjetiva desse plano em debate leva em consideração os diferentes sujeitos submetidos às mesmas condições materiais, porém podem reagir de modos distintos (maior resiliência num caso, maior fragilidade em outro), portanto, as diferentes redes de apoio e as diversas possibilidades de produção de alternativas para processar as situações, permite-nos deslocar o biológico do centro do processo. É a vivência de *Gabriel* no seu trabalho, essa multiplicidade de planos permite que se sinta sujeito ativo na equipe (FEUERWERKER, 2014).

Nesse sentido Merhy (2005) fala da relação entre ‘educação em saúde’ e ‘trabalho em saúde’, pois para este estudioso ‘um produz o outro’ e cria efeitos fundamentais tanto para a construção da competência do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar enquanto ‘sujeito ético-político’ e ‘produtor de cuidado’. Isso vai impactar no modo de viver de outro sujeito (trabalhador e usuário), tanto material como na subjetividade<sup>36</sup> (individual e/ou coletivo). Então, para *João e Suzi*:

Educação permanente é aquele estudo que você tá sempre renovando, atualizando, se ressignificando... e não somente eu me resignifico, tenho toda a minha equipe né? Todos os problemas do dia a dia, todos os indicadores, pra gente tá resolvendo juntos, para ter uma boa assistência aos usuários (João).

Na especialização da Fiocruz foi o primeiro contato que a gente teve, que se ouviu falar sobre educação permanente em saúde, que eu descobri que a gente é produtor do saber no trabalho. Aí a gente começou a mudar o processo de trabalho e a forma convencional que a gente vinha fazendo, a diretoria pensando a formação para os funcionários. Então, a educação permanente na especialização nos ajudou no processo de trabalho, conseguimos mudar através da EPS. Nós criamos um comitê de educação permanente no município, tem uma pessoa que é responsável por articular todas as estratégias que a gente planeja no começo do ano, pra gente poder envolver elas. Mas de forma particular, dentro da nossa unidade temos as nossas ações na equipe, dentro do hospital (Suzi).

Na realidade a especialização de que a aluna fala trata-se de um Programa de Educação Permanente em Saúde na Gestão Regionalizada do SUS no Amazonas, trabalho esse que nós fizemos parte ativamente como coordenadores pedagógicos. Uma parceria entre ILMD/Fiocruz, SUSAM, UFRGS e COSEMES, houve inovação na forma de trabalhar os conteúdos partindo da ‘problematização’ do saber. Trouxemos proposta de ensino aprendizagem com metodologias ativas e como parte do processo, tínhamos alunos tutores, alunos gestores, trabalhadores e técnicos (especialização e qualificação). Foi um espaço de

---

<sup>36</sup> A subjetividade é uma produção sócio-histórica, portanto, dinâmica, é o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva” (Guattari e Rolnik, 1996).

mútuo aprendizado que se constituiu em reflexão sobre o cotidiano do trabalho, a experiência de ‘aprender a aprender’ e na resignificação da experiência.

Já falamos que todo processo de EPS nos implica a desenvolver a capacidade de problematizar o próprio trabalho, o jeito como fazemos as coisas (MERHY, 2005). É, portanto, um grande desafio para o profissional de saúde, a autointerrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado, pois estamos acostumados a uma formação tradicional, caracterizado por uma educação autoritária<sup>37</sup>. Nesse novo modelo, o trabalhador é desafiado a se colocar na discussão/problematização (no plano individual e coletivo) do trabalho.

Trata-se do desafio de pensar uma nova pedagogia – que usufrua todas as que têm implicado com a construção de sujeitos determinados e comprometidos com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva. A esperança desse tipo de pedagogia inserida na formação e no trabalho dos profissionais é de que se consiga romper com o modelo educacional tradicional, de tal forma que os profissionais possam estender isso nas conexões do mundo do trabalho, nas relações de equipe, com os usuários e até mesmo na gestão (MARTINS e SCHIFFLER, 2015).

A EPS nesse sentido vai modificando o jeito de fazer saúde, de acordo com a realidade de cada unidade, de cada comunidade, como diz a profissional:

[...] é aquela educação que a gente se reúne, tira dúvidas, cresce junto, compartilha o que sabe, faz atividades, faz estudos juntos, então, na minha visão é assim, aprender aqui no trabalho mesmo, na prática como se diz, pelo menos na faculdade foi o que me disseram né (risos). E é verdade eu aprendi mesmo saúde pública depois que vim pra cá na UBS. Então, aqui como a demanda é muito grande no, no posto de saúde, a gente não tem muito tempo, são muitos pacientes, a UBS não dispõe dessa ferramenta - uma sala de estudo, de reunião – oh quem dera! Qual a solução? (risos) reunião no corredor. Então, a gente já tem no calendário as datas, e é pra... todo mundo falar, aparar as arestas, a gente fala o que tá acontecendo ao redor da UBS, os ACS trazem né, o que tá acontecendo, qual a reclamação da, da população, e também o que tá acontecendo dentro da UBS, pra gente poder ter, e também a relação de pessoas, de comunicação mesmo pra, pra melhorar o serviço, tanto dentro como fora da UBS (Lorena).

Mais adiante no diálogo, *Lorena* diz “e isso é muito bom” – se refere à potência da experiência da troca, de aprender no cotidiano do trabalho, de ouvir as demandas da população ‘fora da UBS’ e as do corredor ‘dentro da UBS’ até porque “é legal, porque é no corredor que tudo acontece”. De fato nesta UBS, que já foi implantado o novo modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF), entretanto, assim como a forma de falar da unidade, a estrutura física é a mesma. Assim, vemos como um potencial em EPS – essa adaptação física e subjetiva, pois os movimentos ocorrem independente de ter espaço, sala, internet, enfim, tecnologias duras.

---

<sup>37</sup> Paulo Freire em *Pedagogia da Autonomia*, 1996.

O discurso de *Lorena* corrobora com o que já vínhamos refletindo, pois para o setor da saúde, o desenho pedagógico da EPS é a inserção da experiência de problematizar o cotidiano do trabalho. Ceccim (2005) chama isso de estética pedagógica, que é a condição para o desenvolvimento de uma inteligência proveniente de escutas, de práticas cuidadoras e de conhecimentos engajados e de permeabilidade aos usuários, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência do setor no andar da vida individual e coletiva.

Para ‘amarrarmos’ e não encerrarmos esse discurso sobre a dimensão do ensino na Educação Permanente em Saúde, ressaltamos ainda que é necessário pensarmos a mudança na concepção hegemônica, tradicional e muitas vezes elitista e concentradora da produção de conhecimento. A mudança na formação e no desenvolvimento por si só contribui, mas essa mudança como política se instaura em todas as dimensões do Quadrilátero da Formação, sua interferência ou bloqueio afeta e/ou produz efeitos entre eles (CECCIM, 2005).

Neste sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004a) propõe indicações a um projeto de governo para a viabilização da política, pois há de se ter relações de compromisso e responsabilidade entre o SUS e as instituições de educação superior, que requerem políticas, inclusive proposições de governo. Quais sejam:

[...] Implementação das diretrizes curriculares nacionais para as carreiras da saúde; a previsão ativa de participação conjunta em projetos locorregionais de educação permanente para docentes e profissionais em serviço; o estabelecimento de projetos de cooperação técnica para o desenvolvimento de capacidades e competências pedagógicas à rede de serviços e gestão local em saúde, para apoiar o provimento e a fixação de profissionais e a qualificação da gestão local e locorregional do SUS; a produção de conhecimento científico e tecnológico relevante para a consolidação e avanço do SUS; a construção de saberes, informações e tecnologias relativas ao cuidado tecnoassistencial e às relações de cuidado; a construção do ensino de saúde de maneira articulada e negociada com o SUS (CECCIM & FEUERWERKER, 2004a, p.1408).

Assim, associamo-nos a essa mobilização da mudança na formação profissional que perpassa a integração ensino-serviço local, que a experiência teórico-prática desde a graduação possa ser realmente encarada como fundamental, tendo em vista que muitos alunos das Universidades Estadual e Federal do Amazonas que fizeram o internato rural retornaram aos municípios após conclusão do curso (médicos, enfermeiros e dentistas). Apontamos ainda que esses profissionais sempre referem essa experiência como positiva, como a iniciação/inserção no SUS. Sobre esses discursos podemos aprofundar em outros estudos ainda, mas podemos inferir previamente que a experiência de internato rural no Amazonas, em especial nesses municípios tem sido muito promissoras no que se refere à fixação dos profissionais no interior.

#### **4.4 As brechas da Gestão na EPS interseccionadas com o Ensino, a Participação e as Unidades de Produção do Cuidado.**

*Todas as ações é a gente que faz, nós trabalhadores, fazemos e participamos ativamente, porque somos também responsáveis para fazer acontecer, né. A saúde não melhora só porque a gestão, o diretor manda fazer, não (Suzi).*

*Suzi* traz um discurso ativador dessa dimensão dos nossos diálogos, portanto, para selar (no sentido de validar e não concluir ou fechar) o bloco de reflexões sobre a Educação Permanente em Saúde, a gestão será o foco principal nas lentes (caleidoscópico) da EPS, ou seja, pontuará especialmente às escolhas necessárias e constantemente presentes no cotidiano do trabalho na saúde. Isso engloba a direção dos serviços, a organização das práticas de cuidado, as iniciativas e responsabilização dos sujeitos (gestor, usuário, trabalhador) nos atos de cuidar da vida.

Necessitamos neste bloco, apesar de ela estar sempre intrínseca nas nossas produções, relembrar a mandala – a forma do quadrado (quadrilátero) e por fora do quadrado um círculo (movimento, intersecções<sup>38</sup>). Esse círculo mágico nos reporta ao esquadramento das coisas e o que extravasa esses esquadramentos, ou seja, o mundo das formas e das invenções como já citamos CECCIM (2010a).

Assim, a ideia desse desenho, de suas formas visíveis e invisíveis que surgem de seu movimento, produz a dobra de novas figuras à realidade. Podemos dizer que o coletivo do trabalho vivo em ato proporciona conexões (intersecções) e aprendizados e vai desenhando novas formas (novos desenhos) à Educação Permanente em Saúde. As produções de Abrahão et al (2014) na obra *Pesquisadores IN-MUNDO* fala sobre os intercessores que produzem movimento para a descoberta do ‘não saber’. Para eles é partir ‘do que se sabe’ e/ou ‘do que se tem’, para o que ‘não se tem’ e/ou que ‘não se sabe’, em outras palavras, a ideia de sustentar novas formas de cuidar em liberdade ativa os potenciais do ‘ainda impensável’, da ‘saúde’ com a ‘não saúde’. Nesses agenciamentos, novos conceitos e problemas vão sendo produzidos.

Corroboramos com Ceccim e Feuerwerker (2004) quando trazem uma produção de conhecimento sobre um sistema de gestão que ofereça propostas de transformação das práticas profissionais, baseando-se na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e a

---

<sup>38</sup> Trata-se da criação de novos modos de existência, novos territórios, que divergem. Deleuze define o conceito de Intersecção como a possibilidade de desvio que cria, que podem ser pessoas, objetos inanimados, acontecimentos. Guattari desempenhou um papel intercessor em sua obra. (ABRAHÃO e col, 2010).

experimentação da alteridade com os usuários. Assim, no dia-a-dia das relações da organização da gestão setorial bem como da estruturação do cuidado à saúde possa se incorporar essas experiências ‘ao aprender e ao ensinar’, formando desse modo, profissionais para a saúde, mas principalmente, para a produção de subjetividades no cotidiano do SUS.

Identificamos desse modo, que os encontros da promoção de subjetividades entre trabalhadores e usuários ocorrem, principalmente, nas unidades de produção do cuidado (FRANCO, 2007). Segundo o autor, existe uma rede que constitui a gestão do SUS e ela age transversalmente quando opera por ‘linhas de produção do cuidado integral’. Nessa rede há uma interação em satisfazer necessidades de saúde, entre trabalhadores e usuários, isso pode ser visualizado através do diagrama interpretativo proposto pelo autor em que mostra a operação dessa relação entre os diversos lugares de produção.

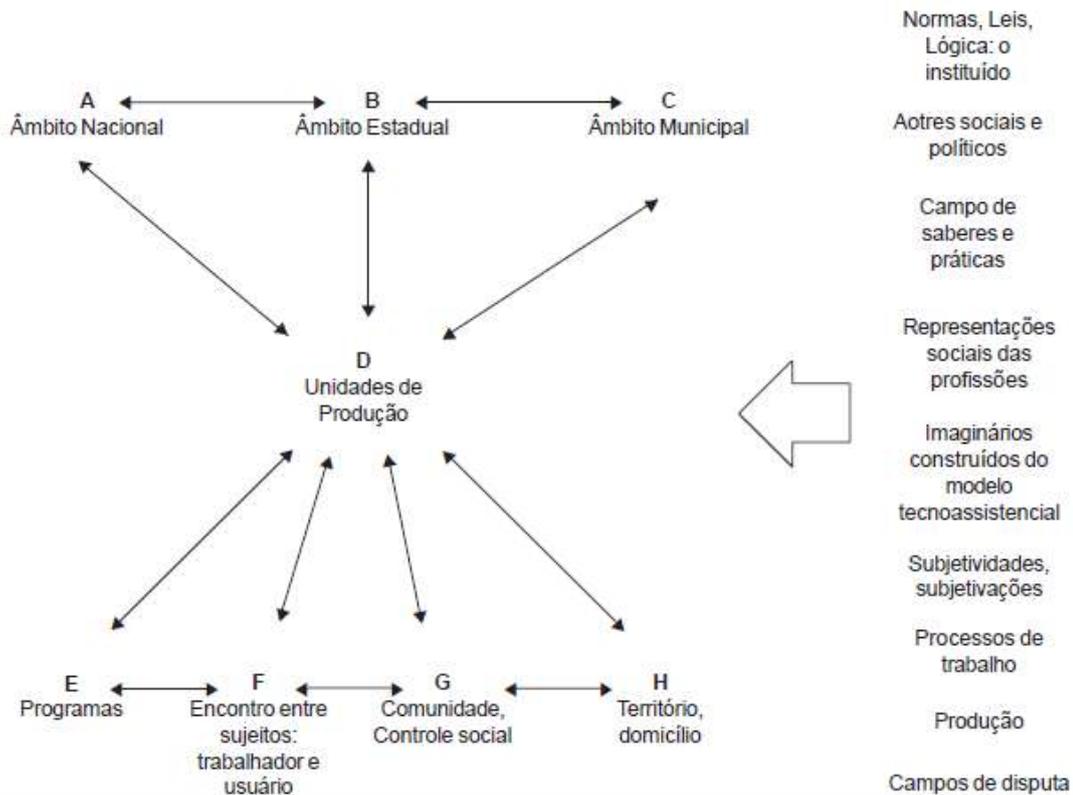


Figura 6: Diagrama da gestão do SUS e seus fluxos de Educação Permanente em Saúde (FRANCO, 2007, p. 434).

Vemos no diagrama a representação dos vários setores da gestão como espaços de microgestão e produção do cuidado e esses espaços compõem os fluxos e conectam a rede, podemos sugerir as intersecções da mandala e a dobra e desdobra do quadrilátero da formação, pois neste diagrama visualizamos as dimensões e muitas das intersecções possíveis no interior do SUS.

Para Franco (2007), à ação cotidiana dos trabalhadores existe um padrão de conduta técnica, ética, política e subjetiva a ser assumida diante do usuário e seu problema de saúde. Padrão que pode estar descrito em protocolos ou se expressar como lógica que atravessa as relações de trabalho. Desse modo define-se que a “microgestão é um espaço onde os trabalhadores fazem a gestão de si mesmos e do seu processo de trabalho” (p. 435), entre práticas de autogestão e captura por normativas instituídas vai constituindo o seu processo de trabalho. Para o autor ‘o trabalho em saúde é dependente do trabalho vivo em ato’, e existe aí um fluxo contínuo de saberes e fazeres que se traduz por atos de fala e práticas no ambiente micro-organizacional.

Nessa lógica de pensamento, a Educação Permanente em Saúde, possibilita uma modelagem de operar a gestão que toma como centro a produção coletiva dos modos de se organizar ‘micropoliticamente’ o trabalho e o cuidado em saúde (FEUERWERKER, 2014). E é nesse sentido que queremos trazer para a roda os discursos dos profissionais que, a nosso ver, perpassam essa discussão e contribuem para as nossas produções de discursos sobre os espaços de microgestão, especialmente para o SUS.

Os dois discursos a seguir apontam as unidades de produção de cuidado, as tensões presentes (as disputas microgestão) e o trabalho em equipe como estratégia para resolução de problemas:

[...] procuro tá me informando né, pra saber o que fazer, como mudar as coisas, o que desempenhar aqui no meu trabalho, voltado aqui pra ESF eu acho que necessita bastante de implementar a EPS, eu tenho buscado essa ideia de tá sentando com toda equipe de saúde, de discutir os nossos problemas e tentar resolvê-los juntos... a educação em saúde vamos começar agora, nessa semana com os pacientes (Noema).

[...] procurar aprimorar tá melhorando aqui, verificar onde tá a falha, dificuldades do trabalho. É também a ‘escuta’ dos profissionais e pacientes, pra saber qual é a dificuldade deles, onde podemos contribuir e melhorar a saúde com o atendimento da unidade. Pela minha experiência noutro município, a gente trabalhava tanto os pacientes quanto com a equipe, de repente precisava fazer uma reciclagem com o pessoal dos serviços gerais, valorizar o trabalho deles, por exemplo. De repente eram necessidades com a população, com o conselho de saúde, ou com os médicos e enfermeiros. (Mara).

Na EPS é essencial atingir a ‘alma’ do operar ético-político do trabalhador e dos coletivos na construção do cuidado, ou seja, o modo como estes dispõem do seu trabalho vivo em ato – enquanto força produtiva do agir em saúde (MERHY, 2005; FRANCO e MERHY, 2013; FEUERWERKER, 2014). Para isso, este trabalho humano tem que ser portador de capacidade de vivificar modos de existências interditados e antiprodutivos e tem que permitir que vida produza vida. Sua ‘alma’ necessita ser a produção de um cuidado em saúde (nos

interagimos com a comunidade, reunimos semana passada com as lideranças, disse *Mara*) dirigido a propiciar ganhos de autonomia e de vida aos usuários.

Isso tudo é um trabalho de alta complexidade! De tudo isso e também do modo como nos reconhecemos e reconhecemos os outros, depende a qualidade desses muitos encontros. Portanto, em saúde, independe se são usuários, trabalhadores ou gestores – todos atuam/interferem ativamente nos encontros. Por isso é que o trabalho em saúde acontece em ato, é um trabalho vivo em ato, pois todos atuam uns sobre os outros no momento da produção do encontro. Há uma disputa de sentidos, disputa por projetos e todos tomam decisões, e diversas (dependendo do contexto e dos envolvidos). É por isso que todos são gestores e todo mundo faz gestão nas unidades produtoras de cuidado. A micropolítica opera nesses espaços dos encontros e disputas de projetos entre diferentes atores – nesses encontros e desencontros no cotidiano, tão importantes para se pensar a saúde (EPS EM MOVIMENTO, 2014c).

Nesse cenário, é possível identificar os microprocessos de mudança:

[...] Então, a gente ainda não conseguiu assim, de cara, ver a resposta (das ações da EPS na unidade), porque é um trabalho lento, um processo né. Mas alguns profissionais, a gente já conseguiu identificar melhoras por que eles começam a perceber que as vezes as reclamações do usuário vem, aí acha que, ah, culpado é ele, é sempre o outro, e no final eles vão acabar percebendo que é eles mesmos que tem que melhorar e que tem que mudar, né (*Suzi*).

As mudanças no processo de trabalho que *Suzi* relata refere-se a aplicação do seu trabalho de conclusão de curso na sua unidade de trabalho, a especialização em EPS e Gestão Regionalizada do SUS no Amazonas, segundo ela, fez com que toda equipe fosse deslocada, movimentada. Então, inferirmos na formação de trabalhadores e gestores do SUS é essencial, entretanto é necessário também que eles estejam comprometidos com as implicações que a EPS traz consigo.

Para Merhy (2013c), a EPS necessita ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática. A capacidade de problematizar a si mesmo no agir, como já refletimos anteriormente na dimensão ‘ensino’ (subitem 1.3). Para o autor, problematizar não é abstrato e sim, concreto do trabalho de cada equipe, bem como necessitaria da capacidade de construir novos pactos de convivência e práticas, as quais aproximam os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do Sistema Brasileiro de Saúde.

E esse movimento não é tão claro e fácil de ser identificado, como nos apontou a trabalhadora. Porém, em outro momento de seu discurso, ela profere algo completamente visível desse processo de mudança, intervenção, e afecções no seu cotidiano do trabalho:

[...] Nós temos o (projeto) ‘cuidando de quem cuida’ como resultado dessas nossas iniciativas de tentar mudar o trabalho partindo de nós, do nosso dia-a-dia. A gente tinha muita reclamação dos funcionários, e sempre as mesmas reclamações, aí fizemos uma parceira com o psiquiatra, e ele falou assim "mas vocês já pararam pra ouvir esse pessoal, qual é o ponto de vista deles?" Porque a gente sempre ficava só ouvindo os pacientes, nunca parou pra ouvir os profissionais. Ele falou assim "então vamos fazer uma proposta, a gente vai fazer uma oficina, todo mês, a gente vai fazer um grupão, todos os funcionários, depois a gente vai ouvir por setor, e depois a gente vai unir eles de novo. E deu muito certo! Eu pude perceber, que a maioria das reclamações deles (que finalmente ouvimos), eles mesmos conseguem resolver, que não é nada caro, que não precisa de ninguém vir de fora pra resolver nosso problema, que a gente dentro mesmo que resolve nossos problemas, porque na verdade, é cada um quer falar do seu processo de trabalho, a gente vai discutir o que cada um tá colocando, a gente vai trabalhar com todas essas ações (Suzi).

Uma vivência clara de auto-gestão em uma unidade produtora de cuidado do SUS (hospital). Cabe ressaltar que o gesto, a sensibilidade de auto-cuidado coletivo, corrobora com estudos de Feuerwerker (2014) que aponta o cuidado de si como pressuposto para cuidar dos outros. Esse cuidado permite e possibilita o estímulo ao potencial do trabalhador da saúde na sua produção cotidiana. Do mesmo modo o processo de autoanálise, de ‘olhar para si’ cria um efeito positivo na equipe de capacidade de resolução de conflitos, como evidenciado por *Suzi* (gerente).

Tal condição é indispensável no cotidiano do trabalho, para que se coloque em análise as implicações dos profissionais com a produção da vida, essa experiência significa montar e desmontar mundos, conseguir operar movimentos de desterritorialização e reterritorialização em relação à práxis de produção do cuidado (FEUERWERKER, 2014). O trabalhador da saúde que não faz esses movimentos, bem como o exercício de ‘cuidar de si’, pode permanecer aprisionado na plataforma organizacional, segundo a autora, e pode conduzir a ‘produção do cuidado’ pelas linhas do ‘instituído’. Franco, (2007a) também reflete sobre isso, pois dessa forma o trabalhador tende a ficar capturado pelas lógicas hegemônicas, pelos modos de agir das profissões das normas instituídas e não pelas subjetividades.

Na contramão dessa lógica (hegemônica) emerge no cotidiano do trabalho, uma perspectiva muito potente de produção da EPS, o NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, na perspectiva de fortalecer as equipes:

[...] elaboramos planos de estudo né, sentamos com todos os profissionais, fazemos ações de educação permanente, e a gente tem o apoio do NASF e aí às vezes eu coloco eles pra fazer. Peço a ajuda deles. Convido o CAPSI, pra vir dar um apoio pra gente o nosso dentista, doutora, eu, a gente senta com a equipe e discute temas.

Chama toda equipe, toda, a gente senta e conversa mesmo, como tivesse numa roda de conversa, a gente debate, conversa sobre os pacientes, as famílias, então a gente vê um assunto pra esclarecer, tirar dúvidas, que precisa estudar mais. Aí, quando não consegue resolver, a gente vai, chama o NASF, o CAPSI né, estresse no trabalho, com o psiquiatra. A gente já trabalhou ginástica laboral, com os fisioterapeutas e a educadora física (Solange).

Percebemos que essas atividades possibilitam construir vínculos, na própria equipe bem como com os usuários. Esse discurso ocorreu em uma unidade rural de um dos municípios, foi em uma sexta-feira à tarde, e a primeira impressão que tivemos foi de vazio quando adentramos a unidade. Não havia usuários! Porquê? Porque era o dia do mês em que a unidade iria ‘cuidar de si’ (na perspectiva anterior de discussão), então os profissionais estavam todos na cozinha almoçando juntos e a tarde permaneceriam na unidade para ‘aparar as arestas’ como me disse a diretora da unidade. Isso é muito potente, pois permite que se resgate a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, que é coletivo, não individual. Fica o desafio de pensar e planejar no coletivo sobre a responsabilidade de cuidar e se autocuidarem, na perspectiva de promover a autonomia das famílias.

Lembramos neste momento, do texto da Revista Saúde em Redes, escrito por Merhy (2015d), no qual afirma que, nem todo olho o vê, mas esse movimento pode ser visto por um olho que tenha sido ativado para isso e que ao vê-lo o identifica como um movimento de educação permanente em saúde. A pedagogia da implicação<sup>39</sup> nos leva a isso também (MERHY, 2005). Entretanto, o autor afirma também que isso não é uma necessidade, pois mesmo sem ser visto esse movimento vai acontecendo como prática e com seus efeitos. É no cotidiano que esse processo se constitui do próprio mundo do trabalho e vai ocorrendo no campo dos vários atores institucionais, sem processos formais, sem a denominação de ‘processo formativo’, e é claro, sem necessidade disso para ser de fato um lugar de formação<sup>40</sup>.

Assim, nos implica muito o discurso de *Felipe* no que se refere às redes vivas de produção do cuidado:

Nós temos que aprender trabalhar, no dia a dia com pessoas, saber tratar com mais humanização os que chegam, ele já chega estressado, já chega às vezes cansado de tá, vai no posto, aí não atende, vai noutro, não atende, quando chega aqui (hospital), já chega estressado, a gente tem que saber dosar muito isso, por exemplo, se o paciente chega aqui com raiva, quer ser atendido primeiro às vezes dá um show lá na frente porque ninguém atendeu, quando não é verdade, estamos em uma emergência, um ferimento com arma branca, tá com ferimento à bala, e essas pessoas têm prioridade. então cria o maior "auê" lá na frente, a gente tem que ir lá conversar, explicar como é que funciona. Tem que fazer esse meio campo, tem que saber, tem que dançar conforme a música, porque não é fácil não, você lidar, tem cada dor de

<sup>39</sup> Gomes e col (2010) apontam o conceito de implicação segundo Lourau, o qual consiste na produção de questionamentos acerca da prática.

<sup>40</sup> Chamamos a atenção para o conectivo ‘formação’ nos espaços micropolíticos de gestão.

cabeça, é um mundo, entendeu? Cada pessoa entende de uma forma diferente, e às vezes é até difícil pra gente também (Felipe).

Merhy et al (2015) trazem essa aposta de que o usuário é uma rede viva de si mesmo. Dentro dessa tese, afirma que os usuários estão constantemente produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados, ou seja, quem solicita as redes, na maioria das vezes, são os usuários. Sendo que, essa rede não está pronta com seus protocolos já estabelecidos, ela vai se constituindo em ato, a cada acontecimento, tomada de decisão elas (as redes) vão sendo tecidas. As redes vivas para os autores são multiplicidades girando as existências, são sinais e implicações para a produção do cuidado (são sinalizações que vêm da rua) e a produção do conhecimento em saúde.

Além da sensibilidade de ‘ouvir os gritos’ das redes vivas nas unidades de cuidado, cremos que são necessárias ainda muitas reflexões, não esgotaremos o assunto, entretanto vamos (nesse estudo) pontuar mais um discurso potente de uma trabalhadora bastante envolvido com as mudanças no seu município, com a gestão, com o cuidado, implicado com os aprendizados no cotidiano, mobilizador das comunidades. Seu enunciado é carregado de anseios, sonhos, desejos de mudanças e traz uma visão política, crítica e reflexiva da sua realidade:

[...] Na verdade, nosso Município precisa de muita, muita coisa, aliás o Brasil inteiro. Eu acho que na verdade nós precisamos, enquanto brasileiros, de políticos com vontade de fazer política séria, entendeu? Porque se, é uma coisa que vem de cima né. O exemplo tá lá, como que eu vou ser bom se eu to recebendo um exemplo desse? Desmotiva o trabalhador da saúde saber que ta ralando aqui na ponta, enquanto os caras tem milhões do nosso dinheiro para eles. Então enquanto nós não tivermos aí um congresso sadio, né, uma assembleia sadia, o resto vem efeito dominó, entendeu? Isso assim que eu acredito que falta, entendeu, políticos sérios, que realmente possam fazer as coisas direito (Ana Maria).

A observação de *Ana Maria* bastante genérica ativou em nós o reflexo de outros discursos (enunciados dos corredores, das brechas, do não gravado, apenas nas notas do cartográfico), da preocupação de alguns profissionais em dialogar com a nossa equipe porque estava sendo gravado, porque o gerente ou gestor poderia ter acesso, e conseqüentemente perderiam seus contratos, fonte de sustento de suas famílias. Mesmo sendo sabedores de que teríamos total sigilo e respeito com os dados, persistia o receio, sendo que muitos verbalizaram o ‘medo’ e a pressão que sofrem no cotidiano do trabalho, nos corredores das brechas. Esse disparo deveria ser investigado com mais detalhes em outro estudo.

É semelhante à experiência e mais específico em sua fala *Tiago* ao nos exemplificar essa experiência:

Por exemplo, ano passado eu fui fazer uma especialização, quem pagou minhas passagens fui eu mesmo, porque se dependesse do município, eu não teria ido...

tanto é que as minhas diárias (quando saía), era um mês depois da viagem, e se eu precisasse do dinheiro pra viajar? Primeira dificuldade é sair a liberação, e eu preciso de liberação, porque é impossível ir para Manaus e voltar a tempo, nem sempre tem lancha. É um abuso não darem, uma falta de respeito com o profissional. Óh, eu consegui uma vaga na especialização, foi feito o processo seletivo, passei, concorri com gente de Manaus, fui escolhido, consegui reservar as passagens, e demorar um mês pra sair, o processo de diárias? Então quer dizer que o que vale aqui é minha mão de obra braçal, o conhecimento novo, as mudanças que posso fazer com o que eu aprendi lá na Fiocruz não vale nada? (Tiago).

Essas tensões são muito comuns em todos os municípios e em quase todos os sujeitos do nosso estudo: a dificuldade de especialização, de atualização e de frequentar esses espaços das universidades para aperfeiçoamento. Em outro momento (conteúdo para outro ensaio) eles verbalizam/sugerem cursos descentralizados, nas sedes da região de saúde por exemplo. Fazemos aqui uma observação da EPS necessária, a educação formal – um ‘grito’ assertivo dos profissionais desta região. Entretanto, é necessário pontuar a dimensão da produção do conhecimento em ato, falamos da necessidade de que o ensino formal constitua também o atributo profissional de produzir conhecimentos no cotidiano do trabalho. Ferla et al. (2015) falam da gestão da aprendizagem no cotidiano do trabalho, aquela que gera o desenvolvimento do trabalho e não apenas a qualificação do trabalhador.

Tratamos até aqui do tema gestão na EPS, que visa àquela que é setorial, mas também buscando modos criativos e originais de organizar a rede de serviços, segundo a acessibilidade e satisfação dos usuários (EPS EM MOVIMENTO, 2014a). Uma gestão complexa e desafiadora, rememorando os dispositivos analisadores da produção do cuidado, da participação popular, do aprender no cotidiano – o quadrilátero em uma mandala –, fazemos uma amarração com os componentes nucleares da micropolítica da produção do cuidado em saúde, individual e coletivo.

Merhy (2005) diz que isso significa que o analisador tem de ter a potência de expor o trabalho vivo em ato para a própria auto-análise e pedagogicamente abrir espaços relacionais para poder se falar e se implicar com isso. A pedagogia da implicação para o autor é inseparável do desafio da Educação Permanente em Saúde nessas dimensões propostas por Ricardo no *Quadrilátero da Formação*. Construí-la nos serviços de saúde, como eixo ordenador de ações podem efetivamente mudar o modo de se fazer saúde no SUS.

## 5 A BRECHADA QUE NOS ABRIU HORIZONTES – INTERSECÇÕES DA PESQUISA EM NÓS

*“Nenhum aprendizado dispensa a viagem, aprender leva à errância.”  
(SERRES, 1993).*



**Figura 7:** Ribeirinhos sobre o Rio Madeira. **Foto:** Fabiana Mânica Martins, 2015.

*Amazonas moreno,  
tuas águas sagradas  
são lindas estradas  
são contos de fadas  
ó meu doce rio  
A canoa que passa  
O vôo da garça  
as gaivotas cantando  
em ti vão deixando  
o gosto de amar  
É o caboclo sonhando  
que entoa remando  
o seu triste penar.*

(Música do grupo Raízes Caboclas)

Para seguir adiante, sem a pretensão de concluir esse estudo, queremos pontuar ainda algumas implicações de nossos aprendizados nos territórios das matas, dos pequenos municípios, das estradas nas águas e no ar, dos igapós, dos banheiros, da rua, das praças, dos movimentos no cotidiano do trabalho em saúde no interior do Amazonas. Quando Serres fala que aprender leva a errância não tínhamos ideia do que significava até viajarmos para aprender, errar e reaprender.

Sim! Erramos quando achamos que iríamos à região confirmar ou desafirmar uma hipótese, erramos quando pensamos em avaliar uma Política de Saúde (PNEPS), erramos

principalmente quando nos esforçamos para estabelecer um roteiro, pois quando chegamos lá (na região) nosso olhar foi descortinado. E quando achávamos que já tínhamos acertado, a *errância* novamente veio à tona quando tentamos colocar os discursos de nossos atores dentro de ‘quatro categorias’, e foi principalmente aí que reaprendemos que todas elas estavam conectadas, imbricadas, interseccionadas e de uma modelagem mágica, formavam uma linda mandala de produção de mundo, a nossa mandala amazônica, das unidades de cuidado, da participação, da gestão, da vida.

Foi esse movimento da mandala, do banheiro da Educação Permanente em Saúde que nos encharcou e a cada ida e vinda dos territórios (no vai e vem do banheiro que toca e transforma as barrancas dos rios, na Mandala Amazônica com sua magia das flores e plantas exóticas) íamos refletindo, dialogando, construindo conexões com o grupo LAHPSA, com os moradores dos locais, com os trabalhadores e até mesmo com as crianças na praça aonde foram produzidos muitos ‘encontros’. E assim, reaprendemos que a nossa EPS também estava acontecendo ali, naquele encontro, e que ela é viva em ato, é de fato aprendizagem no cotidiano, e especialmente, teve e tem potência no enunciado de cada trabalhador do SUS.

Enfim, nos aventurarmos nessa

dinâmica de *aprender a aprender* que nos inundou de alegria, convívio com as

realidades e nos fez de fato visualizar a Educação Permanente em Saúde no mundo do trabalho, inclusive no nosso, e que se tornou significativa por interrogar a questões que pertencem à relação entre o trabalho e o trabalhador no cotidiano, ou seja, vivemos em constante movimento de EPS. Ela é vida em nossa vida! A imagem do caboclo no rio nos reporta a esse processo, de conduzir a canoa, respeitando as curvas do rio (respeitando os processos de ensino-aprendizagem), os banheiros provocados pela passagem de outros barcos (maiores), ou seja, a condução da EPS no cotidiano é como essa rabeta (imagem da foto), pois



**Figura 8:** O Apuizeiro – nossa mandala Amazônica. Foto: Fabiana Mânica Martins, 2015.

desvendar essa condição de aprendiz no dia a dia e jogá-la para os telhados (tornar conhecido) é ainda um desafio.

Nesse sentido, tornar visível a dimensão micropolítica (objetivo principal do estudo) do trabalho em saúde foi uma experiência singular, tendo em vista as diferentes naturezas tecnológicas que compõem as ofertas dos serviços para o cuidado (MERHY, 2013c). Nelas incluídas/interseccionadas a participação, o ensino formal e cotidiano, a gestão – todas desenvolvidas nas unidades de cuidado em ato –, que dão visibilidade ao movimento produzido nestes caminhos (muitas vezes das águas<sup>41</sup>), que não se colocam em linha reta e não são finitos, mas se apresentam em movimento como o vai e vem do banzeiro ou como as folhas e flores da mandala.

Esse movimento mágico que inundou e inunda nossas vidas faz-nos relembrar o *Apuizeiro*, com suas raízes persistentes buscando a seiva, os novos caminhos para não se ‘enquadrar’ na condição que lhe foi colocado. Como o *Apuí*, fruto que alimenta grande parte da população das aves da mata amazônica, queremos também contribuir com a produção do conhecimento nestes cenários vivos de produção da saúde. Foucault afirma que é necessário tomar a palavra e sermos envolvidos por ela, para que sejamos conduzidos além dos discursos. Por isso, vamos fazer uma aposta na capacidade que a palavra tem de se proliferar? Afinal, não queremos que ela vire lacuna nem desapareça.

Contagiar-se dessa produção de mundo é como a nossa mágica mandala que possibilitou reflexões e a concretização de um trabalho mais alegre e gratificante, apesar dos conflitos, dificuldades. Tivemos a oportunidade de relatar e nos implicar com a experiência, vividas em ato – elas vêm encharcadas no seu conteúdo e modelagem dos saberes desenvolvidos no cotidiano da pesquisa e do trabalho no SUS –, com destaque nas dimensões micropolíticas das potências territoriais.

Não se trata de uma verdade absoluta, muito menos de uma nova verdade sobre a formação na saúde, mas é sim, para nós um emaranhado de conexões, de verdades locais, talvez até provisórias, mas que apostam nas potências de seus atores. E para finalizar desejamos muito trazer à cena a lembrança do Pedro, morador local, pescador, quarenta e oito anos de vida, enquanto esperávamos um mototáxi, ao lado da unidade de saúde o visualizamos em frente a sua casa tecendo uma rede de pesca. Linda e sugestiva imagem! Aproximamo-nos e perguntamos quanto custava a rede e se ele nos venderia. Para a nossa

---

<sup>41</sup> Falamos caminho das águas na dimensão concreta (de viajar de barco ou lancha) e subjetiva de ‘deixar-se conduzir’. Para viajar para esses municípios não tivemos a autonomia de conduzir o próprio carro, por exemplo, ir e vir nos dias que desejávamos, enfim, o caminho das águas tem uma dimensão muito mística do ‘não estar só’ de ‘depender do outro’. Notas do Diário cartográfico de Fabiana Mânica Martins.

surpresa, a mais genuína resposta ‘o preço que vale a senhora não tem pra pagar’, ou seja, não tem preço o trabalho apaixonado e amante que nos mantém atores e autores, vivos em ato da própria história. Naquele dia, o final de tarde (com um pôr do sol que só o interior tem, lindo!) foi recheado de vivências significativas com as histórias do pescador, o vínculo foi tão bonito que fomos levados para o hotel pelo filho de seu *Pedro*.

Trazendo para a cena um feixe de luz da experiência com seu *Pedro*, acreditamos que a introdução a EPS nessa modelagem pode ser uma estratégia fundamental para um novo cenário de consolidação do SUS. A produção do conhecimento com a integração ensino-serviço através dos internatos rurais, do Projeto VER-SUS (Vivências e Estágios nas Realidades do Sistema Único de Saúde), da EPS em MOVIMENTO, da Formação de Docentes em EPS, pode possibilitar/ativar as vivências significativas para a melhoria do cuidado à saúde e a identificação das potências dos municípios. Aliado a esses processos, entendemos que a EPS acontece todos os momentos que as equipes de saúde e gestores estejam problematizando a sua prática de trabalho. A EPS se revela naquilo que não vemos, porque queremos traduzi-la em cursos e capacitações. A EPS está numa simples roda de conversa e nos encontros pedagógicos.

Nesse sentido, apontamos a relevância da CIES (Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço) no seu potencial para fomentar e estimular as práticas de formação e desenvolvimento na saúde bem como de mobilizar os gestores do SUS e as instituições formadoras para a construção de propostas colaborativas. Para isso são necessárias redes de práticas, como a disseminação de práticas pedagógicas em serviços de saúde, o debate com docentes, a mobilização de estudantes, o diálogo com as instâncias de controle social, a articulação de coordenação intergestores e interfederativa.

Além do mais, os questionamentos e dúvidas que emergem no cotidiano do trabalho em saúde podem ser vistos como potenciais na EPS (evidenciados nos nossos diálogos) pela construção do SUS. As Políticas de Saúde a serem implementadas nos municípios, suas portarias emitidas, viabilizam movimentos de reformulação e criam demandas por formação dos profissionais (conteúdo a ser discutido e aprofundado futuramente). Esse processo produz a necessidade de aprendizado que extrapola a modalidade de treinamentos tradicionais.

São processos que gritam por outras fontes de informação, como por exemplo, estruturar rodas de conversa e de estabelecer redes de torças com instituições, com consultores ou parceiros. Prova disso, as experiências positivas de muitos discursos trazidos até aqui, ou seja, está em nós a construção do cotidiano através da pedagogia da roda e das redes de interação. Assim, podemos partir ‘da e para’ a realidade dos cenários do campo

(também do cotidiano dos trabalhadores) com as lentes de um caleidoscópio, com o olhar vibrátil capaz de reconhecer o trabalho como princípio educativo, valorizando os espaços de debate e problematização, aceitando ativamente os processos de mudança, pois,

*“É fundamental aceitar o novo e correr riscos, mudar.”*  
(Paulo Freire)

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. *et.al.* **O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde.** In: GOMES, MPC, MERHY, E.E. (Org.). *Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental.* Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

AMAZONAS. **Relatório Anual de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas.** Manaus, 2011.

AMAZONAS, CIR, **Regimento Interno para Comissão Intergestores Regional do Madeira – CIR/Rio Madeira/AM.** Regimento Interno CIR/AM Aprovado na Reunião do dia 30/07/2013.

ARANTES, C.I.S *et.al.* **O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica.** Texto contexto - enferm. 2007, vol.16, n.3, pp. 470-478.

BARRIOS, S.T.G. **Micropolítica e Gestão Regionalizada da Saúde: estudo de caso no Colegiado de Gestão da 4ª Região Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul.** 177 p. [dissertação de mestrado]. Santa Maria (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM, 2009.

BASFORD, Johanna. **Jardim secreto: Livro de colorir e caça ao tesouro antiestresse.** Tradução de Renata Dib; Rio de Janeiro: Sextante, 2014.

BRASIL. 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, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção/Ministério da Saúde,** Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

CECCIM, R.B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface (Botucatu), Botucatu, v.9, n. 16, p.161-168, 2005.

\_\_\_\_\_. **A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental.** In: Caderno Saúde Mental/Ana Marta Lobosque (Org.) Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação v. 3, Belo Horizonte: ESP-MG. 2010a.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. **Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde.** In: Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. (Orgs) Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

\_\_\_\_\_. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras.** Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p.443-456, nov.2008/fev. 2009a.

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

\_\_\_\_\_. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** Cad. Saúde Pública. Vol.20, n.5, pp. 1400-1410, 2004a.

CECCIM, R.B. *et.al.* **Círculos em Redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação.** Fórum Sociológico [Online], 24 | 2014. Posto online no dia 16 Novembro 2014. Acesso em: 18.Jun.2015. IN: <http://sociologico.revues.org.br>.

DANIEL, H.B. *et.al.* **Implantação da Política de Educação Permanente em Saúde no Rio Grande do Sul.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 541-562, set./dez. 2014.

DELEUZE, G. E GUATTARI, F. **Mil Platôs: o capitalismo e esquizofrenia.** Vol 1. Rio de Janeiro: editora 34, 1995.

EPS EM MOVIMENTO. **Aprendizagem como produção compartilhada de saberes.** 2014a. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-cenas/aprendizagem-como-producao-compartilhada-de-saberes>>. Acesso em: 22 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. **Entrada, Apresentação.** 2014b. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/entrada-apresentacao/>>. Acesso em: 24.Jan.2015.

\_\_\_\_\_. **Todo mundo faz Gestão.** 2014c. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/todo-mundo-faz-gestao/>>. Acesso em: 24. Jan.2015.

\_\_\_\_\_. **Tornando-se anfíbios voadores.** 2014d. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/tornando-se-anfibios-voadores>>. Acesso em: 10.Jun.2015.

\_\_\_\_\_. **A EPS, aprendizagem flutuante e um convite para pensar, sentir e se expressar.** 2014e. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-textos/a-eps-aprendizagem-flutuante-e-um-convite-para-pensar-sentir-e-se-expressar>>. Acesso em: 20.jul.2015.

FERLA, A. A. **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas.** 2002. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

FERLA, A.A. **A integralidade na saúde e os desafios à produção e disseminação de conhecimentos.** Revista Baiana de Saúde Pública, v. 33, p. 307-309, 2009.

FERLA, A.A. *et.al.* **Redes vivas de Educação e Saúde e a Integração Universidade e Sistema Local de Saúde: saberes locais e múltiplas saúdes como capacidade profissional e como atributo das Redes de Atenção.** In: Redes vivas de educação e saúde: relatos e

vivências da integração universidade e sistema de saúde. (Org.) Alcindo Antônio Ferla *et.al.* Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

FERLA, A.A; POSSA, L.B. **Gestão da educação e do trabalho na saúde: enfrentando crises o enfrentando o problema.** Interface (Botucatu), v. 17, p. 927-928, 2013.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** 174 p. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FISCHER, R.M.B. **Foucault e a análise do discurso em educação.** Cadernos de Pesquisa, n. 114, novembro/2001.

FOUCAULT, M. (1926-1984). **A ordem do discurso – Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 02 de setembro de 1970/Michel Foucault;** tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. -5ed. – São Paulo: Edições Loyola, 1996.

\_\_\_\_\_. (1926-1984). **A arqueologia do saber/Michel Foucault;** tradução de Luiz Felipe Baeta Neves, -7ed. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

\_\_\_\_\_. (1926-1984). **O nascimento da clínica/Michel Foucault;** tradução Roberto Machado.- 7ed. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014b.

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.427-38, 2007.

FRANCO, TB; MERHY, EE. **As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde.** In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: Textos reunidos. (Orgs.) Túlio Batista Franco e Emerson Elias Merhy. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 28 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIACOMONI, M.P; VARGAS, A.Z. **Foucault, a Arqueologia do Saber e a Formação Discursiva.** Veredas online-Análise do Discurso- pg. 119-129. PPG Linguística/UFJF – Juiz de Fora, 2010.

GOMES, M.P.C *et. al.* **Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental: histórias de R.** In: GOMES, MPC, MERHY, E.E. (Org.). Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo.** 4 ed.Vozes. Petrópolis, 1996.

KLEBA, M.E. *et al.* **Promoção do Empoderamento com conselhos gestores de um Polo de Educação Permanente em Saúde.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.335-42, 2007.

MACÊDO, NB; ALBUQUERQUE, PC; MEDEIROS, KR. **O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde.** Trabalho, Educação e Saúde, August, 2014.

MACHADO, M.H. **Trabalho e Emprego em Saúde.** In: GIOVANELLA et all (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MÂNICA, F. *et al.* **O Controle Social no Sistema Único de Saúde – uma experiência acadêmica.** Anais de Evento: VI Semana Acadêmica de Enfermagem Repensando a Saúde Mental: Desafios e Perspectivas; Inst.promotora/financiadora:URI/FW e 19º Coordenadoria Regional de Saúde. RS, 2008.

MARTINS, F.M; SCHIFLER, A.C. **Um Caleidoscópio em construção – os movimentos de nossa Educação Permanente em Saúde no Estado do Amazonas.** UFRGS [TCC impresso], Manaus, 2015.

MERHY E.E. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação.** Interface: Comunicação, Saúde, Educação. 9(16):172-4; 2005.

\_\_\_\_\_. **Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos.** In: Caderno Saúde Mental / Ana Marta Lobosque (Organizadora) Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação v. 3, Belo Horizonte: ESP-MG, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde.** In: MERHY, E.E; FRANCO, T.B. (Org.) Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde – textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013b.

\_\_\_\_\_. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. Org. Túlio Batista Franco e Emerson Elias Merhy. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2013c.

\_\_\_\_\_. **Como nascem as redes de cuidado em saúde. O caso Magda que não é um caso. Multiplicidade existencial, rede viva.** Texto impresso para animar a mesa-ativadora do debate sobre Redes Vivas e as pesquisas dos Observatórios - Linha Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde / UFRJ / UFF /USP; 2014d.

\_\_\_\_\_. **Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso.** Revista Saúde em Redes: 1 (1): 07-14, Rede Unida: 2015e.

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

MERHY, E.E. *et al.* **Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde.** Cebes, 2015.

MIRANDA, G.C.S. **A Implementação da Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço - CIES Bahia**. 64 pg. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

MORAES, K.G. **Análise do Processo de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal**. 141 pg. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MOYSÉS, N.M.N. *et al.* **Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: o desafio sempre presente**. Revista Divulgação em Saúde para Debate, n. 45, Rio de Janeiro, 2010.

NICOLETTO, S.C.S. *et al.* **Desafios na implantação, desenvolvimento e sustentabilidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Paraná, Brasil**. Saúde Soc. v. 22, n. 4, p. 1094-1105, Dec. São Paulo, 2013.

NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1994.

OLIVEIRA, N.K. **Formação de conselheiros para o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) Ceará**. 207pg. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, Fortaleza-CE, 2011.

PINTO I.C.M; TEIXEIRA C.F. **Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008**. Cad. Saúde Pública, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, set. Rio de Janeiro, 2011.

PINTO, H.A. *et.al.* **Atenção Básica E Educação Permanente Em Saúde: Cenário Apontado Pelo PMAQ**. In: Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade. Dissertação (Mestrado). UFRGS; Porto Alegre, 2014.

PINTO, H.A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre: UFRGS; 2014.

PINTO, H.A; FERLA, A.A. **Formulação e implementação de políticas como pedagogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos do Sistema Único de Saúde**. Revista Saúde em Redes: 1 (1): 81-94. 2015.

RAMOS, A.S. *et al.* **Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente na Bahia: “O SUS é uma escola”**. Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador, v.33, n.1, jan./mar. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2009.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 2. ed. Sulina: Porto Alegre, 2014.

SCHIFFLER, A.C.R; ABRAHÃO, A.L. **Inferindo nos microprocessos de cuidar em saúde mental**. In: GOMES, MPC, MERHY, E.E. (Org.). Pesquisadores IN-MUNDO: Um estudo da

micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

SCHWEICKARDT, J.C. *et al.* **Por uma Formação que faz Banzeiro e encharca os Cotidianos de Serviços de Saúde.** Texto Manuscrito, Fiocruz: Manaus, 2014.

SERRES, M. **Filosofia Mestiça = Le Tiers Instruit.** Rio de Janeiro, Nova fronteira, 1993.

SILVA, J.A.M; PEDUZZI, M. **Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo.** Saúde soc. vol.20, n.4, pp. 1018-1032, 2011.

SILVA, L.A.A. *et al.* **Contribuições das Comissões de Integração Ensino-Serviço na Educação Permanente em Saúde.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 403-424, maio/ago. 2014.

STROSCHEIN, K.A; ZOCCHÉ, D.A.A. **Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil.** Trab. educ. saúde, vol.9, n.3, pp. 505-519, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Tradução Daniel Grassi. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

**APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO PPSUS:**

**Projeto de Pesquisa:** O CENÁRIO DA GESTÃO DO TRABALHO NO AMAZONAS: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS.

**1. INFORMAÇÕES DA FORMAÇÃO**

Número de identificação do profissional e/gestor: \_\_\_\_\_

Sexo: fem ( ) masc ( )

**Graduação:**

1. Formação: \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Modalidade: \_\_\_\_\_

2. Formação: \_\_\_\_\_ se houver \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Modalidade: \_\_\_\_\_

3. Formação: \_\_\_\_\_ se houver \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_ Modalidade: \_\_\_\_\_

**Especialização\*\*:**

1. Título obtido \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ em meses \_\_\_\_\_

Modalidade: \_\_\_\_\_ presencial/EAD \_\_\_\_\_ Tipo de TCC: \_\_\_\_\_ Intervenção/pesquisa/revisão \_\_\_\_\_

Tema do TCC: \_\_\_\_\_

2. Título obtido \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ em meses \_\_\_\_\_

Modalidade: \_\_\_\_\_ presencial/EAD \_\_\_\_\_ Tipo de TCC: \_\_\_\_\_ Intervenção/pesquisa/revisão \_\_\_\_\_

Tema do TCC: \_\_\_\_\_

3. Título obtido \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ em meses \_\_\_\_\_

Modalidade: \_\_\_\_\_ presencial/EAD \_\_\_\_\_ Tipo de TCC: \_\_\_\_\_ Intervenção/pesquisa/revisão \_\_\_\_\_

Tema do TCC: \_\_\_\_\_

**Mestrado e ou Doutorado\*\*:**

1. Título obtido \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Modalidade: \_\_\_\_\_  
 de: \_\_\_\_\_ presencial/EAD \_\_\_\_\_

Tema da dissertação: \_\_\_\_\_

1. Título obtido \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Modalidade: \_\_\_\_\_

Tema da tese: \_\_\_\_\_

\*\*Registrar se estiver em andamento.

### Formação Complementar:

1. Realizou cursos complementares (inclua-se: aperfeiçoamento, atualização)

( ) Não ( ) Sim

Se sim, quais:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Currículo Lattes** ( ) Não ( ) Sim

## 2. INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS

1. Lotação: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

2. Função: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

3. Tempo de trabalho na cidade: \_\_\_\_\_

4. Outras funções:

4.1 \_\_\_\_\_

4.2 \_\_\_\_\_

4.3 \_\_\_\_\_

4.4 \_\_\_\_\_

5. Tipo de Vínculo:

( ) Estadual efetivo/Carga Horária: \_\_\_\_\_ ( ) Estadual Contrato/Carga Horária: \_\_\_\_\_

( ) Municipal efetivo/Carga Horária: \_\_\_\_\_ ( ) Municipal contrato Carga Horária: \_\_\_\_\_

( ) Outro tipo, especificar \_\_\_\_\_

Obs: Relação entre a formação e a função
<b>3. AVALIAÇÃO DA ROTATIVIDADE</b>
<p><b>Trajetória profissional</b></p> <p>1. Cidade _____ instituição _____  Nível de atenção _____ Função exercida _____  Período _____</p> <p>2. Cidade _____ instituição _____  Nível de atenção _____ Função exercida _____  Período _____</p> <p>3. Cidade _____ instituição _____  Nível de atenção _____ Função exercida _____  Período _____</p> <p><b>Questões abertas:</b></p> <p>a) Se houve, quais os motivos da mudança?  b) O que lhe motiva a permanecer no local de trabalho?  c) O que proporciona ou facilitaria a sua fixação?  d) A sua atuação é de acordo com a área de formação?  e) No processo de formação, como aplica os conhecimentos na prática, dê exemplos.</p>
<b>4. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (roteiro anexo ao PPSUS para esse estudo)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como foi a sua inserção no SUS, quando começou?</li> <li>2. Fale o que compreende sobre Educação Permanente em Saúde – EPS.</li> <li>3. O município foi beneficiado com a Política de EPS?</li> <li>4. Participa efetivamente das ações? Relate algumas experiências de EPS?</li> <li>5. Quais as demandas por formação no seu Município e nos Municípios da Regional na relação com a demanda de serviços?</li> <li>6. Se houver, fale da sua experiência de gestão no município.</li> <li>7. Quais as motivações que levam a permanência dos profissionais no interior?</li> <li>8. Existe relação entre a Educação na Saúde para a fixação do profissional de Saúde no interior do Estado Amazonas?</li> </ol>

**APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Profissionais de Saúde**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “*O cenário da Gestão do Trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS*”, sob a responsabilidade do pesquisador Júlio Cesar Schweickardt do Instituto Leônidas e Maria Deane – FIOCRUZ, Amazonas, telefones (92) 3621-2123, e-mail [juliocesar@amazonia.fiocruz](mailto:juliocesar@amazonia.fiocruz), a qual pretende realizar a análise do cenário da gestão do trabalho no Amazonas com o foco no provimento e fixação dos profissionais de saúde no SUS. Sua participação é voluntária e será através de entrevista, que será gravada em áudio e transcrita na íntegra. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais a pesquisa não apresenta riscos previsíveis, mas ocorrendo, serão minimizados pelo (a) pesquisador (a) responsável e colaboradores. Se você aceitar participar, estará contribuindo para um grande avanço no diagnóstico da situação do trabalho na saúde no Amazonas e poderá contribuir com a discussão das políticas através de pesquisas com diferentes abordagens e metodologias nessa área. Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Rua Terezina, 476, Adrianópolis, Manaus -AM, pelo telefone (92) 3621-2323 ou pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Terezina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130. E-mail: [cep@ufam.edu.br](mailto:cep@ufam.edu.br).

Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Júlio Cesar Schweickardt (Pesquisador Responsável)

**APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Gestores de Saúde**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “*O cenário da Gestão do Trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS*”, sob a responsabilidade do pesquisador Júlio Cesar Schweickardt do Instituto Leônidas e Maria Deane –FIOCRUZ, Amazonas, telefones (92) 3621-2123, e-mail juliocesar@amazonia.fiocruz, da qual pretende realizar a análise do cenário da gestão do trabalho no Amazonas com o foco no provimento e fixação dos profissionais de saúde no SUS. Sua participação é voluntária e será através de entrevista, que será gravada em áudio e transcrita na íntegra. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais a pesquisa não apresenta riscos previsíveis, mas ocorrendo, serão minimizados pelo (a) pesquisador (a) responsável e colaboradores. Se você aceitar participar, estará contribuindo para um grande avanço no diagnóstico da situação do trabalho na saúde no Amazonas e poderá contribuir com a discussão das políticas através de pesquisas com diferentes abordagens e metodologias nessa área. Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Rua Terezina, 476, Adrianópolis, Manaus -AM, pelo telefone (92) 3621-2323 ou pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa –CEP/UFAM, na Rua Terezina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130. E-mail: cep@ufam.edu.br.

Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Júlio Cesar Schweickardt (Pesquisador Responsável)