



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

PATRÍCIA AYMBERÉ BELLO

**“REFLEXÕES SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS
EQUIPAMENTOS DA REDE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CAMPINAS”**

CAMPINAS

2016

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

PATRÍCIA AYMBERÉ BELLO

**“REFLEXÕES SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS
EQUIPAMENTOS DA REDE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CAMPINAS”**

Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp sob orientação de Bruno Ferrari Emerich e Luciana Surjus e coordenação de Rosana Teresa Onocko Campos.

CAMPINAS

2016

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a todos e todas que, de múltiplas formas e nos mais diversos bons encontros, me fizeram e fazem acreditar na potência da clínica psi no Sistema Único de Saúde e na Rede de Atenção Psicossocial.

À minha família, por todo apoio e amor: vocês são o início do meu itinerário de formação na Psicologia, no SUS e na Saúde Mental.

À minha família de laços – meus amigos e amigas –, com especial destaque para Renato e Danille e à felicitação que foi encontrar vocês e constituirmos, nesses dois anos, nossa Moradia física e afetiva.

Ao meu companheiro no amor, na profissão, nas reflexões, na militância pelo SUS e pela saúde mental: Daniel. Você está presente de corpo e alma neste trabalho e na minha vida.

Aos supervisores, Bruno Emerich, Ellen Ricci e Rosana Onocko Campos por fazerem a Residência acontecer. Continuaremos sempre *em formação*.

Aos colegas de Residência, pelos laços de amizade criados, pelos debates e construções e claro, pelas cervejas nos bares campineiros. Agradeço por darem continência às minhas lágrimas na supervisão com muito afeto, paciência e carinho.

Às equipes dos serviços que me receberam: Consultório na Rua, Centro de Convivência Espaço das Vilas, equipes das Moradias em suas várias configurações. Aprendi com vocês as muitas formas do fazer-inventar o cuidado em saúde.

Aos usuários e usuárias que construíram comigo a clínica do estar junto – ou a clínica do afeto –, onde pudemos nos escutar, conversar, trocar idéias, dar risadas, visitar, sair para passear, dançar, costurar, inventar, pintar e brincar junto. Pude ver que tudo isso é saúde e cuidado para e com vocês. Vocês me formam a cada encontro.

Às equipes e aos profissionais com troquei em diversos momentos através das parcerias, discussões de caso e articulação de rede.

Às preceptoras de campo e núcleo: Lívia, Paula e Tania. Cada uma traz consigo a potência singular de fazer clínica em diferentes contextos. Vocês foram fundamentais neste processo.

Agradeço, por fim, à mim mesma por sempre estar inquieta com o mundo. Com essa inquietação pulsante, vou tateando, construindo meus saberes psi e a clínica-inventiva na saúde.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	O QUADRILÁTERO DE FORMAÇÃO: A METODOLOGIA (OU A LUZ) PARA ESSE TRABALHO DE CONCLUSÃO	4
3.	COMO E ONDE É REALIZADA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE?	5
4.	INICIANDO O DESENHO DO QUADRILÁTERO	8
	4.1. ENSINO: O ENTRELAÇAR DA TEORIA E DA REALIDADE	8
	4.2. ATENÇÃO À SAÚDE – EPS COMO PROPOSTA DE MUDANÇA INSTITUCIONAL E DOS PROCESSOS DE TRABALHO.....	11
	4.3. A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO: O MÉTODO PAIDÉIA.....	16
	4.4. PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E CONTROLE SOCIAL	18
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
6.	BIBLIOGRAFIA	23

REFLEXÕES SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CAMPINAS

RESUMO

O presente trabalho visa analisar a experiência vivida como residente em Saúde Mental e Coletiva na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Campinas, onde passei por três serviços pertencentes a esta Rede: o Consultório na Rua, os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Centro de Convivência Espaço das Vilas. Essa intensa experiência de dois anos em três serviços diferentes proporcionada pela residência evocou vários questionamentos, alguns trabalhados em espaços coletivos nos próprios serviços e nas supervisões semanais na Unicamp, outros nos espaços de preceptoria. Contudo, quando trabalhamos uma inquietação, outras mais aparecem. A partir dessas problematizações que surgiram no dia-a-dia, nas conversas e nos encontros, escolho me debruçar um pouco mais sobre a Educação Permanente, tema que reconhece a importância de espaços de formação em saúde dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS, relacionando este tema sob a análise dos espaços que passei durante a residência.

1. INTRODUÇÃO

Consta na Constituição Federal de 1988 que, além da assistência integral às necessidades em saúde dos usuários, compete também ao Sistema Único de Saúde (SUS) a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Consta na Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde, que estão incluídas no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de Recursos Humanos na área da saúde (BRASIL, 1990a). Esta formação não se basta ao aprimoramento técnico-assistencial, mas também engloba o pensamento crítico e político dos modos tradicionais de cuidado em consonância com os princípios e diretrizes e políticas do SUS. A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui-se como política pública no Brasil com instâncias formais de gestão pelo Ministério da Saúde¹, pois é através da formação que profissionais são qualificados e capazes de reconhecer as necessidades integrais de saúde da população. Para tanto, em

¹ Para compreender melhor a Gestão da Educação em Saúde e os órgãos vinculados: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/320-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/gestao-da-educacao/noticias/9332-teste-de-area-1> (acesso em 08/01/2015)

2003 foi criada no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e, ligado a esta, o Departamento de Gestão e Educação na Saúde (DEGES), o qual coordena a implantação da Política Nacional de Educação Permanente, sendo as políticas relativas à formação, desenvolvimento profissional e à Educação Permanente dos trabalhadores do SUS são de responsabilidade deste departamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

“A criação de um setor voltado, especificamente à educação e formação de recursos humanos, dentro do Ministério da Saúde, emergiu a partir da constatação de que os modelos de capacitação, até então desenvolvidos, se limitavam a introduzir mudanças pontuais nas instituições, relacionadas a problemas locais.” (MANCIA et al, 2004, p. 604)

Assim, a Portaria MS/GM nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde “como ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas” (BRASIL, 2004, p. 3), contendo em seu Anexo II as Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política de Educação Permanente, diretrizes que foram aperfeiçoadas e agregadas à Portaria MS/GM nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, no Pacto Pela Saúde 2006 e na Portaria MS/GM nº 278 de 27 de fevereiro de 2014.

Seguindo às especificações sobre como tais políticas de Educação na Saúde procuram formar os recursos humanos para o trabalho no SUS, foram encontradas na literatura sobre o tema três metodologias distintas: Educação em Serviço, Educação Continuada e Educação Permanente². A primeira refere-se ao treinamento e capacitação de profissionais para que estes atinjam diretamente os objetivos estabelecidos pela instituição (FARAH, 2003). Quanto à segunda, Farah (2003) levanta diversas definições de diferentes autores, onde em comum transparecem a transmissão contínua de informações ao longo da carreira do profissional, visando a melhora da assistência aos usuários e tendo em vista avanços técnico-assistenciais de forma complementar à formação do profissional.

² Dentro destas, colocarei outras duas metodologias que podem estar dentro das supracitadas formas de Educação na Saúde: o treinamento de pessoal e a capacitação. Em relação a esta última, Davini (2006) pontua que a capacitação pode ter ações específicas que estejam dentro da Educação Permanente, mas não o contrário.

Tendo como base essas duas definições, a Educação Permanente em Saúde vai além da ampliação da transmissão de saberes técnico-assistenciais para uma:

“(...) metodologia através da qual se busca atingir, a partir da problematização do próprio cenário de práticas, a qualificação dos processos de trabalho em saúde, com fins de resolutividade, integralidade e humanização da atenção” (CAVALCANTI E WANZELER, 2009, p. 14).

É uma metodologia de educação atualmente utilizada e amplamente trabalhada por diversos autores e autoras da área da saúde e na Política Nacional de Humanização (PNH), sendo uma política nacional de educação na saúde que deve ser conduzida pelas esferas estaduais e municipais (CAVALCANTI E WANZELER, 2009). Para tanto, direciona a construção de conhecimento do profissional, da equipe, da gestão e da comunidade frente às dificuldades, tendo os princípios, diretrizes e políticas do SUS como sustentação dessa construção coletiva.

Os autores Mancia et al (2004) promovem a discussão sobre EPS e apontam que esta está embasada no método da Pedagogia Libertadora desenvolvida por Paulo Freire: fundamentada na Aprendizagem Significativa, onde o professor/educador não é mais a fonte de conhecimento, mas o facilitador do processo ensino-aprendizagem, estimulando o aluno/educando a ter uma postura reflexiva e crítica durante o processo de construção de seu conhecimento. Ressaltam, ainda, que no método pedagógico freireano o conteúdo deve ter relevância e funcionalidade para o estudante, valorizando seus conhecimentos prévios, considerando suas potências e dificuldades.

Está clara a importância da união entre educação e saúde para dar conta de uma formação permanente de profissionais e gestores qualificados para atuar no SUS, bem como da educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004). No entanto, esta formação não se basta a si mesma: ela encontra desafios no dia-a-dia, cabendo aí a EPS ser a garantia de espaços de diálogo, construção e reestruturação dos processos de trabalho. Ceccim e Feuerwerker (2004) brilhantemente apontam que o trabalho em saúde promove processos de subjetivação, estando assim para muito além de um saber de práticas e saberes tecnológicos já estruturados. É necessário inventar, refletir e repensar a prática cotidiana em espaços horizontalizados e abertos ao diálogo.

2. O QUADRILÁTERO DE FORMAÇÃO: A METODOLOGIA (OU A LUZ) PARA ESSE TRABALHO DE CONCLUSÃO

Inicialmente, fora um grande desafio organizar as ideias frente a dois anos de experiência e encontrar um tema que contemplasse o desejo de escrever o que chamei de um “manual de sobrevivência”. Explico: vivenciei uma rede de atenção psicossocial potente, que mesmo após ataques políticos, encontra no coletivo, no compromisso social e no trabalho implicado do cuidado com a saúde, resiliência para se manter estruturada. Dessa forma, para além da minha participação nesta rede, preciso deixar algo concreto a partir do que pude observar, participar e construir e também levar comigo reflexões que possam servir de “manual de sobrevivência” em outros espaços. O tema da EPS contemplou o desejo pulsante de escrever sobre minha experiência enquanto psicóloga, residente e trabalhadora do SUS, sobre meu interesse em estar sempre me renovando e sobre a importância de nunca parar de me formar e refletir minhas práticas.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho consiste na análise da minha experiência enquanto residente nos serviços escolhidos e vivenciados (Consultório na Rua, Centro de Convivência Espaços das Vilas e Serviços Residenciais Terapêuticos do Distrito Leste³) e a análise e problematização dos espaços de Educação Permanente em Saúde para dentro dos serviços.

Assim, a metodologia de análise será fundamentada por muitas leituras, dentre as quais algumas foram descobertas durante o processo de Residência, outras indicadas pelos orientadores, e outras ainda que tive contato muito antes de estar residente. Dentre todos os levantamentos bibliográficos, o principal instrumento de análise para este trabalho é o texto de Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker, “*O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle*

³ No início do meu 2º ano de residência (2015), a mudança dos Serviços Residenciais Terapêuticos dos Distritos Leste e Sul já estava anunciada, a qual ocorreu durante o ano de 2015 entre os meses junho e setembro. Os moradores das casas pertencentes aos Distritos Leste e Sul foram reorganizados territorialmente e vinculados entre os 5 CAPS III de Campinas. Os moradores que não foram vinculados aos CAPS foram para as Unidades de Cuidados Clínicos, casas com caráter assistencial clínico também vinculadas ao Serviço de Saúde Cândido Ferreira. Desta forma, a análise da Educação Permanente em Saúde neste campo se baseia no período em que os SRT’s estavam nos Distritos Leste e Sul, antes da reorganização.

social” (2004), o qual será o texto estruturador para o tema escolhido⁴ por contemplar didaticamente meus objetivos frente este trabalho de conclusão. Assim, tomando o tema da educação para dentro do Sistema Único de Saúde, os autores estabeleceram uma teoria-caixa de ferramentas para suscitar uma análise crítica da educação que vem sendo feita no e para o setor da saúde. O quadrilátero de formação é então sustentado pelo **ensino, gestão, atenção e controle social**, o qual engloba todos os atores sociais⁵ (trabalhadores, gestores e usuários) e amplia os locais e as possibilidades de formação permanente destes. Dessa forma, este quadrilátero sustentará também este trabalho de conclusão de Residência, onde será recheado com a análise dos espaços de EPS (ou a falta e a necessidade destes) nos serviços vivenciados.

3. COMO E ONDE É REALIZADA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE?

Considero importante esclarecer sobre as configurações dos espaços de EPS. Há grandes debates sobre onde, quando e como devem ocorrer estes encontros, uma vez que não há um modo pronto, uma receita ou protocolo para se fazer a EPS. É essencial ter em mente que os espaços de construção da EPS são essencialmente coletivos, de forma que os temas são levantados com base em um processo de análise crítica do cotidiano de trabalho em saúde, onde possam ser identificados problemas, entraves e dificuldades⁶. Para tanto, este processo deve ser conduzido por um

⁴ Há mais textos em que o conceito de “quadrilátero de formação para a saúde” é desenvolvido, como em Ceccim (2004).

⁵ A definição de ator social segundo Carlus Matus (apud FALLEIRO et, 2014) “ator social é uma pessoa, grupo ou organização que participa de algum jogo social. O Ator Social possui um projeto político, controla algum recurso relevante, acumula (ou desacumula) forças e possui capacidade de produzir fatos capazes de viabilizar seu projeto. Todo ator social é capaz de fazer pressão para alcançar seus objetivos. É possível caracterizar o agir social como um jogo que pode ser de natureza cooperativa ou conflitiva. Num jogo social, diferentes jogadores têm perspectivas que podem ser comuns ou divergentes e controlam recursos que estão distribuídos entre os jogadores segundo suas histórias de acumulação de forças em jogos anteriores. Um conjunto de jogos sociais conforma um contexto que pode ser entendido como um sistema social” (p. 22 e 23).

⁶ Em 2015 o Ministério da Saúde lançou “Coletânea de Narrativas: Experiências da I Mostra Nacional de Educação Permanente em Saúde – Reconhecendo as Práticas dos Trabalhadores do Ministério da Saúde”, o qual uniu relatos de experiência de apresentadores, facilitadores das rodas de conversa, e convidados do evento. Foi um dos poucos materiais com relatos de experiência em Educação Permanente em Saúde encontrado.

facilitador, alguém externo ao coletivo⁷ e que possa organizar e facilitar a identificação dos problemas e levantar formas de trabalhar estas questões de forma construtiva. Para Cavalcanti e Wanzeler (2009) a missão do facilitador é contribuir com o coletivo de intervenção no cotidiano das práticas de saúde e educação, havendo a busca por mudanças nos respectivos espaços de atuação.

O facilitador não tem uma profissão específica. Ainda assim, é importante destacar que há um curso de formação para facilitadores de Educação Permanente em Saúde oferecido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ensino à Distância (EAD) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)⁸, sendo aberto à matrícula de qualquer pessoa da sociedade civil, mas com uma seleção que prioriza aqueles que tenham contato com a área da saúde.

Ainda que o facilitador não tenha um núcleo de formação definido, durante a Residência pude notar duas funções que este papel, dentro do contexto de EPS, foi desempenhado: no apoio institucional e no momento da supervisão clínico-institucional. Considero importante diferenciar os papéis de apoio e supervisão, pois, apesar de terem algumas semelhanças e aproximações, suas formas e meios de atuação são diferentes.

No primeiro caso, Campos (*apud* Falleiro et al, 2014) define o apoio institucional como função gerencial que tem como princípio a cogestão, visando reformular o modo tradicional de se realizar a coordenação, supervisão, planejamento e avaliação em saúde. Assim, a Educação Permanente é identificada para Falleiro et al (2014) como a principal ferramenta utilizada pelos/as apoiadores/as institucionais para promover a ampliação da capacidade de reflexão e de análise dos coletivos e, como consequência a partir disso, estimular mudanças no cuidado em saúde e nas práticas de gestão.

A supervisão clínico-institucional também parte da noção de apoio institucional (OLIVEIRA E PASSOS, 2012), pois se utiliza da cogestão para discussão dos casos clínicos associados aos contextos da instituição, do serviço, da rede, da gestão e à política pública, havendo dessa forma o diálogo necessário entre a

⁷ Opto pela palavra *coletivo*, pois uma vez que o quadrilátero de educação permanente em saúde contempla todos os atores sociais em diferentes contextos (na formação em cursos técnicos e na Universidade, no trabalho cotidiano de assistência à saúde, na gestão e no controle social), cabe que esses coletivos variem conforme os atores que dele participem.

⁸ Disponível em: <http://www.ead.fiocruz.br/curso/index.cfm?cursoid=612> (acessado em 27/01/2016)

dimensão política e clínica, sendo também uma ferramenta da Educação Permanente (SEVERO, L'ABBATE E ONOCKO CAMPOS, 2014). O Ministério da Saúde vem englobando, desde 2005 na Portaria nº 1.174, a supervisão como parte do Programa de Qualificação dos CAPS, mas que tem ampliando cada vez mais este espaço de reflexão para diversos equipamentos da saúde.

Dessa forma, enquanto residente, pude acompanhar um supervisor clínico-institucional e apoiadores institucionais exercendo a função de facilitadores em um processo claro (ainda que não nomeado assim) de educação permanente em duas das equipes que tive contato. Contudo, é importante deixar claro que estes espaços de EPS possuem características diferentes de reuniões de equipe e reuniões de apoio matricial tradicionais. Não desconsiderando que a EPS possa se desenvolver nestes momentos, é importante ter sempre em vista *como* ela está ocorrendo. Considero essencial dar contorno aos espaços de EPS, uma vez que os encontros com este foco não devem ser tomados por decisões burocráticas ou de fluxo do serviço, mas espaços onde possa ser possível pensar, refletir, desenvolver uma visão crítica frente as dificuldades através de questões levantadas pelos coletivo e pensada soluções.

Ressalto, ainda, que a formação de cada ator social (seja trabalhador/a, usuário/a ou gestor/a), ocorre singularmente em diversos espaços (em cursos de especialização, congressos e eventos, conversas de corredor, reuniões, dentre tanto outros). No entanto, o foco da questão aqui discutida trata dos espaços coletivos de EPS.

Em resumo, Ceccim e Ferla (2008) trazem a respeito da EPS feita em ato, construída no coletivo e em espaços definidos:

“A educação permanente em saúde pode ser um processo cada vez mais coletivo e desafiador das realidades. O primeiro passo é aceitar que as realidades não são dadas. Assim como as informações, as realidades são produzidas por nós mesmos, por nossa sensibilidade diante dos dados e por nossa operação com os dados de que dispomos ou de que vamos em busca. O segundo passo é organizar espaços inclusivos de debate e problematização das realidades, isto é, cotejar informações, cruzá-las, usá-las em interrogação umas às outras e não segregar e excluir a priori ou ensimesmar-se em territórios estreitos e inertes. O terceiro passo é organizar redes de intercâmbio para que informações nos cheguem e sejam transferidas,

ou seja, estabelecer interface, intercessão e democracia forte. O quarto passo é produzir as informações de valor local num valor inventivo que não se furte às exigências do trabalho em que estamos inseridos e à máxima interação afetiva com nossos usuários de ações de saúde.” (p. 166)

4. INICIANDO O DESENHO DO QUADRILÁTERO

4.1. ENSINO: O ENTRELAÇAR DA TEORIA E DA REALIDADE

Durante a faculdade, tive contato com a políticas públicas do Sistema Único de Saúde através de aulas teóricas e estágios. As aulas foram a porta de entrada para os primeiros contatos e compreensão da política nacional de saúde mental e atenção psicossocial. Posteriormente, vieram aulas sobre o SUS, seus princípios e diretrizes, a leitura e compreensão de leis, políticas e portarias, trabalhos e artigos acadêmicos sobre a saúde coletiva, além de manuais do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo iminentes os conceitos como “rede”, “território”, “cuidado humanizado”, dentre outros. Para este trabalho de conclusão, fiz buscas a estas fontes de bibliografia para atualizar e fundamentar a análise da experiência vivida.

A primeira prática na saúde pública veio com o estágio em uma Unidade de Saúde da Família enquanto cursava Psicologia na Unesp/Assis. A parte prática das aulas sobre SUS e seus conceitos era feito *in loco*, no território, no trabalho junto à equipe de atenção primária. Ao mesmo tempo, meu contato com a atenção psicossocial e suas sutilezas iniciou-se na participação com a Banda Loko na Boa, formada por estagiários de Psicologia, participantes da Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Assis (PIRASSIS). As músicas de autoria própria dos participantes, denunciavam de forma muito animada e descontraída, as internações e suas contencões, as excessivas medicalizações, o saber médico-hegemônico.

Posteriormente, durante a Residência, tanto a teoria quanto a prática eram atualizadas constantemente: as leituras indicadas e discussões na supervisão complementavam a prática cotidiana em campo. A articulação de rede, construção de

vínculo, o cuidado integral e humanizado eram orientadores de ações frente a casos complexos, que exigiam mais do que até então achava que sabia. Foi necessário buscar as respostas, ou melhor, construir possibilidades de cuidado junto às equipes, preceptoras de campo e núcleo, colegas de residência, supervisores e com os usuários. Com isso, descobri e construí conjuntamente meios e formas de cuidado em saúde.

Ao longo da Residência, vi muitas formas de potência sendo aflorada a cada novo desafio, fortes desejos de ofertar o melhor cuidado ao outro, muitas boas leituras clínicas de casos complexos, muita criatividade e novos fazeres na saúde. No entanto, também ouvi discursos e vi ações e baseados em uma formação tecnicista e pobre de questionamentos. Esses discursos e atitudes vinham de atores sociais de diversos níveis de formação, incluindo gestores.

Quando tratamos de ensino na e para a área da saúde, não é necessário que todos tenham leis, portarias e políticas na “ponta da língua” (haja memória para tanto!); conceitos redondamente definidos (onde fica a pluralidade e diferentes leituras?); ações inventivas e inéditas a cada momento (é necessário tempo e contexto para criar). O ensino na área da saúde é uma construção, valorizando o que já se sabe com os novos conhecimentos que são adquiridos ao longo de conversas, vivências, encontros, desafios. O contato com a teoria é indispensável, mas adaptado ao contexto que cada ator social se encontra.

Indo em direção às determinações macropolíticas, o Sistema Único de Saúde traz à luz da discussão, através de seus princípios e diretrizes, a formação para a área da saúde. Tomando a diretriz da *integralidade*, críticos da educação questionam o modelo biologicista, hegemônico e fragmentado de formação de profissionais. Em 2001 e 2002, são aprovadas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em saúde, onde os projetos político-pedagógicos não contém mais um currículo mínimo para todas as carreiras (CECCIM E FEUERWERKER, 2004).

Em 2003, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/MS), lança o documento “Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde”. Este documento propõe a reunião permanente das instituições de ensino e os centros formadores do SUS, gestores de todas as instâncias, Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, estudantes e movimentos sociais para o debate a respeito da formação em serviço sob a ótica da Educação Permanente. Dentre as políticas já citadas, a Portaria nº 198 GM/MS de 13 de

fevereiro de 2004 institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual engloba as demandas de formação para o SUS e, na Portaria nº 1996 GM/MS de 20 de agosto de 2007, institui as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) para participarem da formulação, condução e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007). Isso contempla que a formação se tornou mais um objeto para a gestão de ensino.

No entanto, não bastam modelos curriculares para a mudança de ensino e formação para o SUS. Em minha trajetória, relembro para este trabalho a importância de uma professora em específico, docente que ministrava a aula “Bases Conceituais da Saúde Coletiva”. Ela sempre indicava textos norteadores previamente para a aula, que era sempre em roda, e muito mais do que falar sobre o tema, ela escutava nossas impressões, dúvidas, colocações e opiniões. Construíamos juntos o conhecimento. Muitos textos indicados por ela estão sendo usados neste trabalho.

Esta foi uma forma de construção de conhecimento no ensino que considerei, para aquele momento e contexto e para minha formação, importante e significativa. Dessa forma, este trabalho de conclusão visa mostrar quão inseparáveis são cada elemento do Quadrilátero de Formação para a área da saúde, onde escolho iniciar pelo ensino (em consonância com a minha trajetória), a análise de cada elemento e sua relação com a EPS das equipes. De forma bastante presente e evidente, através de movimentos, reformulações e reflexões macros e micro-políticas do SUS o ensino da saúde foi sendo modificado. Assim, Ceccim e Feuerwerker (2004) pontuam a respeito do ensino que:

“O SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender sem que, entretanto, se tenha formulado uma forte potência aos modos de fazer formação. No máximo se interpuseram fatores críticos, ao se revelar a necessidade de re-formar os profissionais para atuar no SUS. Formados estavam para atuar onde? (p.44)

Parafraseando o título do trabalho de conclusão de Aprimoramento Profissional de Tania Duque Lopes (2009), “o como se faz, faz toda a diferença”. O ensino não é o primeiro contato direto que temos com o SUS, mas é através do ensino

que temos uma oportunidade de formação de recursos humanos crítica e reflexiva à própria prática.

O aumento expressivo dos programas de Residências Multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005), mostra um maior investimento do SUS na formação de seus recursos humanos. Através de uma pós-graduação financiada pelo Ministério da Saúde, a carga horária intensa de 60 horas semanais é distribuída entre os campos práticos e teórico-práticos nos serviços de saúde (correspondente a 80% da carga horária) e atividades teóricas (20% da carga horária), com acompanhamento dos residentes em suas práticas e reflexões constantes através de aulas, supervisões, tutorias e encontro com preceptores (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012). Através das Residências Multi em Saúde, há uma qualificação dos recém-formados com foco nas necessidades dos serviços loco-regionais do SUS.

Dessa forma, traço este componente do Quadrilátero de Formação a partir do meu caminho na graduação em Psicologia e na Residência em Saúde Mental e Coletiva, mas ressalto junto a Ceccim e Feuerwerker (2004) a importância do trabalho articulado entre o sistema de saúde (em todas as suas esferas de gestão) e as instituições formadoras em todos os seus níveis (médio e técnico, superior e de pós-graduação).

4.2. ATENÇÃO À SAÚDE – EPS COMO PROPOSTA DE MUDANÇA INSTITUCIONAL E DOS PROCESSOS DE TRABALHO

Diversas cenas ocorridas na assistência à saúde – segmento que estive mais próxima durante minha Residência –, suscitaram a momentos de EPS ou espaços ausentes deste momento de formação, reflexão e mudança. Para tanto, Ceccim e Bilibio (*apud* CECCIM E FEUERWERKER, 2004) nos chamam a atenção que o componente serviço de atenção à saúde (parte da então tríade de formação ensino-serviço-comunidade) não pode se restringir à noção de práticas de atenção, devendo “revelar uma estrutura de condução de políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos no setor” (p. 46).

Pensem o ato de *trabalhar*: vai muito além da execução de um serviço com fins de recebimento de dinheiro para se alimentar, se vestir, morar, se locomover, etc...

Inicialmente, o trabalho surge como forma de modificação da natureza pelo ser humano, a fim de atingir diversos objetivos que o tornasse menos nômade, garantindo sua proteção e estabilização. Todas as sociedades humanas se organizam em volta dos afazeres laborais, dividindo tarefas a serem cumpridas entre seus membros. Ao longo do tempo, o ato do trabalho, seus agentes e objetos mudaram drasticamente em relação ao que inicialmente as sociedades primitivas executavam para a atual globalização e o capitalismo vigente. Conseqüentemente, também se modificaram as formas de organização laborais (em especial com a criação de instituições), seus meios e fins.

Karl Marx propôs o trabalho como sendo a essência, verdadeira realidade ou natureza humana (SÁNCHEZ VÁSQUEZ, 2007), onde o trabalho tem um papel de fundamental importância no desdobramento das potencialidades humanas, pois quando o homem modifica a natureza através do trabalho, também é modificado por ela num processo de constante interação e que o leva a estágios cada vez mais elevados de desenvolvimento (DA LUZ, 2008). Tomando conceitos levantados nas obras de Marx, Mehry e Franco (2008) nos apresentam que o trabalho é produtor de “valores de uso” e de “valores de troca”, onde na atual sociedade capitalista, o comportamento destes dois componentes varia. Em exemplo didático, os autores apresentam a caça como um meio de satisfação da necessidade alimentícia, ou seja, seu trabalho tem “valor de uso”. Se a caça, no entanto, é utilizada com fins de troca (por uma fruta por exemplo), aparece então seu “valor de troca” (uma ação por uma troca). A forma clássica de trabalho funcionário-patrão produz, através do trabalho do empregado, produtos com “valores de troca”, uma vez que o servidor troca sua mão-de-obra e seu serviço por um salário. Os produtos advindos de sua produção são negociadas sem a participação dos funcionários, estes não participam dos lucros, recebendo assim uma quantia fixa mensal pelo trabalho desenvolvido cotidianamente.

Aproximando esta reflexão teórica acerca dos processos de trabalho da produção de saúde, Campos (2000) traz a saúde como um objetivo, um resultado almejado, um produto, onde “toda prática sanitária, em alguma medida, seria levada a oferecer algum valor de uso, no caso, algum coeficiente e bem estar social, ainda que junto se produzam também iatrogenia e controle social” (p. 277). Dessa forma, a saúde carrega consigo um valor de uso⁹, entendido como a utilidade que bens e serviços tem

⁹ Conceito de Karl Marx desenvolvido em sua *O Capital- Volume I* e trabalhado por Gastão Campos (2000), Emerson Mehry e Túlio Franco (2008)

para pessoas concretas que estão imersas em situações específicas (CAMPOS, 2000). Ainda que sendo um direito presente na Constituição Federal de 1988, a saúde universal e integral de todos os cidadãos brasileiros é o objeto de trabalho de profissionais e gestores (e que adiante, mostrarei a importância da implicação dos usuários como parte desta produção e cuidado). Assim, a produção de saúde é um processo de trabalho complexo e que agrega diversos elementos em sua análise. Trabalharei, dessa forma, mais um elemento importante: o “valor referente simbólico”, as funções e utilizações que agregam valor a um trabalho. No caso da produção de saúde, o “valor referente simbólico” expressa-se nos procedimentos e tecnologias leves, leves-duras e duras de cuidado como formas de ganhar dinheiro (MEHRY E FRANCO, 2008).

Relacionando essa discussão à Educação Permanente em Saúde, o “trabalho vivo em ato” é onde a produção de saúde essencialmente acontece, no exato momento do trabalho humano sendo executado e que determina a produção do cuidado. Este trabalho vivo interage a todo momento com instrumentos, normas, protocolos de organização e máquinas, utilizando diversos tipos de tecnologias (MEHRY E FRANCO, 2008). Tomando essa interação de várias tecnologias como possíveis ao trabalho em saúde, é fundamental ressaltar aqui a importância do trabalho consciente, criativo e reflexivo. Por este motivo, não pretendo argumentar que todos os atores sociais envolvidos na assistência à saúde estejam conscientes de toda essa análise teórica que realizei há pouco, mas que, através da EPS, é possível atingir diversas reflexões e criar novas formas de cuidar, promover saúde e reabilitar, utilizando tecnologias leves (relações em ato, como a escuta e o acolhimento, por exemplo), leves-duras (o saber técnico-estruturado) e duras (com instrumentos e maquinários) (MEHRY E FRANCO, 2008). Assim, quanto mais consciência das ferramentas-conceito que podem ser utilizadas para cada caso, onde cada trabalhador é responsável e ativo naquele processo, mais os índices de sucesso no cuidado da saúde, responsabilização e vínculo do usuário com o serviço sejam mais evidenciados.

Como já discuti previamente, os espaços de EPS das equipes podem ser os mais diversos, pois deve ser construído e fazer sentido para os trabalhadores. Dessa forma, um espaço mensal de discussão sobre um tema específico (envelhecimento e saúde mental, por exemplo) pode fazer tanto sentido e provocar mudanças quanto

reuniões de EPS quinzenais em outra equipe, onde os temas são levantados ao final de cada encontro.

Trago à luz, assim, a análise de um espaço coletivo em uma das equipes de saúde que acompanhei e que considero um exemplo em EPS: a supervisão clínico-institucional no Consultório na Rua (CnaR), a qual ocorreu quinzenalmente até julho de 2014. O supervisor exercia com propriedade a função de facilitador, não trazendo respostas às questões suscitadas pela equipe frente os casos clínicos complexos, algum fato marcante do cotidiano ou sobre como melhorar os processos de trabalho. Toda a equipe (incluindo a gestão) se colocava horizontalmente nas discussões, contribuindo com impressões, experiências e novas questões, onde aquele espaço era uma potente EPS, pois toda mudança era uma forma de experimentação, frente o CnaR ser um serviço com apenas 3 anos de existência em Campinas. O conhecimento da clínica na e da rua era construído por cada profissional através de seu núcleo de formação (redução de danos, psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, educação física, medicina) em consonância com o campo – a rua, sua dinâmica, os usuários, a circulação destes. Dessa forma, a supervisão proporcionava que estes dois elementos (o núcleo e o campo) (CAMPOS, 2000) dialogassem com mais facilidade, reconhecendo nós críticos, possibilidades de mudanças, construção de conhecimento. Os trabalhadores decidiam em reunião geral de equipe qual seria o tema ou caso levado para a supervisão, tendo como base sempre o cotidiano do trabalho.

Outra cena que trago para a ilustrar a importância da EPS como um momento de cuidado também com o trabalhador: minha participação junto Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT ou também chamadas de Moradias) do Distrito Leste. Criadas na década de 1990, as chamadas Moradias foram montadas para egressos do então “Hospício para Dementes Pobres do Arraial de Sousas” (Sanatório “Drº Cândido Ferreira”) e outros hospitais psiquiátricos da região. Dividindo-se em casas tipo I (para moradores mais autônomos) e tipo II (para moradores mais dependentes de assistência em seu processo de morar) (BRASIL, 2011), as Moradias dos Distritos Leste e Sul de Campinas contavam com equipe própria, dentre monitores, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de moradia, psicólogas, terapeutas ocupacionais, médicos e uma coordenadora para cada pólo de SRT. Nem todos os casos estavam vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município. Com a Portaria nº 3090 de 23 de dezembro de 2011, as Moradias deveriam, obrigatoriamente, estar vinculados a

um serviço/equipe de saúde mental referência, dentre outras mudanças necessárias ao cenário das Moradias campineiras. Quando anunciada institucionalmente a mudança Moradias Leste e Sul, em 2014 (*sic*), a qual efetivamente ocorreu entre maio a setembro de 2015, os moradores foram vinculados às Moradias dos CAPS ou sendo realocados para a Unidade de Cuidados Clínicos em Sousas (distrito de Campinas), casas que contam com assistência de enfermagem 24h¹⁰.

Acompanhei a equipe das Moradias se desmanchar, sendo cada trabalhador remanejado e vinculado aos CAPS ou à Unidade de Cuidados. Em 2015, quando escolhi as Moradias do Distrito Leste como campo de atuação para o 2º ano de Residência, pude notar neste difícil ano de mudanças que os momentos de EPS para a então equipe das Moradias eram cada vez mais raros, fosse pela dificuldade da escala para não causar desassistência nas casas, fosse pelas várias faltas e atestados que indicavam um adoecimento bastante presente entre os profissionais. Os poucos momentos que estive presente em espaços que tentavam traçar uma EPS foram as supervisões eventuais de alguns casos da Moradia. A presença de um facilitador externo à equipe (que se exercia na figura do supervisor, o qual não era sempre o mesmo – o que considero um entrave a este processo de finalização e luto) era imprescindível para que algumas questões aparecessem, ainda que muitas fossem deixadas embaixo dos tapetes dos não-ditos, causando adoecimentos em toda a equipe. As faltas, “buracos” na escala e atestados eram extremamente frequentes.

O momento de EPS, neste caso, seria destinado a um processo de despedida da equipe, a despedida desta dos moradores e reflexão de como cada profissional pode colaborar com a reabilitação psicossocial de suas referências. Ressalto que este espaço não precisaria estar configurado em supervisões clínico-institucionais, mas em um modelo que fizesse sentido à equipe, com a máxima participação presencial dos trabalhadores. Por ter sido um processo longo (mais de um ano desde que foram anunciadas as mudanças), a EPS iria para além do que já foi exposto como espaço ideal neste trabalho, mas seria também um espaço de cuidado coletivo, onde pudessem

¹⁰ A equipe das Unidades de Cuidados Clínicos baseia-se em um/a técnico/a de enfermagem, um/a auxiliar de moradia e um monitor/a para cada plantão nas casas. Há ainda uma coordenadora e 5 enfermeiros que são referências das casas e dois médicos clínicos para atendimentos dos moradores.

ser discutidas e repensadas as práticas, as angústias e como todo o atravessamento afetivo estava influenciando no trabalho cotidiano.

As Moradias foram um exemplo claro da importância de se repensar a atuação profissional, frente os desafios e entraves: como fazer do *morar* um projeto terapêutico singular? Nas supervisões e nas aulas sobre SRT na Unicamp e nos momentos de preceptoria, pude experimentar e refletir esta complexidade, além de ter contato com a importância da EPS nesta área da reabilitação psicossocial através de bibliografias diversas sobre o tema. Mesmo reconhecendo a necessidade da equipe também ter estes momentos de repensar a prática, esses momentos foram escassos à equipe, frequente tomada pelas urgências dos moradores que refletiam em adoecimentos clínicos e psicológicos este processo de mudança.

4.3. A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO: O MÉTODO PAIDÉIA

Onocko Campos (2003) traz o conceito de dispositivo como uma estratégia de subversão as linhas duras de poder instituídas, mas com a particularidade de que este só poderá ser confirmado de estar nessa função a posteriori. Traz, ainda, a formação como um exemplo de um dispositivo.

Pensando a EPS como um dispositivo para subverter linhas duras que atravessam o cuidado e a reflexão na saúde, um novo estilo de gestão é uma das questões centrais dentro da Política de Educação Permanente em saúde. A reflexão coletiva sobre o trabalho no SUS deve ser exercida por todos os atores envolvidos nestes processo (trabalhadores, gestores e usuários) em diferentes espaços. Para fins propositivos de EPS nos serviços por onde passei como residente, trago um pouco do Método Paidéia ou Método da Roda (CUNHA E CAMPOS, 2003).

Nesta proposta inovadora de cogestão de coletivos organizados, há uma problematização das formas hegemônicas e hierarquizadas de gestão e são propostos espaços dialógicos, democráticos e plurais para a negociação e invenção de outras formas de viver o mundo do trabalho, espaços feitos Ágoras das *Polis* gregas. Dessa forma, o Método Paidéia traz três finalidades intrinsecamente conflitivas e conectadas: a produção de valor de uso (finalidade declaradas da instituição), produção de sujeitos e subjetividades (trabalhadores) e a sustentabilidade (reprodução da instituição).

Dentre os atores, cada um dele se identifica com uma finalidade: os usuários identificam-se com a finalidade da instituição ou a produção do valor de uso dos produtos ou serviços ofertados; os trabalhadores com a produção de si como sujeitos; os gestores com a sustentabilidade e reprodução da instituição. Ao invés do comum feito da racionalidade gerencial hegemônica, o Método Paidéia “politiza a gestão porque reconhece os conflitos e procura não moralizar os interesses em jogo” (CUNHA E CAMPOS, 2010, p. 33). E ainda: reconhece que quaisquer dos três atores sociais, quando detêm o poder, comprometem a sobrevivência da instituição (CUNHA E CAMPOS, 2010).

Nesse sentido, a gerência não deixa de ser gerência, não perde seu posto necessário à equipe. O que está sendo proposto são espaços onde haja explanação de idéias, reflexões e pensamentos de todos da equipe, sem uma forma a priori de fazer o cuidado em saúde. Não há Educação Permanente sem debate, sem construção coletiva de conhecimento frente um caso clínico, um impasse na organização do serviço...

Para que a EPS ocorra e, conjuntamente, a cogestão, é necessário que um grupo seja formado. Ainda que dentro das ações em EPS o gestor não deva ser o facilitador, cabe também a ele a gerência da equipe, notar as nuances que possam atravessar este trabalho coletivo e que a coordenação também possa se incluir a esse grupo, dando suporte ao espaço de formação dos trabalhadores e de si próprio. Um grupo não se basta a um aglomerado de pessoas, é de suma importância que se forme de fato uma *grupalidade*. Onocko Campos (2003) elenca alguns fatores que podem ajudar a analisar questões dentro de um grupo: o suporte e o manejo para que ajude o grupo a se estruturar como intersubjetividade (com circulação de afetos); a regularidade; os encontros como suporte de uma personalidade (dentro de uma concepção winnicottina), suporte de transferências. Além disso, a autora ainda pontua a própria grupalidade como um fator de inconsciente distração, não cumprindo sua tarefa. Para tanto, torna-se importante usar ofertas como um suporte.

Ainda é bastante recorrente, dentro das instituições de saúde, uma gerência que se confunde com o lugar de chefia, não dando espaço para que os trabalhadores sintam-se ativos e convocados a debater seu cotidiano sem retaliação. A cogestão vem de encontro com a proposta de que os trabalhadores podem e devem sair do lugar passivo de receber ordens e para serem protagonistas do próprio trabalho:

“Criar e instituir espaços nos quais se possa experimentar tomada de decisões coletivas. Espaços nos quais seja possível formular projetos. Espaços que possam virar instâncias no sentido de processar aquilo que chega a eles, e ter um grau de análise da implicação maior com aquilo que produzem” (ONOCKO CAMPOS, 2003, p. 124).

A construção de um processo participativo, democrático e dialógico é uma construção individual (a cada ator) e coletiva. A cogestão implica que “alguém que possa exercer a função coordenação, que esteja gerente, sem necessariamente sentir que é gerente” (ONOCKO CAMPOS, 2003, p. 131).

4.4. PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E CONTROLE SOCIAL

As autoras Falkenberg et al (2014) trazem os diferentes conceitos de educação em saúde e educação na saúde, bem como suas interfaces e diferenciam os usos indistintos dos profissionais para termos como educação e saúde, educação para a saúde, educação sanitária, educação permanente e educação continuada. Dessa forma, para desdobrar sobre o conceito de *educação em saúde* e a relação desta com o a participação da comunidade e o controle social como parte integrante do quadrilátero de formação para a saúde (CECCIM E FEUERWERKER, 2004), utilizo a definição do Ministério da Saúde (*apud* FALKENBERG et al, 2014) para o conceito de educação em saúde como um “conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (p. 848)

Retomando a Lei nº 8080/90, onde consta a participação da comunidade como uma das diretrizes do SUS, além de, na Lei nº 8.142/90 dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Dessa forma, quando trabalhamos o tema da EPS, esta completa seu quadrilátero com a participação social. Já está claro que cada espaço de EPS deve ser pensado de forma singular a cada contexto de discussão; da mesma forma, os espaços de formação em saúde para e com os usuários devem ser pensados conforme a dinâmica de cada serviço de saúde, contando com maior ou menor participação da comunidade, sendo

pensadas estratégias para trazer a comunidade para uma discussão horizontal, responsabilizando a todos e todas, com formas particularmente diferentes a cada papel, o cuidado com a saúde.

Durante minha caminhada enquanto residente pude acompanhar Conselhos Locais e assembleias de usuários, reuniões do Conselho Municipal de Saúde, manifestações em defesa da saúde pública e de qualidade, eventos da Luta Antimanicomial e espaços como o Fórum de Pessoas em Situação de Rua como espaços possíveis para o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde. Ficou evidente que nos locais de controle social, ainda que atravessados por conflitos de interesses diversos, todos tem direito a voz. Todos são atores sociais potentes para contribuir para a formação em saúde.

Dessa forma, tendo estes locais supracitados como espaços de voz e propostas de mudanças, e como momentos dialógicos e horizontais, é importante ter em mente o método da Pedagogia Libertária proposta por Paulo Freire como forma de compor esses locais de formação e mudança da realidade vigente, “haja vista que os processos educativos são concebidos como intervenções que procuram transformar o conhecimento ingênuo em libertário, a partir da consciência crítica dos fatos” (BALDISSERA E BUENO, 2014). Dessa forma, a metodologia freireana vem de encontro com este último componente do quadrilátero de formação, mas se faz presente em todos os seus elementos e em toda a sua discussão.

Sendo espaços de controle social habitados por usuários, trabalhadores e gestores, temos nestes momentos diferentes visões sobre os processos de trabalho, cuidado e atenção em saúde, onde generalizo sobre as figuras destas três frentes de atores sociais, mas temos a singularidade de cada pessoa ali presente e seu núcleo de formação e profissão, sua história de vida, seus desejos e interesses que o levam estar ali. Assim, não cabem nos espaços de controle social atitudes verticalizadas e opiniões hegemônicas sobre as demais.

Para ilustrar, escolho as reuniões do Fórum de Pessoas em Situação de Rua e as Manifestações pela Saúde e da Luta Antimanicomial. O primeiro, promovido mensalmente por pessoas em situação de rua, militantes dos direitos humanos e profissionais da saúde e da assistência social, é um espaço aberto em local público (geralmente ocorre na praça da Catedral), mediado por profissionais da assistência social com foco no direito à voz das pessoas em situação de rua. Todas as pessoas

podem participar da forma como estão (em todos os sentidos), discutindo e se informando sobre a garantia de seus direitos, espaços de militância da população em situação de rua, denunciar, sair da invisibilidade. A partir deste espaço, foi criada a Comissão de Visibilidade da População em Situação de Rua, com discussões mais focadas e direcionadas, mas que surgem a partir das demandas dos participantes. A partir deste grupo, são elaboradas estratégias e ações de visibilidade à população de rua, como o programa quinzenal de rádio “Destilado da Rua”, o qual faz parte da Rádio online Maluco Beleza e a produção do filme “Devolvam Nosso Microfone! – O povo da Rua e a Hegemonia da Comunicação”, lançado em dezembro de 2015 em parceria com diversos coletivos¹¹.

A outra cena que trago neste trabalho, são as manifestações pela Saúde e da Luta Antimanicomial, onde todos os atores sociais saem às ruas reivindicando o cuidado em saúde mental de qualidade e livre dos manicômios, se fazendo ver, trazendo a discussão para toda a sociedade civil. A exemplo, trago a manifestação ocorrida em fevereiro de 2016 em defesa da RAPS e contra a nomeação de Valencius Wurch para o cargo de coordenador nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. No dia do ato, organizado pelo coletivo de militância campineira pela saúde mental e Luta Antimanicomial em consonância com o movimento de âmbito nacional que exige a saída de Valencius, os manifestantes saíram pela Rua 13 de Maio em direção à praça da Catedral, locais de grande movimento e comércio popular, onde participaram da passeata usuários, trabalhadores, Residentes, familiares, gestores, militantes e ativistas em defesa do cuidado em saúde mental de qualidade e livre dos manicômios. Andamos em meio a cartazes, cantorias, palmas, caixas de som, olhares curiosos. Quando chegamos na Catedral, fizemos um círculo e de mãos dadas simbolizando o movimento nacional “AbraçaRAPS”, gritamos “Presente!” para as pessoas mortas nos e pelos manicômios e para as pessoas ainda presas (ops, digo “internadas”) em hospitais psiquiátricos. Participantes contaram sua história: dentre relatos de choques elétricos, internações forçadas, contenções violentas e violações dos direitos humanos, a alegria de estar ali presente de corpo inteiro e protestando para toda a sociedade que esses momentos não devem retornar de forma alguma. A música

¹¹ Maiores informações a respeito dos coletivos idealizadores e envolvidos no processo, além do link online para o filme: <http://candido.org.br/projetos/comunicacao/noticias/1224-programa-destilado-da-rua-da-radio-online-maluco-beleza-lanca-filme> Acesso em 28/02/2016.

que participantes da passeata tocavam interagia a todos, nos fazendo dançar. A Luta Antimanicomial defende a liberdade e a alegria.

Para que este movimento acontecesse, os serviços de saúde mental fizeram assembleias, discutiram o atual cenário nacional e as possibilidades de retrocesso frente à manobra política que resultou na nomeação de Valencius Wurch. Ao invés de fazer pelos usuários, as equipes dos serviços estavam convocando-os para fazerem juntos e mudarem o jogo que não está e nunca esteve ganho. Uma vez que a EPS implica mudanças, a Educação Permanente estava acontecendo naquele momento em ato e no ato.

Assim, trazendo uma citação de Paulo Freire (1996) para fechar este elemento quadrilátero de formação (e às vésperas de fechar as idéias deste trabalho):

“É preciso, sobretudo, e aí já vai um destes saberes indispensáveis, que o formando, desde o principio mesmo de sua experiência formadora, assumindo-se com sujeito também da produção do saber, se convença definitivamente de que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (p. 12)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo das leituras, fica evidente que o quadrilátero de formação para a saúde é uma estrutura em que suas partes se sustentam apoiadas umas nas outras. Para dar sustentação à essa política, não há como excluir qualquer um dos segmentos que a compõe. Para que esse quadrilátero se firme, alguns elementos são essenciais para garantir a estruturação: a participação coletiva na saúde e seus processos, a horizontalidade nas discussões e a clareza de espaços definidos e destinados à EPS, a valorização do conhecimento singular de cada pessoa.

Estes espaços, mais do que apenas formação e reflexão, são espaços de produção de saúde mútua de trabalhadores, usuários e gestores. Indo contra um processo de trabalho alienante, que causa adoecimentos de várias formas (em todos os envolvidos) por não permitir que haja reflexão, participação, invenções, questionamentos às hierarquias e processos tidos como dados, os espaços de EPS permitem que os “não sei o que fazer com isso”, “não sei como agir nessa situação”,

“acho que poderíamos fazer isto de outra forma”, “não concordo com essa ação”, emergjam.

O trabalho em saúde não é somente o acúmulo de conhecimentos e execução de procedimentos, pois o cuidado da saúde de seres humanos precisa *também* de conhecimentos e procedimentos, mas não só; dentro do cotidiano, o trabalho em saúde é atravessado por afetos e afetações (que nem sempre são positivos e tranquilos de se sentir), envolve sensibilidade de escuta às demandas das mais simples às mais complexas, compreensão das histórias de vida e do contexto social, análise e construção conjunta do projeto terapêutico singular e, claro, posicionamentos ético-políticos. Para que tudo isso (e muitos outros elementos) possam ser colocados na prática, em conjunto e em ato, espaços dialógicos que contemplem o que cada sujeito traz consigo como conhecimento e onde possam ser elaborados novos conhecimentos horizontalmente são fundamentais.

Para tanto, a implicação de todos os atores sociais é indispensável neste processo, mas destaco para a sensibilidade e implicação dos gestores para com a equipe e os usuários dos serviços na garantia de que os espaços de EPS realmente aconteçam. A gestão tem muitas funções em um serviço de saúde, mas cabe também aos coordenadores escutarem as demandas, as potências e os momentos de enfraquecimento da equipe que podem vir através de manifestações diversas. Assim, os espaços de EPS para dentro das equipes, podem ser possibilidades de sanar os tão frequentes “não ditos”, problemas cotidianos que criam fantasias pessoais, falta de estímulo e ausências de parcerias, confiança e vínculo. São necessários momentos protegidos, livres de qualquer retaliação para “falar sobre isso”, “falar sobre aquilo”, **falar sobre o que for necessário**: por mais incômodos que possam causar alguns assuntos, continuo acreditando no poder da palavra como elaboração e ressignificação para a ação.

Concluo este trabalho expressando meu desejo de trazer para mais perto da RAPS Campinas discussões sobre EPS. Minha intenção nestas páginas foi instigar a rede a discutir onde, como e quando estão ocorrendo os espaços de formação de seus atores sociais. Não espero que haja concordância plena com o que aqui foi posto, mas que seja uma faísca para muitas discussões, pensamentos, devaneios, invenções e, acima de tudo, espaços de formação e de produção de saúde.

6. BIBLIOGRAFIA

- BALDISSERA, V. D. A.; BUENO, S. M. V. A educação permanente em saúde e a educação libertária de Paulo Freire. *Cienc Cuid Saude*, Abr/Jun; v. 13, n. 2, 2014, p. 191-192.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 198/GM/MS. 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. Brasília, 13 de fevereiro de 2004.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1.996 . Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 20 de agosto de 2007.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2003.
- BRASIL, Lei nº 11.129. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683 de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, 2005.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.174 GM/MS. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e dá outras providências. Brasília, 07 de julho de 2005.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.
- BRASIL. Lei 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. Brasília, 1990b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1077. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em área profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, 2 de novembro de 2009.
- BRASIL, SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNRMS nº 2. Dispõe sobre as Diretrizes Gerais para os programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília, 13 de abril de 2012.

- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5 n. 2, p. 219-230, 2000
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html> Acesso em 07/01/2016.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 41-65, 2004.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *ORG & DEMO*, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.
- DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série Pactos Pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, v. 9.
- DA LUZ, R. S. Trabalho Alienado Em Marx: A Base Do Capitalismo. 2008. 101 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia). Faculdade de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- ENRIQUEZ, E. O trabalho da morte nas instituições. In: KAËS, R.; BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E.; FORNARI, F.; FUSTIER, P.; ROUSSILLON, R.; VIDAL, J.P. A Instituição e as Instituições: Estudos Psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.
- FARAH, B. F. Educação em Serviço, Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde: Sinônimos ou Diferentes Concepções? *Rev. APS*, v. 6, n. 2, p. 123-125, jul/dez. 2003.
- FALLEIRO, L. M.; BARROS, R. S.; LIMA, V. C. S. L.; DUARTE, C. C. Considerações preliminares sobre Apoio Institucional e Educação Permanente. In: FALLEIRO, L. M. (org). Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), p. 847-852, 2014
- FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia – saberes necessários à Prática Educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

- LOPES, T. D. Como se faz, faz toda a diferença! Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Aprimoramento Profissional em Planejamento e Administração de Serviços de Saúde. Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, 2009. Disponível em: http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/tcc2008taniaduquelo_pes.pdf Acesso em 21/02/2016.
- MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5): p. 605-610.
- MEHRY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html> Acesso em 10/02/2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestão Na Educação. Portal da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/320-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/gestao-da-educacao/noticias/9332-teste-de-area-1> Acesso em 08/01/2016.
- OLIVEIRA, J. A. M.; PASSOS, E. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial. Polis e Psique, vol. 2, número temático, 2012.
- ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. Hucitec, São Paulo, 2003, p. 122-149.
- SÁNCHEZ VÁSQUEZ, A. Filosofia da Práxis. Tradução: Maria Encarnación Moya. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLASCO; São Paulo: Expressão Popular, 2007.
- SEVERO, A. K. S.; L'ABBATE, S.; ONOCKO CAMPOS, R. T. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. Interface: Comunicação, Saúde e Educação. 2014; v. 18, nº 50, p. 545-56.