

REDES, TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO.

NETWORKS, WORK AND HEALTH EDUCATION: AN EDUCATION EXPERIENCE.

Hevelyn Rosa Machert da Conceição^a
Marina Ramos da Rocha Paes^b
Pamela Cristina Bianchi^c
Tarsila Teixeira Vilhena Lopes^d

Resumo

Este artigo se pretende uma tessitura da composição estabelecida em cerca de um ano de atividades em um curso de qualificação voltado às recepcionistas e oficiais administrativas da área da saúde de um município no estado de São Paulo. O curso adotou como pressuposto de sua metodologia pedagógica a participação e o protagonismo das profissionais em seu desenvolvimento. Diversos temas foram debatidos ao longo do curso, incluindo Redes em Saúde, um dos eixos centrais deste artigo. Assim, apresentam-se as narrativas colhidas através de relatórios a fim de ilustrar como se deu o processo formativo em relação ao tema e dialogar com a literatura científica. Conclui-se que o processo valorizou o exercício de criação de espaços nos quais a fala e a escuta circulavam e promoviam a análise dos processos de trabalho através de relações horizontais, propiciando o aprendizado em ato.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Redes de Saúde; Educação em Saúde; Profissionais da Saúde.

Abstract

This paper aims to be the result of the composition established in almost one year of work in a course focused on receptionists and administrative staff of the public health system in a city of São Paulo. The course embraced as basic prerogative of its pedagogical methodology the professionals participation and protagonism in the development of the educational process. Various subjects were discussed during the course, including health care networks, wich is the main theme of this paper. Thus, we present the the narratives gathered through reports in order to discuss the development of the educatinal process related with network subjetc and scientific literature. The conclusion is that the process reinforced the creation of a open space to speech and listening, promoting the analisis of the working process troughout horizontal relationships, achieving learning in act.

Key words: Public health system; health care networks; education of health; health professionals.

^a Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal Fluminense, Niterói – Brasil.

^b Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, Ministério da Saúde – Brasília – Brasil.

^c Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo – Brasil.

^d Universidade Federal de São Carlos, São Paulo – Brasil.

INTRODUÇÃO

Este artigo se pretende uma tessitura, no sentido que ele quer ressoar algo da composição estabelecida em quase um ano de atividades em um curso de qualificação voltado às recepcionistas e oficiais administrativas^e da área da Saúde de um município de médio porte no estado de São Paulo.

Contudo, esta partitura não está completa, pois nem todas as envolvidas ora narram este processo, visto que, passados alguns meses do término das atividades (março de 2015), algumas de nós mantivemo-nos próximas e com a intenção de escrever um artigo sobre a experiência em questão, e outras seguiram rumo a novos projetos, inviabilizando sua participação mais ativa na escrita - o que não significa que não tenham parte neste texto.

Neste curto espaço também não poderíamos abarcar todos os temas debatidos ao longo do curso, desta maneira, elegemos abordar parte dos conteúdos trabalhados, dando destaque ao tema de Redes em Saúde. Assumimos experimentar a exposição de algumas reflexões e passagens, transmitidas por nós, quatro autoras, e nos amparamos umas nas vivências das outras para percebermos quão coletiva foi a produção de conhecimento, tanto nos momentos presenciais junto às trabalhadoras quanto no momento de externalizar aos leitores as elaborações que fizemos.

Esse compartilhamento do saber, essa junção de notas tem a ver com a tentativa de equalizar o som que ecoa no momento posterior à práxis propriamente dita - se bem que fomos produzindo conhecimento ao longo do processo como um todo, conforme será exposto em relação à Educação Permanente.

DELINEAMENTO DO PROCESSO FORMATIVO

O curso^f partiu da iniciativa da gestão municipal por ser uma diretriz de governo, a fim

e Ao longo de todo o artigo optamos por privilegiar as declinações dos nomes, pronomes e adjetivos no gênero feminino, uma vez que tanto suas autoras são mulheres quanto a maior parte das profissionais que acompanharam o curso. Além disso, em algumas circunstâncias, durante as aulas, foram debatidas questões de gênero, sexualidade, uso de substâncias psicoativas, raça/cor, enfim, temas usualmente tidos como tabus e, nossa defesa consistiu em problematizá-las de maneira a respeitar suas flexões e diferenças, sensibilizando o grupo como um todo a atentar às populações mais vulneráveis e que sofrem preconceitos historicamente mais marcados.

f O referido curso não foi batizado muito particularmente. Em todos os arquivos criados a seu respeito ele foi intitulado de "Formação para recepcionistas e oficiais administrativos".

de oportunizar uma formação a profissionais ainda não contempladas nos projetos de formação da Secretaria de Saúde e, tendo em vista a necessidade de investimento em qualificação no trabalho destas profissionais e na relação que elas estabelecem com usuários. Ou seja, entendendo-as como agentes fundamentais ao processo de acolhimento aos usuários e de construção de uma rede produtora de conexões e de integralidade. Ademais, a parcela de 20% das reclamações registradas na Ouvidoria se dirigiam àquelas profissionais, e solicitações por melhor atendimento levantadas nos Conselhos, Conferências e Planos Plurianuais – entre outros instrumentos de planejamento governamental – instavam o governo a dar respostas.

Os passos seguidos foram a busca por um núcleo de pesquisa sobre Saúde Coletiva radicado em uma Faculdade local, a qual, por sua vez, contratou profissionais com experiência em Educação Permanente para realizarem sua coordenação pedagógica. Houve um processo de seleção – convocado pelo corpo pedagógico – das candidatas que encaminharam seus currículos para as vagas de facilitadoras.

Como, enquanto equipe que viria a se formar, poderíamos ouvir as queixas apresentadas de maneira qualificada? Como tratar a reclamação de que as recepcionistas "dão orientações erradas que fazem o paciente andar em diversos lugares para ter o que precisa?" (sic). Como não responder prontamente a esta crítica oferecendo, por exemplo, um curso que remendasse a prática das profissionais, mas antes, promovendo espaço para que estas se colocassem, de maneira que pudéssemos, junto a elas, construir um plano de ação condizente, também, com suas necessidades? Como não culpabilizar ou admitir como verdade unânime de que "as recepcionistas ficam no celular e não olham que têm pessoas para serem atendidas?" (sic).

Desde o princípio a permanência do processamento coletivo de ideias viria a dar o tom de todo o processo. Participamos de três dias de atividades com análises de fluxos, discussões de caso, levantamentos de propostas, criação de termo de referência para atividades a serem replicadas nos encontros formativos, dentre outras. Isso, de antemão, demonstrou que havia um planejamento muito consistente e rico em compartilhamentos sendo preparado, uma vez que todas as presentes (coordenação pedagógica, facilitadoras, corpo administrativo e grupo condutor da Secretaria de Saúde) viriam a ser partícipes na abordagem de educação que ora se estabelecia.

Foram selecionadas seis facilitadoras e quatro facilitadores, responsáveis cada qual por certo número de turmas conforme sua disponibilidade, tendo em média cada facilitadora duas turmas. Cada turma tinha até vinte e cinco trabalhadoras de diferentes Unidades de Saúde e essa distribuição se deu de forma bastante variada, sendo que poucas turmas tinham colegas muito próximas; exceto por grandes equipamentos como hospitais, os quais têm grande número de recepcionistas e oficiais administrativas.

Houve dois grandes blocos de formação: um de início em março e outro em agosto de 2014. O primeiro formou a maior parte das profissionais, uma vez que abrangeu Atenção Básica em Saúde, Atenção Especializada, Serviços de Urgência e Emergência (Unidade de Pronto Atendimento - UPA, Serviço Ambulatorial de Urgência - SAMU, Programa de Internação Domiciliar - PID e Pronto Socorro) e Vigilâncias. O segundo bloco contou com profissionais de hospitais e dos departamentos de áreas administrativas da Secretaria de Saúde mais profissionais remanescentes da Atenção Básica que, por diversas razões, não puderam integrar as turmas do bloco inicial. Passaram pela formação aproximadamente setecentas profissionais.

Foram dez encontros de oito horas cada, quinzenais, sendo que seis deles fizeram parte do que se convencionou chamar de eixo comum, no qual foram abordados os temas: *O direito à saúde: o SUS no Brasil, O processo de saúde e o SUS em rede, Humanização em saúde e Diretrizes das políticas de saúde* e dois encontros do eixo específico, os quais trataram dos temas: *Sistemas de informação e Regulação*, além de outros dois encontros – *Excelência em atendimento ao público e O sistema de saúde da cidade* com as quais as autoras não estiveram envolvidas, uma vez que este eixo teve a docência fracionada, com a intervenção de facilitadoras indicadas pela gestão municipal.

Na medida em que se estabeleceram encontros em roda, nos quais as pessoas puderam se expressar e argumentar a partir de seus saberes, fortaleceu-se o encontro como espaço aberto às críticas e contribuições daquele público.

O CONTEXTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O curso integrou as atividades formativas do município como oferta da Educação Permanente em Saúde, cumprindo uma proposta de ação proveniente da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS). A PNEPS, voltada para a formação e desenvolvimento de

trabalhadores do SUS, é compreendida como proposta de ações capazes de contribuir para a transformação dos processos formativos e práticas pedagógicas e da saúde, integrando as ações das secretarias de saúde municipais. Assim, constitui-se como uma atividade articulada entre as esferas de gestão, os campos de prática e as instituições formadoras, com vistas à identificação e problematização de questões cotidianas para construção de sua resolução¹.

Para Ceccim², a utilização do cotidiano como ponto de análise se permeabiliza pelas relações concretas que compõe a realidade e possibilita a construção de espaços coletivos de reflexão e avaliação das ações realizadas no dia a dia. Desta maneira, utiliza-se dos processos e vivências que ocorrem no interior das unidades para traçar linhas de aprendizagem significativas, apoiadas em aportes teóricos e empíricos para construção do saber em conjunto.

A aprendizagem significativa propõe que a transformação das práticas profissionais tome como base a reflexão crítica sobre as ações reais dos profissionais na rede de serviços de saúde. Os processos de capacitação, estruturados a partir da problematização das atividades do trabalho, tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A formação, desta maneira, deve englobar aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS³.

Frente a tais conceituações a respeito da educação permanente em saúde, a coordenação do curso lançou mão dos preceitos ditados pelas metodologias ativas como orientações para o desenvolvimento do processo formativo. As metodologias ativas estão alicerçadas no princípio teórico da autonomia dos sujeitos participantes, por conseguinte, a aprendizagem envolve a auto-iniciativa através das dimensões afetiva e intelectual. Nesta perspectiva, a produção de novos saberes exige o exercício do questionamento, da curiosidade, da intuição, da emoção e da corresponsabilização, além da capacidade crítica de observar, se aproximar e reconhecer o objeto em questão⁴.

No processo formativo vivenciado, a coordenação também lançou mão da autonomia para organização da metodologia através dos Termos de Referência (TR). Os TR se constituíam como guias de atividades, os quais eram elaborados em conjunto pela equipe de coordenação e facilitadores com base nos temas e objetivos a serem discutidos. No início do

curso, os TR eram elaborados a cada eixo, contudo, com as vivências e a liberdade estabelecida para com os facilitadores, os guias perderam obrigatoriedade de construção e aplicação, constituindo-se apenas como apoio do processo.

Para o tema de Redes de Saúde, a utilização da metodologia ativa como recurso facilitou o processo de compreensão de sua conceituação teórica e do papel que cada funcionária desempenhava no cenário do município. As atividades utilizadas e as discussões pautadas no reconhecimento das vivências cotidianas permitiram às trabalhadoras a visão da Rede de Saúde como algo dinâmico, constituído através das relações entre os sujeitos que a compõe desde as recepcionistas das unidades básicas de saúde até os profissionais do hospital de nível mais técnico do município.

A rede se articula e faz caminhar os processos de cuidado através da fala, das discussões em equipe, dos telefonemas. Assim, a metodologia ativa no processo formativo foi contemplada como eixo primordial na compreensão das relações vivas, uma vez que a fala e as opiniões eram os fios condutores dos processos de aprendizagem.

AS REDES DE SAÚDE

No módulo intitulado *O processo de Saúde e o SUS em rede*, o segundo grande eixo no conteúdo programático do curso, tivemos a oportunidade de debater temas específicos, sendo um deles as redes na atenção à saúde. No modo como organizamos a formação, o segundo módulo realizava-se no terceiro encontro da turma com a facilitadora, logo após a apresentação do curso e o módulo inicial, cuja responsabilidade foi a de discutir o direito à saúde e a constituição do SUS. Abordaremos aqui o tema das redes em saúde a partir da experiência vivida nesse módulo com as turmas da formação.

Diante dos registros das discussões sobre o tema nos relatórios periódicos produzidos pelas facilitadoras e pela coordenação pedagógica, os principais assuntos refletidos foram o conceito de redes, a organização dos serviços de saúde do município, os itinerários terapêuticos dos usuários, as redes prioritárias na saúde e as linhas de cuidado.

No que diz respeito ao significado de rede, consta nos relatos das facilitadoras que as profissionais a conceituaram como:

Um conjunto de fios que se cruzam em determinado ponto. [...] Conjunto de

UBS, UPAs, CAPS, Hospitais, comum objetivo em comum; conjunto de profissionais, matriciadores, generalistas, enfermagem, agentes comunitários, sistemas de informação e computadores (Relatório Geral dos Facilitadores, p. 2).

Muitas especialidades diferentes com porta de entrada em comum, com um mesmo propósito de tratamento em saúde (bem-estar). De tal forma que, os serviços estão interligados para que o usuário possa ser bem atendido. Essa conexão se amplia para todo o país, gratuitamente (Relatório Geral dos Facilitadores, p. 5).

Ambos os recortes trazem o ponto de vista de rede como um sistema que interliga vários serviços em prol da produção do cuidado em saúde, sendo que o segundo trecho ainda acrescenta que essa configuração se estende a todo o território nacional. Pode-se supor que esses profissionais compreendem rede de saúde como uma produção de cuidado que visa atender as necessidades do usuário. Para isso, é preciso que os múltiplos serviços que existem estejam conectados, não só nos limites do município, mas também nas esferas estaduais e federais.

Trata-se de um conceito que vai ao encontro com a definição do Ministério da Saúde, que entende as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde⁵.

Para exemplificar como esse conceito pôde ser trabalhado, citamos o relato de uma das turmas do eixo comum:

Problematizamos o conceito de Rede, pensamos que ela não se limita aos dispositivos. Problematizei que havia vazios na rede e um deles era, justamente, a (falta de) comunicação. [...] Problematizamos que a comunicação se dá entre interlocutores, entre duas ou mais pessoas, e que é preciso pensar que nessas relações as duas partes têm responsabilidades.

Utilizamos também a metáfora da bicicleta de dois lugares (Relatório Geral dos Facilitadores, p. 4).

A facilitadora nos conta o movimento que fez para ampliar o conceito de rede. Acolhe a crítica sobre a (falta de) comunicação das profissionais, mas também as corresponsabiliza sobre essa configuração. Presume-se que ela procurou refletir com o coletivo sobre os problemas relacionais existentes nas redes de saúde, os quais dificultam a garantia da integralidade do cuidado.

A ideia dos serviços de saúde serem tomados por uma rede de conversações é explorada na literatura como um espaço vivo, uma vez que é composto por várias e distintas “regiões de conversa” interligadas. Segundo esses autores, as redes vivas são fragmentárias e estão em contínuo acontecimento. Ou seja, às vezes são circunstanciais (montam e desmontam), às vezes se tornam mais estáveis. Comportam-se como lógicas de redes digitais, que podem emergir em um ponto sem ter que obedecer ao ordenamento das redes analógicas – como a noção de rede primária e secundária do cuidado. Dessa forma, o funcionamento das redes vivas não se pauta em momentos previsíveis, dentro de uma racionalidade manejável ^{6,7}. Trata-se da perspectiva que deu suporte às facilitadoras para problematizar o tema com as profissionais.

Em seguida, apontamos um recorte que descreveu como uma das facilitadoras trabalhou com as múltiplas possibilidades de encaminhamento dos usuários dentro do sistema de saúde público:

Ao compartilhar os casos trabalhados, traçamos no mapa [...] todo o caminho que o usuário percorreu nos equipamentos de saúde. Discutimos o sistema hospitalar e a atenção básica e os profissionais afirmam que os usuários não criam vínculo com as Unidades Básicas de Saúde, que o encerramento do caso não tem retorno para a unidade. Conversamos a respeito do papel da UBS no território e o papel do vínculo na construção do cuidado. Na finalização dos caminhos do usuário no mapa, questionei ao grupo sobre os espaços vazios que ficaram na rede: eles compõem as redes do usuário? Quais tipos de redes existem? Conversamos acerca das redes sociais e das redes de suporte, traçamos, dessa forma, os demais equipamentos existentes no município como igrejas, CRAS, CREAS, parques, praças, entre outros (Relatório Geral dos Facilitadores, p. 8).

A facilitadora pontuou que a atividade do mapa permitiu traçar os caminhos do

cuidado do usuário, o que a fez problematizar as redes de saúde do município. Presume-se que foi possível refletir com o coletivo sobre os fluxos de referência e contrarreferência para atender as necessidades de saúde do usuário, as atribuições dos setores da saúde, a territorialização da assistência, assim como sobre os serviços de saúde e equipamentos sociais no município.

Refletir sobre as questões supracitadas requer pensar nas dimensões da gestão do cuidado em saúde, que podem ser apresentadas como: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Isso implica em manejar elementos como autonomia; apoio de família, amigos ou vizinhos; preparo técnico, ética e vínculo com os profissionais de saúde; divisão técnica do trabalho, coordenação; linhas ou redes de cuidado e políticas sociais⁸.

Com relação às redes prioritárias de atenção à saúde, a facilitadora nos relatou que:

As trabalhadoras não relacionavam algumas das redes que já tinham ouvido falar (UE, Cegonha) com as RAS. Mostrei o conteúdo do site do Departamento de Atenção Básica, que fala sobre os objetivos destas redes. Após isso, remontaram casos com os quais já tiveram contato e pensaram os caminhos percorridos pelas redes, identificando fluxos resolutivos e falhas. Acharam esta atividade esclarecedora. Estas complexidades deram abertura para falarmos sobre trabalho material/imaterial destacando as diferenças e as sutilezas de um trabalho totalmente relacional e que envolve sujeitos diferentes todo o tempo (Relatório Geral dos Facilitadores, p. 9).

Nesse caso, ao serem perguntadas, as trabalhadoras não relacionavam algumas das redes que já tinham ouvido falar (Urgência e Emergência, Cegonha, Atenção Psicossocial) ao “nome” RAS. Apresentando-lhes o conteúdo do site oficial, foi possível que reconstruíssem casos conhecidos e isso as fez pensar nos caminhos que os sujeitos – elas mesmas, às vezes - percorrem pelas redes, possibilitando uma análise ampliada dos fluxos. As profissionais consideraram esta atividade esclarecedora por ter relacionado uma portaria ministerial (documento oficial e que, portanto, rege seu trabalho) à sua prática profissional. Diante desse entendimento, pode-se supor que as profissionais não conhecem as redes prioritárias, tais como elas se apresentam nas diretrizes políticas do Ministério da Saúde. Além disso, as discussões suscitadas nessa atividade levaram a facilitadora a abordar a diferença entre trabalho material e o conceito de trabalho imaterial:

A cena contemporânea do trabalho e da produção (...) está sendo transformada sob a hegemonia do trabalho imaterial, ou seja, trabalho que produz produtos imateriais, como a informação, o conhecimento, idéias, imagens, relacionamentos e afetos (...) o trabalho imaterial tende a assumir a forma social de *redes* baseada na comunicação, na colaboração e nas relações afetivas⁹.

Os diversos assuntos abordados nesse módulo puderam ser sintetizados a partir de trechos extraídos do relatório da coordenação pedagógica, tais como:

O segundo módulo nos aponta para a importância do diálogo na rede de serviços, e as fragilidades decorrentes das “rachaduras” na comunicação; a busca constante por autonomia pelas profissionais em seus cotidianos, e o reflexo disso na multiplicidade de entendimento sobre o funcionamento das linhas de cuidado e dos territórios de saúde; e o funcionamento interno das unidades de saúde como os locais onde se exercita o potencial e as fragilidades da comunicação, e a necessidade que tais profissionais sentem em estarem mais antenados com as diretrizes de saúde municipais, os fluxos, as novidades, etc (Relatório Geral dos Facilitadores, p. 12).

Trouxeram, a partir de suas vivências, a dimensão viva das linhas de cuidado, seus desenhos e meandros, e o apoio em rede como dispositivo de fortalecimento dessa rede (Relatório Geral dos Facilitadores, p.13).

Os relatos levantam a importância dos encontros temáticos para trabalhar desde o papel da comunicação e seus reflexos em uma rede fragmentada até o processo de trabalho em saúde do ponto de vista da autonomia e do compartilhamento de responsabilidades. Nesse sentido, o apontamento de que a dimensão viva da saúde está presente tanto para o profissional, quanto para o usuário, torna a aposta no apoio em rede fundamental para a potencialização da produção do cuidado. Aposta essa que implica explorar as tensões-constitutivas presentes no lugar de práticas de encontros para dar substância ao fato de que a vida e sua produção intensiva valem a pena e é o eixo-guia da construção do agir em saúde e da formação de coletivos de trabalhadores do cuidado, transformando profissionais de saúde em trabalhadores coletivos¹⁰.

Sendo assim, o funcionamento real do SUS deve ser entendido como resultado da ação de múltiplos atores que produzem vários regimes regulatórios de acesso e consumo dos serviços de saúde. São os encontros que desenham os fluxos, pontos de conexão e articulação entre os serviços de saúde. Por se tratar de uma produção social, vislumbram-se práticas de

cuidado dadas pela singularidade do sujeito, atuando no campo micropolítico de construção de um mapa, que está sempre aberto. Isto é, permite diversas entradas e ao se romper em determinado ponto se refaz encontrando novos fluxos que permitem seu crescimento, fazendo novas conexões no processo ^{11,12}.

DISPOSITIVOS DE TRABALHO NA DISCUSSÃO SOBRE REDES

As atividades que compuseram o Módulo dois visaram abordar assuntos como o processo de saúde-doença-cuidado, conceito de saúde e relação com condição social de vida, redes em saúde e intersectorialidade. Ao longo do correr das primeiras atividades que constituíram esse módulo, aprofundamos na complexidade da noção de saúde enquanto objeto de práticas e intervenções, relacionando o sentir-se saudável e o adoecer a processos inerentes do viver. Com as memórias trazidas pelas participantes pudemos diferenciar sofrimento de patologia e refletir criticamente sobre o papel da área da saúde na medicalização da vida. Diante desse campo aberto, a conexão com o cotidiano do trabalho de cada uma foi construída, possibilitando a análise da inserção social e política dos serviços de saúde nos distintos territórios.

Com a finalidade de aprofundar no tema sobre *O SUS em rede*, as atividades propostas incumbiram-se de disparar a temática de rede em saúde desde o que concerne ao processo de trabalho até a organização dos serviços e a produção do cuidado. A rede enquanto uma política pública foi abordada nesse módulo no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como discutido na seção anterior. Com o estudo do mapa geográfico da cidade e da localização dos equipamentos de saúde, levantaram-se questões sobre a distribuição da oferta de assistência no território, a efetivação do princípio do acesso e a relação entre a saúde e os demais setores na cidade. Por fim, a partir da ferramenta de situações-problema também pudemos exercitar o traçado de itinerários terapêuticos a partir do conhecimento de cada um, construindo uma atividade de rico compartilhamento. A seguir, traremos a apresentação e a análise de algumas atividades que se mostraram relevantes para o debate sobre redes em saúde no contexto da educação permanente.

No decorrer da formação, visualizar a conexão da área da saúde com as demais dimensões das políticas públicas e da própria vida cotidiana das pessoas tornou-se uma passagem necessária à discussão de redes, sobretudo, devido a questões levantadas pelas

profissionais em relação à organização do sistema. Uma vez que no início desse módulo nos debruçamos sobre a complexidade do processo de saúde-doença, as profissionais trouxeram à roda indagações sobre o papel do profissional da saúde diante de cenários tão diversificados e dinâmicos. A partir de situações vivenciadas no cotidiano do trabalho, as participantes foram traçando a relação entre condição de vida, adoecimento e oferta de serviços de saúde e, a fim de explorar essa análise, lançamos mão de atividades que articulavam as noções de rede de serviços e território.

Entre as atividades propostas, a fim de utilizar a ferramenta do mapa, foi encomendada a uma gráfica uma cópia em tamanho grande do mapa da cidade com as divisões por bairros e regiões. Já que o mapa original fazia parte do acervo da Secretaria Municipal de Saúde, ele continha também a localização de todos os equipamentos públicos de saúde. O objetivo desse exercício era de que as profissionais apontassem os serviços que conhecessem e onde trabalhavam, relacionando a distribuição da oferta de serviços de saúde no território do município com as singularidades de cada bairro e região, possibilitando, assim, a troca de saberes e experiências entre elas.

De modo a disparar o debate, foi encomendado que cada participante escrevesse em uma pequena tarjeta de papel o nome do serviço onde trabalhava e o afixasse no mapa da cidade. Conforme cada uma identificou no mapa o local de trabalho, a turma foi trazendo questões sobre como era o entorno onde o serviço estava, quais as características da população, o custo de vida, entre outras. Com a apresentação das unidades ali representadas pelas profissionais foi possível traçar relações entre os serviços, visualizar as pontes e a comunicação entre os diferentes níveis de complexidade do sistema e conhecer realidades que não se tinha notícia anteriormente.

A sucessão de apontamentos no mapa acabou por gerar o desenho de uma cidade povoada não somente por equipamentos do SUS, mas por pessoas e por relações, na medida em que surgiu a noção de uma rede viva e dinâmica, atravessada pelas trabalhadoras e pelos usuários a ela vinculados, assim como por outros setores e pelo território. As profissionais puderam aproximar-se ainda mais da singularidade de cada região, traçando a intersecção entre a saúde e as demais dimensões da vida. Nesse sentido, foi levantada também a distribuição no território de serviços de outros setores, tanto públicos quanto privados, incluindo centros culturais, associações de moradores, parques e organizações do terceiro

setor, de forma a produzir um olhar amplo para a cidade onde se mora e se trabalha.

A troca de conhecimentos sobre as distintas facetas da cidade e de sua população mostrou-se significativa e potente, uma vez que muitas participantes circulavam em pequenas áreas da cidade, frequentando os mesmos espaços e desconhecendo a singularidade de outras regiões. E em vista do aparecimento, no debate, das particularidades locais onde se inserem as profissionais, foi possível também analisar as distintas necessidades de saúde da população que se colocam como urgentes em cada território. Portanto, experimentamos, a partir da vivência cotidiana das trabalhadoras, a importância da descentralização na organização da assistência a fim de manter as ações em saúde sensíveis para os contextos locais.

Como ao final de cada encontro realizávamos um momento de avaliação do dia de trabalho no curso, o retorno que a turma deu sobre a atividade do mapa foi positivo, sendo que muitas profissionais afirmaram entrar em contato com aspectos antes desconhecidos sobre a cidade e apontaram o desafio da cobertura e do acesso universais, uma vez que muitos equipamentos de diversos setores concentram-se em determinadas regiões – como o centro – enquanto as zonas periféricas carecem de oferta de serviços.

Em um próximo momento, dando sequência ao aprofundamento no debate sobre a rede de saúde local, foi proposta uma atividade que utilizou como disparadores breves relatos de situações-problema⁹ para que a turma, dividida em pequenos grupos de duas a três pessoas, exercitasse o desenho de um itinerário terapêutico. Conforme os pequenos grupos iam discutindo e construindo suas propostas, o mapa foi afixado novamente na parede de forma a cruzar os percursos desenhados para os casos com as características da realidade da cidade – ainda muito vivas desde a atividade anterior.

As situações-problema com as quais as participantes se depararam eram proposadamente curtas, oferecendo apenas algumas poucas informações sobre um caso, a partir das quais caberia aos grupos pensar em meios de conhecer mais sobre cada caso e indicar as melhores rotas possíveis dentro da oferta de serviços do município. Muitas das situações-problema repetiam-se entre os grupos com o propósito de que, no momento de

⁹ Citamos, a título de exemplo, duas situações-problema utilizadas com as turmas:

- 1- “Lourdes, 39 anos, chega ao pronto-socorro com machucados no corpo afirmando que apanhou do marido”;
- 2- “Bernardo é idoso e chega à Unidade de Saúde da Família acompanhado de sua filha para uma consulta, mas é abandonado por ela no serviço”.

compartilhamento de propostas, tivéssemos a possibilidade de lidar com olhares diferentes para um mesmo caso enriquecendo o repertório da turma e fomentando o debate.

Na medida em que cada dupla ou trio apresentava suas propostas de itinerários terapêuticos, também ficavam responsáveis por identificar no mapa da cidade os pontos por onde o usuário fictício transcorreria. Muitos serviços destacados na atividade anterior foram aproveitados e apontados como essenciais na resolução das necessidades de saúde daqueles usuários, no entanto, novos pontos foram surgindo com o intuito de ampliar as respostas possíveis em cada circunstância.

O exercício de imaginar um percurso terapêutico diante do apelo da cidade vislumbrada no mapa, logo após ter seu desenho atravessado pelas experiências, saberes e histórias de vida, ganhou um movimento dinâmico, intensamente protagonizado pelas profissionais. A rede protocolar, cuja imagem frequentemente remonta a uma lista dos equipamentos afixada em algum lugar no serviço de cada participante, transpassou-se para um mapa vivo de contornos fluidos, povoado por diferentes contextos sociais, econômicos e culturais compreendidos como essenciais na análise das situações de saúde.

O exercício do itinerário terapêutico posterior à análise do mapa da cidade tornou a atividade um espaço potente para aumentar tanto a compreensão da profissional em relação a sua cidade, quanto para instrumentalizá-la no cotidiano de seu trabalho, possibilitando o tecimento de mais pontos de conexão na rede. Ao final do dia de curso, a avaliação do trabalho construído indicou que a partilha de saberes possibilitou com que muitas pessoas aprendessem sobre serviços, entidades, bairros, entre outras coisas, ao mesmo tempo em que deu corpo e vida à existência dos serviços da própria rede de saúde. Se antes, diversas pessoas apenas ouviam o nome de alguma unidade de saúde do município, a troca de experiências aproximou a realidade de cada trabalhadora, ainda que em diferentes níveis de atenção e em distintos territórios, promovendo uma compreensão mais aprofundada sobre o funcionamento do sistema de saúde, assim como do próprio processo de trabalho.

A comunicação entre os serviços da saúde e entre esses e as outras áreas, ganhou fôlego a partir da consideração da realidade de cada território segundo as principais fragilidades e potencialidades da população ali habitante. Para o alcance desse encontro de trabalho, a troca de conhecimentos entre as participantes foi fundamental não somente a fim de cobrir maiores campos de saber, mas, principalmente, para fortalecê-las enquanto

possuidoras de um saber valioso e singular para a efetivação da produção de cuidado em saúde.

CONCLUSÃO

As notas finais da tessitura apresentada ressoam em apontamentos de conclusão do trabalho partilhado.

Parte-se do entendimento de que a experiência compartilhada refletiu um processo formativo singular frente aos moldes hoje estabelecidos, uma vez que ilustra a formação de trabalhadoras (repcionistas e oficiais administrativas) do sistema de saúde que são, muitas vezes, alheias a este tipo de vivência.

Lança-se luz ao compromisso coletivo de construção dos encontros de educação permanente, o qual possibilitou o compartilhamento de saberes e experiências entre trabalhadoras, facilitadoras e grupo condutor do curso. Desta maneira, o processo valorizou o exercício de criação de espaços onde a fala e a escuta circulavam, promovendo a análise dos processos de trabalho através de relações mais horizontais, e, logo, gerando aprendizado em ato para todos os envolvidos.

Portanto, uma vez que a educação permanente aposta no aprendizado cotidiano por meio da experiência do trabalho, concluímos que o projeto específico desse curso não guarda um fim tão visível e determinado. Sendo o curso mais um espaço de encontro entre tantos outros produzidos no e pelo processo de trabalho, acreditamos que se trata de um movimento que objetivou fomentar a criação de novos olhares capazes de investir no cuidado em uma perspectiva integral do ser – de trabalhador a usuário, de gestor a facilitador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em saúde. Brasília, DF, 2009.
- 2 Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu). 2005; 9(16): 161-77.
- 3 Mitre SM et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência & Saúde Coletiva (Rio de Janeiro). 2008; 13(Sup 2): 2133-2144.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS. Brasília, DF, 2010.
- 5 Brasil. Departamento de Atenção Básica. As Redes de Atenção à Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php. Acesso em 10 ago. 2015.
- 6 Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p.89-111.
- 7 Merhy EE et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Ver Divulgação para Saúde em Debate (Rio de Janeiro). 2014; (52):153-164.
- 8 Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface (Botucatu). 2011; 15 (37): 589-99.
- 9 Hardt M; Negri, A. Multidão: guerra e democracia na era do império. Tradução: Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2005.
- 10 Merhy, EE. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. IN: IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família, 2014, Brasília. Anais... Brasília: Centro Internacional de Convenções do Brasil. P.1-7. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/artigos_rbsf.php
- 11 Franco TB, Merhy EE. O Reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>. Acesso em 05 ago. 2015.

12 Cecilio LCO. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? Saúde Soc. (São Paulo). 2012; 21 (2): 280-289.