

Reflexões sobre a formação para o SUS e sua articulação com a pesquisa e a in(ter)venção nos cenários das práticas e dos serviços

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Silvio Yasui

RESUMO

A partir da experiência dos autores em suas diferentes inserções no Sistema Único de Saúde (SUS), o artigo tem como objetivo refletir sobre alguns pontos da formação em saúde, considerando suas fronteiras com a pesquisa e a intervenção nos cenários dos serviços. As proposições de mudança e a insistência na permanência do modelo biomédico hegemônico coabitam o cotidiano dos atores envolvidos com a saúde pública, fazendo emergir a contradição entre os diferentes paradigmas que sustentam os modelos das práticas e fazeres de saúde. Desse modo, surge a importância estratégica da Universidade, com seus diferentes âmbitos de atuação (ensino, pesquisa e extensão), como indutora de uma formação crítica e voltada para as necessidades da população e produtora de conhecimentos por meio de ações/ofertas de integração entre ensino-serviço-comunidade. Nestes tempos de ataque ao SUS, sua sustentação e defesa necessitam de reflexões e ações que produzam uma formação atenta à realidade da população e uma pesquisa como um dispositivo para produção de conhecimento que modifiquem os modos como trabalhadores, usuários e gestores usam, percebem e operam a saúde de um modelo biomédico para uma perspectiva que contemple diferentes dimensões e a saúde como produção da vida.

Palavras-chave: educação em saúde; instituições públicas de saúde; política de pesquisa em saúde; trabalho em saúde.

ABSTRACT

Reflections on Public Health training and its articulation with research and in(ter)vention within the set of practices and services

Based on the authors' experiences working within the Brazilian National Health System (SUS) this paper aims to reflect on educational actions in health, considering its intersection with research and intervention in the set of practices and services. In daily practices, the propositions of change and, at the same time, the insistence on the permanence of the hegemonic biomedical model are present, and contradictions among competing paradigms that support different models in the Public Health field arise. The strategic importance of the University surfaces with its various scopes of action (research, teaching and extension programs) as a place for learning experiences based on critical thinking and directed to community needs. In addition, we expect that knowledge may be produced through integration strategies between teaching-health services-community. In times of funding cuts that jeopardize the SUS's future, supporting and defending universal health care require reflections and actions oriented towards educational processes that take into account the reality of the population, and research methods that act as an apparatus to produce knowledge capable of changing the way health is perceived by workers, users and managers from a biomedical model towards a perspective that contemplates various dimensions and understands health as the production of life.

Keywords: education in health; public health institutions; research health's politics; health work.

Sobre os Autores

C. A. S. G. Jr.
orcid.org/0000-0003-3367-4151
Universidade do Vale do Itajaí
(UNIVALI) - Itajaí, SC
carlosgarciajunior@hotmail.com

S. Y.
orcid.org/0000-0001-5015-6634
Universidade Estadual Paulista
(UNESP) - Assis, SP
silvioyasui@gmail.com

Direitos Autorais

Este é um artigo de acesso aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.



No Brasil, sobretudo após a década de 1980, os movimentos da reforma sanitária e psiquiátrica tiveram valor emblemático na luta por mudanças na saúde pública. Dois marcos históricos desse período são fundamentais: a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), destacando o conceito ampliado de saúde, e a Constituição Brasileira (1988), propondo princípios e diretrizes tais como a saúde como direito, a equidade, o acesso universal, a integralidade do cuidado, a descentralização, dentre outros. Como desdobramento, temos a conquista, no ano de 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme Arouca (2003), a constituição de um sistema de saúde pode ser compreendida como um processo civilizatório. Trata-se não só de mudanças tecnológicas e de organização gerencial, mas de uma transformação que impacta nas relações sociais, pois pretende, ousadamente, modificar valores.

Trata-se da produção de laços sociais inspirada e guiada por outros modos de pensar a saúde e a complexidade da vida. Neste sentido, o profissional de saúde é um essencial ator para implementar esse processo, o que coloca, de início, um grande desafio: transformar a sua formação baseada na racionalidade biomédica, centrada na doença, no uso intensivo e generalizado de medicamentos, hospitalocêntrica e com grande ênfase em procedimentos e instrumentos técnicos. Geralmente, os profissionais da área da saúde são formados em cursos com disciplinas fragmentadas, compartimentalizadas, dissociadas e, por exigência do mercado de trabalho, essa formação prioriza a superespecialização e o aprendizado tecnológico (Ceccim & Carvalho, 2006; Passos & Carvalho, 2015; Yasui, 2010).

De acordo com Merhy (2002) estimula-se o aprendizado e o uso das tecnologias “duras” (equipamentos e máquinas, etc.) e “leve-duras” (normas, protocolos, entre outros) em detrimento das tecnologias “leves” ou relacionais. Como resultado, ao se graduarem, os profissionais de saúde possuem habilidades para atos e ações específicas, para lerem fragmentos da realidade, mas pouco aprendem sobre como lidar com as situações cotidianas que os usuários de saúde demandam aos serviços do SUS: a complexa subjetividade das pessoas e de seu sofrimento, tendo como pano de fundo as duras condições sociais de existência. Essa formação limita sua capacidade de escutar o usuário e sua dor, articulando os sintomas e sinais em um quadro mais amplo e complexo para além da doença. Raramente se estabelecem diálogos entre profissionais que trabalham lado a lado e, quando o há, é por meio de um frio e burocrático protocolo de encaminhamento, configurando um “trabalho morto”. Estranham e se incomodam com a reivindicação das pessoas sobre seus direitos. Apresentam grande dificuldade em construir estratégias que ampliem a autonomia dos

usuários (Rozemberg & Minayo, 2001; Yasui & Costa-Rosa, 2008).

A proposta do SUS caminha no sentido de uma profunda mudança na relação entre os profissionais de saúde e a população com suas demandas, o que implica pensar/fazer a saúde considerando diferentes planos e processos: sociais, culturais, políticos, econômicos. Isso significa: inventar/criar estratégias de cuidados que incluam a subjetividade e as necessidades coletivas nos territórios onde os sujeitos habitam; estar aberto para deixar-se afetar pelas multiplicidades dos acontecimentos cotidianos e reinventar a si e às práticas; deixar-se ser provocado pelas diferenças que o universo de pessoas e histórias de cada pequeno local apresenta; afirmar a vida como multiplicidade e transformação; mudanças nas relações de poder e na democratização institucional, apostando no protagonismo dos diferentes sujeitos. Neste sentido, tomando emprestada uma referência utilizada em outros contextos, podemos afirmar que o SUS é uma proposta ética, estética e política. Ética, pois nossos fazeres estão marcados pela escuta e pelo o que da realidade nos afeta e nos transforma, abrindo possibilidades de nos conectar a vida como afirmação de diferenças e multiplicidades. Refere-se ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida. Isso nos leva à dimensão estética, que aposta na invenção de percursos, modos de fazer, que produzem novas formas de subjetivação e realidades em um contínuo fluxo criativo de invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver. Político, pois se coloca em luta contra as forças que impedem e obstruem as possibilidades do devir. Implica o compromisso coletivo de potencializar protagonismos e vida nos diferentes encontros (Brasil, 2010; Rolnik, 1993; Verdi, Finkler, & Matias, 2015).

Proposições de mudança e, ao mesmo tempo, a insistência na permanência do modelo hegemônico são elementos paradoxais presentes nos serviços de saúde. Neles, emerge a contradição entre os diferentes paradigmas que sustentam os diferentes modelos das práticas e fazeres de saúde. É nesse tempo e espaço do cotidiano que se constitui o campo de forças para provocar movimentos, desvios, ondas que possam afetar as práticas norteadas pela racionalidade biomédica, prescritiva, dependente de fármacos e de exames.

Surge aqui a importância estratégica da Universidade com seus diferentes âmbitos (ensino, pesquisa e extensão) como lugar da formação, da produção de conhecimentos e como provocadora de ações nos locais onde se localiza. Lugar complexo, contraditório e paradoxal, atravessado por diferentes forças e interesses, mas onde ainda é possível criar espaços e provocar reflexões sobre suas ofertas e interação ao

SUS. Inventar desvios e formar profissionais para enfrentar os desafios da alta complexidade que se apresentam nos cenários dos serviços de saúde territoriais (Lancetti, 2008).

As contradições e paradoxos dessas forças de mudança e permanência, presentes nesse campo complexo composto pelo cotidiano dos serviços, pelo ensino e pela pesquisa na Universidade e pelas políticas de formação, são a inspiração e a motivação deste texto. A partir de fragmentos de experiências, em diferentes cenários, tempos e práticas, extraídos e desenvolvidos pelos autores em distintos dispositivos, entre eles, o “apoio à saúde”, a residência multiprofissional, à docência na graduação e na assistência à saúde, temos como objetivo compartilhar algumas reflexões acerca da necessidade de uma formação de profissionais para o SUS que tenha como característica principal estar atenta e em permanente contato com a realidade da população brasileira, tendo como cenários de aprendizado as práticas nos serviços de saúde. Apresenta-se a pesquisa-intervenção como uma possibilidade de produzir conhecimentos que impactem e modifiquem os modos de operar a saúde, transitando da lógica médico-centrada para a produção de vida.

OS CAMINHOS DA FORMAÇÃO

As políticas são invenções. Trata-se de inventos de diferentes saberes e poderes formulados na construção da sociedade. Retratam uma relação tempo e espaço que produz modos de viver. “Viver em sociedade é, de qualquer maneira, viver de modo que seja possível a alguns agirem sobre a ação dos outros” (Foucault, 1995, p. 245-6). Foucault (1995) considera que nas relações de poder emergem as condições necessárias para extinção ou transformação da realidade, seja o que torna frágil ou sólido, do ponto de vista político.

Dentro do campo da saúde, conforme Bernardes e Guareschi (2007), a produção de biotecnologias – compreendida como tecnologias da vida que formam determinadas maneiras de relacionar-se consigo mesmo – está delimitando a vida como um fato puramente biológico, no qual a saúde representaria uma forma de suplantar os limites do orgânico e da própria finitude do indivíduo. Estabelece-se uma ideia de que é possível ter uma escolha sobre o que se quer ser como, por exemplo, as intervenções genéticas, modificando as condições de vida (a vida biotecnologizada), recriando um corpo pós-orgânico e a própria noção do eu corpo/saúde.

Contudo, quais as relações entre produção de subjetividade e de políticas e qual a sua articulação com a formação e a produção de conhecimento? Parece-nos inevitável dizer que essas relações são indissociáveis. As políticas alimentam a formação e a produção de conhecimento, assim como a produção de subjetividade interfere na política, sejam de modo

ascendente ou descendente, ou seja, os planos da macropolítica e da micropolítica engendram-se no espaço e no tempo do cotidiano.

Se recuperarmos a história dos movimentos de reforma na saúde brasileira, por exemplo, notaremos a recíproca e intermitente interferência das diferentes forças para a transformação social (Arouca, 2003). Trata-se de um caminho para pensar um projeto de vida e de sociedade, atentos para não cair nas armadilhas que dissociam o indivíduo e o coletivo, a política e a clínica, a Universidade e a comunidade. Por isso, a formação para o SUS manifesta uma potência na construção de conhecimentos e modos de produção de subjetividade, pois instiga a permanente produção de si e a relação com os outros, recusando uma tendência à “naturalização” do conhecido.

Ao mesmo tempo em que se pretende realizar uma formação atenta às demandas e necessidades das pessoas que habitam os diferentes lugares em que os profissionais atuam, é produzida uma intervenção que gesta e gera outros conhecimentos, e, portanto, outros caminhos. Essa simultaneidade deflagra e dispara processos grupais e institucionais de práticas de gestão, de atenção, de ensino, de pesquisa e de participação em saúde. A formação e a intervenção estão diretamente relacionadas a propostas pedagógicas problematizadoras, críticas e constantemente em transição. A problematização da experiência e da vivência como modo de pensar as necessidades e os problemas inerentes ao modo de vida em sociedade possibilitam a elaboração de processos de produção de saúde, sobretudo aquelas implicadas com democratização institucional e disruptivas dos processos de exploração e dominação.

Assim, os diferentes projetos, pesquisas e intervenções, que buscam sustentar-se em movimentos de ampliação da democratização nas organizações e ensino de saúde, possibilitam uma formação analítica e crítica dos diferentes planos que compõem nosso cotidiano. Essa é uma aposta para enfrentar os desafios que se apresentam nos serviços, como a fragmentação de processos de trabalho e a alienação dos profissionais envolvidos com a gestão do cuidado dos usuários.

Essa aposta necessita do plano da política pública que, em especial nos últimos anos, foi sendo conquistada nas sempre tensas e conflituosas relações de poder dos atores políticos (representantes do executivo, representantes do legislativo, gestores de diferentes níveis, trabalhadores, representantes de segmentos de usuários, Universidades etc.). A ação e articulação dessas relações resultaram na configuração de diferentes estratégias de governo que buscaram induzir, por sua institucionalidade, a concretização dos modos de

formação em saúde com foco na mudança do modelo assistencial.

Nessa perspectiva, nos últimos anos, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) incentivaram projetos e programas a partir de estratégias para a resolução de problemas e necessidades para a transformação da realidade da população brasileira com mudanças no acesso e nos processos de formação em saúde. Algumas dessas estratégias ainda são existentes, tais como: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PRO-VAB), Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, entre outros.

Por sua vez, o MS também instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), visando a integração ensino-serviço, o desenvolvimento e estratégias de intervenção no campo da formação dos trabalhadores de saúde (Brasil, 2007). Porém, não se trata de qualquer tipo de integração. Nesse sentido, a formação para a área da saúde necessita da conexão de quatro elementos: ensino, gestão, atenção e controle social (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Por isso, a construção de novos saberes é um ato formativo constitutivo do próprio cotidiano em saúde (Merhy, 2002). Produção que se faz no e pelo encontro entre acadêmico, docente, gestor, usuário, preceptor, tutor, supervisor e muitos outros atores.

Outro exemplo de política pública, no entanto com outro modo de capilarização, pode ser observado com a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do SUS. Uma proposta que se construiu atenta aos aspectos e processos que provocam a modificação dos processos de trabalho, a qualidade do atendimento e a construção participativa considerando as necessidades locais (Pavan, Gonçalves, Matias, & Paulon, 2010). Assim, a existência de políticas estruturais e amplas poderiam, em tese, permitir a inclusão e o ingresso de muitos acadêmicos em diferentes realidades a partir da característica do processo de singularidade do formato de cada proposta. De modo geral, as formulações institucionais, normas, regras, decretos e resoluções, ao mesmo tempo em que são caminhos, trazem, também, obstáculos e encruzilhadas. Caminhos como, por exemplo, a descentralização das estratégias de experimentação de uma formação para o SUS implicando a aposta no protagonismo dos atores de um determinado contexto. De outra parte, esses mesmos atores vivenciam a contradição que assinalamos anteriormente e transformam-se no mais duro obstáculo às experimentações, transfigurando a potência de singularização e territorialização das propostas em protocolos e modos rígidos que se refletem na manutenção de processos de trabalho duros e fragmentados.

Em nossas vivências no âmbito da PNEPS, por exemplo, se por um lado pudemos constatar a complexidade e a potência dessa política, por outro, pudemos constatar também os imensos desafios para a sua efetivação. Em uma certa região, determinados gestores transformam o processo de levantamento, análise das necessidades locais, priorização das ações e articulação com as Universidades em diagnósticos situacionais superficiais que apenas buscam justificar meros arranjos e propostas para a organização de cursos de capacitação que pouco mudam e não colocam em questão os processos de trabalho e os modelos de saúde. Em outra região, as propostas nascidas de uma análise das necessidades locais e priorizada após amplas discussões, com o objetivo de colocar em cena os conflitos e contradições do cotidiano, buscando soluções coletivas, enfrentam dificuldades de viabilização por entraves jurídico-administrativos na execução orçamentária.

Em ambos os exemplos, é o jogo dos atores políticos, ou seja, trabalhadores, gestores e usuários, ainda que estes últimos, infelizmente, em menor número e intensidade, que vai construindo possibilidades, encontrando alternativas ou criando obstáculos e inviabilizando as mudanças. Trata-se aqui do exercício de uma política cotidiana cujas “competências” e “habilidades” (no jargão da política formativa) não constam na base curricular das profissões de saúde.

Um exemplo pode ser reconhecido nas Residências Médicas com especialidade em Medicina de Família e Comunidade (MFC). A organização dos programas de residência pautada na homogeneização de uma formação para o SUS, centrado em um currículo baseado em competências, pode exigir um comprometimento na problematização política dos atores envolvidos. Essa apropriação da categoria “competência” extrapola a concepção de conhecimentos e habilidades, sinalizando a importância de uma visão crítica contextualizada e vinculada às políticas públicas de saúde. Uma perspectiva positivista poderia resultar em uma formação tecnicista e pretensamente apolítica. De outra parte, a aposta aqui é em uma formação que passe pela participação dos atores em uma micropolítica desejante, a exemplo do que ocorreu com os atores da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, que constituíram diversos e diferentes coletivos, criando movimentos participativos e inclusivos, provocando efeitos na formulação das macropolíticas.

Assim, uma ação a ser destacada é o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), que articula a formação dos alunos da graduação e ações junto aos serviços de saúde. São múltiplas as experiências exitosas que se multiplicam pelo país, como os relatos disponíveis no site “Comunidades de Práticas da Atenção Básica” e “Rede HumanizaSUS”. Em quase todos os espaços que pudemos

participar avaliando os impactos desse programa, destacamos um elemento comum que sempre surge com força e evidência: o comprometimento e a participação ativa dos alunos de graduação. Mesmo enfrentando realidades assistenciais com muitas precariedades, lidando com situações de risco e vulnerabilidade social, vendo pequenas tragédias cotidianas acontecerem diante de seus olhos, os acadêmicos relatam o quanto a potência dessa vivência se traduz em uma importante experiência que contribui para perceber a insuficiência do modelo que reduz a complexidade da vida a diagnósticos e protocolos de cuidado, ampliando, por vezes de modo doloroso, a perspectiva de que cuidar da saúde é ir ao encontro das demandas e necessidades das comunidades, refletindo sobre os diferentes e complexos planos que incidem sobre os modos de viver e adoecer, buscando soluções, articulando ações comuns, atuando em parcerias, borrando fronteiras entre os diferentes saberes.

Nessa perspectiva, mas de um modo mais intenso, está um outro potente dispositivo de formação e intervenção em saúde: as Residências Multiprofissionais. Oficializadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, abrangem diversas profissões da área da saúde, exceto os médicos. Exceção que ainda causa polêmica e traduz-se em uma limitação na proposta de uma formação de fato interdisciplinar, revelando ainda os efeitos de um modo hegemônico de se pensar a saúde como médico-centrada. Ainda assim, as Residências Multiprofissionais são uma aposta na composição de um campo comum de práticas e experiências, concebendo os processos formativos inspirados pela interdisciplinaridade e pela integralidade, considerando as necessidades e realidades locais e regionais. Essa perspectiva caminha na contramão das formações cada vez mais voltadas para cada profissão, com investimento na especialização e no desenvolvimento de técnicas específicas e mais preocupadas com o mercado privado do que com a política pública. Trata-se de ofertar um modo de formação que possa afetar o cotidiano dos serviços e, ao mesmo tempo, afetar a Universidade com a realidade dos serviços. Uma organização em saúde é feita por sujeitos e seus coletivos na coexistência de relações de poder e de afeto. As forças que são dominantes em uma determinada instituição podem alterar o modo de conceber a prática e podem instigar a produção da problematização do que está posto. A formalidade do trabalho deve ser posta em análise, assim como a participação ativa e a implicação dos atores envolvidos impõem a destituição de uma suposta imparcialidade (Garcia Jr., Furlan, Borges, & Pasini, 2011).

Em nossa experiência, podemos afirmar que as formações e intervenções com ênfase nas experiências e vivências, assim como outras que colocam o aluno da graduação ou o recém-formado em contato direto com a realidade das comunidades, em cenários de aprendizagem com processos pro-

positivos de mudança do modelo assistencial que identificam e analisam as forças presentes no cotidiano, produzem efeitos que vão além de formar profissionais atentos e comprometidos com os princípios do SUS. Produzem efeitos que ressoam em muitas vidas: nos alunos de graduação, nos residentes, nos docentes, preceptores, nos trabalhadores das unidades, nas pessoas atendidas, nos gestores da saúde e da Universidade. Reafirma-se o que já sinalizamos anteriormente: o SUS é uma proposta ética, estética e política.

Percebe-se, a partir disso, um campo vital para a formação em saúde, cujo aprendizado-atuação advém da experiência concreta no cotidiano dos serviços e dos espaços de controle social que constituem o SUS como um projeto democrático e participativo. Como afirmamos, a formação em saúde necessita da articulação e entrelaçamento entre ensino, gestão, atenção e controle social. A Universidade tem um importante papel a cumprir abrindo-se aos territórios/comunidades em que se encontra, não apenas pela via das políticas formais, que nesses duros tempos que enfrentamos tenderão a ser cada mais escassas, mas também pela via da criação de caminhos alternativos, tais como projetos de extensão universitária, parceria com os serviços para além dos projetos formais do MS e do MEC. As políticas formativas são importantes dispositivos indutores, porém atuam no plano extensivo, macropolítico. As práticas e a produção de saberes são muitas vezes singulares e localizadas, trazem as marcas da intensidade, da micropolítica que se faz no cotidiano.

Vale destacar aqui, também, um plano de tensionamentos que são internos à Universidade: sua própria transformação nessa relação com os serviços. O que significa alterar os modos de organizar a grade curricular, mudanças nos projetos político-pedagógicos que envolvem repensar o lugar da prática e da teoria nos cursos etc. Com acréscimo, ela é lugar de intensa disputa pelos investimentos, pela visibilidade dos projetos, pela produção de artigos, pelos lugares nos órgãos colegiados que decidem sobre as parcas verbas. Ou seja, é também um lugar de conflitos e contradições, micro e macropolíticas. Afetar-se ou contaminar-se com a realidade cotidiana dos serviços produz efeitos de desestabilização e de resistência que ora inviabilizam projetos e ora conseguem desvios.

A PESQUISA SEM FRONTEIRAS

A sustentação e a defesa da saúde necessitam de reflexões e de ações que produzam, como efeito, uma formação atenta e em permanente contato com a realidade da população brasileira. Ao mesmo tempo, é imprescindível à pesquisa apresentar-se como um dispositivo para produção de conhecimento que modifique os modos como se percebe e se ope-

ra a saúde, uma reordenação de uma lógica médico-centrada para uma perspectiva que contemple a saúde como produção da vida em diferentes dimensões. Feuerwerker (2014) considera a produção do cuidado, gestão e formação no SUS a partir da micropolítica do trabalho. As mudanças na formação, de maneira especial, habitam projetos e processos heterogêneos com instituições disputando lógicas e interesses. Os sujeitos, seus objetos, representações e seus sistemas de referências produzem subjetividades dominadas pelo próprio imperativo das instituições, por isso existe a disputa entre modelos conceituais e os movimentos de mudança relacionados às políticas de saúde.

O SUS também existe pela produção de forças. Ao mesmo tempo em que existe a força da reforma sanitária, de um sistema público e universal lutando pela integralidade da atenção e participação ativa dos cidadãos, existe a força da reprodução, do trabalho alienado e da coparticipação, em caráter complementar, do setor privado, que fabrica e reforça o modelo médico hegemônico, protetor da indústria farmacêutica e de equipamentos e da lógica do mercado (Feuerwerker, 2014).

Portanto, o que avaliamos nas políticas públicas de saúde? Avaliamos o que está escrito ou o que está na prática? Depende do discurso, das forças presentes nos espaços, dos dispositivos e de suas reações. Um dos papéis da prática é colocar os indivíduos em contato com problemas cotidianos e suas inquietações como potência para a indagação de si e do outro. Por isso, as experimentações na graduação, na residência e na pós-graduação são interferências necessárias e trazem consigo a dúvida, o que gera angústia e interroga sobre o que angustia. O diálogo entre espaços formais e informais, o objetivo e o subjetivo são associações indispensáveis para a produção de mudanças.

De tal modo, a pesquisa, a partir da perspectiva acima, considera a mudança dos processos de trabalho e não apenas na produção de conhecimentos acadêmicos. Há uma aposta em um trabalhador-pesquisador, cartógrafo do cotidiano, interventivo e analítico diante das rupturas e desfragmentações dos processos vividos para encontrar caminhos a serem seguidos.

Quem define as fronteiras? Isso implica refletir e problematizar sobre os limites das pesquisas tradicionais em saúde que seguem rigidamente os critérios de validade científica tais como: neutralidade e separação entre pesquisador e objeto; reducionismo e simplificação; necessidade de matematização dos resultados para validação; generalização a partir das repetições e descarte do incomum, do inusitado. Em relação à questão da neutralidade, ainda prevalece, especialmente em avaliações de projetos de fomento, o conceito que é muito mais do que um distanciamento — trata-se, efetiva-

mente, da neutralidade. Em relação ao incomum e o inusitado, as pesquisas que utilizam de metodologias quantitativas tendem a desprezar dados de pouca relevância estatística. Pesquisas epidemiológicas criaram um conceito de “evento sentinela” exatamente para alertar que nem sempre o incomum e o inusitado são para serem desprezados. O alerta indica que, em geral, a tendência é de fato desprezar. Nossa experiência, como a de muitos outros colegas pesquisadores, evidencia que, na disputa por recursos financeiros, aqueles que optam por outros caminhos metodológicos geralmente perdem para pesquisas que seguem parâmetros mais tradicionais da ciência.

Trata-se aqui do desafio proposto, por exemplo, pela cartografia de inverter o sentido tradicional de método de um caminhar para alcançar metas prefixadas (metá-hódos), para o caminhar que traça, no percurso, suas metas (hódos-metá). A pesquisa cartográfica se tece e se constrói por pistas que orientam o caminhar atento aos efeitos desse processo sobre o objeto da pesquisa, sobre o pesquisador e seus resultados (Passos & Barros, 2015), isto é, trata-se de acompanhamento de processos. Cria experimentações que permitem pensar uma metodologia que coloca em análise elementos e fragmentos singulares da realidade que explicitam, por exemplo, as forças presentes que operam em determinado campo de relações, os conflitos resultantes, as diferentes narrativas etc. Sobretudo, trata-se de uma aposta ético-política na constituição do movimento de pesquisa. O pesquisador é um intercessor do território (Paulon & Romagnoli, 2010).

As experiências dos autores, tanto como pesquisadores, quanto como orientadores, nos levam a refletir que, do mesmo modo que afirmamos as pedras no caminho no cotidiano dos serviços de saúde nos quais os atores se veem às voltas com desejos de mudanças e forças da permanência, no campo das pesquisas essas pedras são semelhantes. A proposta metodológica da cartografia e das pesquisas participativas provoca uma profunda mudança do lugar do pesquisador e na relação com seu objeto. É uma relação e um caminho que se constroem ao pesquisar, aberto aos acontecimentos imprevisíveis, aos acasos e aos percalços, correndo riscos de diferentes dimensões. Exercitar esse modo de produzir conhecimento em um cenário acadêmico que privilegia determinados tipos e controles sobre os achados das pesquisas é um desafio epistêmico e político. Neste sentido, Passos e Barros (2000) apontam a transdisciplinariedade como proposta epistemológica que sustenta e contempla a complexidade e a processualidade, borrando e desestabilizando as fronteiras entre as disciplinas, colocando as forças e as relações do poder/saber em análise, provocando a pensar outros caminhos de produção de saberes e fazeres.

Esse modo implica afirmar que a produção do conhecimento e de subjetividade para o SUS não tem apenas a Universidade como único cenário. Pelo contrário, se dá em diferentes espaços e tempos, em indeterminados enunciados institucionais e no regime de verdade a ele circunscrito. Por isso, as condições históricas, assim como os diferentes planos que compõem nosso cotidiano, devem estar sempre em análise, pois os cenários acadêmico-científicos e os acontecimentos políticos são forças em movimento produtoras e produzidas na relação entre todos os envolvidos na micropolítica do trabalho vivo na produção do cuidado e no campo da educação.

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E O TRABALHO VIVO

O trabalho em saúde é um trabalho de criação que permite a produção de um novo produto, afirmam Feuerwerker e Merhy (2016). Duas dimensões deste trabalho têm destaque: a atividade como construtora de produtos e as relações intercessoras estabelecidas entre o trabalhador com seu ato produtivo e produtos vinculados com demais trabalhadores e possíveis usuários destes produtos. Deve-se considerar que o produto carrega uma cadeia material dura e simbólica, por isso o valor de uso e o valor de troca depende dos vários atores sociais envolvidos, dos valores culturais, do lugar do processo produtivo, da forma do funcionamento da sociedade, entre outras coisas. Portanto, “as práticas de saúde como toda atividade humana são atos produtivos” (p. 63).

Os atos produtivos são intervenções e produção de acontecimentos. Trata-se de uma escolha ética. Por isso, consideramos o trabalho e o ensino como produção de experiências na formação, na pesquisa e no trabalho em si. Seja um diário de campo ou uma narrativa anacrônica dentro do contexto de realidade vivencial, tem-se a marca de uma espontaneidade e mutabilidade.

A relação do campo da saúde mental e atenção psicossocial, por exemplo, deflagra a complexidade inerente ao conjunto de arranjos sociais, cultural, formativo, legislativo, afetivo, entre outros, reservado um permanente movimento de avanços e retrocessos, contradições e aprovações, contratos e conveniências, convergências e desentendimento na prática e teoria. Amarante (2007) considera a reforma psiquiátrica brasileira como um entrelaçamento das dimensões técnico-assistencial, teórico-conceitual, jurídico-política e sociocultural configurando um processo social complexo. O exercício imaginativo das conexões e desconexões entre essas dimensões pode nos levar à constatação da multiplicidade de enfiamentos e produções advindos entre as fronteiras destas dimensões.

Se analisarmos, por exemplo, as realidades imanentes aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), teremos múltiplas dimensões e linhas de forças. Ora, o CAPS, ao mesmo tempo em que dispara processos de transformação nos atores envolvidos com a instituição, questionando os paradigmas e arranjos da existência-sofrimento no cuidado em saúde, colocando e desacomodando a própria institucionalização da loucura, operando uma reinvenção da clínica, produzindo conhecimento e a própria construção de conceitos, deve, também, interrogar a sua própria institucionalidade e os jogos de interesse estabelecidos na manutenção de sua existência.

A produção de práticas em saúde para a transformação de concepções, desde o modo de produzir relações de saúde nas instituições, estão vinculadas a projeto de mundo desejado, a exemplo das travessias moleculares citadas acima. A genuína necessidade de ir além dos muros instituídos, como a própria academia, para colocar em conexão a inseparabilidade entre produção de sujeitos e produção de saúde. Como não considerar a permanente reinvenção de si e do outro na construção de sentidos.

Recentemente, algumas invenções na gestão em saúde têm realizado aproximações interessantes entre as fronteiras da pesquisa e ensino. As experiências de apoio à saúde apontam um caminho para a transformação da realidade por meio da intervenção no campo de atuação e investigação. O apoio, em suas diferentes modalidades, tais como apoio institucional, matricial, descentralizado e integrado, é visto por nós como uma metodologia utilizada em diferentes dimensões, organizações e arranjos. Trata-se de uma prática de passagem entre sujeitos, ações e instituições e tem o objetivo de reformular práticas de gestão e de atenção, considerando as dimensões pedagógicas, afetivas, técnicas, administrativas e políticas. Revela-se no exercício de compartilhar poderes e saberes dependendo do tema a apoiar: processo do trabalho, gestão compartilhada, entre outros. Tais experiências podem ser constatadas em diversas produções em revistas científicas e programas de pós-graduação e eventos acadêmicos sobre os estudos do tema, como a Revista Interface (Botucatu), nos volumes 13 e 18, dissertações e teses defendidas em programas de instituições como UFRGS, UFSC, UNESP, além eventos realizados pelo “Laboratório de pesquisas sobre práticas de integralidade em saúde” (LAPPIS/UERJ), entre muitos outros.

Nas instâncias ministeriais (MS e MEC), por exemplo, a metodologia do apoio formou um panorama básico de estratégias e inserções que propiciaram enunciar uma conexão entre pesquisa e intervenção. A PNH/MS e o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB/MEC) tiveram acúmulo de experiências de apoio institucional descentralizado, isto é, o de-

envolvimento de atividades centradas num território adscrito, buscando o fortalecimento do SUS e a articulação interinstitucional e intrainstitucional entre serviços, gestão, ensino e movimentos sociais. Essa concepção de apoio como um modo de fazer, inventivo, propositivo e capaz de borrar fronteiras, instiga a mudanças relacionadas a transformação da atenção e formação para o SUS, mesmo dentro da própria máquina estatal. Contudo, ainda que resida uma potência, não devemos perder de vista a implicação deste apoiador-pesquisador com o seu objeto de intervenção e pesquisa.

Assim, parece-nos que a produção do conhecimento está em compasso com o processo de trabalho — sobretudo o trabalho vivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ano de 2016, o impeachment da presidenta eleita Dilma Rousseff representou um passo atrás na implantação e implementação das políticas públicas, em especial, a da saúde. Embora não tenhamos ainda estudos científicos publicados que analisem os efeitos causados por essa interrupção abrupta, várias entidades representativas da saúde como a Abrasco, Cebes, Conselho Nacional da Saúde, têm constantemente publicado documentos nos quais se posicionam contrariamente aos rumos que a atual gestão federal conduz a política de saúde. As palavras retrocesso e ataque ao SUS são frequentemente utilizadas para descrever o atual momento, nessa segunda metade da segunda década do terceiro milênio. Os retrocessos do direito à saúde estão atravessados pela ruptura de noções tradicionais de um produto mínimo para o cuidado da população. Por isso, trata-se, mais uma vez, da necessidade da luta e defesa da saúde. O desafio segue o mesmo: o compromisso ético-estético-político da produção de conhecimento e práticas de saúde para sustentar outros modos de viver e levar a vida.

O contexto muda e segue mudando — ou melhor, reformulando-se. Neste momento, vivemos uma cena-crise no cenário político brasileiro que afeta diretamente toda a população brasileira, sobretudo, um ataque aos direitos sociais adquiridos com a Constituição Federal. Mais do que nunca, nos próximos anos, talvez tenhamos que sustentar nosso SUS por outras institucionalidades, reafirmando a necessária articulação entre a Universidade, o campo das práticas em saúde e, sobretudo, a comunidade. Nesse sentido, as pesquisas poderiam denunciar as fragilidades, oferecer ferramentas e indicar as potencialidades para a formação em saúde. As linhas de fuga da institucionalização das instituições dependem, mais do que nunca, da perseverança e destaque de seus militantes. Trata-se de atentar-se para a modulação da produção das demandas das organizações (CAPES, CNPq, etc.), fortemente

influenciada pelo discurso do “publicar ou perecer”. Ao mesmo tempo, mobilizar forças instituintes para a produção de nos serviços e cotidiano do trabalho além das próprias instituições de ensino. As resistências e as linhas de fuga são inventadas nos encontros entre sujeitos, nas trocas e produções compartilhadas.

As fronteiras da pesquisa estão estabelecidas por quem delas se aproximam, por aquilo que garante as marcas das diferenças, das respostas simplificadas e sem profundidade, do que se interroga e de seus resultados sobre a sociedade. As fronteiras estão nas novas evidências, isto é, em tudo aquilo que se cristaliza como verdade, como um saber sem movimento, um saber morto, limitado a se repetir, funcionando como evidência caducante. A fronteira de uma experiência se estabelece quando os envolvidos temem os riscos e calculam benefícios. Quando as ações e reflexões questionam as práticas, sejam elas ditas democráticas ou autoritárias, as estratégias de saber-poder evidenciam determinados conjuntos de instrumentos. Portanto, antes de tudo, quem estabelece pesquisas concomitantemente forja fronteiras de um trabalho ético-estético-político que problematiza, descreve as ligações e relações recíprocas entre todos esses elementos.

CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

Ambos autores participaram igualmente da redação, revisão e edição do presente artigo.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflitos de interesses no presente artigo.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (2007) *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Arouca, S. (2003). *O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventivista*. São Paulo: UNESP.
- Bernardes, A.G. & Guareschi, N. (2007). Estratégias de produção de si e de biotecnologias. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 151-159. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000100018>
- Brasil. (1990). *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o uncionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

- Brasil. (2007). *Portaria GM/MS nº. 1996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ceccim, R. B.; & Carvalho, Y. M. (2006) Ensino da saúde como projeto da integralidade: A educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro, R.; Ceccim, R. B., Mattos, R. A. (Org.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. (pp.69-92). Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ; ABRASCO.
- Ceccim, R.B.; & Feuerwerker, L.C.M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 14(1), 41-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>
- Feuerwerker, L. C. M. (2014). *Micropolítica e saúde: Produção do cuidado, gestão e informação*. Porto Alegre: Editora Rede Unida.
- Feuerwerker, L. C. M.; & Merhy, E. E. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: Uma necessidade contemporânea. In: Merhy, E. E., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Almeida, D. E. S., Slomp Jr, H. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes* (pp. 59-72). Rio de Janeiro: Hexis.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. Em H. Dreyfus & P. Rabino. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica* (pp. 231-249). Rio de Janeiro: Forense.
- Garcia Jr, C. A. S., Furlan, F. C., Borges, V. R., & Pasini, V. I. (2011). Micropolítica em saúde mental: Um processo histórico em uma instituição de saúde. *Psicologia & Sociedade*, 23, 161-169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400019>
- Lancetti, A. (2008) *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec.
- Passos, E. & Barros, R. B. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71-79. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010>
- Passos, E. & Barros, R. B (2015). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos, E; & Carvalho, Y. M. (2015) A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum *Saúde Soc. São Paulo*, 24(1), 92-101. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01008>
- Passos, E.; Kastrup, V. & Escóssia, L. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17-31). Porto Alegre: Sulina.
- Paulon, S.M. & Romagnoli, R.C. (2010). Pesquisa-intervenção e cartografia: Melindres e meandros metodológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ*, 10(1), 85-102.
- Pavan, C., Gonçalves, L., Matias, M.C.S., & Paulon, S. (2010). Documento orientador da Política de formação da PNH. In: Passos, E. (Org.) *Cadernos HumanizaSUS: Formação-Intervenção* (pp.74-93). Brasília: Ministério da Saúde.
- Rolnik S. (1993) Pensamento, corpo e devir: Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. *Cadernos de Subjetividade*, 1(2), 241-251.
- Rozemberg, Brani, & Minayo, Maria Cecília de Souza. (2001). A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 115-123. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100010>
- Verdi, M., Finkler, M., & Matias, M. C. S. (2015). A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: Estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(3), 363-372. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300003>
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: Desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32(78/79/80), 27-37
- Yasui S. (2010) *Rupturas e encontros: Desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Recebido em: 29/10/2017
Primeira decisão editorial em: 11/03/2018
Aceito em: 28/05/2018