



UESB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

NÍVEA MARIA SILVEIRA DE ALMEIDA

**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E REORIENTAÇÃO DO
MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: UM ESTUDO
CARTOGRÁFICO**

**JEQUIÉ
2012**

NÍVEA MARIA SILVEIRA DE ALMEIDA

**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E REORIENTAÇÃO DO
MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE: UM ESTUDO
CARTOGRÁFICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela.

**JEQUIÉ
2012**

A449 Almeida, Nívea Maria Silveira de.
Formação do enfermeiro e reorientação do modelo de assistência à saúde: um estudo cartográfico/Nívea Maria Silveira de Almeida.- Jequié, UESB, 2012.
107 f. il.; 30cm. (Anexos)

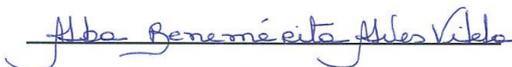
Dissertação (Pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012. Orientadora: Profª. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela.

1. Enfermeiro – Formação profissional 2. Formação do profissional de saúde - Educação superior 3. Educação em enfermagem –Modelos organizacionais 4. Educação em enfermagem - Cartografia 5. Educação superior – Docentes de um curso de enfermagem I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

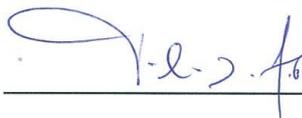
CDD – 610.7306

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALMEIDA, N.M.S. **Formação do enfermeiro e reorientação do modelo de assistência à saúde:** um estudo cartográfico. Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia, 2012.



DSc. ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA
Doutora em Enfermagem - UESB
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



DSc. TÚLIO BATISTA FRANCO
Doutor em Saúde Coletiva - UFF



DSc. JORGE COSTA DO NASCIMENTO
Doutor em Psicologia Cognitiva - UESB

Jequié/BA, 10 de dezembro de 2012.

Dedico:

À minha irmã Ellisângela que se aqui estivesse, estaria feliz e orgulhosa deste momento. Você se foi, mas nosso amor é eterno!

E a todos aqueles que acreditam que um novo SUS é possível a partir da nossa implicação com ele.

Agradecimentos

À **Deus**, de quem procede toda boa dádiva, que enche a minha vida com o seu Amor e que caminhou de perto comigo, e disse “sim” a este sonho, me fazendo capaz.

Ao meu amado marido **Juliano**, por despertar o melhor que há em mim, por estar sempre ao meu lado e por tratar minhas vitórias como se dele fossem. Você me impulsiona a conquistar.

À minha família: **irmãos, cunhados e sobrinhos**, mas em especial aos meus **pais, Adauto e Edna**, por todo o valor que sempre deram à minha educação e por todo o amor dispensado sempre.

Aos meus sogros, **Armando e Helena**, por me tratarem como filha e por vezes incontáveis, sempre que eu precisei me dedicar exclusivamente aos estudos, estarem dispostos a realizar tarefas que eram minhas.

À minha orientadora, **Alba Vilela**, por sua contribuição com esse estudo, pela tranquilidade com a qual me conduziu, pelos conhecimentos partilhados e pela liberdade que sempre me deu.

À minha querida amiga **Fannie Sampaio**, que embarcou nesse sonho comigo, me apoiando desde o início, me ajudando no inglês, vibrando com cada conquista. Você é presente de Deus!

À **Monique Brito**, por sua generosidade. Você contribuiu de maneira marcante com este trabalho.

À minha “cunhamiga” **Camila Duarte**, porque toda vez que eu estava estressada com prazos estourados e “fuga” das ideias, me olhava com aquele sorriso mais tranquilo do universo e dizia: “Relaxe Belita! Você consegue!”

Ao mestre **Jair Magalhães** pelo grande apoio sempre que precisei, desde o projeto. Você é uma inspiração!

Ao professor DSc. **Túlio Franco** que contribuiu desde a concepção do projeto, por meio de sua produção científica, até o direcionamento na qualificação.

Ao professor DSc. **Jorge Costa**, pela disponibilidade e contribuição desde a qualificação.

Ao **PPGES** e todos os **professores**, pelo empenho e conhecimentos compartilhados.

Aos meus **colegas de turma**, pessoas especiais, pela amizade e por tudo o que aprendi com vocês.

Em especial às colegas **Elisama Nascimento e Juliana Xavier**, que tanto me ajudaram durante essa caminhada. Vocês se tornaram grandes amigas! Além de outras, como **Lucinéia, Karlla, Luciene e Juliana Oliveira**, que adoçaram meu caminho com sua amizade.

À **Neilma**, pessoa maravilhosa, que tanto faz pelo PPGES, seus alunos e professores.

Ao **NESP**, em especial à **Camila Amorim**, por sua disponibilidade quando dela precisei.

À **Claudiana Santos e Vanessa Lacerda**, minhas coordenadoras queridas, respectivamente no Hospital Geral Prado Valadares e na SMS de Itapetinga, por sempre me liberarem quando precisava desenvolver atividades do Mestrado.

Aos meus **alunos do curso de Enfermagem** da UFBA, campus de Vitória da Conquista, que me possibilitaram vivenciar muito do que aqui escrevi, me inspirando e motivando.

À **Heidi, Ana Carolina e Isnanda**, pela imensa ajuda na transcrição das entrevistas e à **Eluá** pela tradução do resumo.

À Universidade **Estadual do Sudoeste da Bahia, Hospital Geral Prado Valadares e Secretaria de Saúde de Itapetinga**, por me permitir a coleta de dados.

Aos **sujeitos** deste estudo, pela disponibilidade.

E a todos os **amigos** que não foram citados, mas torceram sempre por mim e hoje se alegram comigo.

Não há nunca uma identidade, individual ou coletiva, que fica para sempre no tempo em nós. Esta, está sempre em produção. Partindo de um certo território, abrindo-se para outros possíveis. Produzindo mapas, desenhando cartografias.

Emerson Elias Merhy

ALMEIDA, N.M.S. **Formação do enfermeiro e reorientação do modelo de assistência à saúde**: um estudo cartográfico. Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia, 2012.

RESUMO

A necessidade de reorientação do modelo assistencial da saúde é notável na atual sociedade. Para tanto, se faz necessário um repensar sobre o uso de tecnologias do processo de trabalho, ora em funcionamento nas instituições de saúde, de modo que se evidencie o uso de tecnologias leves e leve-duras. Diante de tal fato, a formação do profissional de saúde precisa ser alvo constante de reflexões, de modo a preparar os profissionais, inclusive enfermeiros, para operarem essas almejadas mudanças no modelo assistencial hegemônico. Este estudo tem como objetivo geral compreender as interfaces entre a formação do enfermeiro e a reorientação do modelo de atenção à saúde, do ponto de vista da transição tecnológica. E como específicos: Averiguar a percepção que docentes e egressos de um curso de enfermagem trazem acerca do papel da transição tecnológica na reorientação do modelo assistencial; Mapear as estratégias utilizadas pelos docentes no que diz respeito ao perfil profissional que deseja formar; Investigar o processo de trabalho de egressos de um curso de enfermagem, correlacionando com o núcleo tecnológico operado nesse processo. A metodologia utilizada fundamentou-se na abordagem qualitativa, utilizando os pressupostos da Cartografia, onde territórios existenciais são mapeados, analisando as paisagens psicossociais formadas pelas subjetividades dos sujeitos. Estes foram docentes do curso de Graduação em Enfermagem da UESB e egressos deste curso. A técnica utilizada na coleta de dados, junto a docentes, foi a entrevista semiestruturada e, junto aos egressos, entrevista semiestruturada e observação participante. Os resultados apontam para uma série de territórios existenciais envolvidos no processo ensino-aprendizagem e no desenvolvimento do trabalho desses egressos. A influência da formação possui implicações positivas na perspectiva de reorientação do modelo assistencial hegemônico, levando em consideração a análise do processo de trabalho dos egressos. Porém, não se considera a formação como único fator importante nessa construção.

Descritores: Educação superior, Educação em enfermagem, Modelos Organizacionais, Cartografia.

ALMEIDA, N.M.S. Nurse training and reorientation of health care: a mapping exercise. Dissertation [Master's degree] - Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Bahia's Southwest, Jequié, Bahia, 2011.

ABSTRACT

In present-day society there is a necessity of reorientation in the model of health assistance. Therefore, it is necessary a rethinking of technological work process, which happens in health institutions, to improve the use of light and light-hard technologies. This reason makes the Professional training a process of constant reflection, to prepare these workers, especially nurses, to perform the changes at the hegemonic assistance model. The main aim of this paper was to understand the interfaces between nurse training and the reorientation in the model of health assistance, in the moment of technological transition. The specific aims were: to Investigate the perception, of teacher came from a nurse college, about the role of the technological transition in reorientation in the model of health assistance; to map the strategies used by teachers to form a specific professional profile; To search the working process of the graduates in nursing course and correlating with the technological core operated in this process. The methodology was based on qualitative research technique using the assumptions of cartography, where existential territories are mapped by examining the psychosocial sceneries formed by subjectivities of the subjects, who were teachers from Nurse Graduation course in UESB and graduated at this course. To collect data it was applied a semi-structured interview with teacher and nursing graduates, whom also was applied a observational technique. Results shows a series of existential territories involved in learning strategies and in nursing graduates work. Differences in graduation process have positive impacts in reorientation of the hegemonic assistance model, taking in consideration the nursing graduates working process. However, graduation is not the only fact that matters in this process.

Descriptors: Higher Education, Nursing Education , Organizational Models, Cartography.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DOCENTES.....	52
QUADRO 2. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS EGRESSOS.....	54

LISTA DE SIGLAS

ACD- Auxiliar de consultório dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública

CTT – Composição técnica do trabalho

DCENF – Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

LOS - Lei Orgânica da Saúde

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

NOAS – Norma Operacional de Atenção à Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PPP – Projeto Político Pedagógico

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SUS – Sistema Único de Saúde

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TV – Trabalho vivo

TM – Trabalho morto

USF – Unidade de Saúde da Família

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Vamos do início.....	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 Modelos de Atenção à Saúde.....	17
2.2 Reorientação do Modelo Assistencial da Saúde.....	30
2.3 Formação do Enfermeiro.....	34
2.3.1 Metodologias do processo ensino-aprendizagem.....	37
2.3.2 Cognição e subjetivação: dimensões do processo educativo.....	41
3. REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	45
3.1 Cartografia.....	45
3.2 Trajetória metodológica.....	48
3.2.1 Campo de estudo.....	48
3.2.2 Cenários da pesquisa.....	49
3.2.3 Sujeitos da pesquisa.....	51
3.2.4 Técnica de coleta de dados.....	55
3.2.5 Análise dos dados.....	56
3.2.6 Questões éticas.....	57
4. Análise dos dados.....	58
4.1 Docentes: Cartografia de concepções e estratégias.....	58
4.1.1 Cartografia das concepções acerca das tecnologias do processo de trabalho em saúde.....	59
4.1.2 Cartografia dos agenciamentos de perfis profissionais.....	65

4.2 Egressos: Cartografia do processo de trabalho em saúde e interfaces com a formação.....	71
4.2.1 Formação do enfermeiro e reorientação do modelo assistencial: interfaces.....	83
Considerações Finais.....	88
Referências.....	90
Apêndice.....	97
Anexos.....	99

1 INTRODUÇÃO

O real não está nem na saída, nem na chegada. Ele se dispõe para nós é no meio da travessia

Guimarães Rosa

1.1 VAMOS DO INÍCIO...

Escolhi ser enfermeira numa tarde qualquer, tão normal que nem me lembro que dia da semana era, após o relato de uma amiga sobre a importância de uma enfermeira na saúde mental e física de um ente querido dela, quando de um internamento longo e sofrido. Claro que já havia pensado sobre o assunto, visto que precisava mudar alguns rumos em minha vida (era caloura insatisfeita de outro curso universitário). Mas aquela conversa dirimiu minhas dúvidas. Sendo assim, posso dizer que escolhi a enfermagem, sobretudo, pela sua vocação de poder, caso o profissional **deseje**, ir além das necessidades físicas, visíveis, óbvias.

Passado esse momento, já como enfermeira, atuando no Sistema Único de Saúde (SUS), tanto em unidade básica quanto na rede hospitalar, pude observar, na prática, a construção cotidiana do modelo assistencial da saúde, seus limites e suas possibilidades. Daí nasceu uma inquietude com relação a minha contribuição para sua reorientação, uma vez que esta se constitui numa necessidade para consecução de um atendimento de maior resolutividade às demandas dos usuários do SUS (as reais, embora nem sempre visíveis num primeiro olhar, principalmente se esse olhar for rápido e alienado), em todos os níveis de atenção. Associado a isto observei, em meu ambiente de trabalho, a atuação de estudantes dos cursos de enfermagem em seus estágios curriculares. Pude perceber como organizavam seu processo de trabalho, quais eram suas preocupações e, algumas vezes, suas principais críticas ao atual modelo. No entanto, apesar de dispostos a colaborar, nem sempre tinham um posicionamento firme com relação ao que fazer na busca de uma nova realidade, além de, algumas vezes, reproduzirem comportamentos que criticavam.

A partir daqui, posso começar a falar de outros encontros que tive. Desta vez, encontros com autores. Autores cujas ideias pareciam saltar do papel e me fazer visualizar um amplo território de possibilidades de construção de um modelo assistencial centrado no usuário, ou seja, na contramão do que se observa, muitas vezes, no cotidiano dos serviços de saúde.

Portanto, devo dizer que da reflexão acerca da minha formação acadêmica e do modelo assistencial hegemônico, com o qual ainda convivemos, do que vivencio, enquanto profissional do SUS e da observação da atuação dos discentes/estagiários dos cursos de graduação em enfermagem, surgiu o tema deste estudo. Tudo isso regado pelas tais ideias de que falei agora há pouco.

Acredito que as bases lançadas na formação acadêmica, aliadas às subjetividades pessoais, são importantes para a composição do perfil profissional e que este desenha a futura prática e, conseqüentemente, a operacionalização do sistema de saúde e do modelo de atenção adotado para atingir os princípios deste sistema.

No Brasil, o modelo de assistência à saúde de hegemonia é, historicamente, procedimento-centrado. Isso se expressa pela valorização do uso de tecnologias leve-duras e duras no processo de trabalho em saúde, a saber: conhecimentos técnicos, normas, equipamentos, entre outros. Porém, para Merhy e Franco (2003), a lógica da reorientação do modelo tecnoassistencial, requer uma focalização no uso de tecnologias leves, através da interseção profissional-usuário, haja vista o trabalho em saúde ser um trabalho intercessor, relacional, resultando em estabelecimento de: vínculo, que estimula a autonomia e a cidadania, tornando o cliente um sujeito participante durante a prestação do serviço (SCHIMITH; LIMA, 2004); acolhimento, na tentativa de garantir acesso do usuário aos serviços, com a finalidade de ouvi-los sempre, de modo a detectar e dirimir seus problemas e/ou referenciá-los (SCHIMITH; LIMA, 2004); e autonomização, que propõe a produção da autonomia, como grau de governar “o modo de caminhar a vida” (MERHY; ONOCKO, 2006).

Todos esses fatores estão, de alguma forma, contemplados no próprio arcabouço teórico da Estratégia de Saúde da Família, principal resposta do Ministério da Saúde (MS), na atualidade, à necessidade de reorientar o modelo de atenção à saúde vigente. Veja:

A Relação Equipe Família é o foco central da Saúde da Família, ou seja, os profissionais da Saúde da Família são, antes de tudo, comprometidos com seus usuários; estão sempre prontos a ouvi-los; desenvolvem cuidados

contínuos ao longo do tempo, estabelecendo uma relação de mútua confiança (...) Para organizar-se, por meio da saúde da família, a atenção básica deve se constituir no primeiro contato para a comunidade adscrita, configurar-se como a porta de entrada para um sistema hierarquizado e regionalizado. (...) A ESF segue sua orientação comunitária por meio do estímulo à participação da população na discussão dos seus problemas de saúde, na busca de suas soluções, na garantia da qualidade dos serviços... (BRASIL, 2005, p.15).

Dessa maneira, há que se pensar na transição tecnológica, na qual o uso de tecnologias leves de trabalho ganha maior destaque em relação ao uso de tecnologias duras, alterando não só a estrutura, mas o núcleo tecnológico do processo de trabalho, tendo como resultado a construção de um modelo de assistência pautado nas necessidades do usuário dos serviços, fator fundamental para o sucesso da assistência. De acordo com Merhy e Franco (2003, p.321), a transição tecnológica “é caracterizada por mudanças no modo de produzir saúde, impacta processos de trabalho, alterando a correlação das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado”

Diante disso, cabe um investimento na graduação de profissionais capazes de, a partir da reflexão e transformação de seu processo de trabalho, construir as bases de um modelo assistencial usuário-centrado. Corroborando este pensamento, urge o incremento de metodologias de ensino adequadas à formação de profissionais críticos da realidade sanitária e sensíveis a essa necessária transição tecnológica, para que possam atuar de maneira eficaz no mercado de trabalho, contribuindo para a reorientação do modelo de atenção à saúde. Leva-se em conta, portanto, o fato de que é a partir do processo de trabalho; logo, no cotidiano dos fazeres, que se constroem modelos de assistência.

O “autogoverno” do trabalhador de saúde sobre o modo de fazer assistência, muitas vezes, é o que determina o perfil de determinado modelo assistencial (...). Por este motivo, a mudança de modelos assistenciais requer, em grande medida, a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão desses trabalhadores ao novo projeto (...). Sendo assim, não é possível desconectar a proposta de transformação do modelo tecnoassistencial das mudanças na formação dos profissionais de saúde (ALBUQUERQUE et al, 2008, p. 359).

Porém, cabe aqui uma importante ressalva: embora seja relativamente simples conjecturar acerca da formação do enfermeiro, no que tange aos conhecimentos necessários à reorientação do modelo assistencial, existe outra questão muito mais profunda e complexa. Esta diz respeito aos territórios

existenciais que docentes e profissionais habitam e que interferem diretamente no “ensinar”, no “aprender” e no “atuar” .

Embora o que se aprende esteja no campo da cognição, o “agir de acordo” perpassa o campo da subjetividade de cada ser, que é influenciada por inúmeros fatores de ordem sócio-cultural e que tem no desejo o catalisador das ações. Essa ideia é corroborada no fragmento a seguir:

A subjetividade é uma produção sócio-histórica, assumindo, portanto, um caráter dinâmico (...) Ela se estrutura nuclearmente no desejo, que se forma nos processos primários e é seu principal elemento. O desejo é, também, a energia que impulsiona o agir sobre o mundo. A mudança nesse núcleo é o que se chama de processo de subjetivação, capaz de alterar a intencionalidade sob a qual as pessoas atuam sobre o mundo da vida (FRANCO, 2007, p 432).

Sendo assim, se torna muito mais complexo tentar explicar os modos de produção de cuidado de determinado profissional, tomando por base, apenas, a formação, tanto na atribuição de méritos, quanto de culpa.

Dessa forma, a Cartografia, instrumento metodológico utilizado nesse trabalho, surge como uma estratégia para mapeamento desses territórios existenciais, em busca de uma melhor visualização da problemática em questão, a fim de propor reflexões lúcidas que acompanhem os processos subjetivos e relacionais envolvidos.

Sob essa perspectiva, a presente pesquisa se justifica por sua relevância para a visualização das metodologias utilizadas no ensino superior, enquanto ferramenta importante para a formação de profissionais aptos a contribuir para as urgentes e necessárias mudanças na gestão da saúde. Pretende, ainda, pautar esta relevância na promoção de uma reflexão acerca das relações estabelecidas no encontro dos produtos cognitivos, resultantes do trabalho pedagógico realizado pela universidade, com os produtos das subjetividades dos egressos desse mesmo trabalho pedagógico. Isto, a partir da visualização do processo de trabalho destes egressos.

Diante do exposto, faço aqui os seguintes questionamentos: O curso de graduação em enfermagem tem formado profissionais munidos de conhecimentos e habilidades para contribuir com a reorientação do modelo assistencial hegemônico, do ponto de vista da transição tecnológica? De que maneira os profissionais enfermeiros têm operado a produção do cuidado no cotidiano de suas práticas profissionais, com relação à construção do modelo de assistência à saúde?

A partir de tais indagações, foram elaborados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Compreender as interfaces entre a formação do enfermeiro e a reorientação do modelo de atenção à saúde, do ponto de vista da transição tecnológica.

Objetivos Específicos

- Averiguar a percepção que docentes e egressos de um curso de enfermagem trazem acerca do papel da transição tecnológica na reorientação do modelo assistencial;
- Mapear as estratégias utilizadas pelos docentes no que diz respeito ao perfil profissional que deseja formar;
- Investigar o processo de trabalho de egressos de um curso de enfermagem, correlacionando com o núcleo tecnológico operado nesse processo.

Encerro minhas considerações iniciais, acreditando que um dos grandes desafios da educação é, justamente, fazer com que o processo educativo consiga ir além da cognição, que chegue à subjetividade dos sujeitos, para que o conhecimento construído sirva aos propósitos de humanizar as relações e, no caso da enfermagem, transformar as práticas do cuidado. Isto posto, demonstro minha concordância com Franco (2007, p 431) ao considerar que “os processos educacionais só terão eficácia, se conseguirem, junto com os processos de cognição, operar as mudanças também nas subjetividades” Mas, sobre esse assunto, trataremos mais adiante.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

*Qualquer ideia que te agrade,
Por isso mesmo... é tua.
O autor nada mais fez que vestir a verdade
Que dentro em ti se achava inteiramente nua.*

Mário Quintana

2.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Antes de ir direto a um dos focos principais desse trabalho, os modelos assistenciais da saúde, precisamos falar um pouco sobre o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), nos anos de 1970, e da criação do SUS, conquista maior desse movimento.

A reforma sanitária é fruto da reflexão e mobilização de vários segmentos da sociedade brasileira - estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde - acerca das precárias condições de saúde no Brasil, associado à intensa morosidade e visão mercantilista do setor. Fleury (1997) identifica três tipos de prática que caracterizam o movimento: a teórica, que diz respeito à construção do saber, a ideológica, sobre a transformação da consciência e, por fim, a política, referindo-se a transformação das práticas sociais.

Até a década de 70, o brasileiro convivia com um sistema de saúde baseado no seguro social – primeiro com as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) depois com os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), que se uniram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) - portanto, excludente e meritocrático. Além disso, o dinheiro das contribuições dos trabalhadores formais – únicos com direito aos serviços de saúde – era constantemente utilizado para capitalizar a indústria e financiar a iniciativa privada do setor saúde (PAIM, 2009).

As práticas (ações e serviços) de saúde eram, predominantemente, flexnerianas¹, portanto, pautadas na supervalorização da dimensão biológica, além de fragmentado, devido à superespecialização disseminada como benéfica (PAIM, 2009).

Todo esse cenário, associado a reabertura político-administrativa em andamento no Brasil, no fim dos anos 70 e início dos anos 80, fez com que esse movimento ganhasse ainda mais expressividade. A participação efetiva dos diversos segmentos sociais é, portanto, um dos grandes marcos da criação do SUS. Fato que o torna uma legítima conquista popular.

Em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, os princípios de tal reforma foram sistematizados. Estes princípios perpassam pelo conceito ampliado de saúde, pelo direito universal a esta, sendo dever do Estado garanti-la por políticas econômicas e sociais e acesso aos serviços. Além disso, propunha-se a criação de um sistema único de saúde, sem exclusão, participação popular na consolidação desse sistema, além de questões ligadas ao orçamento.

Em 1988, em virtude das proposições da reforma sanitária, a saúde ganha um capítulo próprio na Constituição Federal, incorporando os seus princípios. Como consequência, cria-se o SUS, que foi regulamentado nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080 e 8.142, dois anos mais tarde. Trocando em miúdos, a assistência à saúde passa a direito de cidadania, mesmo com um atraso de 40 anos em relação a declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) a este respeito.

Princípios doutrinários e organizativos como universalidade e participação popular - já citados - igualdade (com equidade), regionalização, hierarquização, descentralização, entre outros, foram regulamentados nas LOS e aperfeiçoadas nos diversos instrumentos legais formulados posteriormente, como as Normas Operacionais Básicas (NOB), Normas Operacionais de Atenção à Saúde (NOAS), Pacto pela Saúde e, mais recentemente, o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), só para citar alguns. Estava, portanto, instaurada a seguridade social como sistema de proteção social no Brasil.

¹Diz respeito ao Relatório Flexner, desenvolvido em 1910 nos Estados Unidos, que influenciou a formação de médicos e outros profissionais de saúde, e que sustenta a ideia de um modelo de prática médica focada no anátomo-fisiológico, na especialização e no hospital (NOGUEIRA, 1994).

Além de obedecer aos princípios supracitados, passa-se ao entendimento da saúde como resultado de condições sócio-econômicas diversas como moradia, alimentação, trabalho, renda, educação, lazer, dentre outros. Este avanço ideológico coloca em destaque o valor da intersetorialidade - até porque a reforma propunha alterações profundas, extra setor saúde - e da criação de políticas voltadas para a promoção da saúde e não apenas para a cura de doenças já instaladas.

No sentido de estreitar a distância entre a teoria e a prática cotidiana, faz-se necessário a implementação de modelos assistenciais que abracem essas múltiplas possibilidades.

Modelos assistenciais são maneiras de organizar saberes e instrumentos do processo de trabalho em saúde, em determinados espaços, agindo sobre estes, de modo a atender necessidades de saúde ali identificadas, a partir do perfil epidemiológico. Não recebem essa denominação por serem “modelos” a seguir, mas se referem a racionalidades diversas, modos, que orientam as intervenções. São, portanto, a dimensão técnica das práticas de saúde (PAIM, 2003).

De maneira sucinta, poderíamos dizer que, na realidade brasileira atual, coexiste, basicamente, o chamado Modelo Médico-Assistencial Privatista (Hegemônico) e o Modelo Sanitarista, aliados a modelos alternativos que intencionam sanar as dificuldades destes.

Para fins de caracterização, o Modelo Médico-Assistencial Privatista (hegemônico) está voltado ao atendimento da chamada demanda espontânea. Isto, por si só, sugere uma deficiência deste modelo, já que não alcança a população que não percebe suas necessidades, ainda que existam, ou que não valorizam a prevenção de doenças. Predomina a atividade assistencialista e centrada no profissional médico e no hospital (setorial). Não se verifica uma adequação às necessidades locais, nem a formação de vínculos e de corresponsabilidade com a população assistida. “É, portanto, predominantemente curativo, tende prejudicar o atendimento integral ao paciente e à comunidade, e não se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população” (PAIM, 2003, p. 568).

Feita esta descrição, pode-se inferir sua inclinação à doença, à cura, ao indivíduo, ao uso de tecnologias de alta densidade, que se traduzem em

equipamentos diagnósticos e terapêuticos sofisticados, além da valorização de medicamentos e produção de procedimentos no setor saúde.

Mas será que a retroalimentação desse modelo, apesar de tantos esforços contrários, não tem uma razão de ser, seja ela histórica, econômica ou cultural? Fica fácil supor que existam, de fato, forças que mantêm esse modelo, desde a sua concepção até os dias atuais. Buscar algumas respostas para isso nos faz chegar a outra pergunta: a quem interessa sua manutenção?

Ainda neste contexto, Silva Júnior (1998), elucida bem esta temática ao trazer as concepções históricas e a crise deste modelo, chamado de hegemônico, sobretudo, por apresentar uma hegemonia do trabalho médico.

O autor aponta o contexto europeu dos séculos XVIII, XIX e XX. Traz a industrialização e a urbanização, com as consequentes epidemias provenientes dos aglomerados humanos, condições de trabalho e necessidades de intervenções em saúde que buscasse manter a produtividade dos trabalhadores.

Diante do cenário desenhado, surgem algumas iniciativas de Sindicatos de Trabalhadores e Conselhos de Saúde, buscando a intervenção do Estado sobre as melhorias das condições de saúde, através de medidas de saúde pública, fato que nem sempre ocorreu em alguns países da Europa com tradição Liberal que privilegiava a iniciativa privada nesse contexto.

Condições políticas desfavoráveis na Europa, provocaram grande fluxo migratório para os Estados Unidos, o que gerou para este último prejuízos de ordem econômica, exatamente pelo fenômeno do aparecimento de cortiços que contribuíam para o surgimento de surtos epidêmicos. Como consequência, surgiram estruturas de Saúde Pública no âmbito local e estadual, como resposta à mobilização da opinião pública e governos. Porém, o governo federal, a exemplo do que já ocorria na Europa, seguia se eximindo da responsabilidade da formulação de uma política nacional de saúde.

A Alemanha, sob influência francesa e inglesa, defendia a Saúde Pública como promotora do desenvolvimento sadio do cidadão, a prevenção dos perigos que ameaçavam a saúde e controle de doenças. Esta corrente médico-política, ainda segundo Silva Júnior (1998), liderada pelo médico alemão Virchow, tinha como

principal bandeira, a defesa da saúde como direito de cidadania e o dever do Estado em mantê-la e promovê-la. Mesmo derrotados politicamente, estes movimentos mantiveram algumas proposições nos debates políticos.

Virchow e Neuman difundiam ideias acerca da determinação social das doenças, porém a descoberta dos microorganismos e sua associação etiológica com as doenças nos séculos XVIII e XIX, por Pasteur e Koch, enfraqueceram em muito as concepções Virchowianas. Em lugar delas, o laboratório ganha destaque no diagnóstico e intervenções sobre a doença e o Hospital, que no século XVIII era tido como morredouro, passa a ser o espaço privilegiado do trabalho da Medicina Científica, originária dessas novas concepções. Sendo assim, o caminho natural foi um considerável incremento na produção de equipamentos médicos, de medicamentos e nas pesquisas na área da medicina (SILVA JÚNIOR, 1998).

Ainda com base nas reflexões do autor acima citado, o Relatório Flexner foi um marco para a Medicina Científica. Tal relatório foi o resultado de um estudo acerca do ensino médico nos Estados Unidos e Canadá, elaborado por Abraham Flexner, em 1910, que culminou no fechamento de 124 das 155 escolas médicas da época. As proposições deste relatório incluíam: introdução do ensino laboratorial; expansão do ensino clínico em hospitais, ênfase na pesquisa biológica, como forma de se contrapor ao empirismo anterior; vinculação da pesquisa ao ensino; e estímulo a especialização médica. Milhões de dólares foram empregados para implementação dessas recomendações.

Com a Medicina Científica a prática médica sofreu mudanças e passou a ser direcionada por elementos, tais como o *mecanicismo*, que está associado ao capitalismo por enxergar o corpo como uma máquina, sendo elemento essencial do modo de produção dominante. A partir disso, conhecer as “peças” dessa máquina, favoreceria a aplicação de terapias adequadas.

Além deste, destaca-se o *biologicismo*, fruto das descobertas microbiológicas, excluindo os fatores sociais da etiologia das doenças. Também se direcionou pelo princípio do *individualismo* que, ao mesmo tempo, que excluía o social também responsabilizava o indivíduo pelo aparecimento de sua doença. Outro princípio marcante foi o da *exclusão das práticas alternativas*, ao impor a Medicina Científica

sobre outras prática médicas, acadêmicas e populares, sob a égide do “cientificamente comprovado”.

A *especialização* também se destaca, influenciada pelo mecanicismo e pelos apelos do acúmulo de capital que obriga a fragmentação do processo de trabalho. A *tecnificação do ato médico* também pode ser observada, traduzida na necessidade de técnicas e equipamentos para a investigação diagnóstica e terapêutica, criando uma expectativa de que os avanços na engenharia biomédica geraria uma melhor qualidade de vida, o que impulsionou sobretudo a indústria de equipamentos e medicamentos. A *ênfase na medicina curativa* nasce, nesse contexto, a partir do prestígio dado ao processo fisiopatológico, definindo doenças como lesões, cuja remissão era o critério de cura. E, por fim, a *concentração de recursos*, devido ao crescente aparato tecnológico, nesse caso, abrigado pelos hospitais (SILVA JÚNIOR, 1998).

Neste ponto, já se pode perceber nitidamente a origem das características do Modelo Hegemônico, que se embrenhou no Brasil, no século XX, no mesmo ritmo com que avançou também nossa industrialização e a influência econômica e ideológica que sobre nós exerceu os Estados Unidos. Segundo Paim (2003), aqui no Brasil, o Modelo Médico-assistencial Privatista tem suas origens na assistência filantrópica e medicina liberal, sendo fortalecida com a expansão da previdência social e consolidada com a capitalização da medicina. Precisava-se, nesse momento, cuidar dos corpos dos trabalhadores a fim de mantê-los produtivos.

De forma complementar e subalterna ao Modelo Médico Hegemônico está o Modelo Sanitarista, caracterizado pelo enfrentamento dos problemas de saúde por meio de campanhas como vacinação e controle de epidemias, entre outros. Além do desenvolvimento de programas especiais como, por exemplo, controle de tuberculose, saúde da criança e saúde da mulher (PAIM, 2003).

Ainda segundo Paim (2003), as principais críticas a este modelo residem no fato da verticalidade de alguns programas, muitas vezes, desnecessários, por não corresponderem a real necessidade de determinadas localidades. Acarretando, ainda, uma desarticulação do serviço a fim de implementá-los. Já as campanhas são apontadas como mal necessário, na tentativa de sanar problemas que o sistema de

saúde não consegue no cotidiano de suas práticas, além da grande mobilização de recursos que exige.

Sua origem histórica se observa no Sanitarismo Campanhista do início do século passado, ligado ao modelo agroexportador, exigindo do sistema de saúde uma política de saneamento dos portos, a fim de eximir as exportações de prejuízos econômicos. Havia aí uma visão militarista, de combata às doenças de massa e concentração de decisões (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

A partir da década de 70, a despeito dos inegáveis avanços oriundos de descobertas científicas, se assistiu uma crise da Medicina Científica e de seus princípios que não conseguiam dar conta das demandas de saúde, por desconsiderarem os fatores socioeconômicos, tão marcantes no aparecimento de doenças tais como a tuberculose, as doenças psicossomáticas, ocupacionais e neoplasias (SILVA JÚNIOR, 1998).

Ainda conforme o mesmo autor, o crescente aumento dos custos pela especialização médica e incorporação tecnológica, também foi determinante na crise, o que se associa à desigualdade na distribuição desses recursos, visto que o alto custo tinha como consequência a oferta desses serviços aos mais abastados, não sendo, necessariamente, os que mais necessitavam deles.

Diante da paisagem desenhada, propostas alternativas, ou seja, modelos alternativos de atenção à saúde foram se desenvolvendo. Mesmo antes do ápice da crise, na década de 40, a divulgação, pela OMS, da ideia de saúde como direito humano fundamental, além das pressões populares de trabalhadores que ansiavam por políticas de Bem-Estar Social implementadas pelo Estado, influenciaram o surgimento da Medicina Comunitária, também conhecido como Cuidados Primários de Saúde, tendo tido como marco teórico a Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978 (SILVA JÚNIOR, 1998).

Ainda segundo o mesmo autor, a Medicina Comunitária propunha uma maior racionalidade ao modelo de atenção, além de mais produtividade, menores custos, ampliação de cobertura e participação comunitária. Surgiu nos Estados Unidos na década de 60 e, no Brasil, foi difundida pelas universidades, na mesma época.

A medicina Comunitária se estrutura a partir dos seguintes conceitos: *Coletivismo restrito*, onde, contrapondo-se ao modelo Flexneriano, passa-se a valorização da coletividade, porém, sem considerar o macrossocial, haja vista se restringir a comunidade local; a *integração de atividades promocionais, preventivas e curativas*, ofertadas de maneira universal, em especial aos grupos sob maior risco; a *desconcentração de recursos*, traduzidos na hierarquização dos serviços, que têm na atenção primária sua porta de entrada para outros níveis de maior complexidade, objetivando referenciar o mínimo por resolver a maior parte dos problemas de saúde apresentado; a *tecnologia adequada* propondo uma revisão nos critérios de incorporação e utilização de tecnologias médicas, reduzindo custos; a *inclusão de práticas médicas alternativas*, estas acadêmicas ou populares; a *utilização de equipe de saúde*, onde incluiu-se auxiliares submissos ao controle de profissionais de nível superior; e *participação comunitária*, através do envolvimento da população na resolução de seus problemas (SILVA JÚNIOR, 1998).

Apesar do avanço observado na Medicina Comunitária, ao se contrapor ao Modelo Hegemônico, autores como Donnangelo (1975); Arouca (1975); Paim (1976); Loureiro (1976); Mendes (1980), apontam alguns entraves como, por exemplo, a manutenção de uma atenção primária para pobres que, inclusive, tem mais dificuldade em se locomover na direção dos locais onde estão as tecnologias mais densas (hierarquização) e a medicina flexneriana para quem pode pagar. Além disso, favorece a acumulação de capital na indústria da saúde, uma vez que, de maneira racionalizada, expande os núcleos de consumo de produtos médicos.

A integração preventivo-curativa mantém-se centrada no ato médico e a intervenção social que exerce reproduz a ideologia dominante, ao implementar, por exemplo, programas coercitivos, que servem à estrutura econômica. Outro problema é a já mencionada restrição ao nível local, separadas de conjunturas sociais mais amplas.

Tanto as práticas alternativas citadas, quanto o trabalho em equipe, foram adaptados aos interesses da medicalização e estavam sob a tutela do conhecimento médico-científico.

Os diversos projetos que surgiram em face da Medicina Comunitária, fizeram parte do bojo da RSB na década de 70, período já destacado, de intensas

mobilizações e reflexões acerca do sistema de saúde e dos modelos a serem adotados pelo mesmo a fim de operacionalizar as mudanças almeçadas.

Nesse contexto, no Brasil, na década de 80, diversas experiências contra-hegemônicas se desenvolveram. Todas sob a perspectiva de tais princípios, que ganharam força na municipalização e contribuíram com as práticas teóricas, ideológicas e políticas da RSB (CAMPOS, 1997).

Segundo Paim e Almeida (1998), já com a denominação de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), os princípios da saúde comunitária se inserem em experiências que propõem um modelo distritalizado com base em níveis hierarquizados de atenção. Essa distritalização constitui-se na descentralização e planejamento locais, na organização por problemas, estabelecendo prioridades de intervenção, na intervenção tomando por base um território com população adscrita, na participação popular com co-responsabilização e participação no processo de planejamento, execução e avaliação.

Além disso, destaca-se neste modelo a intersetorialidade, a atenção integral com equidade e eficiência, através do desenvolvimento de recursos materiais e humanos e criação de um sistema de informação capaz de fornecer informações epidemiológicas para a oferta adequada de serviços e a articulação da rede de serviços, racionalizando recursos.

Inserem-se, neste momento, conceitos como os de *território*, *problema* e *práticas sanitárias*. O território (território-processo) diz respeito a um espaço permanente de construção, fruto de disputas de sujeitos sociais, além de local onde se verifica desigualdades sociais. Dentro desse território, são identificados problemas de saúde, para os quais deve haver ações interdisciplinares. Por fim, as práticas sanitárias dizem respeito às ações de saúde articuladas com a sociedade em suas dimensões econômicas, políticas e ideológicas.

Nesse contexto, a Vigilância em Saúde constitui-se enquanto prática sanitária de organização dos processos de trabalho em saúde para enfrentamento de problemas contínuos, sendo a organização dos serviços hierarquizada, enfatizando a atenção primária em detrimento dos demais níveis de atenção, com atendimento por grupos populacionais, com destaque para a promoção de saúde.

As principais críticas feitas aos SILOS estão na definição de problema, que parte de um referencial epidemiológico, abafando a expressão dos problemas de saúde apresentados pelo usuário e que traduzem suas necessidades. Além disto, limitam sua atuação sobre problemas priorizados, além de enfoque excessivo na atenção básica, que não tem condições, sozinha, de resolver todos esses problemas, o que acaba por reiterar o modelo Saúde Pública versus medicina, deixando para os médicos neoliberais a atenção sobre os problemas individuais.

O modelo de Cidades Saudáveis, conforme Mendes (1996), surge no Canadá, na década de 80, sob influência das ideias acerca da Promoção de Saúde difundidas na Carta de Ottawa. Na década de 90, chega a América Latina, juntamente com a implantação dos SILOS, de onde extrai a ênfase na intersetorialidade, enquanto principal estratégia para articulação política e operacional na promoção da saúde.

O projeto Cidades Saudáveis, baseado nos pressupostos da Promoção da Saúde, orienta-se pelas diretrizes de consecução de saúde por meio do desenvolvimento de políticas públicas articuladas e saudáveis, além de respeito à vida e aos ecossistemas e incentivo à participação popular relativa a gestão do sistema e de mudanças no estilo de vida para consecução do seu bem-estar. Aqui, se inserem agentes de saúde, enquanto articuladores dos serviços com a comunidade

Destarte Campos (1997) tece algumas críticas a esta modelagem, tais como: destaque excessivo à intersetorialidade e ao papel da população na produção de saúde, reduzindo o papel dos demais atores como os serviços de saúde e gestores.

Outra proposta alternativa que merece destaque é a denominada Em Defesa da Vida, que se desenvolveu no final da década de 80, em cidades como Campinas, Ipatinga, Betim, Belo horizonte e Volta Redonda. Tinha como escopo a ideia de desenvolver os princípios universalidade, equidade, integralidade e qualidade do sistema de saúde, a fim de que este fosse resolutivo (MALTA, 2001; MENDES, 1994).

A proposta foi sistematizada em 1992 na IX Conferência Nacional de Saúde. Tentava-se, nesta modelagem, oferecer uma resposta ao trabalho médico e aos

problemas de saúde individuais, uma vez que estas eram as lacunas das demais propostas (PAIM, 1999)

Segundo autores como Paim (1999), Campos (1992; 1994), Cecílio (1994) e Merhy (1994), o projeto Em Defesa da Vida, defendia a reorganização dos serviços de saúde e dos processos de trabalho, de modo a fazer com que a relação entre profissionais e usuários produzisse o acolhimento, o vínculo e a responsabilização necessários a identificação de necessidades individuais e coletivas, geração de autonomia e acesso às tecnologias adequadas para intervenção sobre os problemas de saúde, além da garantia da gestão democrática e do controle social. O processo de trabalho foi discutido a partir das contribuições de Gonçalves (1979) e Merhy (1995) no tocante a análise da micropolítica do trabalho.

Vinculou-se à Epidemiologia no contexto da corrente Latino-Americana, embora reconhecendo a limitação desta quanto aos aspectos individuais e subjetivos do adoecer. O Planejamento Estratégico Situacional foi adotado para o modelo gerencial, se utilizando da noção de “caixa de ferramenta”, adaptando, portanto, as ferramentas do planejamento ao cotidiano das equipes e na construção de um novo desenho para a organização das unidades e da gestão (CAMPOS, 1994; CECÍLIO, 1994; MERHY, 1997).

Sofreu influências da teoria da ação comunicativa de Habermans, da Análise Institucional e de elementos da psicanálise, no que diz respeito a compreensão dos problemas institucionais e os interesses em jogo, articulando, dessa forma, projetos que incluem vários atores e os diversos interesses e influenciaram a atuação da equipe de saúde, de modo a ampliar a capacidade de perceber a demanda e articular respostas mais equânimes (CECÍLIO, 1994; MERHY, 1997).

Postula-se uma flexibilização dos critérios de hierarquização, pois o perfil das Unidades Básicas seria definido pela configuração de demanda da população e se estruturaria de modo a tornar-se, apesar de atenção primária, mais complexa em atribuições. A equipe da unidade básica é multiprofissional, dispõe de especialistas médicos básicos (pediatra, clínicos e ginecologistas) e incorpora equipamentos e tecnologias que aumentam a resolubilidade, conforme as necessidades (CAMPOS, 1992; MERHY, 1997).

Diante disso, são formuladas estratégias para otimizar o acolhimento, viabilizando o vínculo da comunidade à equipe, a qual se responsabiliza por esta comunidade e os problemas de saúde identificados. Passa, portanto, a ser valorizada a integração da equipe e seu saber, e os projetos terapêuticos formulados a partir daí. Desenvolveu-se, também no âmbito hospitalar, algumas experiências no mesmo sentido (MERHY, 1994;1997; PAIM, 1999; CAMPOS, 1994).

Apesar de os princípios do SUS estarem arraigados nesta proposta, não foram desenvolvidos instrumentos para a intervenção na gestão do sistema de um maneira mais abrangente. Nisto reside a principal crítica a este modelo (MERRY; MALTA; SANTOS, 2004).

Ainda falando acerca de modelos alternativos, cabe especial destaque para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF). Embora não se possa dizer que sejam modelos assistenciais, se constituem em estratégias para reorientação do modelo hegemônico. O PSF, por exemplo, ao qual, atualmente, o PACS vinculou-se em quase todo o território nacional, é a principal resposta do MS à necessidade de mudanças no modelo de atenção, na atualidade.

O PACS surgiu em 1991, inspirado na Atenção Primária a Saúde, sob justificativa de expandir a cobertura de atenção à saúde, em especial ao grupo materno-infantil, com a expectativa de melhorar os indicadores de saúde desta população, tão precários até então. Porém, foi considerada uma proposta reduzida, se comparada a proposta da RSB (PAIM, 1999).

Diante dessas limitações, surge no Brasil em 1994, como política de intervenção assistencial, o PSF. A partir de 1997, ocorre a integração PACS/PSF. Com a implantação da NOB 01/96, em 1998, é potencializada a expansão do PSF, por meio de incentivo financeiro específico.

Seu embrião ideológico data da década de 60 quando, nos Estados Unidos, estruturou-se o movimento de medicina familiar, através de financiamento de ordem estatal e federal para a formação de médicos da família em cursos de pós-graduação, visando superar os altos custos gerados pela sofisticação tecnológica e superespecialização do cuidado (PAIM, 2003).

Contudo, para o mesmo autor, o médico da família como integrante da equipe de saúde, pode assumir, devido a baixa densidade tecnológica que utiliza, distintos significados práticos, como qualidade, integralidade e efetividade na atenção primária, mas também pode significar uma medicina “pobre” para “pobres”, ou até mesmo, uma ação “triagista” para redução de custos institucionais.

O principal objetivo do PSF seria reorientar o modelo de atenção à saúde, a partir da reorganização a atenção básica, superando, assim, as práticas médicas curativas, assistencialistas e hospitalocêntricas do modelo hegemônico (MENDES, 1996; BRASIL, 1996; LECOVITZ; GARRIDO, 1996).

Conforme descrito por Brasil (1996), suas ações estão centradas na família, percebida a partir de seu ambiente físico e social. O processo de trabalho baseia-se na vigilância a saúde, devendo, portanto promover, proteger e recuperar a saúde da população adscrita à unidade de saúde da família, que é uma unidade básica de saúde. Trabalha com a territorialização e a equipe se compromete com um máximo de 4500 famílias, no máximo.

O PSF possui caráter substitutivo das práticas tradicionais de assistência, complementariedade e hierarquização, o que quer dizer que deve ser “porta de entrada” de um sistema hierarquizado (níveis de complexidade), a fim de atingir a integralidade da assistência. A equipe mínima é composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Outros podem se inserir como, por exemplo, dentista.

A reorganização das práticas de trabalho compreendem o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento/ programação local, abordagem multiprofissional, referência e contra-referência e educação continuada. Itens tais como: atendimentos em consultório (médico e enfermeiro), visitas domiciliares e ações programáticas, são atribuições da equipe e encontram-se normatizadas pelo Ministério da Saúde.

Para Franco e Merhy (2003), é necessária uma reestruturação do PSF para que tenha a potência transformadora a que se propõe. Apontam questões como a intensa normatização do programa, a padronização em todo o território nacional, a fragilidade da clínica sob justificativa de promover saúde, entre outros. Destacam,

ainda, como principal alteração a se efetivar, os processos de trabalho dos profissionais, ainda tão sumários e burocráticos e, muitas vezes desprovidos de atributos como acolhimento, vínculo e responsabilização, tão importantes para a produção do cuidado em saúde, uma vez ser o trabalho neste setor, sempre fruto de uma *relação* entre profissional e usuário.

Para finalizar, não poderia deixar de apontar algumas outras propostas que, sucintamente, poderiam ser descritas da seguinte maneira, conforme Teixeira (2000):

a) Ações programáticas de saúde: este modelo toma por base a programação com base nas necessidades sociais de saúde da população que demanda os serviços das unidades básicas. A reorientação do processo de trabalho se utiliza da programação como principal instrumento;

b) Acolhimento: Altera a “porta de entrada”, a recepção do usuário, agendamentos e programação, que passa a ser fruto de uma releitura das necessidades sociais de saúde. O cerne dessa proposta está no estabelecimento de vínculos entre clientela e profissionais.

c) Vigilância da Saúde: Fortalece as ações das Vigilâncias Epidemiológicas e Sanitárias, além das Vigilâncias Nutricionais para grupos de risco, Ambientais em áreas de risco epidemiológico e do Trabalhador, levando em conta os ambientes e os riscos ocupacionais.

d) Promoção da Saúde: Se aplicam, primordialmente, à melhoria das condições e estilos de vida, se utilizando de atividades de Educação e Comunicação em saúde e na formulação de políticas públicas saudáveis.

2.2 REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DA SAÚDE: TRANSIÇÃO TECNOLÓGICA

Muitas são as propostas de modelos alternativos ao modelo hegemônico, com vistas a reorientá-lo, ou seja, torná-lo um verdadeiro operacionalizador dos princípios do SUS, no intuito de que seja resolutivo, atendendo às reais necessidades de saúde da população, refletindo significativamente nos níveis de saúde, de maneira ampliada.

Porém, a grande pergunta que se faz é: Por que, apesar de tantos esforços, ideias, práticas, entre outros, o modelo de atenção à saúde parece conservar suas características consideradas mais prejudiciais?

A estrutura do sistema é revista periodicamente por meio de iniciativas e propostas distintas, conforme apresentado no tópico anterior. Porém, existem defensores da concepção de que muda-se a estrutura, contudo, mantém-se os mesmos processos de trabalho, reforçadores do modelo hegemônico.

Para tentar elucidar melhor o que estamos querendo dizer, buscamos apoio em Merhy e Franco (2003), que defendem a ideia de que, ao realizar o cuidado, o trabalhador de saúde opera um núcleo no seu processo de trabalho que integra Trabalho Morto (TM) e Trabalho Vivo (TV) em ato. Ao primeiro está atribuído todo o instrumental utilizado e ao segundo, os fatores relacionais produzidos no ato do processo.

Para eles, “a mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde depende menos de normas gerais, e mais da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho” (MERHY; FRANCO, 2003).

Provavelmente, reside aí o grande nó crítico dessa situação. O fator humano do trabalhador de saúde faz com que o produto de seu trabalho dependa de sua singularidade e do contexto geral em que está inserido. É o trabalhador que controla seu processo de trabalho, devido a sua propriedade de autogoverno. Diz Merhy (2007, p.12-13):

Somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas (...). Instituídos e instituintes. Melhor dizendo, somos sujeitos que sujeitam, sem que com isso, deixemos de ser sujeitados também.

Para lançar luzes sobre este assunto específico, recorreremos a Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994), que desenvolveu um significativo estudo acerca do processo de trabalho em saúde, pautado na concepção de trabalho desenvolvida por Marx (1994), que defende a ideia de que o trabalho é um processo de transformação operado pelo homem, a fim de satisfazer necessidades humanas,

constituídas histórica e socialmente. A intencionalidade impressa sobre o trabalho faz com que o homem, apesar de fazer parte da natureza, se diferencie dela.

Nesta perspectiva, Marx (1994) elenca três elementos que constituem o trabalho: a atividade destinada a um fim (o trabalho em si), o objeto (a matéria a que se aplica o trabalho) e os meios (instrumental). Mendes-Gonçalves (1979, 1992), por sua vez, ao adequar essa concepção ao processo de trabalho em saúde, sugere os elementos: a finalidade, o objeto, os meios e os agentes, que são os profissionais de saúde.

Para ele, os agentes, direcionados por um saber, identificam a necessidade do objeto e intervém sobre ele, de modo a transformar essas necessidades por meio de sua ação, utilizando os instrumentos necessários. Na finalidade reside a intencionalidade e racionalidade do trabalho humano, ou seja, o fim proposto pelo agente.

Sendo o agente (trabalhador de saúde), o fator que se destaca entre os elementos do processo, uma vez que a sua intencionalidade é que dinamiza e imprime finalidade a este, vê-se aqui um dos pontos de conexão com os pressupostos defendidos por Merhy e Franco, supracitados.

Além disso, estes autores, ao focalizarem a micropolítica de organização dos processos de trabalho associados à conformação dos modelos assistenciais, utilizam como marco referencial os conceitos de Mendes- Gonçalves (1979, 1992, 1994) acerca das “tecnologias materiais” para os instrumentos e “tecnologias não materiais” para o conhecimento técnico utilizados na produção da saúde.

Sob essa influência, Merhy (1997), teoriza que as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde são: Leves, que dizem respeito às relações de protagonismo entre o profissional e o usuário do serviço, gerando acolhimento, vínculo e responsabilização. Este é o fruto do Trabalho Vivo que é o trabalho em ato, visto que se desenha no momento da relação entre trabalhador e usuário (Trabalho Vivo em ato, instituinte); Duras, que se referem aos equipamentos, estruturas e normas . O trabalho em saúde que se estrutura por meio dessas tecnologias é chamado de Trabalho Morto, uma vez que sobre as tecnologias duras se constituem em instrumentos sobre os quais já se aplicou um trabalho pregresso (instituído); e Leve-

duras: que apontam para os conhecimentos técnicos. Esta última é assim denominada, haja vista esses conhecimentos, embora sejam estruturados, são operados a partir da singularidade de cada profissional, tendo, portanto, uma parte dura e outra leve.

Nesse sentido, o Acolhimento, enquanto diretriz operacional, e fruto do trabalho centrado em tecnologias leves, consiste em uma estratégia para inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, tendo como princípios: acesso e atendimento para todos; reorganização do processo de trabalho da equipe multiprofissional, no sentido de que esta exerça uma escuta qualificada e, a partir daí, se responsabilize na resolução de problemas de saúde identificados; qualificação da relação trabalhador/usuário por parâmetros humanitários, solidários e de cidadania (FRANCO et al., 1999).

A razão entre o TV e o TM, constitui a Composição Técnica do Trabalho (CTT). A CTT não pode ser mensurada. Trata-se de um analisador qualitativo das tecnologias de cuidado (FRANCO, 2003), ou seja, verifica-se, qualitativamente, se há predominância de TV ou TM, quando da produção final de cuidado ao usuário resulte apenas produção de procedimentos ou de acolhimento. E a predominância de um ou outro depende do autogoverno do trabalhador de saúde. Assim,

as lógicas de produção do cuidado vão depender das atitudes que o trabalhador tem frente ao usuário, e essa atividade produtiva pode assumir diferentes perfis. Ela pode ser centrada nos interesses corporativos e privados ou no desejo de tornar o SUS um serviço de qualidade, com acesso universal e solidário. Portanto, a primeira avaliação que se faz é de que a mudança no processo de trabalho e, por consequência, do modelo tecnoassistencial, passa pela mudança do sujeito trabalhador muito mais do que em qualquer dispositivo normativo (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

Os modelos assistenciais dependem da razão estabelecida entre estes tipos de trabalho referidos. E, historicamente, a formação do modelo de assistência à saúde, esteve sempre centrado nas tecnologias duras e leve-duras, devido aos interesses corporativos de grupos econômicos (MERHY; FRANCO, 2003).

Quando há uma sobreposição de trabalho Morto sobre Trabalho Vivo, há uma predominância de tecnologias duras, voltadas para a produção de procedimentos. Quando o contrário ocorre, o destaque está para as tecnologias leves; logo, o

processo de trabalho estabelecerá relações de acolhimento, vínculo e responsabilização, tão importantes para o sucesso das práticas em saúde, uma vez que não se pode produzir saúde sem a colaboração de todos os sujeitos envolvidos, a saber: profissionais e usuários do serviço, desde a detecção de necessidades até a busca por sua satisfação. E isso pelo simples fato de que o trabalho em saúde é sempre um trabalho intercessor (MERHY, 2007).

Diante disso, vale ressaltar: “A mudança do modelo assistencial pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto, quando então se caracteriza uma Transição Tecnológica” (MERHY; FRANCO, 2003, p.316).

2.3 FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Diante das mudanças ocasionadas pelo desenvolvimento científico, cada vez mais pujante, e das alterações ocorridas no mundo do trabalho, a formação dos profissionais de saúde vem sendo alvo de reflexões, no intuito de que sejam promovidas as mudanças necessárias para formar profissionais com competências adequadas às práticas de saúde.

A qualidade da formação, portanto, deve estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde. A formação é, sobretudo, a condição de refazer permanentemente as relações profissionais com os usuários de modo responsável e comprometido (CARVALHO; CECCIM, 2006).

As diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área de saúde, por exemplo, se traduzem numa tentativa de promover essas adequações e debelar os modelos de formação que vem, até certo ponto, se contrapondo às necessidades do sistema de saúde e da sociedade para o qual está organizado. Tem-se que:

Os processos formativos devem considerar o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, as mudanças do processo de trabalho em saúde (...) espera-se formar cidadãos-profissionais críticos e reflexivos, com conhecimentos, habilidades e atitudes que os tornem aptos a atuarem em um sistema de saúde qualificado e integrado (BRASIL, 2007, p.5).

A formação do enfermeiro, enquanto profissional da equipe multidisciplinar de saúde, deve ser constantemente alvo de reflexões, no intuito de que as instituições formadoras criem as condições necessárias para a formação de um perfil

profissional com potência para a indução das mudanças necessárias nas práticas de saúde.

Historicamente, a formação do enfermeiro privilegiava a dimensão técnica, em detrimento da qualificação para a produção do cuidado. As práticas pedagógicas empregadas eram capturadas da abordagem tradicional de ensino, onde o professor transmitia o conhecimento e o aluno reproduzia acriticamente os ensinamentos, desconsiderando sua implicação com a realidade (BAGNATO; RODRIGUES, 2007).

A dimensão afetiva e intersubjetiva se esvaziava, devido a orientação para a construção de competências técnicas e instrumentais, além de uma insipiente articulação entre teoria e prática, capaz de suscitar um cuidado transpessoal (NUNES; SILVA; PIRES, 2011).

Assim como ocorreu com a construção do modelo assistencial e o desenvolvimento das demais profissões da saúde, a enfermagem teve o seu perfil atrelado ao contexto político-econômico-social da educação e da saúde no Brasil e no mundo. Passou de uma servidão abnegada ao Estado e a sociedade, no século XVI, para a necessidade de atender às exigências do expansionismo capitalista, no século XIX, pela reflexão da enfermagem, enquanto profissão inserida em uma sociedade, mas voltada para a clínica, na década de 70 e 80, até a necessidade de formar um profissional que rompe com o modelo clínico para atender a saúde de forma integral, a partir das reflexões acerca das condições de saúde no país, oriundas do movimento da RSB, nas décadas de 80 e 90 (GERMANO, 1983; BAGNATO; RODRIGUES, 2007).

Retrocedendo um pouco até o século XIX, é importante destacar que foi nesse período que a enfermagem passa a organizar a formação de seus agentes a partir de referenciais do paradigma da Ciência Moderna, que pregava o rigor metodológico e a racionalidade do pensamento como pré-requisito indispensável à aquisição do status de verdade (KRUSE, 2004).

Um marco importante na formação superior em Enfermagem foi a implementação, através da Resolução CNE/CES nº 03 de 07/11/2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCENF); logo, os referidos cursos vêm se reestruturando no sentido de formar profissionais

críticos e reflexivos, de modo que sua atuação profissional responda de maneira eficaz às reais demandas dos usuários dos serviços de saúde, assim como às urgentes necessidades de reestruturação do sistema de saúde.

Acerca das DCENF, Fernandes (2005, p. 445), diz:

As DCENF têm como objeto a construção de um perfil acadêmico e profissional para enfermeiras(os) com competências e habilidades, através de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação, pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais que possam fundamentar a formação do profissional crítico-reflexivo, transformador da realidade social e agente de mudança.

Esse aspirado perfil profissional, apoia-se no desenvolvimento da formação por competências, onde o educando as adquire para articular os diversos conhecimentos adquiridos no processo de formação, de modo a mobilizá-los para os desafios do trabalho profissional, ou seja, diz respeito ao saber agir e à transformação da prática (PERRENAUD, 1999).

As DCENF são orientadas pelos quatro pilares da educação, a saber: *aprender a conhecer*, que está relacionada à construção e reconstrução do conhecimento, através da descoberta, criatividade e reinvenção da realidade, a partir da reflexão sobre a mesma; *aprender a fazer*, que diz respeito ao desenvolvimento de competências relacionadas ao trabalho coletivo, desenvolvendo habilidades para relações interpessoais produtivas, em detrimento da mera qualificação profissional; *aprender a viver junto*, relacionado à compreensão do outro e participação em projetos de cooperação; *aprender a ser*, que integra os outros três pilares, possibilitando a aquisição de autonomia e discernimento, através do desenvolvimento da inteligência, criatividade, sensibilidade, estética, ética, responsabilidade pessoal, pensamento autônomo e crítico e rigor científico (DELORS, 1993, 1996; GADOTTI, 1992, 1998, 2000).

As DCENF objetivam construção da possibilidade de formação por competências, onde o conhecimento previamente adquirido se integra ou se mobiliza, de modo a fazer com que o profissional consiga agir com eficácia frente às mais diversas situações. Sendo assim, prevê a oferta de experiências de ensino-aprendizagem que possibilitem o desenvolvimento para além do cognitivo e para a transformação das práticas (PERRENAUD, 1999).

Para FERNANDES et al. (2003), a adequação da formação à diversidade e complexidade do mundo contemporâneo, implica na superação de alguns desafios, tais como: centrar as práticas de aprendizagem no aluno, ao invés de centrá-las nas práticas de ensino do professor; combater a fragmentação curricular, ao implementar um currículo integrado, em que o eixo de formação articule a tríade prática/trabalho/cuidado de enfermagem; articulação teoria e prática e não isolamento de ambas; a incorporação do conceito ampliado de saúde; rompimento da polarização individual/coletivo e biológico/social; e a avaliação considerada como instrumento de (re)definição de paradigmas, ao invés de processo punitivo.

Itens como interdisciplinaridade, o uso de metodologias ativas que colocam o aluno como sujeito do processo ensino-aprendizagem, a indissociabilidade entre ensino/pesquisa/extensão, bem como a diversidade de cenários de aprendizagem, implementando a teorização a partir da realidade concreta, também são colocados como desafios a serem superados. “A realidade concreta e os reais problemas da sociedade são substratos essenciais para o processo ensino/aprendizagem, como possibilidade de compreensão dos múltiplos determinantes das condições de vida e saúde da população” (FERNANDES et al., 2005, p.446).

O espaço de formação deve estar implicado com a produção de sujeitos comprometidos com uma atenção à saúde centrada no cuidado, organizado a partir da reflexão crítica da realidade para uma intervenção transformadora, e não apenas centrada no desenvolvimento de competências técnicas e assistenciais. Sendo assim, as DCENF só produzirão os resultados que pretende, por meio de suas propostas, se a formação for pensada à luz das transformações necessárias ao setor saúde.

2.3.1 Metodologias do processo ensino-aprendizagem

Não se pode excluir da discussão acerca da formação, aspectos relevantes das metodologias de ensino e aprendizagem, uma vez que, de maneira deliberada ou não, isoladas ou associadas, essas metodologias se fazem presentes na prática profissional dos docentes. “Essas correntes teóricas procuram compreender o fenômeno educativo através de diferentes enfoques, muitos deles relacionados com o momento histórico de sua criação e do desenvolvimento da sociedade na qual estavam inseridas” (SANTOS, 2005, p.19).

O fenômeno educativo está em permanente construção e é alvo de constantes reflexões. É definido por Mizukami (1986, p.1), como um “fenômeno humano, histórico e multidimensional. Nele estão presentes tanto a dimensão humana quanto a técnica, a cognitiva, a emocional, a sociopolítica e a cultural.”

Passaremos, portanto, a caracterizar sucintamente algumas das principais metodologias utilizadas no processo ensino-aprendizagem. São elas: abordagem tradicional, abordagem comportamentalista, abordagem humanista, abordagem cognitivista e abordagem sócio-cultural.

Abordagem Tradicional: Nessa abordagem, o aluno é mero depositário de conhecimentos que devem ser transmitidos pelo professor, em situações de sala de aula, sem nenhuma conexão com o cotidiano do aluno, independente dos interesses destes com relação as disciplinas ou do contexto social. Envolve programas minuciosos, rígidos e coercitivos. Ignora-se as individualidades e não se preocupa com a formação de um pensamento crítico da realidade (MIZUKAMI, 1986; LIBÂNEO, 1982).

Vê-se, portanto, que nessa abordagem há uma relação vertical entre professor e aluno, que é passivo no processo. A escola é o cenário ideal para a transmissão da cultura universal acumulada ao longo do tempo e o processo ensino-aprendizagem é orientado por aulas expositivas, cópias, exercícios de fixação (BODERNAVE, 1984; SAVIANI, 1984).

Abordagem Comportamentalista: Inspirada na corrente Behaviorista, essa abordagem advoga que o homem é fruto do meio. Sendo assim, a educação pode moldá-lo, segundo os interesses das classes dominantes (SANTOS, 2005).

Na perspectiva de Saviani (1984), trata-se da pedagogia tecnicista, onde o elemento principal passa a ser a organização dos meios. Tanto professor quanto aluno, são secundários no processo. Assim, conforme Libâneo (1982), os recursos oferecidos pela tecnologia da educação, tais como a instrução programada, planejamento sistêmico, operacionalização de objetivos comportamentais, análise comportamental e sequência instrumental foram incorporadas à prática escolar.

Nessa abordagem, o aluno eficiente e produtivo é aquele que lida cientificamente com os problemas da realidade. O professor é o educador que aplica uma série de meios para alcance de eficiência no ensino. O processo ensino-aprendizagem está centrado no uso de condicionantes e reforçadores para que os comportamentos desejados sejam instalados e mantidos nos alunos, comportamentos pré-estabelecidos, gerados por treinamento (SAVIANI, 1984; SKINER, 1972).

Para Skinner (1972), principal representante da análise funcional, não é necessário justificar porquê o aluno aprende, mas a importância reside em fornecer uma tecnologia capaz de explicar como fazer o estudante estudar e que gere mudanças comportamentais.

Abordagem Humanista: Esta abordagem se fundamenta nos estudos de Rogers (1972) e foi desenvolvida, não para a educação, mas para o espaço terapêutico. Basicamente, seu enfoque primordial é o aluno, mas também guarda características de interação interpessoal. O professor é um facilitador da aprendizagem oferecendo, portanto, condições para que o aluno aprenda.

Assim, Bordenave (1984) faz uma aproximação com a abordagem humanista no que ele chama de “pedagogia da problematização”, onde o professor facilita a identificação de problemas, sua teorização, análise e soluções alternativas. O professor também é tido como um aprendiz e, portanto, sua relação com o aluno, que é sujeito do conhecimento, é de horizontalidade.

A abordagem humanista advoga que a escola, democrática, deve oferecer condições ao desenvolvimento e autonomia do aluno, que é um ser ativo, criativo, que aprendeu a aprender. Por entender o aluno como centro do processo ensino-aprendizagem, os conteúdos são organizados levando em conta seus interesses e os objetivos educacionais respeitam o desenvolvimento psicológico destes. A auto-avaliação é enfatizada (BORDENAVE, 1984; SAVIANI, 1984).

Abordagem Cognitivista: Os principais pesquisadores dessa área são o filósofo e biólogo suíço, Jean Piaget e o americano Jerome Bruner. Aqui, utiliza-se o termo “cognitivista” para identificar os psicólogos que estudam os processos centrais

do indivíduo, como, por exemplo, a organização do conhecimento, processamento de informações e estilos de comportamento (SANTOS, 2005).

Uma característica importante dessa abordagem, chamada Piagetiana, é a interação entre sujeito e objeto e o aprendizado decorre da assimilação do conhecimento (exploração do ambiente, transformação do mesmo e sua incorporação) pelo sujeito e pela modificação de estruturas mentais existentes (LIBÂNEO, 1982).

Na abordagem cognitivista, a escola deve dar condições para que o aluno aprenda por si próprio, dando-lhe liberdade de ação, além de fornecer um ambiente favorável à motivação intrínseca do aluno. Este é um sujeito ativo no processo, agente protagonista de transformação da realidade, que deve experimentar, analisar, relacionar, justapor, levantar hipóteses, entre outros (aprender fazendo). O professor deve causar o desequilíbrio, por meio da orientação. O processo de aprendizagem se dá baseado no ensaio e no erro, na pesquisa, na investigação, dando-se ênfase nos trabalhos em equipe e jogos. Porém, aqui o importante não é o aprender, mas aprender a aprender (LIBÂNEO, 1982; SAVIANI, 1984).

Abordagem sócio-cultural: Surgiu a partir do trabalho de Paulo Freire e do movimento de cultura popular. Defende a interação entre sujeito e objeto, mas focaliza o sujeito como elaborador do conhecimento.

O aprendizado extrapola o espaço da escola e da educação formal, e se insere na sociedade. Tem como objetivo criar condições para formação de sujeitos críticos, comprometidos com a sociedade e a cultura, uma vez que a educação é vista como um ato político, capaz de fazer com que o sujeito transforme e melhore a sociedade (LIBÂNEO, 1982; BORDENAVE, 1984).

Para Bordenave (1984), essa abordagem é denominada “pedagogia da problematização” ou “pedagogia libertadora”. O aluno é confrontado com a realidade concreta do seu cotidiano.

O professor aqui é o educador, sujeito do processo junto com o aluno, em relação horizontal com este. Os objetivos educacionais são construídos a partir das necessidades do contexto sócio-cultural em que o sujeitos estão inseridos. Há uma

valorização das discussões grupais, acerca de temas extraídos da prática de vida dos educandos (SANTOS, 2005).

2.3.2 Cognição e subjetivação: dimensões do processo educativo.

A razão pela qual este ítem foi inserido neste estudo, se justifica pelo potencial transformador que tem o profissional de saúde, no campo da micropolítica do seu processo de trabalho, como já advogado por aqui. Assim, não se pode desconsiderar que a formação deve ser um todo planejado de modo a fornecer os instrumentos necessários aos alunos, para que estes possam promover as mudanças necessárias no sistema de saúde para o qual estão sendo formados.

Porém, o ser humano não é uma máquina que possa ser programada para atuar desta ou daquela maneira. A questão é mais complexa do que isto. Somos dotados de vontade própria, estamos inseridos em diferentes contextos que, muitas vezes, acabam por influenciar o nosso modo de agir, temos visões de mundo que são oriundas de valores sócio-culturais que trazemos, embrulhados em nossa história de vida.

Pensando dessa maneira, precisamos contextualizar a formação do enfermeiro e seu modo de agir, levando em conta sua subjetividade e sua relação com o outro, no ato de produção do cuidado.

Para elucidar este pensamento, poderíamos citar Franco e Merhy (2011, p.10), que, no contexto das normas estabelecidas pelo PSF, dizem:

as normas da ESF que têm como atributo padronizar as condutas dos trabalhadores, de acordo as regras ditadas para o funcionamento do Programa, influenciam a atividade dos trabalhadores, dentro de limites muito restritos, pois quando estes se encontram em situação de trabalho, na relação com o usuário, ele próprio em ato, no seu processo de trabalho, é quem define como este cuidado se realiza.

A prova disso está na relação paradoxal que existe entre os investimentos do MS em educação permanente, além de todo o investimento em relação às graduações de saúde (e em enfermagem, para efeitos deste trabalho) e o “baixo impacto desses mesmos programas de educação para o setor saúde nos processos produtivos, isto é, na prática cotidiana de produção de cuidado” (FRANCO, 2007,

p.429). Portanto, fala-se em uma produção subjetiva do cuidado, que traz à cena os territórios existenciais que habitam os profissionais que produzem esse cuidado.

Assim,

A produção subjetiva do meio em que se vive e trabalha é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social (FRANCO; MERHY, 2011, p. 10).

Esses fluxos de conexão operados pelos sujeitos na cena de trabalho, são análogos da ideia de Rizoma, usada por Deleuze e Guattari (1995). Trata-se de um

movimento em fluxo horizontal e circular ao mesmo tempo, ligando o múltiplo, heterogêneo em dimensão micropolítica de construção de um mapa, que está sempre aberto, permitindo diversas entradas e ao se romper em determinado ponto, se refaz encontrando novos fluxos que permitem seu crescimento, fazendo novas conexões no processo. Aparece portanto como movimento dinâmico, que opera em conexão entre diversos planos de existência e intensidades, os platôs (FRANCO; MERHY, 2011, p. 10).

Os rizomas não têm começo, nem fim, se conectam em qualquer ponto. Analogamente, estão os fluxos que geram as conexões entre trabalhadores, usuários e demais elementos que constituem o plano do processo de produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2011).

Nesta arena, os processos educacionais são entendidos como dispositivos, produtores de inovações e devires. Além disso, a educação opera a partir do humano; logo,

mobiliza sujeitos que trazem como elementos constitutivos do seu ser a história de vida, a origem sociocultural, os saberes constituídos ao longo de sua formação e as vivências no trabalho em saúde, enfim, toda a complexidade do viver que forma uma certa subjetividade e coloca em ação no mundo uma forma singular (FRANCO, 2007, p.430).

Um terceiro aspecto, é o do autogoverno do trabalhador da educação que, tal como o trabalho na saúde, é trabalho vivo em ato, o que confere ao professor uma atitude ativa e dependente da relação estabelecida (FRANCO, 2007).

Retomando o pressuposto de processo educativo, enquanto dispositivo, pode-se dizer que dispara dois processos associados – o de subjetivação associado ao de cognição. Ao operar a dimensão cognitiva, expressa sua capacidade técnica de intervir sobre os problemas de saúde, porém, associado a capacidade de ser para si e para o outro, o que confere alteridade aos atos de cuidado. Esta última é a dimensão subjetiva (FRANCO, 2007).

O aspecto mencionado de *ser para si e para o outro*, diz respeito a “produção subjetiva em ato, que produz o cuidado em saúde e, ao mesmo tempo, produz o próprio trabalhador, enquanto sujeito no mundo” (FRANCO; MERHY, 2011, p.10). Sendo assim, o trabalhador de saúde se constrói a partir de sua relação com o outro.

A cognição, enquanto dimensão do processo educativo, se faz na construção de conhecimento técnico em saúde, enquanto que a subjetivação, se constrói a partir da capacidade que tem o processos pedagógico de promover mudanças na subjetividade (FRANCO, 2007).

Daí que a dimensão da subjetivação é um grande desafio proposto na formação de profissionais. Diante de todo o investimento em processos educativos e aparato metodológico que os sustentam, parece razoável obter êxito na dimensão cognitiva, porém, disparar mudanças na subjetividade do aluno/trabalhador de saúde, quando isto é necessário, é o grande desafio proposto.

Como formar um profissional que opere em tecnologias leves, produzindo um cuidado pautado em acolhimento, vínculo e responsabilização, se o educando traz como subjetividade, oriunda de seus valores socioculturais, a contramão dessas diretrizes?

Retomando o conceito de trabalho vivo em ato, podemos fazer algumas conexões com o processo de subjetivação. Segundo Merhy (2007), no trabalho em saúde, se abre um espaço intercessor entre trabalhador e usuário, onde há uma construção comum, o cuidado. Onde a atitude de um não faz sentido sem a presença do outro, pois se produz na relação entre os sujeitos, sendo um produto que existe para os dois, em ato. Sendo assim:

O que faz com que o trabalhador aja de uma forma ou de outra é a sua subjetividade, estruturada com base na sua história de vida, das suas experiências, dos valores que adquiriu e que vão determinar uma certa forma de analisar e intervir sobre o mundo do trabalho em saúde. Contribui para isso sua implicação com o objeto, isto é, o problema de saúde do usuário com o qual se relaciona. A subjetividade e a implicação não aparecem nos manuais de ensino e aprendizagem, mas está presente em todo processo assistencial, de produção pedagógica e da saúde (FRANCO, 2007, p.431).

A estrutura nuclear da subjetividade é o desejo que se forma em processos primários. O desejo é considerado a energia que impulsiona para a ação. Então, o processo de subjetivação implica em alterar essa intencionalidade sob a qual as pessoas atuam no *socius* (FRANCO, 2007).

Para Deleuze e Guattari (1972), o desejo é a força motriz que constrói a sociedade. Se forma no inconsciente e é elemento constitutivo da subjetividade, tornando os sujeitos protagonistas de processos de mudança, operando na construção e desconstrução de mundos, modificando os territórios existenciais. Sendo assim, percebe-se a dimensão do autogoverno do trabalhador de saúde, sua liberdade de ação, baseado em sua subjetividade, orientada pelo desejo.

Como proposta para processos exitosos de subjetivação, Franco (2007, p.432) sugere haver esta possibilidade “a partir de vivências, do experimento da vida, em processos que criam a exposição das pessoas e que ao mesmo tempo as afetam no seu modo de pensar, ser e agir sobre a realidade”.

Esses fatores com os quais o trabalhador entra em contato e servem para produzir subjetividades e, de certo modo, subjetivações, dizem respeito aos afetos. *Afetos* estes considerados como elementos que *afetam* o sujeito, de modo a disparar modos de agir. Trata-se do

campo invisível do cuidado em saúde, os afetos que dão significado à relação trabalhador-usuário, e ao próprio cuidado que se realiza (...) e essa produção de subjetividade se dá por “fatores de afetivação”, isto é, acontecimentos que impactam no micro-cosmo que, de alguma forma, chegam até o sujeito e impactam a sua forma de significar o mundo (FRANCO; MERHY, 2011, p. 13-14)

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Encontrar é achar, é capturar, é roubar, mas não há método para achar, só uma longa preparação. Roubar é o contrário de plagiar, copiar, imitar ou fazer como. A captura é sempre uma dupla captura, o roubo, um duplo roubo, e é isto o que faz não algo mútuo, mas um bloco assimétrico, uma evolução a-paralela, núpcias, sempre “fora” e “entre”.

Gilles Deleuze e Claire Parnet

3.1 CARTOGRAFIA

A Cartografia configura-se numa proposta metodológica desenvolvida, primordialmente, por Deleuze e Guattari, cuja aplicação se dá em pesquisas de campo voltadas para o estudo das subjetividades, admitindo o acompanhamento de processos (KASTRUP, 2007).

Trata-se de uma proposta metodológica, uma postura, muito mais do que de um método rígido, fechado, uma vez que, na Cartografia, “não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método *ad hoc*. (KASTRUP, 2007, p. 15).

Sobre isso, a mesma autora diz, ainda (p. 10-11):

um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude. Com isso não se abre mão do rigor, mas se é ressignificado. O rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo dos movimentos da vida ou da normatividade do vivo (...). A precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade, como intervenção.

Apropria-se de um termo próprio da geografia que remete à ciência de reprodução gráfica de um determinado território, através de mapas. No entanto, esse território tratado aqui, diz respeito aos territórios existenciais, que vão se evidenciando nos processos de vida, fazendo-se e refazendo-se no espaço das relações. Veja a ideia presente no fragmento a seguir:

Ao cartografar, buscamos produzir um mapa que acompanhasse os movimentos de composição e desmanche das diferentes paisagens presentes no território que nos propusemos a explorar. Mais do que uma metodologia, a cartografia propõe uma discussão metodológica que se utiliza na medida em que ocorrem encontros entre sujeito e objeto numa perspectiva de acolher a vida em seus momentos de expansão (KIRST; GIACOMEL, 2003).

Dessa maneira, reafirma-se, conforme Rolnik (2006), que paisagens psicossociais também podem ser cartografadas. E esta cartografia acompanha e se faz, ao mesmo tempo, em que se desmancham certos mundos, com a perda de sentido, e outros mundos se formam, com o objetivo de expressar novos afetos. A este movimento, do ponto de vista da Cartografia, se atribui os nomes de desterritorialização e territorialização.

A Cartografia traz consigo influências da Fenomenologia e a importância dada ao fenômeno do *inter*, onde a relação entre sujeito pesquisado e sujeito pesquisador é marco fundamental, além da imersão do pesquisador na cultura que pretende conhecer (MINAYO, 1992).

Dois elementos constitutivos da Cartografia merecem destaque. O primeiro deles é a tese dos Rizoma e o segundo, o Desejo.

Tem-se o Rizoma como fluxos de intensidade que, em conexão, produzem a realidade social. Os Rizomas são caracterizados pelos autores como heterogêneos e com capacidade de conexão em qualquer ponto, é múltiplo, pode se romper em qualquer ponto, mas também restabelece conexões segundo qualquer de suas linhas e, por fim, possui diversas entradas (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

O outro elemento, como citado, é o desejo, formado no inconsciente, enquanto energia produtiva que impulsiona o sujeito na construção da realidade (DELEUZE; GUATTARI, 1972). Com base nesses autores, Franco e Merhy (2011, p.12), afirmam:

A força motriz de construção da sociedade é o desejo, que se forma em nível inconsciente, é constitutivo das subjetividades, que no plano social torna os sujeitos os protagonistas por excelência de processos de mudança.

Estes mesmos sujeitos operam na construção e desconstrução de mundos, os territórios existenciais se modificam neste processo.

Diante deste cenário, cabe introduzir a ideia defendida por Rolnik (2006, p.23), acerca da função do cartógrafo:

É tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago.

Dessa forma, o cartógrafo, a fim de exercer sua função, precisa lançar mão de instrumentos que possam auxiliá-lo na função de expressar os afetos, através dos quais os territórios existenciais se compõem e se recompõem, por processos de subjetivação.

Para tanto, é necessário o que Rolnik chama de “corpo vibrátil”, que é explicado a partir de uma concepção da neurociência, que advoga que cada um de nossos órgãos do sentido é portador de uma dupla capacidade – cortical e subcortical. A primeira diz respeito à percepção, através da qual apreendemos o mundo em suas formas e atribuímos sentido a elas. A segunda, “nos permite apreender a alteridade em sua condição de campo de forças vivas que nos afetam e se fazem presentes em nosso corpo sob forma de sensações” (ROLNIK, 2006, p. 12). Enquanto na primeira, delimita-se as figuras de sujeito e objeto, na segunda, estas figuras são dissolvidas, uma vez que o exercício da apreensão da alteridade, faz com que o outro se integre à nossa textura sensível, tornando-se parte de nós mesmos. Daí que a esta segunda capacidade se atribui o conceito de “corpo vibrátil”.

O Cartógrafo assume uma postura ética-estética e política, confrontando a lógica cartesiana de produção científica, que julga o objeto de estudo dissociado do sujeito que o investiga. Esta afirmação é corroborada por Arraes-Amorim e Dimenstein (2009, p.194):

O ato de cartografar consiste no desenho, na trama de movimentações, na composição de multiplicidades e diferenciações que vão ocorrer no encontro do pesquisador com a realidade estudada. E isso exige do pesquisador uma postura ético-estética de acolher a vida em seus momentos de expansão (...) rompendo com o legado cartesiano que construiu o método científico, em que o sujeito-pesquisador e o objeto-pesquisado ocupavam lugares fixos e relacionavam-se mediados pela neutralidade (...)

A escrita cartográfica não visa retratar fielmente o que foi manifestado pelo sujeito pesquisado, partindo do pressuposto que os resultados são as impressões

produzidas no pesquisador a partir da relação com o sujeito pesquisado, uma vez que o pesquisador possui uma implicação com cada relato, seja pelo modo como pergunta, escuta ou problematiza ou, pelo simples fato, de estar lá (LIMA, 2009).

No caso específico desse estudo, escolheu-se a Cartografia, a partir do pressuposto de que, tanto quem forma, quanto quem atua a partir de sua formação, é habitado por territórios existenciais dinâmicos, variados e dependentes de sua subjetividade e das relações estabelecidas no percurso desses processos de vida.

3.2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.2.1 Campo de estudo

Inicialmente, a proposta era de desenvolver o estudo apenas no município de Jequié, localizado no sudoeste da Bahia, há 360 km de Salvador, com uma população estimada em 151.820 habitantes (IBGE, 2010). Contudo, devido a barreiras na seleção de um dos grupos de sujeitos, com os quais nos propusemos a trabalhar, tivemos, por motivo que relataremos adiante, incluir um novo município, também localizado no sudoeste baiano que, coincidentemente, guarda algumas semelhanças com Jequié. Trata-se do município de Itapetinga.

Jequié é município sede de microrregião de saúde, contando, portanto, com média e alta complexidade em sua rede assistencial, além da atenção básica. Sedia a 13ª Diretoria Regional de Saúde, composta por 25 municípios. Com relação a macrorregião de saúde, pertence a macro Sul, cuja cidade pólo é Itabuna (CNES, 2010).

Com relação à rede assistencial, Jequié possui quatro hospitais/clínicas particulares, conveniados ao SUS, um hospital do Estado e uma maternidade administrada pelo município. Além de dois Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), nas modalidades Álcool e Drogas e destinado a atenção a agravos mentais, uma Unidade Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) (DATASUS). Na rede básica, possui 27 Unidades de Saúde da Família, cobrindo uma população de cerca de 93.150 habitantes, o que corresponde a 61,23% de cobertura. Conta, ainda, com quatro Centros de Saúde (MS/SAS/DAB, 2012).

Itapetinga está há 610 km de Salvador e possui população estimada em 69.067 habitantes (IBGE, 2010). Como Jequié, é município sede de microrregião de saúde, sediando a 14ª Dires, sendo referência para 12 municípios. Pertence a macrorregião Sudoeste, cujo município pólo é Vitória da Conquista (CNES, 2010).

A rede assistencial de Itapetinga é composta, basicamente, por 3 hospitais particulares conveniados ao SUS. Possui, ainda, dois CAPS, também nas modalidades álcool e drogas e em atenção a transtornos mentais. Conta com uma UPA 24h e SAMU 192 (DATASUS). Na atenção básica, possui um Centro de Saúde e 12 unidades de saúde da família. A cobertura de PSF está estimada em 59,94%, o que totaliza 41.400 habitantes. Itapetinga aderiu ao comando único (gestão plena do sistema municipal) no ano de 2011 (MS, 2012).

3.2.2 Cenários da pesquisa

Escolhemos três cenários distintos. O primeiro foi a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, mais precisamente o curso de Enfermagem dessa instituição, além da rede assistencial pública de saúde existente nos municípios descritos, em diferentes níveis de complexidade.

A UESB tem 30 anos de existência e é composta por três campi. Um em Vitória da Conquista (sede administrativa), um em Jequié e um em Itapetinga. Possui cursos de graduação e pós-graduação em diversas áreas do conhecimento. Na área da saúde, oferece as graduações em Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Odontologia.

O curso de Enfermagem da UESB completou 30 anos em 2012 e forma cerca de 50 profissionais por ano. O atual PPP do curso de enfermagem data de 2008 e propõe a formação de um enfermeiro generalista com conhecimentos técnicos, científicos, políticos e éticos para assumir as funções da assistência, administração, ensino, investigação e integração, com a finalidade de desempenhar um papel crítico e questionador na equipe de saúde. Além disso, visa formar um profissional capaz de atender as necessidades da população conforme os índices epidemiológicos do país/região onde irá desenvolver o seu processo de trabalho, através do desenvolvimento de ações em nível individual e coletivo, com enfoque

preventivo e curativo, ambulatorial e hospitalar, a fim de alcançar operacionalizar o princípio da equidade.

Nas considerações sobre o currículo, contidas no PPP referido, existe uma proposta de reestruturação do Currículo Pleno que tem como objetivo formar profissionais que, ao adentrarem no mercado de trabalho, sejam capazes de não só atender as demandas de saúde da população como também participar dos movimentos e ações de transformação do setor saúde em razão da sua competência técnico- científica, ética e política, bem como sua visão crítica da realidade, visando, assim, atender ao que preconiza as DCENF que definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

O segundo foi o hospital público de Jequié, que é um dos principais hospitais de referência regional do interior do Estado da Bahia, fundado em 1947, possui mais de 200 leitos operacionais internando nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Psiquiatria, Neonatologia, Obstetrícia e Terapia Intensiva.

O referido hospital possui relação direta e inserção na área de ensino e pesquisa, pois é campo de estágio e pesquisa científica para estudantes de nível superior e técnico do município. Além disso, é o principal campo de pesquisa na área da assistência e administração hospitalar na região. Estudantes e Professores do ensino superior têm desenvolvido pesquisas científicas com temas diversificados que contribuem para o aperfeiçoamento profissional dos alunos, professores, profissionais e gestores do hospital.

O terceiro cenário elencado no estudo, foi uma unidade de saúde da família, localizada na zona urbana do município de Itapetinga, em funcionamento desde 2001. Segundo a enfermeira da unidade, a equipe é composta por um médico, uma enfermeira, um odontólogo, 1 auxiliar de consultório dentário (ACD), 2 técnicos de enfermagem e 15 ACS. Atende a cerca de 3.627 pessoas distribuídas nas 15 microáreas.

A enfermeira elencou como uma área possuidora de creches, escolas, um hospital pediátrico, saneamento básico e pavimentação das ruas parciais, um pequeno comércio, associação de moradores. Destacou como riscos sociais presentes na área: pontos de tráfico de drogas, prostíbulos, locais de invasão e violência.

3.2.3 Sujeitos da pesquisa

Entendendo que o processo de formação não se dá de maneira unilateral, mas é fruto das relações que se estabelecem no encontro entre professores e alunos, não poderíamos compreender esse fenômeno, através da cartografia que se pretende constituir, sem “dar língua aos afetos” de ambos os sujeitos que habitam esse território.

Dessa forma, os sujeitos foram subdivididos em dois grupos distintos: o primeiro formado por docentes do curso de Enfermagem da UESB, e o segundo por egressos deste curso.

Para o grupo de docentes elegemos como critérios de inclusão, ministrar disciplinas de saúde coletiva ou assistência hospitalar. Entendemos a importância de todas as disciplinas na formação do profissional, porém resolvemos mapear as estratégias utilizadas pelos docentes, cujas disciplinas tinham um enfoque mais direcionado para o processo de trabalho do profissional enfermeiro, por entendermos que seria mais satisfatório para o alcance dos nossos objetivos de pesquisa.

Com relação ao grupo de egressos, estabelecemos, inicialmente, o seguinte critério: terem cursado a graduação em enfermagem integralmente na UESB, terem entre um e dois anos de formados e estarem há, pelo menos, seis meses atuando como enfermeiros no SUS. No intuito de facilitar o acesso, outro critério de inclusão seria o de trabalhar, atualmente, em Jequié.

Com relação ao tempo de formação, acreditávamos que os egressos deveriam estar mais próximos do período de conclusão do curso, a fim de que estivessem, hipoteticamente, ainda sob maior influência da graduação.

Por fim, dentro desse critério de inclusão inicial, conseguimos a colaboração de dois egressos, ambos trabalhadores do SUS.

Provando que as paisagens não são estáticas, nem totalmente previsíveis, não conseguimos encontrar nenhum egresso na rede básica que respondessem aos critérios sugeridos a princípio (o mínimo que encontramos foi egressa da UESB formada há 8 anos) . Iniciou-se, portanto, uma busca desses sujeitos em outros municípios da região, porém, com dificuldades de acesso. Com relação ao PSF, a maioria dos profissionais em Jequié têm vínculos precarizados, o que sugere certa rotatividade, além de serem cargos de indicação política. Por outro lado, o curso de

Enfermagem da UESB possui um número relevante de estudantes de fora da cidade, o que pode sugerir, junto ao relato anterior, a ausência de egressos da UESB no PSF em Jequié.

A preocupação não foi com relação à quantidade reduzida de sujeitos desse grupo, uma vez que estávamos mais interessadas na qualidade do dado, mas havia um desejo de poder contar também com egressos da rede básica, em especial do PSF, visto que abordamos aqui uma formação com potência transformadora do modelo assistencial da saúde. E o PSF, em seu arcabouço normativo, faz esta mesma proposta.

Então, tendo em vista o critério de viabilidade que deve estar presente em processos de pesquisa científica, foi que, com relação a atenção primária, resolvemos ampliar o tempo de formação para 4 anos. Também não encontramos nenhum sujeito com esta característica nas Unidades de Saúde da Família em Jequié, mas encontramos no município de Itapetinga, onde a intensa acessibilidade, outro critério importante em pesquisas, foi decisiva para a inclusão deste sujeito.

Como critério geral de exclusão, aponta-se a indisponibilidade, de qualquer natureza, expressa pelos sujeitos elencados anteriormente.

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa e os sujeitos serem selecionados conforme disponibilidade, pode-se afirmar que a amostra é do tipo não probabilista intencional, uma vez que foram escolhidos sujeitos dentro de um grupo pré-determinado, ou seja, intencionalmente, porém de maneira aleatória, conforme disponibilidade (RICHARDSON, 2003).

Ao final, obtivemos uma amostra composta por 7 docentes e 3 egressos, que caracterizaremos nos quadros que se seguem, utilizando pseudônimos:

Quadro 1: Identificação dos sujeitos docentes

Docentes	Sexo	Tempo de docência na UESB	Vínculo empregatício	Área de atuação prática disciplina ministrada	Titulação
Pitágoras	F	3 anos	Efetivo com Dedicção Exclusiva (DE)	Assistência hospitalar	Mestre
Sócrates	F	10 anos	Efetivo com DE	Saúde Coletiva	Mestre

Platão	F	1 ano	Docente substituto	Saúde Coletiva	Especialista
Aristóteles	F	8 anos	Efetivo com DE	Saúde Coletiva	Mestre
Sêneca	F	4 anos	Efetivo com DE	Assistência hospitalar	Mestre
Tales de Mileto	F	28 anos	Efetivo com DE	Saúde Coletiva	Mestre
Heráclito	F	22 anos	Efetivo com DE	Assistência hospitalar	Mestre

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Optamos por pseudônimos relacionados a filósofos, uma vez que esta é a imagem do professor no imaginário dos indivíduos, ou seja, alguém que detém conhecimento, um amigo da sabedoria, como a própria etimologia da palavra propõe.

Como pode ser visto no quadro 1, houve um certo equilíbrio entre os docentes de disciplinas voltadas à saúde coletiva e assistência hospitalar, o que sugere que teremos um certo grau de equilíbrio de visões nessas duas esferas, podendo perceber que tipo de fatores de afetivação esses ambientes podem gerar.

Além disso, em sua maioria, são docentes efetivos com DE, o que nos ofereceu a possibilidade de dialogar com docentes que, hipoteticamente, direcionam uma atenção maior de suas vidas à vertente do ensino, portanto, têm boas condições de refletirem acerca de sua prática e dos objetivos que deseja, bem como acerca de suas concepções.

Com relação a titulação, inferimos que são profissionais que, de certa forma, buscam qualificação, dando impulsos importantes à pesquisa científica e a própria aquisição de conhecimentos acerca do mundo do trabalho em saúde.

Quadro 2: Identificação dos sujeitos egressos

Egressos	Sexo	Tempo de formação	Tempo de Trabalho no SUS	Tempo de trabalho nessa unidade	Formação Complementar	Localização da unidade atual na rede SUS	Vínculo empregatício	Vínculo empregatício associado
Andorinha	F	2 anos	1 ano	6 meses	Especialização em Enfermagem do Trabalho	Atenção Terciária	Efetivo	Não
Bem-te-vi	F	2 anos	7 meses	7 meses	Mestrado em andamento em Enfermagem, com área de concentração Cuidar no processo de desenvolvimento humano	Atenção Terciária	Efetivo	Não
Beija-flor	F	4 anos	4 anos	3 anos	Especialização em Saúde Coletiva	Atenção Básica (PSF)	Efetivo	Não

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Desta vez, optamos por pseudônimos que referenciam pássaros. Isto se justifica pelo fato de serem animais livres e, por isso mesmo, habitantes de territórios distintos, fazendo, portanto, menção ao autogoverno do trabalhador de saúde e as desterritorializações e reterritorializações promovidas a partir desta autogestão.

No quadro 2, observamos egressos que tiveram interesse por qualificação profissional, através de cursos de pós-graduação e mestrado, todos na área de saúde coletiva, o que nos sugere que sejam sujeitos que refletem suas práticas de trabalho sob este enfoque.

A egressa que atua no PSF, pelo tempo em que está na mesma unidade, tem boas condições de estabelecer melhores vínculos com os usuários do serviço, mas também pode já estar sem o “vigor” próprio dos começos e demonstrar de alguma maneira como este fator de afetivação produz suas ações.

Todas as egressas possuem vínculo efetivo, o que também serve de influência em sua prática, uma vez que a rotatividade de profissionais é um fator que, comprovadamente, afeta os vínculos com o usuário, além de desestimular, por vezes, a atuação profissional.

Os dois grupos de sujeitos são formados por mulheres, reafirmando a predominância de gênero que, historicamente, se vê na Enfermagem.

3.2.4 Técnica de coleta dos dados

Inicialmente, pensamos em realizar grupos focais com os docentes, uma vez que a “fala em debate” oferece uma boa profundidade dos pontos que se pretende discutir (NETO, 2002).

Sendo assim, acreditávamos ser essa a técnica que melhor alcançaria a proposta de compreender as percepções que o grupo, como um todo, tem acerca da temática proposta, no intuito de obter uma qualidade satisfatória dos dados coletados.

Porém, mais uma vez, acompanhamos o movimento das paisagens. Não obtivemos, por parte da maioria dos professores, adesão a esta modalidade de coleta de dados. Após algumas tentativas frustradas de reunir um número adequado, ao mesmo tempo, acabamos por ceder e mudamos de estratégia.

Então, resolvemos fazer entrevista semi-estruturada gravada. Os contatos foram feitos pessoalmente, quando era explicitado o objeto de estudo, bem como seus objetivos e observância das questões éticas, e marcamos um momento com os professores para a gravação.

Esse tipo de entrevista, também chamada de entrevista em profundidade, visa compreender o que o entrevistado considera como os aspectos mais importantes do problema estudado. Se dá por meio de uma conversação guiada e valoriza a expressão do sujeito em detrimento da determinação da frequência de certas ocorrências nas quais os pesquisadores acredita (RICHARDSON, 2003).

As vantagens são notáveis, mas, como qualquer técnica gerenciada pela interação direta entre pesquisado e pesquisador, pode, como fruto, dessa conexão, promover influências sobre as respostas dadas, até mesmo prejudicando o andamento da pesquisa, uma vez que este encontro pode gerar as mais diferentes reações, em ambos (GIL, 2006).

Gravamos a entrevista com os professores que demonstraram maior interesse em participar, oferecendo condições para a realização da entrevista, pois queríamos sujeitos que estivessem disponíveis, sem nenhuma persuasão, ou seja, plenamente dispostos a tratar do assunto proposto. Uma vez que advogamos o

desejo como energia vital para a ação, acreditamos que a presença dele gere dados mais significativos para esta pesquisa.

Inicialmente, os egressos foram selecionados a partir de dados obtidos no Colegiado de Enfermagem da UESB. Através desses dados, tentamos contato com estes, iniciando-se o processo de inclusão já explanado, quando tivemos dificuldade de acesso, na maioria das vezes, geográfico.

Os egressos que foram selecionados, conforme a descrição do tópico anterior, foram contactados pessoalmente e, a exemplo, do que foi feito com os sujeitos docentes, foi planejado um momento para a coleta de dados. No caso dos egressos, além de entrevista semi-estruturada, trabalhamos também com observação participante.

Gil (2006) define observação como o uso dos sentidos com finalidade de aquisição de conhecimentos necessários para o cotidiano, apresentado como principal vantagem a percepção direta dos fatos, sem intermediações.

O mesmo autor aponta como desvantagem principal, a indução de comportamentos a partir da consciência do sujeito de que está sendo observado. Porém, ainda assim, acreditamos ser esta a melhor maneira de compreender as subjetividades produzidas pelo desejo e os afetos contidos nas relações.

E assim procedemos. Fizemos a observação do processo de trabalho desses profissionais e, ao fim da observação, sucedíamos com a entrevista, a fim de que as perguntas feitas não direcionassem a prática profissional no momento da observação.

Esta observação no ambiente de trabalho do egresso, ou seja, nossa imersão em seu ambiente, nos possibilitou considerar as peculiaridades dos seus encontros com os usuários dos serviços, servindo de base para uma melhor visualização de seu perfil profissional, além de poder confrontar suas práticas com as suas falas.

3.2.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados na perspectiva Cartográfica. Isso significa que todo o material (dados) obtido nas entrevistas e observação do processo de trabalho dos egressos, foi densamente analisado, buscando-se a articulação entre falas,

posturas, práticas, percursos, além das “pontes” estabelecidas com a teoria que fundamentou essa análise. Essa investigação visou traçar os caminhos e movimentos destes territórios subjetivos.

O trabalho do cartógrafo social é acompanhar os movimentos, percebendo entre sons e imagens a composição e decomposição dos territórios, o modo e as estratégias utilizadas para a criação de novas paisagens (MAIRESSE; FONSECA, 2002).

Dessa forma, procuramos compreender as relações existentes entre a formação do enfermeiro e reorientação do modelo assistencial, na perspectiva da transição tecnológica, utilizando os seguintes marcadores:

- a) Docentes: concepções relativas às tecnologias de trabalho em saúde e estratégias de ensino-aprendizagem no agenciamento de perfis profissionais.
- b) Egressos: acolhimento, vínculo e responsabilização (acompanhamento do projeto terapêutico)

3.2.6 Questões éticas

A coleta de dados só se iniciou após liberação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB e foram observadas todas as questões éticas que norteiam pesquisas científicas envolvendo seres humanos, conforme resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tal resolução salienta pontos concernentes ao sigilo, respeito com os sujeitos e à liberdade que estes têm de se afastarem da pesquisa quando quiserem, não sendo-lhes imputada qualquer penalidade.

Tanto a Secretaria de Saúde de Itapetinga, quanto a direção do Hospital em Jequié, autorizaram a coleta de dados com seus funcionários, cientes da entrevista e da observação-participante. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi discutido detalhadamente com cada um deles.

4. ANÁLISE DOS DADOS

*A gente sempre deve sair à rua como quem foge de casa,
Como se estivessem abertos diante de nós todos os caminhos do mundo.
Não importa que os compromissos, as obrigações, estejam ali...
Chegamos de muito longe, de alma aberta e o coração cantando!*

Mario Quintana

4.1 Docentes: cartografia de concepções e estratégias.

Conforme Mizukami (1986), o fenômeno educativo não é uma realidade acabada, nele estão presentes as dimensões humanas, técnicas, cognitivas, emocionais, sociopolíticas e culturais, que são influenciadas por fatores externos e anteriores ao momento de ensino em si.

De acordo com esse pensamento, pudemos conjecturar acerca dos diversos afetos que influenciam a prática docente. E neste estudo, em especial, esses fatores tentaram ser, na medida do possível, considerados, visto que pretendíamos visualizar os mapas existenciais formados, tanto pelas concepções dos docentes acerca das tecnologias do processo de trabalho em saúde, quanto pelas estratégias das quais lança mão para agenciar perfis profissionais.

Além disso, as paisagens psicossociais que dão corpo a essas concepções também foram cartografadas. Assim, quando não foi possível identificar as singularidades dos docentes manifestas por meio de seu discurso, foi possível observar os movimentos que se faziam nos territórios que suas falas caracterizavam.

Ambas – concepções e estratégias agenciadoras de perfis profissionais – podem nos fornecer importantes subsídios para evidenciar que tipos de fatores de afetivação os docentes produzem e que, conseqüentemente, afetam seus alunos.

4.1.1 Cartografia das concepções acerca das tecnologias do processo de trabalho em saúde.

Advoga-se aqui, referenciando Merhry e Franco (2003), a necessidade de predominância do TV sobre o TM na CTT, a fim de se conseguir melhores resultados na tentativa de reorientação do modelo assistencial da saúde, passando de produtor de procedimentos a produtor de cuidado. Sendo assim, centra-se no processo de trabalho a chave que conduz às mudanças necessárias.

Com relação a este pensamento, as falas dos professores evidenciaram, de modo geral, uma convergência com esta ideia, uma vez que atribuíram ao profissional um valor de destaque na consecução de resultados condizentes com os princípios do SUS e, conseqüentemente, com a inserção de práticas capazes de produzirem um modelo de atenção que melhor responda necessidades de saúde, superando os percalços do modelo hegemônico.

porque às vezes a gente critica muito os gestores mas a gente vê que na prática muitos profissionais tem deixado a desejar, de fazer o seu papel, como profissional (Sócrates)... acho que falta nas pessoas, que atuam dentro do hospital, que atuam na atenção básica, mais compromisso profissional(Heráclito)... os profissionais ainda não incorporaram os atuais modelos de atenção, que são modelos realmente voltados para a atenção centrada ao usuário (Platão).

Além disso, pudemos observar o desenho de certo território que habita os docentes, a partir de afetos que produzem determinadas subjetividades. Identificamos apenas nas falas dos docentes que atuam em práticas hospitalares, alusão ao instrumental relacionado às tecnologias duras, no tocante às críticas ao modelo hegemônico e à necessidade de afinar a teoria do SUS à prática cotidiana. Mesmo quando falavam da importância das tecnologias leves no processo de trabalho, não excluía do discurso a referência às tecnologias duras na construção de um modelo assistencial condizente com os princípios do SUS.

dar um atendimento de melhor qualidade. Não fazer com que o usuário aguarde muito tempo o atendimento, principalmente os exames, né? Ultrassom, raio-x(Pitágoras)... às vezes é difícil você avaliar porque tem falta de coisas, falta de equipamentos, para que as pessoas possam atuar melhor, tem a falta de material, de medicamentos, as vezes de materiais básicos que agente vê falando que as vezes na unidade não tem um aparelho de PA, verificar um pressão, não tem um Glicosímetro, para se verificar a glicemia, e ai entra também, como que um profissional por mais preparado e qualificado que ele seja, ele vai conseguir prestar um boa assistência, se também falta tudo isso, entendeu?(Heráclito).

Assim, dialogamos com Franco (2007), quando o mesmo relaciona o contexto sócio-cultural no qual os indivíduos estão inseridos, sua história de vida e suas experiências no trabalho, ao seu modo singular de significar o mundo.

Dessa maneira, inferimos que docentes que estão inseridos em disciplinas cuja teoria e prática se referem ao hospital, espaço de predominância de tecnologias duras e de reafirmação do modelo hegemônico, recebem esta influência direta. E, ainda que cômicos da potência transformadora do TV, carregam em seu discurso o que se faz mais presente no seu espaço de ensino.

Emergiu, ainda, das falas dos docentes, a valorização de tecnologias duras por parte dos profissionais e usuários das ações e serviços de saúde:

Se você enquanto profissional tenta implementar ações que trabalhem com a questão da prevenção, da promoção, que trabalhe com esse modelo de atenção, você ainda sente que o cliente, o paciente, ele questiona você... Enquanto ele não "compra" saúde relacionado a questão de ter medicamentos, de adquirir medicamentos, o próprio paciente não se sente satisfeito (Platão)... eu fico triste de ver que pra muitos profissionais hoje...acham que a conversa não vale a pena, muitas vezes não tem tempo pra escuta, porque às vezes tem de mexer com esse aparato todo, de medicamentos, de burocracia de equipamentos que tem que aprender a lidar...que ficam a desejar com relação a tecnologia leve, que é essa escuta (Sócrates)... muito de nossa enfermagem está convivendo também, dialogando com esses valores tecnológicos, que são duros na sua prática. E essa tecnologia dura está sendo valorizada (Tales de Mileto)... tem pacientes que acha que ser bem cuidado é quando se faz um exame... tem paciente que...ele não quer só ser ouvido ...ele quer que seja utilizado nele as tecnologias duras as tecnologias leve-duras, né, as duras principalmente (Heráclito).

Tendo em vista, novamente, a força que tem as subjetividades produzidas a partir de contextos, valores e vivências sócio-culturais, fica claro o porquê dessa supervalorização de tecnologias duras. Ora, a sociedade brasileira ainda vive impregnada das ideologias flexnerianas reforçadoras do modelo biomédico. E isto se reflete, tanto na produção dos profissionais de saúde, quanto no imaginário do usuário.

Esta afirmação corrobora-se na concepção de Paim (2008), que afirma ser notável a influência política e cultural que o modelo biomédico exerce sobre profissionais de saúde, população e indivíduos formadores de opinião. Tanto que esta influência é o que ilustra o conceito de hegemonia do modelo.

Com relação ao usuário, acrescenta-se o que Franco e Merhry (2005) chamam de produção imaginária da demanda que, nada mais é, do que a equivalência de valor que os usuários atribuem ao procedimento e ao cuidado. Sendo assim, atribui-se, erroneamente, por exemplo, aos exames que utilizam uma

tecnologia densa, ou de alta complexidade, a propriedade de produzir cuidado. Para ele (usuário), são sinônimos.

Ainda segundo os autores citados, a produção imaginária da demanda é socialmente construída e se retroalimenta a partir dos perfis profissionais e dos serviços de saúde dos quais se utiliza, em especial do modo como trabalhadores se comportam com os clientes, reforçando a ideia da propriedade intersubjetiva e relacional do trabalho em saúde.

Assim, a desinformação gerada pela falta de espaços de fala e a escuta entre trabalhadores e usuários, contribuem para que estes tenham um entendimento equivocado do que é cuidado em saúde (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

Retomando o conceito de rizoma, já abordado anteriormente, argumentamos que esses fluxos de intensidades que se dão no encontro entre trabalhadores de saúde, destes com os usuários e destes, ainda, com normas, saberes e instrumentos, podem gerar os afetos que desenham essas paisagens psicossociais (FRANCO; MERHY, 2011), retroalimentando essas concepções distorcidas e os modelos de atenção pautados na lógica do procedimento.

A visão da utilização das tecnologias do processo de trabalho, complementando-se, a fim de alcançar a integralidade da assistência, também se fez presente nas falas dos docentes:

todas essas tecnologias são importantes e eu acho que o profissional ele tem que tá embutido, né, de uma perspectiva no seu processo de trabalho, tanto de tá utilizando as tecnologias leves, como as leves- duras como as duras (Sêneca)... eu acho que não dá pra pensar em atenção a saúde nem trabalho na perspectiva da atenção a saúde sem lançar mão das tecnologias, que através delas a gente consegue tá garantindo a integralidade da assistência (Aristóteles)... É como eu dizia sobre a integralidade, resolutividade eu acho que todas (tecnologias do processo de trabalho) tem sua importância (Sócrates)... eu acho que as leves são fundamentais com a questão do relacionamento, as leve-dura com o conhecimento e as duras com o instrumento, porque as três na verdade é um complemento da outra (Pitágoras)

A integralidade nos remete a concepção de redes. Estas redes podem ser pensadas, tanto em nível individual, quanto sistêmico. Este último referindo-se a oferta de serviços de saúde e o primeiro, referindo-se a micropolítica do processo de trabalho (FRANCO, 2006).

Ainda concordando com Franco (2006), rede, quando vista sob a égide da micropolítica do processo de trabalho, revela atos sincronizados de trabalhadores

em relação entre si e com o usuário, configurando uma microrrede de alta potência para o cuidado.

Diz-se ter alta potência para o cuidado, tendo em vista que, diante da complexidade dos problemas de saúde, faz-se necessária a multiplicidade dos saberes e fazeres para sua resolução. Esta multiplicidade associa-se aos processos e tecnologias de trabalho, certo modo de agir no sentido de ofertar determinados produtos e dele obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, seja ele individual ou coletivo (MERHY; FRANCO, 2003).

Sendo assim, apesar das falas expressarem concordância com o referencial adotado, algumas considerações não podem deixar de ser feitas: não se pode falar em integralidade considerando apenas um profissional, uma vez que ela se constitui a partir dos saberes e fazeres da equipe interdisciplinar, que lança mão de suas valises² tecnológicas, que, em rede, produzirão ou capturarão o cuidado, dependendo dos modos singulares com os quais esses trabalhadores operam seu processo de trabalho.

E esse modo singular diz respeito a qual tecnologia ele recorre, predominantemente. Dessa maneira, essa complementariedade que aparece nas falas, não se faz de maneira uniforme, ou seja, sempre existe a predominância de uma ou outra tecnologia. E esta predominância é que determina se há, de fato, a produção de uma integralidade. Este aspecto foi evidente na fala de Platão: “a gente utilizando essas tecnologias leves é que a gente vai conseguir, de alguma forma, atingir o cliente e sua integralidade”.

Com base no referencial adotado neste trabalho no que concerne a importância dos arranjos tecnológicos para a construção de um modelo centrado no usuário, portanto, com maior potência para atender suas necessidades, centra-se no campo das relações - no trabalho vivo, que só se constitui em ato- a “descoberta” das necessidades a serem sanadas pelo trabalhador. Assim, se o trabalhador de saúde expressa suas singularidades, seu modo de significar o mundo, ao lançar mão, predominantemente, de tecnologias mais estruturadas, provavelmente falhará na sua missão de atingir a integralidade.

² Merhy em seu livro *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (2007), faz referência a este conceito de valises, enquanto caixas de ferramentas tecnológicas utilizadas pelo profissional de saúde em seu processo de trabalho. Assim, tem-se a valise presente na mão (tecnologias duras), a valise presente na cabeça (tecnologias leve-duras) e a valise presente no espaço de interseção entre o trabalhador e usuário (tecnologias leves).

Tendo isso em vista, outra concepção emergiu, com relação ao lugar ocupado pelas tecnologias relacionais, no atendimento às necessidades dos usuários. Em suas falas, boa parte dos docentes fez referência à importância da hegemonia das tecnologias leves e leve-duras sobre as duras, no desenvolvimento na produção de cuidado em saúde.

As tecnologias leves não são só as mais importantes, como elas devem ser prioridades em todos os sentidos...você deve estar utilizando tanto no primeiro momento, no acolhimento, na atenção, como em todos os outros estágios, digamos assim, do atendimento no sistema (Platão)... vc olha pra você, você não dispõe de um aparato tecnológico, mas você dispõe de um conhecimento, você dispõe de muitas coisas de seu conhecimento que você pode estar acompanhando, incentivando, orientando, mobilizando, viabilizando e que isso, na verdade, não é tecnologia dura, mas que faz diferença...Às vezes você chegou que nem um aparelho de pressão arterial tinha no momento, mas você tinha seu conhecimento. Você tinha o seu ser pessoa com o dom da solidariedade, com o dom da ajuda mútua. Isso tudo faz diferença (Tales de Mileto)... o material, só ele, não é tudo, que as vezes uma palavra, um afago, né, vale muito mais do que uma glicemia, do que uma verificação de pressão... a relacional como a base daquela atenção, daquele cuidado porque não existe cuidado que você não se relacione, que você não precise interagir, então assim a tecnologia leve ela tem que ser usada em todo o momento de cuidado (Heráclito).

Nesse ponto, as tecnologias leves e leve-duras, são tidas como um diferencial que deve permear todo o processo de trabalho em saúde, satisfazendo necessidades de cuidado (evidente na fala de Heráclito) que não são possíveis apenas com o uso de tecnologias materiais.

Na fala de Tales de Mileto, fica clara a associação do uso de tecnologias leves com a postura pessoal do profissional, em especial quando se refere ao “ser pessoa com o dom da solidariedade, com o dom da ajuda mútua”. Assim, essa ideia corrobora com o pensamento de que a produção do cuidado se dá a partir da relação do profissional com o usuário. Estão nas posturas assumidas pelo profissional de saúde no momento da relação com o usuário, podendo ser posturas que expressem o desejo de operar mudanças positivas no SUS, ou apenas posturas que atendam interesses corporativos e privados, reproduzindo velhas práticas (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

De maneira ilustrativa, vamos destacar a fala de Sócrates, ao expor seus pensamentos acerca da importância do uso de tecnologias leves, exemplificando com uma situação real. Esse fragmento “fala por si” e é um bom exemplar da potência que tem as tecnologias relacionais em termos resolutividade.

eu ouvi esses dias de uma estudante de uma pós que eu ministrei aula e ela dizendo que ela foi em nove profissionais pra o último dizer que era estresse. Ela já tinha feito todos os exames, já tinha usado todas as

possibilidades de exames de alta complexidade pra descobrir que dor era aquela, não dava nada em lugar nenhum, de ultrassonografia de ressonância, de...acho que todos os exames, porque passou por nove profissionais e cada um encaminhando porque era uma especialização diferente, pra o ultimo dizer, “não, o que você está com sintoma de estresse”, porque escutou, porque utilizou a tecnologia leve.

Também são falas de Sócrates:

como você vai lidar com qualquer usuário do SUS, com qualquer sujeito sem ouvir, sem a escuta, sem ter essa interação, sem estar com eles, sem encontro, sem ouvir suas necessidades? Então a partir dessa escuta, ai sim nós vamos identificar as necessidades de tá aplicando nossos conhecimentos técnicos-científicos, de talvez tá usando um instrumento, que é importante, necessário no momento que é necessário.

As sequências de fala apresentadas, expressam o valor da relação quando do encontro do profissional com o usuário. Relação esta que produz acolhimento, vínculo com a equipe de saúde e responsabilização. O acolhimento presume uma escuta qualificada, onde as singularidades do usuário são consideradas na compreensão de sua queixa. A partir disso, o profissional estabelece um projeto terapêutico pelo qual deve se responsabilizar e que respeite esta singularidade (ANDRADE; FRANCO; FERREIRA, 2007).

Os docentes, de um modo geral, expressaram a valorização das tecnologias leves, porém Sócrates foi o que mais imprimiu contundência a esta atribuição de valor. Não descartando o lugar das tecnologias duras, quando estas se fizerem necessárias- necessidade levantada a partir da relação- Sócrates falou durante muito tempo, acerca do valor das tecnologias relacionais. Pôde se perceber, a partir dos detalhes que dava, exemplos que contava, dos textos que referenciava, de sua postura espontânea e disponível, o quanto Sócrates estava “cheio” do que falava. Como ele mesmo disse: “pra mim é meio fácil falar da importância de cada uma delas, porque na minha prática as tecnologias leves elas já fazem parte da minha rotina, no meu dia-dia”.

Logo, entendemos que Sócrates é densamente afetado pelo que ensina e certamente imprime este tipo de discurso à sua prática pedagógica, bem como os demais docentes com seus discursos, o que, com relação aos alunos e a eles mesmos, produzem outros afetos e devires.

Esta é, segundo Franco (2007), a manifestação do trabalho vivo que o trabalhador da educação opera, tal qual o trabalhador da saúde. No momento do encontro com o aluno, ocorre a troca de afetos, com base em suas singularidades,

resultando em processos de cognição e, a depender do grau das trocas, processos de subjetivação capazes de estabelecer novos territórios existenciais.

4.1.2 Cartografia dos agenciamentos de perfis profissionais

O processo ensino-aprendizagem se traduz numa relação de socialização, de maneira dinâmica e interativa, onde se constrói a aprendizagem a partir da troca de conhecimentos apreendidos e transformados. Assim, “a relação pedagógica transformadora é aquela tratada como uma situação dialógica, como espaço de discussões, descobertas e transformações” (LOPES, 1997, p. 111).

Dessa maneira, parte-se do pressuposto que ensino e aprendizagem se faz processualmente, são dependentes do momento da relação professor-aluno e devem gerar transformações.

Na perspectiva de Coelho (2009), a formação, não nessa concepção de modelagem, mas como um devir plural e criativo, deve considerar seu objeto (o aluno), sua constituição e sua eventual transformação. Tem-se, portanto, como de grande relevância as cartografias formadas pelos perfis profissionais que o docente deseja agenciar e as estratégias que lança mão para este fim.

Nas falas dos docentes, observou-se alguns aspectos dos perfis profissionais com o quais pretende contribuir. O primeiro aspecto que destacamos foi o do profissional crítico-reflexivo, com a possibilidade de ser agente de mudança, não reproduzindo práticas nocivas:

esse é o perfil que eu quero, que eu desejo, que eu faço votos pra que a gente tenha esses sujeitos mais críticos, mais participativos, responsáveis exercendo o controle social...participando da construção do sistema único...(Aristóteles)... será que ele vai ta reproduzindo práticas de outros profissionais ou ele vai ta transformando o que já existe? (Sêneca)...meu desejo para esse perfil profissional é que ele tenha responsabilidade social (Tales de Mileto).

As características destacadas estão em consonância com as DCENF (2001), ao recomendar que o perfil do profissional enfermeiro a ser agenciado durante sua formação é de alguém que reflete, critica e imprime mudanças necessárias às melhorias das condições de saúde da população.

Em especial, atende ao pilar da educação, sobre o qual as DCENF repousam, de *aprender a conhecer*. Sob esse aspecto, a reflexão sobre a realidade produz reinvenção da mesma e construção e reconstrução do conhecimento (FERNANDES, 2005).

Seria o que Coelho (2009) chama de educar para autonomia, que implica em um agir reflexivo, criado num movimento sem fim, individual e social ao mesmo tempo, e que se contrapõe à heteronomia, que faz com que os sujeitos se entreguem à vontade de terceiros, deixando de exercer sua autogestão e capacidade de intervir.

Na perspectiva deste estudo, concordando com Franco (2007), pode-se dizer que esta dimensão está envolvida com os processos de desterritorialização e reterritorialização que os indivíduos fazem quando, a partir de processos de subjetivação, imprimem novas concepções e práticas ao seu modo de agir. E este processo, espera-se que possa ser engendrado por dispositivos educacionais, quando estes vão além da produção cognitiva que oferece ao aluno apenas habilidades técnico-científicas.

Foi possível visualizar, ainda, características relacionadas ao modo de significar o mundo e as relações, indo além dos conhecimentos técnico-científicos. E esse aspecto corrobora a ideia de Coelho (2009, p.16), ao afirmar “a educação, em todas as suas dimensões e espaços, como um processo social formador de todas as dimensões do ser humano”.

Então, o papel das instituições formadoras está para além de ofertar conhecimentos teóricos ou acerca de técnicas, mas devem estar implicadas com o papel social do indivíduo e ofertar instrumentos que o aprimorem enquanto pessoa, cidadão, agente ativo na sociedade.

perfil de profissional que eu busco formar é o perfil de um profissional competente, um profissional ético, um profissional que tenha conhecimento teórico-científico, um profissional que tenha, que seja de fato humano, que busque olhar para o outro e muitas vezes se colocar no lugar do outro...não deixar que o aluno valorize apenas a técnica pela técnica (Heráclito)... eu acho que a gente deve formar profissionais, em primeiro lugar, sensíveis à realidade humana. Porque a gente percebe que quando os profissionais caem no mercado de trabalho, eles começam a objetificar (Platão)... esteja preocupado com a satisfação das necessidades dessas pessoas a partir daquilo que elas expressam...a gente entende que ele precisa sair com esse olhar, de um sistema que vê o sujeito como um ser singular que tem condição de ser dono da sua vida, sujeito da sua história, de contribuir com a construção do seu processo terapêutico, que pode falar de si (Sócrates).

Estes relatos guardam uma estreita relação com as tecnologias do processo de trabalho implicadas no trabalho vivo. Ficou evidente nas falas a busca pela formação de um profissional que enxerga as singularidades do sujeito, respeita sua autonomia, é empático, percebe necessidades singulares e preocupa-se com a satisfação destas, além de construir uma relação de co-responsabilização.

Cabe destacar que estas falas relativas ao perfil que o docente deseja agenciar, por meio da prática pedagógica, corroboram a atribuição de valor dada a estas características, como já haviam expressado anteriormente nesta análise.

Cabe, também, outra observação relacionada aos afetos provavelmente implicados com essas falas. A enfermagem que, durante a ascensão do capitalismo expansionista, esvaziou-se de sua dimensão afetiva e intersubjetiva, se preocupando mais com as técnicas que com o cuidado equânime, inicia o caminho de volta, a partir do contexto da RSB, assim como as demais profissões de saúde, a fim de transformar as práticas de modo a condizerem com os ideais reformistas (GERMANO, 1983; BAGNATO; RODRIGUES, 2007; NUNES; SILVA; PIRES, 2011).

Presume-se, portanto, que o atual momento histórico afete os discursos dos docentes, fato que se confirma, ainda, em falas que direcionam à formação para o SUS, principal detentor ideológico dos princípios da RSB:

sou uma apaixonada pelo SUS, pelos seus princípios...esse perfil desse profissional que é sensível, que conhece o sistema, inicialmente você tem que conhecer o SUS... estamos formando para o SUS (Sócrates)... sujeito participativo, num sujeito crítico que possa realmente tá favorecendo a construção do que a proposta do SUS traz (Aristóteles)

Na perspectiva de Franco (2007), a educação não se apresenta como um objetivo em si mesmo, mas é orientada por um desejo. Sendo assim, parte do esforço pedagógico produzido pressupõe tornar a educação um dispositivo de mudança. Esta é a intencionalidade que está por trás das propostas pedagógicas.

Vimos, então, os perfis profissionais que os docentes desejam ajudar a construir. Para tanto, direcionam estratégias pedagógicas que pretendem disparar a construção de territórios existenciais a habitarem os discentes, de modo a direcionarem sua prática profissional futura.

Tendo por base ideias advogadas por Franco (2007) e Franco e Merhy (2011), o grande desafio posto para a educação em saúde é agenciar esses perfis. Utilizar estratégias eficazes à subjetivação, à desconstrução de certos territórios e modelagem de outros, uma vez que há uma produção subjetiva do cuidado. Quando a educação fica apenas no plano do cognitivo, provavelmente não poderá ofertar mais que conhecimento técnico-científico. Porém, ao promover subjetivações, poderá alcançar êxito em suas propostas de mudanças sociais.

Com base na coleta de dados, as estratégias utilizadas pelos professores comungam, de uma forma geral, e trazem em seu teor, as recomendações das DCENF (2001), no que concerne a indissociabilidade entre teoria e prática.

eu docente vou tá fazendo isso, né? Então eu tenho que buscar esse senso reflexivo dele, um senso crítico, para poder ele, na sua prática como discente, ele já ir visualizando a sua prática profissional (Sêneca)

A partir disso, os professores intentam promover discussões da realidade vivida no cotidiano das práticas, a fim de debelar a perigosa dicotomia teoria- prática e favorecer a reflexão necessária à autonomia para construção do futuro profissional.

Trabalhar com práticas... favorecer as leituras e discussões, a gente tem que favorecer muito ao que eles vivenciam ali, as realidades vividas por eles nesses momentos de praticas de estágios, que eles possam refletir e pensar em quais seriam as melhores estratégias pra poder favorecer a resolução, garantir a resolução dos problemas e necessidades de saúde que ele venha a enfrentar diante daquela unidade de saúde, daquele usuário, daquela família (Aristóteles)...trabalhando esse principio da territorialidade que é extremamente importante, de ele estar saindo de trás da mesa, de tirar esse estudante focado no consultório, no atendimento dos problemas físicos, de ver esse ser humano como um ser biopsicossocial, cultural, que envolve tantas questões que vão além da sala de aula, que a gente tenta buscar o conhecimento que eles já trazem de outras relações que eles estabelecem fora da universidade, de estar mostrando que o que a gente trabalha não é só em um consultório, onde quer que eles estejam, mas um conhecimento ampliado, com a metodologias ativas, problematização, de estar trazendo as histórias vivenciadas por eles, pra tá trabalhando nessa perspectiva de ampliar as ações dele...(Sócrates)...promover diálogos intersetoriais...universidade e comunidade (Tales de Mileto).

Acreditamos que o uso de metodologias, as abordagens de ensino, não se dá de maneira uniforme, mas dependem de fatores individuais, tanto do sujeito que ensina, quanto do contexto educativo, quanto das necessidades da aprendizagem. Nos fragmentos de fala, que correspondem com a fala da maioria dos docentes entrevistados, vemos a influência, de maneira mais nítida, da abordagem sócio-cultural.

Nesta, como já exposto anteriormente, o aluno é protagonista nos processos de problematização da realidade, a educação extrapola os espaços da escola (universidade) e há um ato político envolvido de transformação desta realidade (LIBÂNEO, 1982; BODERNAVE, 1984). Trata-se da pedagogia problematizadora de Paulo Freire, sobre a qual, o mesmo afirma:

Quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder ao desafio. Desafiados, compreendem o desafio na própria ação de captá-lo. Mas, precisamente porque captam o

desafio como um problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica, por isto, cada vez mais desalienada (FREIRE, 1987, p.40)

Apoiando-se nisto, acredita-se ser esta uma abordagem interessante no campo da saúde, uma vez que, conforme afirmou Fernandes et al. (2005), a realidade concreta fornece elementos essenciais para a compreensão dos múltiplos determinantes das condições de vida e saúde da população.

Além disso, Franco (2007), afirma, que a viabilidade de propostas de subjetivação está na implementação das mesmas no cotidiano do trabalho em saúde, uma vez que o sujeito estará em contato com diversos fatores que o farão refletir, significar, planejar e executar uma intervenção. É o que ele chama de “chão de fábrica” do SUS, lugar privilegiado de ensino e aprendizagem, visto a dimensão do sistema, sua capilaridade social, a diversidade tecnológica presente no processo de trabalho dos profissionais e sua propriedade rizomática. Veja:

No SUS, os lugares de produção do cuidado são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários (...) pode-se observar fenômenos menos relacionados ao cognoscitivo e mais vinculados ao campo dos agenciamentos da subjetividade (FRANCO, 2007, p. 433).

Como já dito, o processo ensino-aprendizagem é um processo bilateral, dialógico, um encontro entre professor e aluno, numa relação de alteridade, uma vez que este fenômeno se dá nessa interação. Pensando assim, há que se considerar as peculiaridades dos envolvidos. A educação se dá a partir do humano; logo; não se pode deixar de levar em conta suas particularidades sócio-culturais, vivências e concepções.

Nesse ínterim, os docentes apontaram algumas dificuldades no processo ensino-aprendizagem, destacando essas singularidades dos discentes e os contextos de ensino:

Muitos de nossos estudantes hoje, eles queriam ser médicos. E o que é que a medicina traz? É o diálogo muito mais com as tecnologias duras (Tales de Mileto)... até como docente a gente percebe a dificuldade de trabalhar com os discentes, esses conteúdos, esses princípios, por que eles nunca vêm na prática dessa forma...(Sócrates)... o que a gente percebe é que os alunos ainda estão muito voltados mesmo a essa questão do ser humano como ser biológico apenas, eles querem aprender a fazer procedimentos, eles querem aprender a usar técnicas diferentes, o modelo biomédico (Platão).

Platão e Sócrates, apesar do conteúdo distinto das falas, tratam de afetos semelhantes. Ao considerar que estamos imersos em um modelo de atenção à

saúde, hegemonicamente biomédico (PAIM, 2008), os discentes trazem consigo essa postura cultural, que é reforçada quando, na prática cotidiana do SUS, é visualizada a reprodução desse modelo.

Outro nó crítico é a percepção de que alguns alunos de enfermagem gostariam de estar se formando para o exercício da medicina. Consideramos interessante essa reflexão trazida por Tales de Mileto, pois a medicina - com base em suas raízes históricas, no modelo de atenção posto e nas exigências de manutenção do mesmo por parte do capitalismo que o sustenta - ainda está fortemente atrelada a um modelo produtor de procedimentos, com a utilização ampla de tecnologias duras. Assim sendo, isto pode afetar o estudante de qualquer graduação, que tenha como *desejo* profissional a medicina, na direção da reprodução dessas práticas.

Isto corrobora com a perspectiva de Franco e Merrhy (2011), que atribui ao desejo a impressão de intencionalidade aos atos de saúde, podendo produzir subjetivações (quando alterado o núcleo do desejo), tanto na direção de reprodução de práticas flexnerianas, quanto na produção de cuidado.

Dando seguimento a este raciocínio, destacaram a importância do desejo na construção do perfil profissional:

Então eu quero ser uma profissional pra ser feliz, buscar uma realização, fazer aquilo que eu gosto, fazer o bem pra o outro e o bem pra mim também...Como é que eu vou para um trabalho onde a minha cabeça, meu coração, os meus sonhos não estão ali, estão em outro lugar? Eu vou estar me agredindo e agredindo o outro. São trocas de violência. (referindo-se a postura do profissional) (Tales de Mileto)...Você aprender uma técnica um procedimento, é bem mais tranquilo pra você aprender, do que aprender a se relacionar, então isso eu acho que depende de uma disposição maior das pessoas para o encontro, é estar com... (Socrates)

O desejo foi apontado aqui, tal qual a visão de Deleuze e Guattari (1972): a de energia produtiva que impulsiona o sujeito na construção da realidade. Então, no contexto das falas, centra-se no desejo a força que opera subjetividades capazes de constituir uma prática de relação com o outro, no caso profissional de saúde e usuário.

Tales de Mileto ainda vai além, pois considera a operação da dimensão subjetiva pelo trabalhador de saúde, a de *ser para si e para o outro*, o que confere alteridade às relações de saúde, além de denotar a visão de que o sujeito se constrói a partir da relação com o outro (FRANCO, 2007; FRANCO; MERHY, 2011). O trabalhador traz para a relação com o usuário suas singularidades.

E, por fim, destacaremos a fala de Sócrates, que diz respeito ao modo como a relação professor-aluno extrapola o momento da formação e continua a afetar o professor e o aluno, conferindo elementos que o ajudam a construir e reconstruir seu processo de trabalho:

ver uma egressa da UESB falar de uma idosa que o filho procurou na internet “obrigada por ser enfermeira” para escrever no quadro para quando ela entrar ela ter essa surpresa, pra mim foi muito gratificante... Então escutar relatos assim, motiva a gente o docente, porque a gente também está precisando disso... Então a gente quer saber, ter esse feedback de como ta aquele estudante que de alguma forma a gente contribuiu para formação dele. Hoje assim em vejo secretários de saúde que fazem diferença na área...e que me faz feliz, de ver que a gente ta conseguindo de alguma forma sensibilizar não todos, mas alguns pra essa perspectiva... Eu vejo que é o que a gente procura pra gente ta avaliando a nossa prática (Sócrates).

Aqui, inferimos que as relações de *ser para si e par o outro*, já destacadas, operam em diversas áreas, não só da saúde, mas também na troca estabelecida no processo ensino-aprendizagem.

Professores e alunos tocam-se subjetivamente. E esta troca é fortemente marcada pela autogestão que ambos possuem, podendo produzir relações de fortalecimento, de motivação, de construção ou, simplesmente, de heteronomia e alienação. Este discernimento se apoia na perspectiva de Deleuze (2002), de que os afetos podem aumentar ou diminuir a potência de ação dos sujeitos sobre o mundo.

Portanto, o que advogamos ser verdade nas relações no campo da saúde, nos parece ter aplicabilidade também na educação em saúde, onde professores, alunos, sistema de saúde, trabalhadores, usuários, tecnologias, fazem uma interação com características de trabalho vivo, instituinte, rizomático, dado a intensidade dos fluxos e riqueza heterogênea das relações em ato.

4.2 Egressos: Cartografia do processo de trabalho em saúde e interfaces com a formação.

O grupo de egressos foi formado por três enfermeiras que desenvolvem seu processo de trabalho em ambientes distintos: duas delas em um hospital geral (*Andorinha e Bem-te-vi*) e uma na USF (*Beija-flor*).

Uma vez que aqui consideramos as subjetividades dos sujeitos, o ambiente em que estão imersas é um importante território produtor de afetos que acreditamos influenciar o processo de trabalho das enfermeiras em questão. Porém, cremos que

a autogestão dessas profissionais também pode afetar o modo como se produz saúde nesses locais, independente do tipo de trabalho que, histórica ou normativamente, se inscrevem nos mesmos.

Consideramos o acolhimento, vínculo e responsabilização como diretrizes que orientaram a nossa coleta de dados. Este fato se justifica a partir do referencial adotado nesse estudo, com os quais comungamos das ideias, no que se refere à importância dos arranjos tecnológicos na reorientação do modelo de atenção à saúde.

Essas diretrizes citadas dizem respeito ao produto oriundo das relações estabelecidas entre usuários e profissionais de saúde, quando há um impacto no núcleo do cuidado, caracterizando uma hegemonia do TV sobre o TM, ocorrendo uma transição tecnológica, ou seja, o modelo biomédico reverte sua lógica procedimento-centrado e passa a focalizar o estabelecimento de um encontro entre profissionais e usuários, com potência para centrar-se nas necessidades deste último (MERHY; FRANCO, 2003).

Andorinha, Bem-te-vi e Beija-flor, em seus respectivos ambientes de trabalho, foram vistas, muitas vezes, sendo capturadas pelos procedimentos burocráticos das organizações em que estavam inseridas. Por várias vezes, durante as conversas informais que estabelecemos, éramos interrompidas por questões deste tipo a resolver.

Beija-flor, por exemplo, iniciou seu atendimento na USF, com cerca de uma hora de atraso, visto estar resolvendo questões da organização da unidade com um ACS. Andorinha dividia-se o tempo inteiro entre a assistência direta ao paciente e questões organizacionais, como solicitações de material de consumo para a unidade.

Em situações desse tipo, o profissional de saúde pode se deixar levar por essas questões e ter dificuldades de se “encontrar” com o usuário do serviço, que deveria estar sob seus cuidados.

pra ele é importante sentir que tem alguém dizendo: “ Olha, a gente ta aqui pra o que o senhor precisar viu, a gente ta aqui cuidando do senhor”. Mas é difícil, principalmente quando a gente ta com aquele plantão cheio de coisa, que não tem muito tempo, a gente tem que fazer isso (Andorinha).

Andorinha demonstra nessa fala o paradoxo do trabalho em saúde, pois o enfermeiro, enquanto gerente de sua unidade de trabalho (fato no hospital em questão), pode suprimir seu desejo de estabelecer uma relação com o usuário, visto

a captura que sofre pelas questões menos ligadas ao cuidado em si, que deveria ser prioritário.

Este aspecto corrobora a afirmativa de Franco e Merhy (2011), em que a singularidade com a qual o sujeito percebe e atua no mundo, pode modificar-se o tempo todo, dependendo do tempo-espço no qual está inserido e dos fatores de afetivação aos quais ele se expõe. Daí, esse conflito vivido por Andorinha. Apesar de demonstrar - tanto verbalmente, quanto na disposição observada em atender as necessidades dos pacientes que demandavam sua atenção - sua intenção de operar tecnologias mais relacionais, via-se demandada pelas exigências institucionais (que são fatores de afetivação) a, algumas vezes, priorizar questões burocráticas.

Neste contexto, vale ressaltar que os modelos de atenção à saúde se constituem a partir de certas contratualidades entre os atores envolvidos. Estas pactuações, ainda que se deem sob forte tensão, acabam por produzir a forma de organização da assistência (MERHY, 2003).

Fatores como este, costumam dificultar o acesso ao profissional e, conseqüentemente, alterar sua capacidade de acolher. Ainda na perspectiva de acesso, emergiu da fala de Andorinha algo bem relevante, quando questionado sobre acolhimento:

Na prática é mais difícil. Paciente com ferida, paciente com mal cheiro, paciente secreto, assim o paciente resistente mesmo, que não quer uma aproximação, que a gente tenta conversar com ele, mas ele não quer olhar pra gente, ele não quer que a gente faça um exame nele, que olhe, tem paciente resistente.

Esta fala traz à tona uma dificuldade no processo de aproximação, de estabelecimento de vínculo, de toque físico - mesmo com finalidade diagnóstica - território de tecnologias leves e leve-duras. As singularidades do profissional e usuário estão operando diretamente no processo relacional que se estabelece entre ambos, no ato da produção em saúde.

Se considerarmos que os atos cuidadores se dão a partir desse encontro e que, só a partir dele, o profissional poderá, através de tecnologias leves e leve-duras, satisfazer necessidades de saúde singulares (FRANCO; MERHY, 2003), fatores como este, absolutamente compreensíveis, nos dão a dimensão do quanto a teoria pode se afastar do que acontece no cotidiano do trabalho. Seria um confronto do instituído, na teoria, com o instituinte, construído no ato das relações.

Na concepção de Franco e Merhy (2011), através de protocolos e normas, é possível padronizar os procedimentos, porém o cuidado em ato é dado pelos afetos que circundam o encontro entre trabalhadores e usuários e este cenário é determinado por singularidades que acabam por desenhar os modelos de atenção operados.

Complementando esta ideia, dialogamos com Deleuze (2002), quando defende que os afetos aumentam ou diminuem a potência de ação sobre o mundo. E estes “afetamentos” descritos por Andorinha – o distanciamento pela condição física ou pela resistência do paciente - certamente diminui sua potência de produção de cuidado, o que pode limitar sua atuação apenas a atos mecanicistas e protocolares.

As egressas expressaram opiniões semelhantes em relação às concepções de acolhimento, porém, inferências distintas podem ser feitas a partir dos relatos.

Por acolhimento eu entendo assim, fazer uma escuta atenta da necessidade do paciente, não só a necessidade da assistência, mas assim, entender um pouquinho da história de vida do paciente, conversar...Tentar chegar mais perto do paciente, da realidade dele, até saber quais são as limitações dele e poder ajudar de alguma forma no período de internação, porque é um período estressante para o paciente ficar internado...eu acho que é mais essa questão da escuta atenta, conhecer as necessidades do paciente, e não só do paciente, do familiar porque a gente está muito envolvido com o familiar (Andorinha)... Acolher é você recepcionar aquele indivíduo, é você mostrar que você está ali pra ajudar de qualquer forma de qualquer meio que você tem pra ta resolvendo ou pelo menos tentando resolver o problema que ele traz...ouvir e tentar resolver (Bem-te-vi)... Acolhimento, eu acho que é tratar o outro com cuidado, dar atenção né ao usuário quando ele chega, tendo esse cuidado, essa paciência para saber escutar e saber ali definir mesmo o problema de saúde dele, tá priorizando, tá ajudando ele a resolver as questões dos problemas apontados... você recebe, chama pelo nome, que olha no olho, que você se mostre interessado no problema dele, em ta resolvendo ou ta fazendo os encaminhamentos necessários (Beija-Flor).

Aqui, a nosso ver, dois aspectos chamam atenção: o primeiro deles é o conceito pragmático emitido por Bem-te-vi. Assim, entendemos que aspectos de sua singularidade agem sobre seu modo de significar o mundo, pois demonstrou a mesma praticidade aqui observada, na continuidade do fragmento anterior:

Na verdade, a questão da solidariedade e tudo mais, eu não vejo muito por esse lado. A literatura fala muito sobre essa questão, eu acho que isso tem que ser pra todo mundo, o acolhimento em saúde é você acolher o paciente e tentar resolver o problema” (Bem-te-vi).

Assim, é pertinente retomarmos o pressuposto de Franco (2007, p.431):

O que faz com que o trabalhador aja de uma forma ou de outra é a sua subjetividade, estruturada com base na sua história de vida, das suas

experiências, dos valores que adquiriu e que vão determinar uma certa forma de analisar e intervir sobre o mundo do trabalho em saúde.

Um segundo aspecto relevante, complementar ao primeiro, é a palavra “interesse” presente na fala de Beija-Flor. Esta palavra define a questão do desejo nos modos de agir dos indivíduos, ao constituir suas subjetividades e produzirem a realidade social (DELEUZE E GAUATTARI, 1972).

O interesse pelo usuário, a implicação com este, produz acolhimento autêntico e não pode ser determinado pelas normas institucionalizadas das estratégias de humanização ou de reorientação do modelo assistencial. Ele está inserido no campo das subjetividades do profissional de saúde e é capaz de produzir uma atenção centrada nas necessidades dos usuários.

As três egressas referenciam a questão da escuta das necessidades para intervenções necessárias à resolutividade na atenção à saúde. Este conceito de acolhimento coaduna o conceito normativo deste termo, como já referenciado anteriormente. Incorpora, ainda, as questões de vínculo e responsabilização, inerentes. Em suas falas, elas resgatam, com clareza, a dimensão relacional do termo.

Ao comparar as tecnologias de trabalho em saúde com caixas de ferramentas tecnológicas – as valises, Merhy (2007), argumenta que a valise da cabeça³ é que define o uso da valise de mão (instrumental), pois estabelece com esta uma relação de dominância e é quem faz com que seus produtos adquiram significado enquanto atos de saúde. Porém, afirma que a valise do espaço relacional trabalhador-usuário é quem vai definir uma maior ou menor dureza à valise da cabeça (a grosso modo: leve-dura mais pra leve ou mais pra dura). Sendo assim, orienta todo o processo de trabalho e, por suas características instituintes, os modelos de atenção variam nessa situação relacional, no modo como esta se estabelece, atendendo a que interesses e com qual finalidade.

Nas falas, a lógica parece ser essa. O profissional, no caso as enfermeiras deste estudo, a partir do relacionamento com o usuário, se solidariza com ele e sua família, entende seu momento de estresse, escuta sua queixa e, a partir daí, define seus problemas, prioriza as maiores necessidades, resolve o que for possível e

³ competência profissional instituída, porém com a leveza impressa sobre o raciocínio clínico pela relação com o usuário, daí tecnologia leve-dura (MERHY, 2007).

encaminha o que não é, a fim de que possa utilizar além destas, outras tecnologias mais duras, das quais necessite. Porém, tudo orientado pelo momento da relação.

Na observação que fizemos, constatamos convergências e divergências com este discurso. Por exemplo, Beija-Flor mostrou-se bastante acolhedora, agindo com o “interesse” que referenciou em sua fala: chamou e foi chamada pelo nome, acolheu todas as queixas, inclusive da demanda espontânea, aproveitou a consulta atual para investigar acompanhantes, orientou de maneira clara e pertinente e fez encaminhamentos necessários ao médico da unidade após investigação sucinta dos casos.

Apesar de organizar a demanda por grupos populacionais de idade, sexo e patologia, conforme é de costume se estruturar os atendimentos no PSF, pode-se dizer que Beija-Flor abriu “linhas de fuga” (FERREIRA; ANDRADE; FRANCO et al., 2009). Isto significa que “fugiu” da normatização imposta por esse tipo de atendimento e acolheu demandas que não estavam previstas burocraticamente para aquele momento.

Sua postura exemplifica, na prática, o pensamento proposto por Franco e Merhy (2011, p.10):

as normas da ESF que têm como atributo padronizar as condutas dos trabalhadores, de acordo as regras ditadas para o funcionamento do Programa, influenciam a atividade dos trabalhadores, dentro de limites muito restritos, pois quando estes se encontram em situação de trabalho, na relação com o usuário, ele próprio em ato, no seu processo de trabalho, é quem define como este cuidado se realiza.

Bem-te-vi assumiu sua autogestão, demonstrando variações de postura, durante a observação. Agiu com uma postura acessível, na maioria de seus encontros com o usuário, ao exprimir respeito ao paciente, através do bom trato, de escutar suas queixas e, a partir daí, intervir. Mas também, em outros momentos, sem motivo aparente (mas com afetos certamente reais), apresentou condutas tais como: a desconsideração de queixas que pareciam não estar vinculadas à queixa principal apresentada pelo paciente, mas que estes referiam como importantes ou tomar providências para resolução de problemas de um usuário e não tomar essas mesmas medidas com relação a outro. Esta atitude sumária prejudica a assistência integral ao usuário.

Estas variações de comportamento fazem parte das demandas humanas. Não agimos sempre da mesma forma, mas assumimos em nossa postura um dever

constante, fruto das nossas subjetividades, sob influências diversas. “O mesmo homem não pode atravessar o mesmo rio, porque o homem de ontem não é o mesmo homem, nem o rio de ontem é o mesmo de hoje”.⁴

As egressas também referiram o valor que o conhecimento, por parte do usuário, acerca de sua situação de saúde ou das rotinas dos serviços, tem no ato de acolher. Chama a atenção, porém, a finalidade a que se prestam estas informações, na concepção das egressas:

você recepcionar paciente é você dar uma satisfação pro paciente de uma orientação, ou pelo menos dizer o que está acontecendo pra o paciente chegar no serviço de saúde ele não sabe o serviço que é prestado naquele ambiente, como funciona o fluxo naquele serviço e isso a gente precisa tá atento pra tá explicando pra ele tá orientando, afim de que até não traga uma expectativa nele e que não traga um transtorno no processo todo de atendimento e de tratamento desse paciente (Bem-te-vi)...então a gente recebe um paciente, explica como é, que não precisa ter medo, e que qualquer coisa ele pode chamar a gente pra conversar, ou pra esclarecer alguma dúvida, ou até mesmo para que ele se sinta seguro, passar uma segurança pra ele... paciente as vezes não entende direito o que está acontecendo, o médico não fala o diagnóstico então a gente tem que acolher...conversar, tentar tranquilizar (Andorinha)... explicar também a questão do problema da doença, para que ele entenda e se torne mais participativo no processo de cuidar na sua própria doença e penso que isso deve acontecer né dentro da equipe...que esse pensamento esteja assim inerente mesmo a todos os profissionais da equipe (Beija-Flor)

Consideramos aqui uma forte influência do ambiente de trabalho e das relações profissionais estabelecidas. Foi observado no local específico de trabalho de Bem-te-vi, dentro da unidade hospitalar, uma forte tensão, a partir de cobranças constantes dos usuários. Vê-se na fala dela, a expressão de um território existencial formado a partir da preocupação em minimizar esse ambiente estressante gerado pelas pressões nas relações com o usuário. A informação tem, para ela, predominantemente, essa função.

Andorinha cuida de pacientes, em sua maioria, graves. Nesse sentido, reside sua preocupação em informar, com vistas a diminuir o medo e tranquilizar através de um território existencial marcado pela relação de confiança, produzindo um certo vínculo. Porém, demonstra também, que a informação, muitas vezes, serve ao propósito de atenuar a fragmentação do trabalho em equipe, uma vez que o médico nem sempre presta as informações necessárias, segundo ela.

⁴ Frase atribuída a Heráclito de Éfeso (século V aC), influenciando o pensamento de filósofos estoicos acerca do eterno vir-a-ser, traduzido no devir humano.

No caso de Beija-Flor, é introduzida a visão de informação para gerar autonomia, corresponsabilização (profissional-usuário) no atendimento às demandas de saúde. Acrescenta, ainda, a importância da aderência de toda a equipe na produção desse fenômeno.

Essa visão mais coesa da equipe de saúde, além de acolhimento gerador de autonomia, se fez mais presente dentro do ambiente do PSF. Acreditamos que o hospital, como já referido, tido como o local da doença, do usuário chamado de paciente, portanto, passivo, das tecnologias duras, da hegemonia do médico sobre as demais classes de trabalhadores e usuários, da fragmentação imposta pelo modelo biomédico, acaba por influenciar as concepções e os modos de agir de profissionais e usuários. Confere identidade mais rígida e fragmentada ao trabalho daqueles e impõe uma sensação de insegurança a estes.

Na verdade, Beija-Flor significa a informação numa perspectiva de educação para a autonomia, pressuposto imprescindível à promoção de saúde e importante na trajetória de vida do usuário. Já as demais, a concebem de modo mais recortado, num contexto apenas de resolução de problemas imediatos, agindo de maneira compatível com o modelo hegemônico.

Acreditamos que os rizomas aí constituídos, como fluxos de intensidades no encontro dos trabalhadores entre si, com o ambiente de trabalho e com os usuários, e os afetos envolvidos nesses encontros, acabam por produzir a realidade, expressa nos modos de conceber e agir dos envolvidos.

Mesmo diante dessas constatações, pensamos que o autogoverno do trabalhador de saúde, consegue reverter essa lógica. Todo o discurso de acolhimento, vínculo e responsabilização proposto no arcabouço teórico do PSF, cai por terra diante processos de trabalho que operem sob lógicas burocráticas e pouco implicadas com o sujeito usuário. O contrário também é verdade. Mesmo num ambiente como o do hospital, é possível operar em tecnologias relacionais, capazes de desenhar um modelo de atenção centrado no usuário.

Algumas vezes, durante a observação, vimos Andorinha, a despeito de todas as suas atribuições burocráticas e da lógica instrumental tão mais cômoda naquele ambiente “da doença”, se interessar pelo sujeito de seu cuidado, ouvindo e buscando compreensão de suas necessidades, acionando membros da equipe para intervenções que fogem ao seu campo profissional de competência técnica e buscando alternativas que pudessem reduzir o sofrimento, fosse por meio de

procedimentos físicos ou intervenções psicossociais, como palavras de esperança, conforto espiritual ou flexibilidade na rigidez de normas da clínica, a fim de trazer um conforto extra.

Estas atitudes são a tradução dos processos de desterritorialização (existencial) da postura burocrática e reterritorialização (existencial), nos moldes de uma atenção voltada para a integralidade e singularidades, imanentes à resolutividade em saúde. Estes processos são intensamente viáveis a partir do TV e da implicação do trabalhador com este projeto.

Assim, alterando ou reproduzindo as lógicas do ambiente de trabalho, concordamos com Franco e Merhy (2011), na constatação de que o trabalhador da saúde tanto é produto, quanto produtor de modelos tecnoassistenciais, instituído e instituinte.

Uma dimensão importante das tecnologias relacionais em saúde, é a construção do vínculo profissional-usuário. As relações de confiança que se estabelecem ao longo do tempo e que geram a responsabilização do profissional com relação à saúde do usuário, foi destaque nas falas dos sujeitos:

ele confia na gente, eu acho que isso é um vínculo (Andorinha)... a gente consegue estabelecer o vínculo, a confiança, essa pessoa vai se sentir valorizada dentro daquele serviço e que deve né seguir o que for recomendado, isso também depende da maneira que o profissional tem esse primeiro contato com ela (Beija-Flor)

Beija-Flor inscreve, no campo do vínculo, uma característica importante: a de promover no usuário um sentimento de que é valorizado (inferre-se: importante para aquele profissional/equipe) e, sendo assim, passa a seguir as orientações relativas à sua saúde. Destaca, ainda, a importância da postura profissional, no encontro, para que esse vínculo se estabeleça. Obviamente, se refere a uma postura que afete o usuário de maneira positiva, a fim de que este se sinta importante e confie no profissional.

Porém, aqui existe um perigo iminente. E mais uma vez, as subjetividades desse encontro emergem como fatores de potência para produzir cuidado ou reproduzir o modelo procedimento centrado. O que estamos querendo dizer é que essa confiança que o usuário deposita no profissional de saúde, pode ferir-lhe a autonomia e, ao invés de promover sua saúde, pode fazer com que o usuário apenas repita, de maneira mecânica, o que o profissional “prescreve” como sendo o melhor pra ele. Então, ao invés de provocar corresponsabilização, por meio da

autonomia despertada no usuário, pode reafirmar o profissional de saúde como sujeito protagonista do processo saúde-doença.

Posturas com esta dependem da intencionalidade do profissional (de impor ou de autonomizar o usuário) e são reforçadas devido à existência de um “poder” do profissional sobre o usuário, embutido na relação entre ambos. Esse “poder”, para Foucault (2001), caracteriza-se por uma relação de opressão. E essa opressão se dá pelo conhecimento do profissional que, culturalmente, é tido como melhor que o do usuário dos serviços (CARNEIRO; COELHO, 2010).

Andorinha refere que busca estabelecer vínculo com os usuários do hospital sob seus cuidados, através da aproximação, do respeito e da ética profissional. Sendo assim, confirma o que defendemos acerca da postura profissional como fator que afeta o usuário, de uma forma ou de outra, na relação que estabelecem entre si.

um paciente que tem AIDS por exemplo e interna... fala: “ não quero que todo mundo fique sabendo o diagnóstico, acompanhante ou que venha visitar”. Sempre perguntam “ Tal pessoa como é que tá” , mas a gente não pode ficar falando certas coisas, então o paciente confia na gente. Tem esse vinculo de confiança... tem pacientes que ficam aqui 1 mês, 2 meses, e a gente cria uma aproximação. E as vezes com a questão do vinculo a gente tenta se aproximar mais do paciente e do problema.

Bem-te-vi concebe vínculo numa perspectiva de pouca viabilidade no ambiente hospitalar se comparado à atenção básica, pois atrela o desenvolvimento deste ao tempo de convivência e, portanto, demonstra concordância com a concepção do caráter pouco relacional atribuído ao ambiente hospitalar:

Eu acho que vínculo na saúde é a partir do momento em que você participa da trajetória...você acompanha desde o momento da queixa até o momento do encaminhamento até uma especialidade, consultas e tudo mais, e o pós recuperação... é muito difícil hoje fazer esse vinculo, o pessoal da saúde da família que eu considero o maior vinculo mesmo (Bem-te-vi)

Andorinha e Bem-te-vi têm relatos bem semelhantes acerca da responsabilização. Estes dão conta de encaminhamentos internos ou externos ao hospital, em que foram tomadas, por elas, diversas medidas relacionadas às burocracias necessárias, como contato com setores que fariam procedimentos específicos e encaminhamento de relatórios ao serviço social.

E essa responsabilização, mais baseada em obrigações protocolares, às vezes é rompida, a partir de uma maior necessidade do usuário:

a gente não sossega fica no pé até conseguir um atendimento adequado pra esse paciente, mas geralmente a gente tem um acompanhamento dentro do próprio hospital (Bem-te-vi)... o médico faz o relatório a gente entrega ao setor de regulação, e o setor de regulação fica encarregado de enviar pra

ver se consegue na regulação de leitos e procedimentos para marcar. Então o que a gente faz é entregar o relatório ao serviço social...providenciar que um técnico de enfermagem pra ir junto, ambulância onde a equipe vai, o serviço social ajuda com isso também... liga pra o setor de raio X e diz: “tem um paciente que está precisando fazer muito um raio X. ECG. O técnico ta fazendo outra coisa aí a gente: “ Não, tem que fazer”, então a gente tem essa responsabilidade pelo paciente, porque a gente sabe e vê que ele precisa ou “Não doutor, você precisa vim olhar o paciente”... (Andorinha)

E, mais uma vez, sob influência de muitas atribuições, Andorinha demonstra a “falta de tempo” que dificulta os encaminhamentos na forma de contra-referência dos pacientes de alta, vistos como importantes à continuidade da assistência nos demais pontos da rede para manutenção de sua saúde:

às vezes não dá tempo fazer o relatório, às vezes o paciente está querendo ir embora, aí a gente: “ não espera só um momentinho. Calma”. Tem gente que não espera não.

Beija-Flor faz um relato que demonstra que, para ela, vínculo e responsabilização são parte de um mesmo processo:

teve uma senhora...com câncer de mama, foi fazer a cirurgia em Itabuna. Quando ela chegou na nossa área...o agente comunitário se deparou com essa situação de recém mastectomizada e resistente a fazer as sessões de radioterapia...a gente agendou uma visita domiciliar e lá fiz toda a escuta necessária diante da situação, diante das queixas dela, o motivo pelo qual ela tava resistente, na verdade ela achava que naquela idade ela não precisava mais seguir com o tratamento e a gente fez toda aquela orientação relacionada a auto estima...do fortalecimento da ideia de que ela teria que ta fazendo as sessões de radioterapia para não ter complicações maiores e isso a gente conseguiu já aproximar mais ela. Ela tava com dor no braço, já marcamos a questão da consulta médica, marcamos outra visita e pedimos que a assistente social do município fosse até a casa. Encaminhamos através de relatório para ela poder tá sendo melhor orientada por que ela também alegava a questão da viagem. Então, fizemos o que poderia ser feito pra facilitar em relação ao agendamento da viagem...ela ainda continuou muito resistente e a gente encaminhou...para o psicólogo, até para dar esse apoio também, e assim estamos em uma fase que ela esta bem interagindo com todo mundo, todo a equipe, se sentindo valorizada, importante e já foi encaminhado para poder tá marcando essa viagem e assim ela já ta aceitando bem. Então, foi através desse vínculo dela com a equipe de saúde...dessa responsabilização da equipe para que assim ela seguisse o tratamento dela (Beija-Flor)

Outra situação, a exemplo da anterior, vale à pena ser descrita, dada à produção de cuidado promovido nesse encontro e as inferências acerca do modelo assistencial que podem emergir:

Essa semana uma puérpera chegou a unidade com...incisão cesariana com sinais de infecção e aí ela já tinha passado pelo médico da unidade só que no momento, até então, não tinha resolvido o questão da infecção ... já tava com uma compressa bem suja com sangue, deambulando com dificuldade, pálida e sem se alimentar... muita dor durante a noite...encaminhamos para a sala de curativo, esse curativo foi feito e foi detectado mesmo uma infecção ali no local...fizemos um relatório para ser encaminhada para um

serviço de pronto atendimento, já que o médico da unidade não estava presente no momento, nem estaria no turno posterior. Ligamos para ambulância do município...só que tinha oito ocorrências na frente, comunicamos a coordenação da atenção básica só que no momento também não tinha nenhum carro e aí né a própria equipe foi atrás de uma carona pra poder levá-la nesse local e isso foi feito. A paciente foi encaminhada para a unidade de pronto atendimento, só que chegando lá, infelizmente esse atendimento foi realizado mais ainda não resolveu o problema né não foi prescrito nenhum antibiótico...o profissional médico que atendeu indicou que ela deveria tá procurando o médico que realizou a cesariana com isso ela retornou ao hospital no período da tarde a procura desse médico e lá informou que no dia seguinte esse médico estaria de plantão..no outro dia o médico atendeu de uma forma mais preocupada...foi instalado um dreno, prescreveu o antibiótico, recomendou a questão do curativo diário e a técnica de enfermagem foi no dia seguinte e a gente acompanhou essa situação e hoje a usuária passa bem (Beija-Flor)

Durante a observação, essa postura de interesse pelo usuário se confirmou, pois presenciamos, por exemplo, Beija-Flor dando uma determinada orientação à mãe de um bebê acerca de um cuidado específico com este e, após isso, deixou o consultório com ambos para solicitar que a técnica de enfermagem ajudasse a genitora a fazer o procedimento no bebê, de modo que aprendesse e pudesse fazer em domicílio.

Esses casos trazem à cena inúmeras manifestações do TV em ato e de sua potência para inversão de práticas centradas em procedimentos, dando passagem a um cuidado de fato, produto irrefutável do acolhimento, vínculo e responsabilização com seguimento do projeto terapêutico. Veja o acompanhamento em ambos os casos, o conhecimento dos detalhes, o envolvimento da equipe.

São momentos singulares produzidos no espaço intercessor que se abre no momento da relação profissional/usuário que exemplificam a manifestação do desejo que torna os sujeitos protagonistas de processos de mudanças, desconstruindo e reconstruindo mundos (FRANCO; MERHY, 2011).

Além disso, ilustra a natureza rizomática do trabalho em saúde, que também tem potência para produzir o *socius*, por meio das conexões estabelecidas pela interação dos sujeitos, que se afetam mutuamente, cujas relações operam em fluxos de intensidade contínuos, que são atravessados por diversas lógicas nos agenciamentos de construção de realidade social, devido às porosidades geradas no rizoma pelas suas múltiplas entradas, heterogeneidade e multiplicidade (FRANCO; MERHY, 2011).

Em especial, no segundo caso, tem-se um retrato de um modelo de atenção que, em si, é burocrático e pouco resolutivo, pois as normas que o regem são

apenas um emaranhado de leis, reafirmando que o trabalho em saúde é trabalho vivo dependente (MERHY; FRANCO, 2003).

Assim sendo, a partir das posturas agenciadas pelo autogoverno do trabalhador de saúde, tanto do médico que não acolheu a usuária e enviou-a a outro serviço - reproduzindo a lógica de um modelo cruel, sem compromisso com a saúde – quanto da enfermeira e demais membros de sua equipe – que apenas com a implicação autêntica e relacional com a usuária – transformou esse modelo, ao se desvencilhar dos afetos por ele produzidos, revelando um território existencial que a habita, cheio de suas subjetividades, fruto de outros afetos, “campo invisível do cuidado em saúde...que dão significado à relação trabalhador/usuário, e ao próprio cuidado que se realiza” (FRANCO; MERHY, 2011, p.13).

Na perspectiva dos autores acima citados, no campo da saúde, de maneira hegemônica, desenham-se cenários de um devir centrado em procedimentos, consumista, em detrimento de processos relacionais. Apontam como pressuposto para o rompimento com essa lógica,

a existência de dispositivos capazes de agenciar a construção de novos saberes e práticas, que ressignifiquem o trabalho em saúde e, sobretudo o cuidado. O agenciamento de desejos capazes de operar na construção de um novo SUS pressupõe o enfrentamento com os territórios atualmente estruturantes dos serviços de saúde (FRANCO; MERHY, 2011, p. 17).

Portanto, as ilustrações mostradas, corroboram este pensamento e acreditamos que serve de reflexão acerca das práticas reveladas pelo núcleo tecnológico, operado na micropolítica do processo de trabalho em saúde, e de sua força para implementar modelos de atenção capazes de superar as práticas hegemônicas.

4.2.1 Formação do enfermeiro e reorientação do modelo assistencial: interfaces.

De posse dos resultados obtidos nesse estudo, tentamos fazer um diálogo entre influências estabelecidas a partir das relações pedagógicas durante a graduação e o processo de trabalho das egressas, tendo como foco a reorientação do modelo de atenção à saúde com base na transição tecnológica.

Ao tentar investigar as influências da formação em suas concepções e modos de agir relativos a acolhimento, vínculo e responsabilização, surgiram as seguintes falas:

tem uma formação pra essa parte de acolhimento muito pequena, muito pouco ouvi falar de acolhimento durante minha graduação, ou melhor

durante não, nos últimos semestres e em algum semestre que eu não me lembro qual disciplina foi, mas foi uma coisa muito pontual (Bem-te-vi)...Vínculo não. Eu não me lembro de ter discutido sobre vínculo, mas junto com acolhimento se não me engano, ah não me lembro não se foi discutido vínculo (Andorinha)... No momento da formação isso foi discutido a questão do acolhimento... em algumas disciplinas e durante toda a formação profissional isso era também cobrado pelos docentes para que a gente acolhesse, escutasse, tratasse com cuidado, tivesse a questão da responsabilização com a saúde do paciente... Quando agente escutava a questão do acolhimento, sempre vinha que deveria está estabelecendo um vínculo através do acolhimento(Beija-flor).

Andorinha e Bem-te-vi se mostraram pouco afetadas pela formação no que diz respeito às discussões sobre tecnologias relacionais. Beija-Flor demonstrou uma maior conexão, apesar de ter o dobro de tempo de formação que as demais.

Durante a análise feita do processo de trabalho dos egressos, vimos Beija-Flor atuar de maneira bastante expressiva nas questões relacionais. Parece razoável, portanto, que tenha se deixado afetar pelos instrumentos fornecidos na graduação.

Em contrapartida, vimos principalmente Bem-te-vi, com posturas mais rígidas. Supomos, portanto, que faz parte das subjetividades de Beija-Flor e Bem-te-vi, o modo que apreendem e significam determinadas concepções. Ou, até mesmo, a suposta “frieza” das relações estabelecidas no hospital entre os profissionais e destes com os usuários, devido a fragmentação favorecida por escalas de trabalho, baixa coesão da equipe e descontinuidades na assistência, podem favorecer o aparecimento dessas posturas.

Isso pode explicar essa disparidade de percepções entre egressas que receberam a mesma formação, ou seja, a formação pode ser a mesma, mas as significações feitas dependem de territórios existenciais que habitam os egressos. Como afirma Franco (2007, p.430):

Educação como dispositivo que opera a partir do humano, ou seja, mobiliza sujeitos que trazem como elementos constitutivos do seu ser a história de vida, a origem sociocultural, os saberes constituídos ao longo de sua formação e as vivências no trabalho em saúde, enfim, toda a complexidade do viver que forma uma certa subjetividade e coloca em ação no mundo uma forma singular.

Mais um indicativo do que acabamos de expor, é que Andorinha e Bem-te-vi pareceram significar acolhimento e vínculo, a partir de uma reflexão normativa/técnica dos termos. Desconsideraram, portanto, que apesar dos conhecimentos técnicos estarem no campo das tecnologias instituídas, são consideradas leve-duras, pois são operadas a partir da relação humana.

Andorinha e Bem-te-vi, nesse aspecto mencionado, demonstraram significar a formação apenas como um dispositivo que fornece conceitos, como se percebe a partir dessas falas:

eu acho que deveria ser mais claro um pouquinho em relação a isso, pra gente entender qual é o papel do acolher, o que é acolher na verdade porque a gente não tem com esse termo de acolher, de acolhimento. A gente aprende de outras formas...de ouvir e tudo, mas com a palavra acolhimento, acolher, não, com o termo não (Bem-te-vi)...Na verdade a gente já até estudou, mas não lembro com esse nome, então junto com o acolhimento está o vínculo, mas especificamente estudar vínculo...eu não lembro (Andorinha)

Já Beija-flor não fala de conceitos, mas de como os docentes “cobravam” uma **postura** acolhedora, em sua dimensão de encontro com o usuário. Não se ateuve aos conceitos que os docentes emitiam, mas a aplicação prática deste, às vivências da graduação:

No momento da formação isso foi discutido, a questão do acolhimento... em algumas disciplinas e durante toda a formação profissional isso era também cobrado pelos docentes para que a gente acolhesse, escutasse, tratasse com cuidado, tivesse a questão da responsabilização com a saúde do paciente.

Na análise relativa aos dados colhidos junto aos docentes, ficou clara a intenção e investimento pedagógico na construção de um perfil profissional que fosse hábil para manejar as tecnologias relacionais, de modo a produzir cuidado. O que foi demonstrado no confronto com o processo de trabalho dos egressos é que o uso dessas tecnologias só se fazem mediante o desejo do profissional, uma vez que a captura do TV pelo TM, se faz de maneira constante no modelo de atenção hegemônico, fazendo com que o trabalhador de saúde seja sujeito (se abre “linhas de fuga”) ou sujeitado (ao se deixar afetar pelo TM) deste modelo. Como afirma Merhy (2007, p):

Somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas (...). Instituídos e instituintes.

Sendo assim, os afetos no cotidiano dos serviços de saúde são muitos. Não se dão só entre trabalhador e usuário, mas também entre trabalhadores e destes com instrumentos, saberes e normas. E todos esses encontros promovem afetos mútuos (MERHY; FRANCO, 2011).

As três demonstraram convergência no pensamento de que no cotidiano do trabalho, esses perfis se constroem de maneira mais concreta, ou seja, fortalecem o construto iniciado na graduação:

utilização do acolhimento, do vínculo, só vai fortalecendo no dia-a-dia, a medida em que os problemas são apresentados e você vai resolvendo (Beija-Flor)

Dialogando com os relatos docentes, percebemos a importância das metodologias que os mesmos utilizam, problematizando a realidade e trabalhando com práticas no cotidiano dos serviços. Em concordância com Franco (2007), deve-se educar “no” e “para” o SUS. Justifica afirmando a potência pedagógica que tem os encontros de profissionais e usuários e as vivências do cotidiano, tão presentes nos espaços de produção do cuidado.

Ao olharmos de uma forma geral para os resultados obtidos a partir dos relatos de docentes e postura dos egressos, constatamos que o docente busca um perfil profissional capaz de operar as mudanças necessárias ao modelo assistencial hegemônico e, reconhece, para isso, não só os seus instrumentos pedagógicos, mas também as singularidades dos discentes, que acabam por definir o desenho da prática futura.

Por outro lado, acreditamos que as egressas investigadas conseguem, em graus variados, imprimir à sua prática o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, de maneira a intervir sobre as necessidades do usuários de saúde, correspondendo positivamente aos anseios dos docentes.

No entanto, esses graus variados aos quais nos referimos, são determinados por um conjunto de afetos produtores de suas subjetividades e que são potentes, ainda, para promover subjetivações. Esses afetos estão presentes em todos os processos de vida dos quais fazem parte, como a sua formação, seus valores sócio-culturais, sua relação com o usuário, com os membros da equipe de saúde, com seus saberes, seus ambientes de trabalho e suas vivências.

Seria, portanto, ingênuo considerar apenas uma dessas dimensões. Assim, como percebemos nesse estudo, a formação é apenas um dos afetos presentes na construção dos territórios existenciais do profissional de saúde.

Outro fator a considerarmos aqui é que, apesar das DCENF (2001) orientarem o trabalho em equipe como habilidade a ser construída no discente, não

vimos grande expressividade da mesma nas falas e práticas pedagógicas dos docentes e pareceu quase nula no ambiente hospitalar.

Em especial com relação ao profissional médico, vimos uma certa dificuldade de integração, levando em consideração a observação e críticas do tipo:

uma coisa que eu acho muito chata, ficar ligando pro medico pra lembrar o que ele tem que fazer (Andorinha)... mas outros profissionais como o clinico, por exemplo, encaminha pra o atendimento lá e não faz nada pelo paciente (Bem-te-vi)

Sobre esse aspecto, Ceccim e Feuerwerker (2004) argumentam que o trabalho em equipe é uma das condições para se alcançar a integralidade da atenção a saúde, proposta presente na reestruturação de modelos pautados na fragmentação das práticas. Cabe, portanto, uma reflexão acerca de como essa vertente tem sido tratada na formação do enfermeiro e no cotidiano dos trabalhadores do SUS.

Por fim, concordamos com Franco (2007, p 436), quando este defende a ideia da Educação Permanente e afirma que “a produção pedagógica ocorre *pari passu* à produção do cuidado, sendo constitutivos da mesma os processos de cognição e, junto a elas, a formação de novas subjetividades”.

Nessa perspectiva, entendemos o papel relevante da formação, em nível de graduação, para produção de devires mais humanizados e resolutivos e acreditamos que apostas nesse campo são indispensáveis. Contudo, deve ser apenas o começo da trajetória, uma vez que o profissional imerso na realidade concreta do SUS tem à sua disposição elementos capazes de transformá-lo e, ao mesmo, tempo, fazer dele agente de mudanças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa principal intenção com este estudo foi a de promover uma reflexão acerca dos *possíveis aspectos* que envolvem a formação e a atuação do profissional oriundo do trabalho pedagógico da mesma.

Dizemos *possíveis aspectos*, uma vez que diálogos foram estabelecidos, porém diante da complexidade e singularidade de fatores que encontramos no desenvolvimento do trabalho pedagógico dos docentes e do trabalho engendrado pelas enfermeiras egressas, sujeitos deste estudo, a conclusão que podemos chegar com precisão é a de que a formação afeta os sujeitos de diferentes formas e, além disso, parece ser apenas um dos afetos que ajudam a agenciar perfis profissionais. E, ainda assim, sob autorização das singularidades do profissional de saúde egresso desta formação.

É impossível mensurar influências. Por isso mesmo, este estudo é de natureza qualitativa e, como tal, deseja provocar reflexões. E foram muitas as reflexões provocadas em nós, em especial porque aqui tratamos de processos extremamente vivos, cheios de movimentos e alguns mistérios.

Os únicos parâmetros que dispomos para estabelecer as interfaces entre a formação do enfermeiro e a reorientação do modelo de atenção à saúde, através de práticas anti-hegemônicas (objetivo principal deste estudo) foram o relato dos professores e o processo de trabalho das egressas. Diante desses parâmetros, identificamos como positiva a influência da formação. Porém, de modo variável entre as egressas, conforme os ambientes, os momentos e diante de afetos que nem conseguimos identificar algumas vezes.

Acreditamos que alcançamos os demais objetivos traçados, ao visualizar que os docentes compreendem a importância de formar profissionais que possam produzir mudanças no modelo hegemônico e que têm empenhado seu saber-fazer nesse objetivo. Além disso, percebemos que as egressas que acompanhamos aqui conseguem, nos momentos em que fazem a diferença na vida dos usuários com os quais se encontram por meio de práticas acolhedoras e responsáveis, deixar sua contribuição na reorientação do modelo assistencial hegemônico.

Diante da diversidade encontrada, salientamos a beleza que a Cartografia imprimiu a este trabalho: a descoberta das múltiplas possibilidades que trazem os territórios existenciais e toda a trama de afetos produtores de devires que os

circundam. Tínhamos um objetivo delimitado, porém nos deparamos com um universo subjetivo e, de forma indissociável, tão intersubjetivo, que acabou por nos mostrar além do que procurávamos, ao propor inúmeros olhares sobre um mesmo fenômeno.

Precisamos acrescentar, ainda, que a construção de um modelo de atenção usuário-centrado, depende da implicação de todos os atores envolvidos: gestores, usuários e trabalhadores da **equipe de saúde**. Processos de desterritorialização das velhas práticas e reterritorialização de novas, mais relacionais, comprometidas e participativas, são imprescindíveis a esse construto.

Por fim, um fator que precisa ficar claro é que não se emite aqui um juízo de valor sobre as tecnologias do processo de trabalho, no sentido de afirmar a importância de uma sobre a outra. Apenas advogamos, com base no referencial adotado, a necessidade de hegemonia do TV sobre o TM, de modo que as tecnologias leves e leve-duras possam orientar o projeto terapêutico, possibilitando o uso racional das tecnologias duras, sempre que se fizer necessário. Ora, todas as tecnologias são igualmente importantes, pois são imprescindíveis a integralidade e resolutividade.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudanças na formação superior dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica** (on line), Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, Jul./Set. 2008. Disponível em www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo03.PDF. Acesso em 06/04/2010.

ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; FERREIRA, V.S.C. Acolhimento: Uma experiência de Pesquisa-Ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, v 10, n 2, p.106-115. Jul-dez, 2007.

AROUCA, A. A Reforma Sanitária Brasileira. Tema **Radis**, n. 11, p. 2-4, 1988.

ARRAES-AMORIM, A.K.M.; DIMENSTEIN, M. Implicação e prudência na pesquisa em saúde mental: cartografias do Serviço Residencial Terapêutico. IN: DIMENSTEIN, M. (Org.). **Produção do conhecimento, agenciamento e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal: EDUFRN, 2009. p.191-217.

BAGNATO MHS, RODRIGUES, RM. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2007 [cited 2011 dez 29]; 60(5):507-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a05.pdf>.

BORDENAVE, J.E.D. A opção pedagógica pode ter conseqüências individuais e sociais importantes. In: **Revista de Educação AEC**, n 54, 1984, p.41-45.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: Uma estratégia de Organização dos Serviços de Saúde**. Brasília, março de 1996.

_____, Resolução nº 196/96, de 16 de outubro de 1996. Normas para pesquisas em seres humanos. **Diário Oficial da União, Brasília**, 1996

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

_____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 de dezembro de 1990.

_____, **Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.

_____, **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: Objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, **Saúde da Família**: panorama, avaliação e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal; considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E; ONOKO, R. (orgs). **Agir em saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____, G.W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. HUCITEC, S. Paulo, 1994.

_____, G.W.S. **Reforma da Reforma, repensando a Saúde**. HUCITEC, S.P., 1992

CARNEIRO, AJS. COELHO, EAC. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15(Supl. 1), p. 1217-1226, 2010.

CECCIM, RB; FEUERWERKER, LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. (org). **Inventando a mudança na Saúde**. HUCITEC, S. Paulo, 1994

CARVALHO, Y.M., CECCIM, RB. Formação e educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. IN: CAMPOS, GWS et al (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. P. 137-167.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES, 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp>. Acesso em: 30 de novembro de 2010.

COELHO, M.I.M. Por que a educação e a formação humana na contemporaneidade? In: COELHO, M.I.M; COSTA, A.E.B. **A educação e a formação humana: tensões e desafios na contemporaneidade**. Porto Alegre: Artmed, 2009. P 15-47

Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]. Brasília (BR): Ministério da Educação; 2001 [cited 2011 dez 29]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.

Deleuze G, Guattari F. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. Lisboa: Assírio & Alvim; 1972.

DELEUZE, G. **Lógica del sentido**. Barcelona: Paidós, 1994.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

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

DELORS J. **Educação: um tesouro a descobrir**. Lisboa: UNESCO/ASA; 1996.

DELORS J. **Organização do trabalho na escola**. São Paulo: Ática; 1993.

DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

FERNANDES, JD; FERREIRA, SLA; OLIVA, DSR; SANTOS, MP; COSTA, HOG. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. **Rev Bras Enferm**, v.56, n.4, p 392-395, 2003.

FERNANES, J.C.et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev Esc Enferm USP**, p.443-9, 2005.

FERREIRA; V.S.C.; ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 25, n 4, p 898-906, abr, 2009.

FLEURY, S. A questão democrática da saúde. In: FLEURY, S (org.). **Saúde e democracia, a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FRANCO, T. B.et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, 1999.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface (Botucatu)** [online]. 2007, v.23, n.11, p. 427-438. ISSN 1414-3283.

FRANCO, T.B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**. Tese de Doutorado. Campinas (SP), UNICAMP, 2003.

FRANCO, T.B. MERHRY, E.E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In:**O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A., (Orgs). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. p. 181-194.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica dos Processos de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. El reconocimiento da La producción subjetiva del cuidado. **Salud Colectiva**, v. 7, n. 11, pp 9-20, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GADOTTI, M. **Escola vivida, escola projetada**. Campinas: Papirus; 1992.

_____, M. **Pedagogia da práxis**. São Paulo: Cortez; 1998.

_____, M. **Perspectivas atuais da educação**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

GERMANO, RM. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez; 1983.

GIL. A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GONÇALVES, R.B.M. **Medicina e História. Raízes Sociais do Trabalho Médico**. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 1979.

LEVCOVITZ, E., GARRIDO, N.G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**, n 1, p 3 – 9, 1996.

LIBÂNEO, J.C. Tendências pedagógicas na prática escolar. In: **Revista da Ande**, n 6, p. 11-19, 1982.

LIMA, M. M. **Entre elas**: cartografias dos devires amorosos. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009.

LOPES, A.O. Relação de interdependência entre ensino e aprendizagem. In: VEIGA, I.A. (org).Didática: **O ensino e suas relações**. São Paulo: Papirus, 1997.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, n1, v19, p. 15-22, jan/abr. 2007.

KIRST, P. G.; GIACOMEL, A. E. et al. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, T. M.; KIRST, P. G. **Cartografias e devires**: a construção do presente. Porto Alegre: EdUFRGS, 2003. p. 91-102.

KRUSE MHL. **Os poderes dos corpos frios – das coisas que se ensinam às enfermeiras**. Brasília: Editora da ABEn; 2004

LIBÂNEO, J.C. Tendências pedagógicas na prática escolar. In: **Revista da Ande**, n 6, 1982, p. 11-19.

LOUREIRO, S. Saúde Comunitária. **Revista Saúde em Debate**, n.1 , p.38-40, 1976.

MAIRESSE, D; FONSECA, T.M.G. Dizer, escutar, escrever: Redes de tradução impressas na arte de cartografar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v 7, n2, p.111-116, jul/dez, 2002.

MALTA, D.C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte**. Tese (Doutorado) FCM, UNICAMP, Campinas, 2001.

MARX, K. **O Capital**. 14 ed. São Paulo: Difel, 1994.

MENDES, E.V. **A evolução histórica da prática médica**. Belo Horizonte: UFMG, 1980.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal, IN: MENDES, E.V.(org.); **Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES-GONÇALVES, RB. **Medicina e História: Raízes sociais do trabalho médico** (Dissertação). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.

_____, RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 1992. (**Cadernos CEFOR**, 1 Série Textos)

_____, RB. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates no planejamento em saúde no Brasil. In GALLO, E. **Razão e Planejamento, reflexões sobre política estratégia e liberdade**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MERHY, E.E., CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E, MALTA, D.C, SANTOS, F.P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E (org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife-PE: UFPE, 2004. pp. 45-76.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta

e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar ao ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In CECÍLIO, L.C.O. (Org) et al. **Inventando a mudança na Saúde**. HUCITEC, S. Paulo, 1994.

MERRHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. Saúde em debate-série didática. São Paulo: HUCITEC, 2006

MERHY, E.E; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais, *Saúde Debate*, Londrina, v.27, n.65, p.316-323, 2003.

MERHRY, EE. Saúde: **A Cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MIZUKAMI, M.G.N. **Ensino, as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986.

NETO, O. C. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado com técnica de investigação. In: **XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, 2002. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf >. Acesso em: 16 abr. 2009.

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

NUNES, E.C.D.A; SILVA, L.W.S; PIRES, E.P.O.R. O ensino superior de enfermagem: implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal. **Rev Lat Am Enfermagem** [Internet]. 2011 [cited 2011 dez 29];19(2):252-60. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_05.pdf.

PAIM, J.S. Medicina Comunitária: Introdução a uma análise crítica. **Revista Saúde em Debate**, nº 1, p. 9-12, 1976.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: Rouquayrol & Almeida. **Epidemiologia & Saúde**. 5ª Edição. MEDSI, Rio de Janeiro, 489 – 503, 1999.

PAIM, J.S.; ALMEIDA, N.F. Saúde Coletiva: Uma “nova Saúde Pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n 4, p 299-316, 1998.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. IN: ROUQUAYROL, MZ. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PAIM, JS. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. IN: GIOVANELLA, L et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/CEBES, p . 547-573, 2008.

PAIM, JS. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PERRENAUD, P. **Construindo competências desde a escola**. Trad. de Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artmed; 1999.

PETTENGILL, M.A.M; SILVA, L.M.G; BASSO, M; SAVONITTI, B.H.R.A; SOARES, I.C.V. O professor de Enfermagem frente às tendências pedagógicas: Uma breve reflexão. **Rev ESc Enf USP** [Internet]. 1998 [cited 2011 18 Dec]; 32(1):16-26. Available from: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/398.pdf>

RICHARDSON, R.J. et al. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROGERS, C. **Liberdade para aprender**. 2 ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1972.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

SANTOS, R.V. Abordagens do processo de ensino e aprendizagem. **Integração**, n 4, Jan/Fev/Mar, 2005, p 19-31.

SAVIANI, D. **Escola e Democracia**. São Paulo: Horteiz, 1984.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, Nov/Dez, 2004.

SILVA JÚNIOR, A.G., **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SKINNER, E.B. **Tecnologia do ensino**. São Paulo: Herder, 1972.

TEIXIERA, C.F. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, P.361-281, 2000.

www.ibge.gov.br, acessado em 10/01/2012.

www.datasus.gov.br, acessado em 12/06/2012

www.dab.saude.gov.br, acessado em 12/09/2012

Portal da UESB. Disponível em <http://www.uesb.br>. Acessado em 15 de Setembro de 2011.

www2.saude.ba.gov.br/hgpv, acessado em 01/04/2012.

APÊNDICE A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB.

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB/BA

PROJETO DE PESQUISA

Título: FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À

Área Temática:

Pesquisador: Nivea Maria Silveira de Almeida

Versão: 3

Instituição: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

CAAE: 02717012.5.0000.0055

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 53363

Data da Relatoria: 06/07/2012

Apresentação do Projeto:

A proposta de trabalho aqui submetida tem como escopo, o levantamento de informações que sejam úteis para o planejamento da formação do Enfermeiro de forma que seja possível reorientar esse profissional no seu campo de atuação diante de uma dinâmica e um contexto tecnológico mais amplos. A proposta de pesquisa originou-se no âmbito do programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde do Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, servindo como projeto de mestrado de uma aluna do programa.

Objetivo da Pesquisa:

"Compreender a articulação entre a formação do enfermeiro e a reorientação do modelo de atenção à saúde, do ponto de vista da transição tecnológica.

Mapear as estratégias utilizadas pelos docentes no que diz respeito ao ensino referente à correlação dos núcleos tecnológicos do processo de trabalho (transição tecnológica) para reorientação do modelo assistencial hegemônico.

Compreender a noção que os docentes e egressos do curso de enfermagem trazem acerca do papel da transição tecnológica na reorientação do modelo assistencial.

Investigar o processo de trabalho de egressos do curso de enfermagem, correlacionando com o núcleo tecnológico operado nesse processo.

Cartografar o fluxo de um usuário atendido na rede de atenção estudada, utilizando seu itinerário terapêutico como forma ilustrativa do modelo de atenção adotado".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As autoras fizeram as retificações recomendadas e aprovadas pelo CEP, anteriormente, no tocante à avaliação de riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A finalidade da proposta de pesquisa justifica plenamente o empenho das pesquisadoras neste projeto, sendo claros os efeitos positivos possíveis dos resultados deste trabalho no aperfeiçoamento e na ampliação da formação do Enfermeiro, abarcando um campo de ação mais amplo e tecnologicamente mais avançado. Isso será buscado através da análise de informações sobre a conduta de profissionais, opiniões e levantamento "cartográfico" do processo de atendimento no sistema de saúde através do acompanhamento de um paciente. Portanto a pesquisa tem méritos e se justifica plenamente motivo pelo qual julgo digno de aprovação o projeto de pesquisa ora proposto.

Recomendações:

Sem mais recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Observando que as autoras fizeram as modificações orientadas no que tange à elaboração de um TCLE para cada categoria de sujeito da pesquisa, retificaram as afirmações acerca dos riscos e benefícios, conforme exigência do CEP, e simplificaram o texto do TCLE para melhorar a compreensão por parte dos sujeitos, ACONSELHO A APROVAÇÃO do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado pelo CEP/UESB.

JEQUIE, 10 de Julho de 2012

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa

Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Docentes)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada “Formação do enfermeiro e reorientação do modelo de assistência à saúde”, sob responsabilidade dos pesquisadores Nívea Maria Silveira de Almeida e Alba Benemerita Alves Vilela, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde - PPGES , os seguintes aspectos:

Objetivos: Compreender as interfaces entre a formação do enfermeiro e a reorientação do modelo de atenção à saúde, do ponto de vista da transição tecnológica; Averiguar a percepção que docentes e egressos de um curso de Enfermagem trazem acerca do papel da transição tecnológica na reorientação do modelo assistencial; Mapear as estratégias utilizadas pelos docentes no que diz respeito ao perfil profissional que deseja formar; Investigar o processo de trabalho de egressos de um curso de enfermagem, correlacionando com o núcleo tecnológico operado nesse processo.

Metodologia:

Trata-se de um estudo descritivo exploratório qualitativo, utilizando os pressupostos da Cartografia. A pesquisa se desenvolverá com docentes do curso de Enfermagem da UESB, egressos desse curso e usuário dos sistemas públicos de saúde do município de Jequié. Serão utilizados as seguintes técnicas de coleta de dados: entrevista (docentes), entrevista semi-estruturada e observação participante (egressos). A análise dos dados será realizada buscando a articulação entre falas, posturas, práticas e percursos dos sujeitos, à luz da Cartografia.

Justificativa e Relevância:

A pesquisa se justifica por sua relevância para a avaliação das metodologias utilizadas no ensino superior, enquanto ferramenta importante para a formação de profissionais aptos a contribuir para as urgentes e necessárias mudanças na gestão da saúde. Dessa forma, aspira acrescentar elementos para a reflexão dos direcionamentos a serem tomados no espaço acadêmico, que deve ser rotineiramente foco de atenção, em sintonia com o que almeja o próprio Ministério da Saúde, que vem criando estratégias,

juntamente com o Ministério da Educação, para otimizar a formação de profissionais qualificados para a adequada atuação no SUS.

Participação:

Ao concordar em participar, o sujeito deverá estar disponível para responder à entrevista e falar acerca de suas atividades profissionais/docentes.

Desconfortos e riscos:

O possível desconforto desse estudo é o de manifestação de opiniões acerca do tema. A pesquisa não prevê riscos à integridade física ou moral dos sujeitos. Porém, em caso de incidência de qualquer prejuízo, os pesquisadores se responsabilizarão pelos mesmos.

Confidencialidade do estudo:

Os pesquisadores se comprometem a respeitar a confidencialidade relativa a identidade dos sujeitos. Os dados serão manipulados apenas pelos pesquisadores e não serão disponibilizados a terceiros.

Benefícios:

Ao participar desse estudo, os sujeitos poderão contribuir com a melhoria da formação do enfermeiro, no que diz respeito ao seu papel de construção de um modelo de atenção à saúde comprometido com os usuários desse sistema.

Dano advindo da pesquisa:

A pesquisa não prevê dano algum aos sujeitos. Porém, se houver algum dano, os pesquisadores se responsabilizarão pelos mesmos.

Garantia de esclarecimento:

Os pesquisadores se comprometem a esclarecer quaisquer dúvidas relativas a pesquisa, em qualquer etapa do estudo.

Participação Voluntária:

A participação nesse estudo é absolutamente voluntária e livre de remuneração sob qualquer forma. Os sujeitos poderão, a qualquer momento, se afastarem da pesquisa, sem prejuízos de nenhuma natureza.

- **Consentimento para participação:** Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos

procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “Formação do enfermeiro e reorientação do modelo de assistência à saúde” desenvolvido pela mestrande Nívea Maria Silveira de Almeida, sob a orientação da Professora Doutora Alba Benemérita Alves Vilela, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome da Participante _____

Nome da pessoa ou responsável legal _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR: Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. Estou convicta que os indivíduos/sujeitos entenderam os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____ Jequié, Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Nívea Maria Silveira de Almeida. Fone: 3528-9623

Alba Benemérita Alves Vilela. Fone: 3528-9623

Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Egressos)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada “Formação do enfermeiro e reorientação do modelo de assistência à saúde”, sob responsabilidade dos pesquisadores Nívea Maria Silveira de Almeida e Alba Benemerita Alves Vilela, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde - PPGES , os seguintes aspectos:

Objetivos: Compreender as interfaces entre a formação do enfermeiro e a reorientação do modelo de atenção à saúde, do ponto de vista da transição tecnológica; Averiguar a percepção que docentes e egressos de um curso de Enfermagem trazem acerca do papel da transição tecnológica na reorientação do modelo assistencial; Mapear as estratégias utilizadas pelos docentes no que diz respeito ao perfil profissional que deseja formar; Investigar o processo de trabalho de egressos de um curso de enfermagem, correlacionando com o núcleo tecnológico operado nesse processo.

Metodologia:

Trata-se de um estudo descritivo exploratório qualitativo, utilizando os pressupostos da Cartografia. A pesquisa se desenvolverá com docentes do curso de Enfermagem da UESB e egressos desse curso. Serão utilizados as seguintes técnicas de coleta de dados: entrevista (docentes), entrevista semi-estruturada e observação participante (egressos). A análise dos dados será realizada buscando a articulação entre falas, posturas, práticas e percursos dos sujeitos, à luz da Cartografia.

Justificativa e Relevância:

A pesquisa se justifica por sua relevância para a avaliação das metodologias utilizadas no ensino superior, enquanto ferramenta importante para a formação de profissionais aptos a contribuir para as urgentes e necessárias mudanças na gestão da saúde. Dessa forma, aspira acrescentar elementos para a reflexão dos direcionamentos a serem tomados no espaço acadêmico, que deve ser rotineiramente foco de atenção, em sintonia com o que almeja o próprio Ministério da Saúde, que vem criando estratégias,

juntamente com o Ministério da Educação, para otimizar a formação de profissionais qualificados para a adequada atuação no SUS.

Participação:

Ao concordar em participar, o sujeito deverá estar disponível para responder à entrevista e se deixar observar em seu ambiente de trabalho.

Desconfortos e riscos:

O possível desconforto desse estudo é o de manifestação de opiniões, acerca do tema e o fato de estar sendo observado durante sua atuação profissional. A pesquisa não prevê riscos à integridade física ou moral dos sujeitos. Porém, em caso de incidência de qualquer prejuízo, os pesquisadores se responsabilizarão pelos mesmos.

Confidencialidade do estudo:

Os pesquisadores se comprometem a respeitar a confidencialidade relativa a identidade dos sujeitos. Os dados serão manipulados apenas pelos pesquisadores e não serão disponibilizados a terceiros.

Benefícios:

Ao participar desse estudo, os sujeitos poderão contribuir com a melhoria da formação do enfermeiro, no que diz respeito ao seu papel de construção de um modelo de atenção à saúde comprometido com os usuários desse sistema.

Dano advindo da pesquisa:

A pesquisa não prevê dano algum aos sujeitos. Porém, se houver algum dano, os pesquisadores se responsabilizarão pelos mesmos.

Garantia de esclarecimento:

Os pesquisadores se comprometem a esclarecer quaisquer dúvidas relativas a pesquisa, em qualquer etapa do estudo.

Participação Voluntária:

A participação nesse estudo é absolutamente voluntária e livre de remuneração sob qualquer forma. Os sujeitos poderão, a qualquer momento, se afastarem da pesquisa, sem prejuízos de nenhuma natureza.

- **Consentimento para participação:** Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha

participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “Formação do enfermeiro e reorientação do modelo de assistência à saúde” desenvolvido pela mestrandia Nívea Maria Silveira de Almeida, sob a orientação da Professora Doutora Alba Benemérita Alves Vilela, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome da Participante _____

Nome da pessoa ou responsável legal _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR: Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. Estou convicta que os indivíduos/sujeitos entenderam os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____ Jequié, Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Nívea Maria Silveira de Almeida. Fone: 3528-9623 /

Alba Benemérita Alves Vilela. Fone: 3528-9623

Anexo C: Roteiro de Entrevista (Docentes)

➤ Identificação dos sujeitos

Sexo:

Tempo de docência na UESB:

Tipo de vínculo empregatício: () Docente Efetivo; () Docente efetivo com DE

Área da disciplina ministrada: Saúde Coletiva (); Assistência Hospitalar ()

Titulação: _____

➤ Roteiro:

1. Que análise você faz do modelo de atenção à saúde, relacionando o que eu é preconizado pelas estratégias do Ministério da Saúde e dos princípios estabelecidos pelo SUS, com o que acontece na prática?
2. Levando em consideração as tecnologias do processo de trabalho em saúde: tecnologias leves (relacionais), leve-duras (conhecimentos técnicos) e duras (instrumentos) discorra sobre a importância de cada uma no atendimento às demandas dos usuários dos serviços e ações de saúde.
3. Enquanto docente do curso de Enfermagem, que perfil profissional você deseja ajudar a construir no discente para a futura prática? Que estratégias utiliza para este fim?

Anexo D: Roteiro de entrevista (Egressos)

➤ Identificação dos sujeitos:

Sexo: F (); M ()

Idade: _____

Tempo de formação: _____

Tempo de trabalho no SUS: _____

Tempo de trabalho nessa unidade: _____

Localização da unidade na rede SUS: Atenção básica (); Atenção secundária (); Atenção Terciária ()

Formação Complementar: _____

Tipo de vínculo empregatício: _____

Possui outro vínculo empregatício? sim (); não ().

Qual: _____

➤ Entrevista

1. Como você analisa o modelo de atenção a saúde Brasil, ou seja, a forma como o sistema como um todo, estabelecimentos, gestores, profissionais, equipamentos, insumos saberes, práticas, se articula para atender as necessidades da população?
2. O que você entende por acolhimento? Exemplifique com experiências no seu trabalho.
3. Essa concepção de acolhimento que você explicitou foi discutido na sua formação, ou foi melhor apreendida no cotidiano do seu trabalho?
4. Para você o que é vínculo com o paciente/família/comunidade? Exemplifique com um caso real.
5. Essa concepção de vínculo foi discutido na sua formação, ou foi melhor apreendida no cotidiano do seu trabalho?
6. Dê exemplo de um atendimento que foi necessário a referência de um usuário a outro(s) serviço(s). Que providência(s) foi tomada por você especificamente?
7. Você acompanhou o paciente depois que ele foi referenciado? Descreva.

Anexo E: Roteiro de observação (Egressos)

➤ **Relativo à unidade**

Tipo de unidade de saúde:

Fluxo do usuário dentro da unidade:

Fluxos de referência e contra-referência:

Organização da demanda dentro do serviço:

➤ **Relativo a relação enfermeiro x usuário**

Acesso

Práticas acolhedoras

Evidências de vínculo e responsabilização

Seguimento do projeto terapêutico