

POLÍTICA DO TRABALHO E DISPOSITIVO PEDAGÓGICO: ativações a partir da atenção básica

*Juliano André Kreutz
Ricardo Burg Ceccim*

Introdução

Este texto decorre de um estudo¹ que analisou o uso de registros, números, cálculos e medidas na configuração e no ordenamento do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde – ACS, ao integrarem mecanismos, instâncias e técnicas que projetam e regulam a formação profissional. Ao argumentar que “a escola é o trabalho”, aquele estudo destacou que uma educação no trabalho não a reduzia à escolarização formal e nem às habilitações para o trabalho: de um lado, a imbricação entre experiência do trabalho e ensino na conformação do olhar-sentir-querer dos saberes-fazeres da saúde; de outro, a impossibilidade (em regime escolar) de ensinar as sensações ou a escuta necessárias ao trabalho de “cuidar”: o escutar ou a sensibilidade

¹ O presente trabalho deriva da dissertação de mestrado intitulada “Quem conta um ponto, inventa um conto: sobre a fabricação de agentes, de saúde e de comunidades”, de autoria de Juliano André Kreutz e orientação de Ricardo Burg Ceccim. (KREUTZ, 2012)

são experimentações. As noções relativas à educação permanente em saúde, especialmente Ricardo Ceccim, explicitaram a potencial abertura dos cotidianos de trabalho às inventividades locais, evidenciando uma disputa de “políticas” do trabalho, não a imposição de “identidades” (configurações em movimento permanente, o fracasso de modelos ideais ou fixados).

“Dá licença, posso entrar?”²

Falamos de atenção básica, agentes de saúde e de comunidades, por suposto um trabalho à porta das casas ou na travessia de serviços de saúde à moradia de seus usuários (sua base territorial – as casas e seus moradores). À porta entreaberta, olhares hospitaleiros ou de desconfiança são trocados. A casa, lugar das tramas da vida privada, um território de poucos, é convidada (ou convocada) a abrir-se. Uma visita cordial, uma cobrança de credores, uma procura de abrigo? Muitos poderiam ser os intentos de quem chega. É alguém conhecido? Quem bate à porta?

O pedido para entrar revela que não se trata de algum pedinte (de comida, de dinheiro ou de informação). Alguém quer partilhar do círculo doméstico. Um olhar mais atento destaca o uniforme. De que categoria? Traz a insígnia da saúde, seguida da apresentação: agente comunitário de saúde. Em pouco tempo, fica esclarecido que o visitante é um vizinho, que mora a poucas quadras de distância. Lembranças de breves entrecruzamentos na feira, na praça e nas ruas próximas ressignificam a estranheza primeira.

² A frase “Dá licença, posso entrar?” consta em um material de publicidade institucional do Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), que pede passagem e reconhecimento público para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, referindo-se ao modo como milhares destes trabalhadores iniciam suas visitas domiciliares.

Trata-se de alguém de perto. Traz consigo papéis que, aos poucos, tomam lugar na conversa. Quer saber os nomes, as datas de nascimento, sexo, ocupações e doenças de quem mora na casa. Os adultos sabem ler e escrever? Qual é o curso mais elevado que frequentam ou frequentaram? As crianças frequentam a escola? Quantos cômodos? Destino do lixo? Esgoto? Energia elétrica? Qual o material de construção da residência? Tratamento de água? Alguém da família possui plano de saúde? Em caso de doença, onde procuram ajuda? Quais os meios de transporte e de comunicação que mais utilizam? Participam de grupos comunitários? Informações para cadastro.

Outras fichas reclamam mais dados. Por exemplo, se alguém informar diagnóstico de “pressão alta”: é fumante? Cumpre regularmente a dieta recomendada pela equipe de saúde? Toma regularmente a medicação prescrita (incluindo chás e ervas, desde que prescritos pelo médico)? Realiza exercícios físicos pelo menos três vezes por semana? Qual a data da última consulta? E a última medição da pressão arterial? Esteve hospitalizado?³ Atenção especial para diabetes, para menores de dois anos, para pessoas com tuberculose ou com hanseníase. Verificação de vacinas, informações sobre datas de consultas e exames. Entrega de materiais educativos, especialmente os produzidos pelas campanhas prioritárias de saúde pública, sobre dengue; hepatites; HIV/Aids; prevenção do câncer de mama, de útero ou de próstata; *Influenza* H1N1; *crack*, álcool e outras drogas; violências etc.

Perguntas “necessárias”, registros detalhados. Que sentidos têm esses dados? Que usos serão feitos? Duas

³ O sistema de informação da atenção básica (inicialmente o SIAB, agora o e-SUS) inclui diversas fichas de cadastro e acompanhamento que devem ser preenchidas por Agentes Comunitários de Saúde. As questões que ilustram a cena descrita representam uma parte das indagações previstas.

palavras no crachá do visitador trazem algumas pistas: “comunitário” e “saúde”. Uma relação de cuidado é proposta na segurança, conforto e aconchego de uma “comunidade”⁴. Interpõe-se, entretanto, como interrogações nesta cena: que comunidade e que saúde estão em questão? Os personagens desta cena são fabricados: transmutam-se de vizinhos em usuário e em profissional de saúde. O cenário também é redesenhado, ao projetar-se na vizinhança a configuração de uma comunidade. Os sentidos e significados das produções de saúde (motivos do encontro) e da dimensão comunitária (local privilegiado para a intervenção sanitária) são disputados, especialmente pela centralidade conferida aos usos de registros, contagens, indicadores, taxas e outras medidas.

Pressupõe-se que essas operações estatísticas e de registro estabelecem objetos visíveis, coisas que são/ serão vistas e classificadas (percepções de insalubridades e patologias); definem regras de inserção na trama (a partir de um diagnóstico de hipertensão arterial, por exemplo); e constroem formas nas quais os sujeitos devem julgar a si mesmos e prestar contas (pela abertura dos encontros trabalhador-usuário⁵ à contabilidade pública). Alguns pontos são contados: registrados e calculados ou medidos. Nesses processos, são estabelecidas narrativas, posições

⁴ Em um livro intitulado *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*, Bauman (2003, p.7) afirma que comunidade é uma palavra que além de significados (controversos) guarda sensações, “sugere uma coisa boa”, como um “um lugar cálido, um lugar confortável e aconchegante”. Também tem sido, na saúde, o lugar de indiscriminar singularidades, usado para buscar indicadores, traçadores ou marcadores que atravessam “coletivos de multiplicidade” para como se “linhas de identidade”.

⁵ Utilizaremos o termo usuário para nomear aquele que demanda ou é público das práticas do setor da saúde. Esta referência, corrente no campo da saúde coletiva, remete a um indivíduo que não se reduz à passividade, como sugere a nomenclatura paciente, mas disputa sentidos ao cuidado.

dos narradores, discursos legítimos e suas regras: “quem conta um ponto, inventa um conto”.

As atividades dos Agentes Comunitários de Saúde, entretanto, não se restringem ao cômputo das informações, ao registro de dados e às medidas e projeções de risco. Atuam nas coletas sistemáticas, tendo seu trabalho orientado pelo que dizem os números, números que ajudam a contar e, por eles, recebem a prescrição do seu trabalho⁶. Estes trabalhadores, em sua maioria, sem escolarização formal no campo da saúde, com atuação há quase trinta anos no sistema brasileiro de saúde e com legalização da profissão desde 2002 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), proveem sua formação profissional na interseção trabalho-formação. Possibilitam-se, neste âmbito, análises privilegiadas de processos de formação de trabalhadores de saúde que não se esgotam em práticas de escolarização. Abrem-se passagens para problematizar a imbricação de trabalho e educação também em outros domínios.

Compreende-se que as conceituações em torno da educação no trabalho (como educação/treinamento em serviço, Residências, cursos técnicos por itinerário ensino-serviço e outros), entendidas como táticas na disputa da organização das práticas, não esgotam as aprendizagens relacionadas ao mundo do trabalho. Para sustentar esta leitura, constituiu-se uma rede teórica (um arranjo conceitual) sem pretensão de esgotamento do campo. Diferentes noções se entrelaçam e possuem interfaces para constituir possíveis olhares sobre as aprendizagens nas práticas de cuidado em saúde.

⁶ A referência à prescrição do trabalho considera as diferenças conceituais entre trabalho prescrito e trabalho real, entendido o primeiro como as determinações sobre o “modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, ao tempo concedido para cada operação e aos modos necessários e às regras a respeitar”; o segundo, por sua vez, corresponde “àquele realmente executado”, conforme Oliveira (2006, p.329).

Inicialmente, para argumentar que “a escola é o trabalho”, as considerações de Foucault, em *O nascimento da clínica* (2008), são importantes para entender a imbricação entre experiência clínica e ensino, na conformação do olhar no saber-fazer da saúde. Heckert (2007) contribui para pensar a impossibilidade (em regime escolar) de ensinar a escutar, considerando a escuta como experimentação. As noções teóricas relativas à educação permanente em saúde (CECCIM, 2005a; 2005b; CECCIM; FERLA, 2003, 2006) sustentam a potencial abertura às interrogações, estranhamentos e inventividades nos cotidianos de trabalho.

Trabalho e educação

A concepção de que a “escola é o trabalho”, neste texto, não reduz um termo ao outro. Não se afirma que o trabalho adquire domínio sobre a produção de aprendizagens, tampouco refere-se à limitação de experiências de ensino às dimensões técnicas, administrativas e/ou políticas do mundo do trabalho. Não se opõem lugares que, *a priori*, seriam privilegiados para a educação. Escola e trabalho são entendidos como práticas sociais. “Práticas”, na acepção foucaultiana de experiência, entendida como “a correlação, em uma cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e formas de subjetividade.” (FOUCAULT, 2010, p.10) A noção de escola não se traduz como instituição legitimada para transmissão de conteúdos formais, mas como modos múltiplos de produzir subjetivações ou “encontros de aprendizagem”⁷. Por sua vez, “trabalho” é referido como ato produtivo, que “modifica alguma coisa e

produz algo novo” (MERHY; FRANCO, 2008, p.427), inclusive novos trabalhadores.

Destarte, não se especifica um modo de interação, de ação mútua ou de comunicação entre trabalho e educação. “O caminho que se apresenta é conceber um plano relacional produtor dos termos”, sentido emprestado de Escóssia e Kastrup (2005, p.302), quando se referem ao “coletivo” como plano de coengendramento “indivíduo-sociedade”. Sublinha-se que não há termos constituídos em interface, mas afirma-se sua indissociabilidade. A expressão “a escola é o trabalho” refere-se, então, aos modos e processos de subjetivação, à produção de si e do mundo, à atribuição de sentidos ao vivido no agir em saúde. O trabalho neste campo é tomado como produção do cuidado e dos cuidadores, em ato. Esta afirmação inscreve-se nas produções de autores como Emerson Elias Merhy⁸, ao argumentar, por exemplo, que se trata de uma “relação em dobra”, sustentando a impossibilidade de separar os termos, à medida que “um produz o outro” (MERHY, 2005b, p.172); e Ricardo Burg Ceccim, no desenvolvimento do conceito de “educação permanente em saúde”⁹. Nesta perspectiva, é utilizado especialmente o conceito de “dispositivo pedagógico” (LARROSA, 1994; FISCHER, 2002) para caracterizar a dimensão educativa como constitutiva do trabalho. Ainda, a partir de Foucault (2008), sustenta-se a indissociabilidade de exercício clínico e ensino na emergência do olhar biopolítico do saber-fazer em saúde. Engendram-se produções de conhecimento nas ciências da saúde, exercício profissional e processos de subjetivação,

⁸ Merhy (2005a, p.197) utiliza a expressão “o mundo do trabalho é uma escola”, tomando emprestada a “fórmula” de Ermínia Silva no estudo sobre os circenses e sua arte, no qual a pesquisadora “mostra que o circo é uma escola, por ser o lugar de produção do fazer artístico, de seus próprios artistas e dos saberes”.

⁹ Destacam-se publicações como: Ceccim e Ferla (2003); Ceccim e Feuerwerker (2004) e Ceccim (2005a; 2005b).

⁷ Sobre “encontros de aprendizagem”, ver a tese de doutorado de Daniela Dallegrave. (DALLEGRAVE, 2013)

de modo a assinalar que o trabalho em saúde é escola (instaura saberes, subjetiva, ordena poderes, seleciona regimes de verdade, regula práticas, avalia desempenhos, insere cursos e programas formativos etc.).

Dispositivos pedagógicos

Comumente atribui-se à escola (incluída a universidade) função privilegiada na transmissão de informações ou conhecimentos e nas aprendizagens em geral, tomados estes termos, muitas vezes, de modo indiscriminado. Nesta direção, pensar o trabalho como escola destacaria aquilo que é ensinado, instruído, de maneira mais ou menos espontânea, no exercício de determinada atividade ou procedimento. Assim, poderia ser contraposto à educação escolar/acadêmica, por seus diferentes graus de empirismo e dos efeitos práticos do que é aprendido. Entretanto, neste ensaio tomamos os processos e a organização do trabalho como conjunto de mecanismos, instâncias, técnicas e procedimentos de subjetivação, ao interrogar como se constituem trabalhadores de saúde em seu interior, e sem ignorar a educação em serviço, a educação pela integração entre serviço e educação profissional por itinerários no trabalho. A questão sobre a constituição de trabalhadores remete à produção dos modos de subjetivação, a aprendizagens que não se reduzem à perspectiva utilitarista de transmissão de informações ou apreensão de saberes. Entretanto, não se ignora que as propostas de educação em saúde inscritas na perspectiva da transmissão de conhecimentos, de prescrição de comportamentos, instituem regimes de validação de saber, posições de autoridade, interdições e sujeições, ou seja, processos de subjetivação. Estes modos de organizar e operar práticas pedagógicas são objeto

desta reflexão na medida em que compõem estratégias do trabalho em saúde, que é tomado como educativo em um sentido mais amplo.

O trabalho em saúde é entendido como dispositivo pedagógico, com tecnologias ópticas – produção de formas de olhar para si; narrativas – formas de autoexpressão; jurídicas – táticas e estratégias de avaliação; e práticas – formas de autocontrole e autotransformação. (LARROSA, 1994) Analisa-se a formação do trabalhador no entrecruzamento dessas dimensões. Por dispositivo pedagógico, entende-se com Larrosa (1994, p.57) “qualquer lugar no qual se constitui ou se transforma a experiência de si. Qualquer lugar no qual se aprendem ou se modificam as relações que o sujeito estabelece consigo mesmo”. Nesse sentido, o trabalho é tomado como pedagogia, e esta é compreendida como “operação constitutiva, isto é, como produtora de pessoas.” (LARROSA, 1994, p.37) Desse modo, o trabalho é situado essencialmente como prática de formação, como trabalho educativo.

A terapêutica, marca fundamental do trabalho em saúde, é entendida como campo de produção e não de mediação (lugar entre o são e o insano, por exemplo). Seu processo entrecruza definições de verdades dos sujeitos, regulações de seus comportamentos e formas de subjetividade (LARROSA, 1994), não focadas no usuário ou destinatário, mas com efeitos na fabricação do trabalhador em saúde. Trata-se de recursos e relações para além das supostas nas instituições de ensino. Atenta-se para as experiências dos modos particulares de inclusão e de expressão de participantes de práticas sociais, neste caso, do trabalho em saúde. Interessam as regras e o significado do jogo, ao situar que “a pessoa aprende ao mesmo tempo ser um jogador e o que ser um jogador significa.” (LARROSA, 1994, p.44)

A aprendizagem do que pode ser dito, de que maneira, em que situações e em quais condições pode ser dito, sob quais normas e juízos, é característica da produção no dispositivo pedagógico. Neste sentido, cinco dimensões são destacadas por Larrosa (1994):

Dimensões	Características
Óptica	A dimensão óptica refere-se às operações que estabelecem objetos visíveis, às coisas que são vistas e classificadas e à posição do observador, bem como aos mecanismos de autovigilância, aprendizagens de formas corretas de se ver. Trata-se da constituição do “que é visível dentro do sujeito para si mesmo” (p.58). Nestes termos, o “sujeito é uma função da visibilidade, dos dispositivos que o fazem ver e orientam seu olhar. E esses são históricos e contingentes” (p.63).
Discursiva	A dimensão discursiva constitui “o que o sujeito pode e deve dizer acerca de si mesmo” (p.58). Assim, tem relação com a aprendizagem de um discurso legítimo e suas regras, ao mesmo tempo em que constitui “o sujeito que fala e sua experiência de si” (p.67).

Jurídica	Esta dimensão relaciona-se às “formas nas quais o sujeito deve julgar a si mesmo segundo uma trama de normas e valores” (p.58). Refere-se ao narrar-se como autocrítica, aos critérios de valor na função de “prestar contas” e à lógica do dever, da lei e da norma. Trata, nestes termos, da “constituição simultânea de um sujeito que julga, um conjunto de critérios (um código de leis, um conjunto de normas ou uma série de critérios de estilo) e um campo de aplicação” (p.77).
Narrativa	Na dimensão narrativa, destaca-se a autonarração, que pressupõe que o “sujeito se tenha tornado antes calculável, pronto para essa operação na qual a pessoa presta contas de si mesma, abre-se a si mesma à contabilidade, à valoração contável de si” (p.69). Esta modalidade estabelece tanto a posição do narrador quanto às regras de sua inserção numa prática social, ou numa trama (ator social ou personagem). Neste sentido, remete à interrogação sobre a “gestão social e política das narrativas pessoais, pelos poderes que gravitam sobre elas, pelos lugares nos quais o sujeito é induzido a interpretar-se a si mesmo, a reconhecer-se a si mesmo como o personagem de uma narração atual ou possível, a contar-se a si mesmo de acordo com certos registros narrativos” (p.71-72).
Prática	Esta dimensão refere-se àquilo que “o sujeito pode e deve fazer consigo mesmo” (p.58), atravessado pelos dispositivos que fazem ver e orientam seu olhar, constituído narrativamente em certas condições espaço temporais, sob determinadas normas e valores de juízo e de decisão.

No campo da saúde, não é novidade pensar a educação vinculada à experiência no/do trabalho. A escuta e o olhar clínicos não são aprendidos somente a partir de apropriações e construções de conhecimento, por um suposto sujeito racional. Na perspectiva de que sujeitos e objetos se constituem nas relações, interessa perguntar o que se passa na escuta e na formação e não sobre as possibilidades de ensinar a escuta. (HECKERT, 2007, p.199) Esse “o que se passa” refere-se aos movimentos, às produções nos encontros do trabalhador-aprendiz com o usuário. Nesse sentido, o trabalhador emerge inevitavelmente como aprendiz, independentemente de estar ou não em processos formais de escolarização ou ditos pedagógicos. Assim, a partir dos escritos de Foucault (2008), salienta-se que a formação de um olhar médico é constitutiva do nascimento da clínica na modernidade – não há separação ou anterioridade.

A constituição do olhar médico e a emergência da “escuta como experimentação”: as aprendizagens no trabalho

Imagine um agente comunitário de saúde em suas primeiras semanas de trabalho (realizado, necessariamente, no bairro em que ele reside). Após alguns dias de “capacitação”, bate à porta de uma casa qualquer (um vizinho). Esta cena se repetirá em mais ou menos 150 domicílios, todos os meses. Apresenta-se como trabalhador de um serviço de saúde. Participou de seleção/concurso e tudo mais. É a mesma pessoa que leva o filho para a praça, ali perto e frequenta a “feirinha” da rua ao lado, todas as semanas. Está sempre próximo. Ainda mais, neste novo trabalho. E agora? Como se inicia no campo da saúde? O que olhar? O que conversar? Falar dos filhos, das contas

a pagar, da algazarra da gurizada na rua? O que interessa saber?

Podemos nos aproximar destas questões a partir de uma historicização da formação do olhar clínico. Não é um olhar qualquer, fenômeno de visão, regido por leis relativas a radiações luminosas, organizado, sistematizado e interpretado por saberes médicos. Se assim fosse considerado, as capacitações desses recém-chegados no campo da saúde ou as supervisões de especialistas seriam suficientes para traduzir os significados das coisas vistas, mas talvez não se fale de processos tão neutros. No prefácio de *O nascimento da clínica* (2008), Foucault é enfático ao escrever que o livro trata, centralmente, do olhar. Olhar médico que, na sua formação, se esquia e precisa abstrair o indivíduo doente (p.7, p.14) e neutralizar o seu senhor (p.8, p.41), procedimentos que implicam reorganização dos conhecimentos médicos e dos discursos sobre a doença.

Isso torna a cena um tanto mais complexa. Se o olhar em formação se inscrever no registro dessa clínica, o vizinho e suas histórias não estarão no foco. Sua inclusão requererá exercícios de abstração daquilo que marcava todos os encontros até o momento. Passam a interessar coisas até então não percebidas, não contadas. Mas sob que modos se produz este olhar clínico? Não é ele que deve ser inserido? Ou não se trata disso? Neste caso, que outros olhares devem ser produzidos e como? Alguns poderiam recorrer à afirmação metafórica de que o olhar dependerá dos óculos (conceituais e culturais) utilizados. Porém, isso nos parece insuficiente. Afinal, saber é um problema óptico? Depende da lente? Nessa perspectiva, supõe-se um objeto já dado, passível de múltiplas interpretações. A metáfora dos óculos de conhecimento talvez não dê conta da permanente fabricação dos sentidos (do objeto e do sujeito). Relativiza a noção da produção de saber, mas centra-se em um

sujeito do conhecimento que, instrumentalmente, maneja ferramentas (óptico-metodológicas) de “desvendamento”. Ainda, supõe uma “estrutura” de aprendizagem, um processo cognitivo previsível, dependente apenas dos óculos-ferramenta, da posição e dos métodos. Entretanto, se considerarmos sujeitos e objetos como agenciamentos singulares, não há mera troca (intencional ou não) de instrumentos de saber, mas relações de saber-poder, que projetam, inclusive, aquilo que se nomeia de “óculos”.

Por enquanto, continuemos centrados na experiência clínica, que se caracteriza pelo olhar atento e sistemático e que se configura, na história ocidental, como a primeira abertura “do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade”, segundo Foucault (2008, p.XI). Essa experiência clínica é marcada como produção de conhecimento, como constatação científica em cada caso. Ciência, profissão e ensino são coproduzidos, são coengendrados. Daí a associação relevante entre os temas do exercício profissional, da escolarização e o surgimento dos hospitais, enfatizada na afirmação do “princípio de que o saber médico se forma no próprio leito do doente.” (FOUCAULT, 2008, p.57) Remete, assim, à valorização de um método e à produção permanente de novos saberes. Não há suficiente aprendizagem prévia. Escolas, universidades ou sociedades profissionais podem se ocupar de um campo de saberes sistematizados, mas não há redução da clínica à lição. A clínica é “libertada por um movimento de descoberta.” (FOUCAULT, 2008, p.67)

O indivíduo concreto, aberto à linguagem da racionalidade, é inventado como objeto da clínica, o que supõe um domínio de verdades sistemáticas e um “domínio livre, em que a verdade fala por si mesma” (FOUCAULT, 2008, p.52), abertura, portanto, do campo da aprendizagem. Nesses termos, o domínio das verdades sistemáticas

remete ao especialista que decifrará as imagens percebidas pelo ACS? A atenção é focada conforme as orientações dos saberes médicos? Trata-se de que focalizações e de que modos de produção e/ou regulação desses “ajustes” do olhar? Ainda acompanhados de Foucault (2008), é interessante salientar a referência à experiência hospitalar, à qual se atribui uma pedagogia, “um domínio no qual a verdade se ensina por si mesma e da mesma maneira ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ainda ingênuo” (p.74). Associam-se a manifestação e o conhecimento da verdade, facilitadas pela constância das observações e pelo registro das exaustivas descrições, expostas à análise.

Talvez de forma caricata, pudéssemos imaginar, na situação proposta, o bairro como um hospital a céu aberto e o agente como um observador constante, com a atenção focada nos interesses do campo da saúde e que tudo registra. Afinal, na cena, a conversa passaria por algumas verificações e registros em planilhas de um sistema de informações da atenção básica. Alguns pontos mereceriam ser “contados”. Outros, não. E as escolas de saúde participam, em que medida, na formação deste olhar clínico? Em texto específico sobre o direito de exercício e o ensino médico, Foucault (2008, p.48) destaca que na história da Medicina, já no século XVIII, surgiam críticas sobre defasagens entre a escola e a prática profissional, ao explicitar as manifestações da época em que “o ensino canônico ministrado na Faculdade não respondia mais às exigências da prática, nem às novas descobertas”. Aqui, não se trata simplesmente de uma escola médica descompassada, atrasada. Tem relação com um olhar médico que não pode ser apreendido (ou aprendido) na totalidade. Há aprendizagens produzidas somente em ato, no exercício. Dependentes de procedimentos para fazer ver e de decifração.

Neste sentido, merece destaque, por exemplo, o acompanhamento de “prático renomado”, instituído como uma das estratégias de formação; a afirmação da necessidade de “ter em vista um ensino prático.” (FOUCAULT, 2008, p.51) A figura de um experimentado no campo alude à dupla aprendizagem necessária: de um domínio organizado e estruturado de conhecimento, assegurado pela experiência prévia; e da observação e análise das manifestações de verdade de cada caso. O ensino se dá na visita aos doentes. Isso ocorre relacionado com o aparecimento de uma “espécie de internato, com hospital adjunto” como cenário de ensino. E se o investimento fosse na produção de olhares não reduzidos às manifestações de verdade das doenças? Se a atenção fosse outra? Em uma perspectiva de crítica à racionalidade biomedicalizadora descrita por Foucault (2008), há também outros autores que sustentam a argumentação sobre a impossibilidade de ensino do cuidado sem relação com o trabalho. A irredutibilidade a uma dimensão técnica estabelece a centralidade dos encontros trabalhador-usuário, para inventar clínicas e aprendizagens singulares. (CECCIM, 2005a; 2005b; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; HECKERT, 2007; MERHY, 2005) Outros procedimentos, outros conceitos, estratégias diferentes nas perspectivas da clínica não centrada na doença.

Os olhares, a atenção e a escuta não são processos redutíveis às aprendizagens escolares. Nem nos cursos mais extensos. Retornando à imagem proposta, da primeira visita de um agente comunitário de saúde, vemos emergir a necessidade de novos olhares para a cidade e a vizinhança. E novas percepções do trabalhador sobre si. O que será que o vizinho espera nessa relação outra? Andar pelo bairro agora é trabalho. De que modo se produz este “eu” trabalhador em saúde? Conversar sobre o quê? Escutar o quê? Heckert (2007, p.205) sugere algumas pistas, ao

interrogar os sentidos do ensino da escuta (clínica) e ao afirmar a indissociabilidade formar-intervir. Situa as possibilidades de produção de escutas surdas, nas quais, ao invés de “indagar as evidências que nos constituem como sujeitos, deixamo-nos conduzir por elas, reificando-as”. Refere-se a um domínio que restringe a escuta a supostas científicas neutras. Por outro lado, faz menção à escuta como experimentação, irredutível à técnica, ao implicar contatos, acompanhamento de movimentos, estranhamentos (e não decifrações) dos modos de vida, em atenção às vozes e silêncios, forças e formas. (HECKERT, 2007)

Ao qualificar a escuta-experimentação, que ultrapassa os controles das disciplinas, Heckert (2007, p.202) argumenta que “quando os processos de formação operam por meio da fragmentação de saberes, descolados dos processos de trabalho, dos sussurros e cheiros do mundo em que vivemos, acabamos por realimentar latifundiários do saber que tutelam os sujeitos”. A autora problematiza a posição discursiva especialista e insiste na necessária aprendizagem no trabalho. Neste sentido, perspectiva-se certa “tomada pragmática”, isto é, a subordinação de saberes teóricos às “operações e condições da alteridade e da sensibilidade”, à “constituição de planos de sentidos entre os conhecimentos prévios e a singularidade de cada atendimento”. Ciência e profissão são performadas “no encontro trabalhador-usuário.” (CECCIM, 2006, p.267-269) Atualizam-se, permanentemente, tensões entre perspectivas de sanitização das produções de existência e a multiplicidade dos encontros, em jogos com potência de singularização.

Educação Permanente em Saúde: estranhamentos e inventividade nos cotidianos de trabalho

Há formulações político-conceituais, no campo da Educação e Ensino da Saúde, que, ao problematizarem as práticas de formação de trabalhadores, argumentam sobre a centralidade do trabalho como vivência e objeto de análise. Uma das elaborações consistentes, estabelecida também como política pública no Sistema Único de Saúde, refere-se à Educação Permanente em Saúde – EPS. Esta é definida como prática pedagógica construída em espaços coletivos para análise, reflexão e avaliação de sentidos dos cotidianos do trabalho em saúde. É atravessada pelas “relações concretas que operam realidades.” (CECCIM, 2005a, p.161) Nessa perspectiva, a construção de uma noção de complexidade do mundo do trabalho em saúde é fundamental – caracterizada pela multiplicidade de elementos em relação e (co)produção; pela impossibilidade de controle externo total; pela não redução a um domínio da técnica; e por não se limitar às prescrições pedagógicas ou gerenciais.

O que se passa no cotidiano do trabalho não é passível de regulação por meio de capacitações e treinamentos, conforme critica Merhy (2005b, p.172), ao lembrar que, desta forma se suporia que a baixa eficácia das ações de saúde decorreria da falta de competência dos trabalhadores e que poderia ser corrigida “à medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que falta.” No entanto, se a organização do trabalho ultrapassa os domínios da escolarização formal, dos conhecimentos transmitidos por ensino programado e das informações contidas em treinamento, ela não prescinde da educação como problematização das práticas, dos conhecimentos e dos valores.

A impossibilidade de controlar as práticas exclusivamente no âmbito da formação é referida por Franco (2007, p.428), ao apresentar o entendimento de que “apesar de todo esforço em educação, na maioria das vezes as práticas assistenciais permanecem as mesmas”. O dispositivo pedagógico constituído não opera pela ruptura ou interrogação da realidade, tampouco aperfeiçoa resultados esperados à prescrição de práticas pelos cursos de formação. A expressão, “permanecem as mesmas”, utilizada pelo autor para qualificar as práticas assistenciais, supõe “esforços do trabalho” sem correspondência com os “esforços em educação”. Também Ceccim (2005a, p.163) afirma que “as prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização”. Essa compreensão de que não há correspondência entre prescrição do trabalho e trabalho realizado destaca que há aprendizagens que se produzem nas relações singulares, da “realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde.” (CECCIM, 2005a, p.162)

A caracterização dessa abertura a múltiplas produções no trabalho afirma-se no entendimento de que, na saúde, as tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato. O trabalho não é completamente controlável por portar altos graus de incerteza, em razão da singularidade dos processos de saúde-doença-cuidado em cada pessoa e da liberdade dos trabalhadores. (MERHY, 2005b) Vale destacar que essa perspectiva não exclui de seu horizonte as práticas formais (escolares/acadêmicas)¹⁰, mas estabelece críticas ético-políticas e metodológicas aos processos educativos,

¹⁰ “A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras na formulação e implementação dos projetos pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática.” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.59)

ao defender “um processo educativo incorporado ao cotidiano da produção setorial.” (CECCIM, 2005a, p.161) Entretanto, aqui interessa mais a sustentação da noção de trabalho educativo, do que as relações com o segmento das instituições formadoras.

Outro destaque à centralidade do trabalho para os processos de educação na saúde está na complexidade da vida real e na singularidade dos processos saúde-doença-cuidado. (MERHY, 2005b; CECCIM, 2005a) Assim, o campo de intervenção constituído pelos saberes formais não prescinde dos saberes tradicionais ou das culturas. As demandas em saúde não são apreendidas, em sua totalidade, pela ciência. Sua atenção/atendimento não necessariamente se sistematiza pelos serviços oficiais profissionalizados. Nesses termos, deve haver a valorização das “experiências locais” e da “permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população” à organização de práticas formativas. (CECCIM, 2005a; 2005b) Igualmente, sustenta-se a noção de trabalho educativo, explicitada por Ceccim e Ferla (2003), na definição das Residências Integradas em Saúde, como integração entre trabalho e educação. Esta concepção está nas formulações da Educação Permanente em Saúde, como escopo de formação de “trabalhadores”, não de “profissionais”, distinção importante às noções de equipe integrada, um trabalhador coletivo, ou uma equipe multiprofissional, um agrupamento de corporações segmentadas.¹¹

Com isso se afirma a educação para a equipe, a integralidade, a escuta e o acolhimento, mas não a especificidade, a tecnicidade ou a disciplinaridade. Aprender a aprender e tomar os cotidianos como objeto de aprendizagem são formulações relacionadas. Trata-se, ainda, da concepção de que a organização dos

¹¹ Na perspectiva do diálogo acadêmico estas noções conversam com Peduzzi (2001).

serviços e a do sistema de saúde são mediadoras do agir profissional. (CECCIM, 2005b) Ficam marcados os espaços de autogoverno e os processos de captura por normativas instituídas (FRANCO, 2007), os espaços de autoanálise e os processos de treinamento, por exemplo, para os problemas de baixa cobertura e não adesão ao tratamento. Ante à complexidade do trabalho, afirma-se a abertura à singularização. Definem-se como centrais os processos de subjetivação. Na crítica à abordagem do trabalhador como “recurso humano”, o afirmamos como “ator social” ou “operador social das práticas”, salientamos que os eventos em cena produzem diferenciação, afetam-nos, modificam-nos, “produzindo abalos em nosso ser sujeito.” (CECCIM, 2005a, p.167) Assim, adquire centralidade a aprendizagem nas vivências, que são coletivas, pelos encontros estabelecidos nas equipes. (CECCIM; ARMANI, 2002) O trabalho também é escola, nele a disputa de políticas de trabalho e a presença do dispositivo pedagógico.

Referências

BAUMAN, Z. **Comunidade**: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dá licença, posso entrar?**. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/10006003084.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

_____. Lei Federal 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 11 jul. 2002.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, dez. 2005b.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S.(Orgs.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública/RS, 2002.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 165-184.

_____. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 213-228.

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

CECCIM, R.B. et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciência & saúde coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, out. 2008.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 259-278.

DALLEGRAVE, D. **Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as Residências no País das Maravilhas**. 2013. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ESCÓSSIA, L.; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em estudo**, v. 10, n. 2, p. 295-304, ago. 2005.

FISCHER, R.M.B. O dispositivo pedagógico da mídia: modos de educar na (e pela) TV. **Educação e pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 151-162, jan./jun. 2002.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. 13ª reimpressão. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

_____. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-438, dez. 2007.

HECKERT, A.L.C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007. p. 199-212.

KREUTZ, J.A. **Quem conta um ponto, inventa um conto:** sobre a fabricação de agentes, de saúde e de comunidades. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, T. T.(Org.). **O sujeito da educação**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 35-86.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. O trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432.

MERHY, E.E. Engravidando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005a. p. 195-206.

_____. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 172-177, fev. 2005b.

OLIVEIRA, P.A.B. Trabalho prescrito e trabalho real. In: CATANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Orgs.). **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006. p.329-332.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

T