

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



**ICICT**  
Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde

**RAFAELA CORDEIRO FREIRE**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: na potência dos encontros a  
produção de conhecimento mestiço.**

Rio de Janeiro  
2013

RAFAELA CORDEIRO FREIRE

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: na potência dos encontros a  
produção de conhecimento mestiço.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz na linha de pesquisa Informação, Comunicação e Inovações em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Soares Guimaraes

2o. Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

3o. Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Rio de Janeiro  
2013

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Manguinhos

F866 Freire, Rafaela Cordeiro.

Educação Permanente em Saúde: na potência dos encontros a produção do conhecimento mestiço / Rafaela Cordeiro Freire. -- Rio de Janeiro, 2013.

154 f.: tab. il., 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Soares Guimarães.

Coorientadores: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla e Prof. Dr. Merson Elias Merhy.

Tese (Doutorado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (Icict), Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde, 2013.

1. Educação Permanente em Saúde 2. Produção do Conhecimento 3. Informação em Saúde. I. Título.

CDD 22 ed. - 374

RAFAELA CORDEIRO FREIRE

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: na potência dos encontros a produção de conhecimento mestiço.

Aprovada em 31 de julho de 2013.

Banca Examinadora:

---

Profa. Dra. Lisiane Bôer Possa

---

Prof. Dr. Túlio Batista Franco

---

Profa. Dra. Cícera Henrique da Silva

---

Prof. Dr. Josué Laguardia

---

Profa. Dra. Maria Cristina Soares Guimarães

A todos que constroem cotidianamente o  
SUS como política e realidade de radical  
defesa da vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Rio de Janeiro, pela oportunidade de vivenciar a bela florada de flamboyants no verão, os museus e espaços culturais do eixo candelária-flamengo, pela vida cultural intensa e pelo excelente transporte público ligando zona sul, aeroportos e Fiocruz.

A Cícera e ao LICTS, pela acolhida.

Ao OTICS, pela retaguarda e, em particular, a Davi, pela parceria.

Ao DMPS, pelo apoio.

A todos os colegas do PPGICS, por tornarem mais leve a trajetória no programa.

À Kath e Fafá, Dudu e Antônio, Rosane e Márcia, pela convivência carioca, cumplicidade, amizade e acolhida.

A Cristina, Alcindo e Emerson, meus mais sinceros e profundos: respeito, admiração e agradecimento.

A Leandro e Marina, todo amor que houver nesta vida.

Novas práticas sociais, novas práticas estéticas, novas práticas de si na relação com o outro, com o estrangeiro, como o estranho: todo um programa que aparecerá bem distante das urgências do momento! E, no entanto, é exatamente na articulação: da subjetividade em estado nascente, do *socius* em estado mutante, do meio ambiente no ponto em que pode ser reinventado, que estará em jogo a saída das crises maiores de nossa época.

[...] Os indivíduos devem se tornar a um só tempo solidários e cada vez mais diferentes.

[...] Assim toda uma catálise da retomada de confiança na humanidade em si mesma está para ser formada passo a passo e, às vezes, a partir dos meios os mais minúsculos. (GUATTARI, 1997, p. 56)

## RESUMO

FREIRE, Rafaela Cordeiro. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: na potência dos encontros a produção de conhecimento mestiço. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde). Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

O ordenamento da formação dos profissionais de saúde é uma das competências constitucionais do Sistema Único de Saúde. A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em 2003, iniciativas do ensino, da gestão e dos movimentos populares no campo da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde foram reunidas, sistematizadas e orientaram a elaboração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A PNEPS preconiza a formação para o trabalho, pelo trabalho e no trabalho. A Rede Unida é um movimento social contemporâneo à Reforma Sanitária Brasileira que reúne pessoas, instituições e movimentos populares em torno de experiências identificadas com a educação permanente em saúde. Sua dinâmica de funcionamento privilegia a troca de experiências para a produção de conhecimento sobre a realidade do sistema e serviços de saúde. Uma das expressões deste conhecimento está registrada como trabalhos apresentados em seus encontros e congressos. Nesta investigação os trabalhos publicados em Anais dos últimos três congressos da Rede Unida, em 2009, 2010 e 2012, foram analisados visando descrever as relações de autoria, vinculação institucional e temáticas presentes nesta produção e explorar formas de visibilização deste conhecimento. Foram encontradas formas mais tradicionais de produção do conhecimento, baseadas na ciência normal, em co-existência com a produção de conhecimento em rede, entre instituições e atores sociais heterogêneos e voltada para contextos locais, caracterizando a natureza mestiça desta produção. Tal forma de conhecimento demanda abordagens inovadoras voltadas ao seu modo de produção, disseminação e comunicação no campo da ciência e na sociedade, a exemplo do uso extensivo da internet e suas formas de indexação orientadas ao usuário.

Palavras-chave: educação permanente em saúde. Produção do conhecimento. Micropolítica dos encontros. Conhecimento mestiço. Informação científica e tecnológica.

## ABSTRACT

FREIRE, Rafaela Cordeiro. Permanent Education in Health: The power of meetings producing hybrid knowledge. Dissertation (Ph.D. in Health Information and Communication) – Institute of Scientific and Technological Communication and Information in Health, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, 2013.

The regulation of education for healthcare professionals is one of the constitutional precepts of the Brazilian Unified Health Care System (SUS in Portuguese). Since the establishment of the Department of Health Labor and Education Management in 2003, educational, management and civil society movement initiatives aimed at education and capacity-building for healthcare professionals have been gathered and systematized, and then guided the development of the National Policy for Permanent Education in Health (PNEPS). PNEPS advocates education to work, through work and at work. *Rede Unida* (United Network) is a social movement contemporary with the Brazilian Sanitation Reform movement, which gathers people, institutions and civil society movements around experiences aligned with continuing education in health. Its *modus operandi* focuses on experience sharing aimed at the production of knowledge about the status of the healthcare system and services. One of the ways to assess this knowledge is through papers presented in its meetings and congresses. This work analyzed the papers published in the Proceedings of *Rede Unida's* last three congresses held in 2009, 2010 and 2012, and aimed at describing the relationships between authorship, institutional bond and themes present in this literature as well as finding ways to make this knowledge available. Traditional means of knowledge production – based on mainstream science – were found together with knowledge production through research networks – including heterogeneous institutions and social actors and focused on local contexts – showing the hybrid nature of this production. This type of knowledge requires innovative approaches to its production, dissemination and communication in the academia and society as a whole, such as, for instance, intensive Internet use and user-oriented indexation tools.

Keywords: permanent education in health. Knowledge production. Micropolitics of meetings. Hybrid knowledge. Scientific and technological information.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Descrição disponível no DeCS para Saúde Coletiva.....	38
Ilustração 2: Resultado frustrado do processamento por linguagem natural.....	91
Ilustração 3: Página dos trabalhos do VIII Congresso Nacional da Rede Unida.....	103
Ilustração 4: Página dos Trabalhos do 9º Congresso Nacional da Rede Unida.....	110
Ilustração 5: Site do X Congresso da Rede Unida.....	111
Ilustração 6: Anais eletrônico do X Congresso da Rede Unida.....	115
Ilustração 7: Emissão de Certificados do X Congresso da Rede Unida.....	115
Ilustração 8: Canal da Rede Unida no Youtube.....	118
Ilustração 9: Anais do X Congresso da Rede Unida.....	124
Ilustração 10: Mapa de correlação entre autores. Congresso da Rede Unida de 2009.....	128
Ilustração 11: Mapa de correlação entre os autores dos trabalhos da edição de 2012 do Congresso da Rede Unida.....	130
Ilustração 12: Mapeamento da correlação entre as instituições através da similaridade entre os autores na edição de 2009.....	134
Ilustração 13: Mapeamento da correlação cruzada entre diferentes instituições através dos autores. Instituições e autores com mais de um trabalho apresentado. Edição de 2010.....	136
Ilustração 14: Mapa de agregados a partir a análise dos trabalhos da edição de 2010 pela pergunta "Quem fala?".....	139
Ilustração 15: Mapa de agregados a partir a análise dos trabalhos da edição de 2012 pela pergunta "Quem fala?".....	140
Ilustração 16: Mapa de agregados de temas sobre os quais os trabalhos falam na edição de 2012.....	141
Ilustração 17: Mapa de agregados dos atores e questões com quem os trabalhos dialogam na edição de 2010.....	143
Ilustração 18: Mapeamento da correlação entre "Quem fala" e "com quem dialoga" na edição de 2010 do Congresso da Rede Unida.....	145

## LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS

Quadro 1: Relação dos Congressos da Rede Unida com anais disponíveis para consulta.....	87
Quadro 2: Quantidade de Trabalhos apresentados nos Congressos da Rede Unida, disponíveis para consulta.....	88
Quadro 3: Dados disponíveis para análise nos Anais de cada edição analisada.....	89
Quadro 4: Quantidade de trabalhos orais ou com resumo expandido, com o termo Educação Permanente, ou EPS, ou EP presentes no corpo do texto.....	92
Quadro 5: Relação dos Congressos da Rede Unida apresentados por ano, denominação, tema, data e local.....	100
Quadro 6: Relação de trabalhos premiados no IV Prêmio Mário Chaves, VIII Congresso da Rede Unida, Salvador/BA, 2009.....	104
Quadro 7: Relação dos vídeos da programação “Sinais que vem da rua”, disponíveis no Canal Uniteve.....	117
Tabela 8: Distribuição percentual dos trabalhos de cada edição do congresso, conforme quantidade de autores.....	125
Gráfico 9 Distribuição percentual dos autores por trabalho em cada edição analisada.....	126
Tabela 10: Distribuição percentual de autores segundo a quantidade de trabalhos que participou e ano da edição do congresso.....	126
Tabela 11: Distribuição percentual dos trabalhos conforme a quantidade de instituições participantes em cada edição analisada.....	132
Gráfico 12: Distribuição percentual de trabalhos segundo o número de instituições vinculadas por ano do congresso.....	132
Tabela 13: Distribuição percentual das instituições segundo o número de trabalhos inscritos em cada edição analisada.....	133
Tabela 14: Distribuição percentual das instituições segundo o número de trabalhos inscritos em cada edição analisada.....	133

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
DCNS	Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EP, EPS	Educação Permanente em Saúde
FMB	Faculdade de Medicina da Bahia
FNEPAS	Fórum Nacional de Ensino das Profissões da Saúde
html	<i>Hypertext markup language</i>
IDA	Integração docente-assistencial
MS	Ministério da Saúde
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
pdf	<i>Portable document format</i>
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente
Projeto UNI	Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde
RMPS	Residência de Medicina Preventiva e Social
RSB	Reforma da Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
UFBA	Universidade Federal da Bahia

UNICAMP	Universidade Estadual de Campina
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do SUS
VP	VantagePoint®

## Sumário

Apresentação.....	17
Capítulo I - Mestiços pesquisador e pesquisa se constituem.....	20
1 Produção de conhecimento para a qualificação do cuidado – o tema.....	21
2 Motivações - Em dupla espiral de militância e reflexão.....	23
3 A Reforma Sanitária Brasileira e a formação dos profissionais de saúde.....	32
4 Invisibilidade do conhecimento produzido no cotidiano – o problema.....	35
5 Além de política é preciso movimento para fazer educação permanente em saúde – justificativa.....	39
6 Uma caracterização do conhecimento produzido a partir da educação permanente - objetivos.....	42
Capítulo II - Que ciência nos permite identificar conhecimento sendo produzido no cotidiano? - Referencial Teórico.....	43
1 Que ciência?.....	44
2 Recuperando a noção do agente humano conhecedor.....	45
3 Folksonomia e produção de sentido.....	47
4 Foucault - a questão do olhar e formas de visibilidade.....	48
5 O conhecimento entre a regulação e a emancipação.....	50
6 A mestiçagem na ciência.....	54
Capítulo III - Conhecimento Mestiço: aquele que se produz em redes, na produção de um cuidado que produz mais vida.....	58
1 A educação permanente em saúde e a micropolítica do trabalho em saúde.....	59
2 O modelo flexneriano de formação dos trabalhadores da saúde e os movimentos de mudança que provocou.....	63
3 A formação de pessoal em saúde na América Latina.....	65
3.1 Movimentos de mudança contemporâneos ao SUS.....	67
3.2 Projeto Uni e Rede IDA.....	68
3.3 A CINAEM.....	68
3.4 A Rede UNIDA.....	71
3.5 Educação Permanente: da proposição em 1972 às Diretrizes Curriculares Nacionais.....	72
4 A Educação Permanente entra na Roda.....	75
5 De que conhecimento falam os documentos sobre a Educação Permanente.....	78
Capítulo IV - Lançando-se ao rio... ou caminho metodológico.....	82

1 A conformação da pesquisa.....	83
2 Outras fontes.....	85
3 Os Congressos, sua produção e a conformação da amostra de conveniência.....	86
3.1 Os congressos.....	86
3.2 Construção da base de trabalhos.....	87
3.3 Análise dos trabalhos.....	90
3.4 Análise da Rede de Autores e Instituições.....	92
3.5 Análise Textual.....	93
4 Resultados Obtidos.....	94
Capítulo V - A Rede Unida e sua produção mestiça.....	96
1 Constituição da Rede Unida.....	97
2 Congressos da Rede Unida.....	99
2.1 O VIII Congresso Nacional da Rede Unida, Salvador/BA, 2009.....	101
2.1.1 Trabalhos apresentados – anais do VIII Congresso.....	102
2.2 O IX Congresso Nacional da Rede Unida, Porto Alegre/RS, 2010.....	104
2.2.1 Registros em vídeo.....	105
2.2.1.1 Os diversos eventos e a construção da programação.....	105
2.2.1.2 Eixo temático - educação.....	105
2.2.1.3 Eixo temático - trabalho.....	106
2.2.1.4 Eixo temático - cidadania.....	106
2.2.1.5 Depoimentos sobre a Rede Unida.....	106
2.2.1.6 Os fóruns latino-americanos.....	107
2.2.1.7 Mostra de Arte e Cultura.....	107
2.2.1.8 Dinâmica do Congresso: távulas, oficinas e rodas.....	108
2.2.2 Trabalhos apresentados – anais do IX Congresso.....	108
2.3 O X Congresso Internacional da Rede Unida, Rio de Janeiro, 2012.....	110
2.3.1 Registros em vídeo.....	116
2.3.1.1 Rede Unida1/YouTube.....	116
2.3.1.2 RedeUnidaTV/Ustream.....	116
2.3.1.3 Canal Uniteve/UFFTube.....	117
2.3.2 Vídeos utilizados para análise.....	118
2.3.2.1 As etapas preparatórias para o Congresso.....	118

2.3.2.2 O congresso e a cidade.....	119
2.3.2.3 Abertura do Congresso.....	120
2.3.3 Trabalhos Apresentados – anais do X Congresso.....	123
3 Análise da produção sobre Educação Permanente na Rede Unida.....	125
3.1 Autoria.....	125
3.1.1 Quantos autores participam da elaboração dos trabalhos?.....	125
3.1.2 Em quantos trabalhos cada autor participou?.....	126
3.1.3 Como os autores se relacionam na produção dos trabalhos?.....	126
3.2 Vinculação Institucional.....	131
3.2.1 Quantas instituições participam de cada trabalho?.....	131
3.2.2 Quantos trabalhos cada instituição levou?.....	132
3.3 Relações entre as instituições através dos autores dos trabalhos.....	133
3.4 Análise das temáticas.....	137
3.4.1 Quem fala.....	138
3.4.2 Sobre o que fala.....	141
3.4.3 Com quem dialoga.....	142
3.4.4 Quem fala, dialoga com quem?.....	143
Capítulo VI - Considerações finais.....	146
Referências bibliográficas.....	150

## **Apresentação**

Nesta tese o objeto teórico é a produção de conhecimento, no âmbito da educação permanente em saúde, como território de práticas de cuidado e da formação de profissionais. Escolhi o movimento da Rede Unida como objeto empírico, por reconhecer neste movimento forte identidade histórica, e de práticas, com a educação permanente em saúde, com a constituição do SUS e como constituinte do campo da saúde coletiva.

No primeiro capítulo tematizo minha trajetória profissional, como militante do SUS e da formação em saúde, refletindo sobre as diferentes relações estabelecidas com este objeto em meu percurso de trabalhadora do cuidado, da gestão, do ensino e como pesquisadora.

No segundo capítulo articulo os referenciais teóricos da filosofia da imanência e da discussão de modelos de produção de conhecimento nas ciências que utilizei para interrogar o conhecimento produzido no campo da educação permanente em saúde. O terceiro capítulo dediquei à construção da educação permanente em saúde como campo de conhecimento forjado pelo movimento da reforma sanitária brasileira no âmbito da saúde coletiva.

No quarto capítulo reconstituo o percurso metodológico realizado na investigação. Nele exponho as dificuldades encontradas e as soluções adotadas, para tratar, com as ferramentas disponíveis, o material bruto dos trabalhos publicados nos anais dos congressos da Rede Unida.

No quinto capítulo apresento os resultados da pesquisa documental e da análise dos trabalhos, ao mesmo tempo em que os achados vão sendo discutidos. Por fim, no último capítulo teço considerações acerca das questões abertas pela investigação.

Apesar da grande disponibilidade de material na internet, o tratamento de quantidades massivas de informação ainda está submetido aos padrões vigentes de comunicação da ciência. A utilização de vocabulários controlados para a recuperação de informação, por exemplo, projeta áreas de sombra sobre a produção de conhecimento em âmbitos de aplicação de políticas e práticas como a educação permanente em saúde, uma vez que desconhecem a singularidade e especificidade desta produção tornando-a invisível. A utilização de processamento de linguagem natural em análises de bases de dados é uma possibilidade ainda limitada pela inadequação das ferramentas disponíveis, preparadas para trabalharem

apenas com a língua inglesa.

O desafio e esforços para o reconhecimento da produção de conhecimento a partir da prática cotidiana dos trabalhadores do cuidado e da formação seguem sendo um interesse para o campo da informação e comunicação em saúde na sua contribuição para a democratização da informação em saúde no fortalecimento da saúde coletiva e da concretização do sistema único de saúde como direito dos cidadãos.

Por fim, esta investigação reafirma o caráter interdisciplinar da área de informação e comunicação em saúde e se apresenta como manifestação do esforço para sua fertilização como território de mestiçagens da ciência com a vida.

Capítulo I - Mestiços pesquisador e pesquisa se constituem.

## **1 Produção de conhecimento para a qualificação do cuidado – o tema.**

No Brasil a Saúde Coletiva se constituiu como campo de produção de conhecimentos e de práticas voltados à efetivação da saúde como um bem social, inscrito como direito constitucional e compreendido como um objeto de complexa delimitação e conceituação por abarcar elementos teóricos, conceituais, técnicos e político-organizacionais de diferentes áreas do conhecimento articulados como campo científico e âmbito de práticas. Dentre as inúmeras tarefas tradicionalmente delegadas ao campo da saúde pública, considerada sinônimo de saúde coletiva dentre os descritores em ciências da saúde, assim como seus homólogos em língua estrangeira (*Public Health, Salud Publica*), destaca-se a preocupação com a força de trabalho no aspecto de sua formação, disponibilidade e adequação às demandas representadas pela situação de saúde a ser enfrentada. No Brasil esta preocupação é contemporânea, e até mesmo constitutiva, da proposição da Saúde Coletiva, se considerarmos sua gestação na década de 1970, no bojo da Reforma da Sanitária Brasileira (RSB), processo ainda inconcluso, segundo Paim (2006, 2007).

Assim como a RSB é reconhecida como um processo inconcluso, este trabalho considera a produção de conhecimentos para a efetivação do direito à saúde no interior das práticas de saúde como um processo de natureza sempre inacabada. Seja por agregar um conjunto sempre novo de demandas imediatamente após se resolverem as primeiras, como pela inevitável dinâmica do perfil epidemiológico, que resulta de um processo de determinação social, com as consequentes demandas tecnológicas que configura. Portanto, consideramos a inovação uma condição estruturante dos processos de cuidado, assim como a autonomia e protagonismo dos coletivos envolvidos nesta produção com vistas a construir as soluções para os problemas que precisa enfrentar e para incorporar em suas soluções concepções de saúde, compartilhadas entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo de cuidado.

Uma característica histórica do processo de construção sócio, técnico e político do Sistema Único de Saúde (SUS) é a liberdade para criar e utilizar terminologias novas, próprias,

particulares, a exemplo da invenção do conceito de Saúde Coletiva<sup>1</sup> (TRINDADE; SANTANA, 2006) e da adoção do termo Atenção Básica (GIL, 2006), para ficar apenas em dois exemplos notórios. Este aspecto talvez seja uma expressão da pluralidade de formas de enfrentamento de realidades multidiversificadas; em um país com dimensões continentais, de população multiétnica e linguística, com organização política complexa e original decorrente da existência de três entes federativos autônomos, por exemplo.

Denominações alternativas também refletem posicionamentos político-ideológicos, frente a formulações de agências internacionais concebidas como receituários formulados no centro e adotados como imposição às periferias. O caso da denominação Atenção Básica no Brasil, pode ser considerado uma resistência e contraposição à simples incorporação da Atenção Primária como solução indicada para os países em desenvolvimento no contexto da crise econômica nas décadas de 1970 (TESTA, 1992) e da aparente hegemonia do receituário liberal no contexto de globalização da década de 1980 (CONILL, 2008). Em pleno processo de construção da redemocratização do país rejeita-se o conceito de Atenção Primária, buscando ressaltar o caráter segmentado, de focalização da proposta, enquanto no Brasil se construía a saúde como bem público, direito de cidadania, resultado da articulação de políticas sociais.

Estas características, constitutivas da sociedade brasileira, são identificadas neste estudo como mestiçagem, atributo de afirmação da singularidade resultante da mistura, da incorporação de aspectos provenientes de diferentes origens e combinados em formações únicas, novas, híbridos adaptados às necessidades de contextos também singulares, como expressão de resistência, autonomia e flexibilidade para adaptar-se, como exigência de atravessamentos de fronteiras e produção do novo, alteridades. Mestiçagem como processo que engendra novidades, que possibilita expressões da diversidade.

A mestiçagem estará presente no investigador, mestiça em sua genética afro-ibero-indígena,

---

<sup>1</sup> Donnangelo, segundo Nunes (1994), busca uma delimitação do campo da saúde coletiva, em 1981, se refere à necessidade de se levar em conta especificidades referentes à sociedade brasileira que as práticas em saúde adquirem. O autor recupera na conceituação de Donnangelo a preocupação relativa a multiplicidade de objetos e sua permeabilidade do campo a inflexões econômicas e político-sociais que implica compromisso com o coletivo e mesmo "manifestações particulares, histórico-concretas desse mesmo coletivo, dos quais a medicina do "indivíduo" tem tentado se resguardar através do específico estatuto de cientificidade" (Nunes, 1994, p. 16-17)

na sua canhotice tornada destra<sup>2</sup>, compósito nas travessias que empreende durante a vida. No trajeto da sua formação profissional se localiza no campo da Saúde Coletiva, híbrido já das ciências sociais e da saúde, mas segue sua busca por lugares mestiços se identificando com um referencial teórico e com as estratégias que ele permite articular. Utiliza este referencial para acessar o conhecimento no qual se apoia para compreender os modos de atuar na saúde e as possibilidades de produção de conhecimento:

[...] o lugar mestiço, se semeia no tempo e no espaço. No meio da janela que atravessa, o corpo sabe que passou para fora, que acaba de entrar em outro mundo. O espaço e nossas histórias são densos em tais marcos: eixo do rio, do braço do mar que se ultrapassa ao nadar. Aqui parece acabar a aventura, quando a viagem atinge um estádio; mestiço incluso certamente, uma vez que aqui alguma coisa termina e não termina ao mesmo tempo. (SERRES, 1993, p. 18)

No próximo tópico reconstituirei a trajetória da sanitarista que se torna docente e empreende esta investigação como forma de reflexão sobre sua prática e sobre a formação de profissionais a partir da produção do cuidado em cenários reais.

## **2 Motivações - Em dupla espiral de militância e reflexão**

Pesquisador e pesquisa se misturam, se confundem e se co-produzem. Mestiça e nômade. Geneticamente mestiça, continua se mestiçando na vida nômade que experimentou infância e adolescência e se transforma em recurso existencial. Alguém que não se fixou a lugares e constrói seus territórios existenciais seguindo pistas, impressas em sua experiência de conhecer e reconhecer coisas novas, na busca pela expansão e rompimento de limites dos seus territórios. Mestiça, tem mesclada em sua existência registros de sua errância<sup>3</sup>, incorporados ao mosaico que a constitui. Ao final das túnicas de retalhos do Arlequim, se encontra o corpo tatuado, impresso pelas diversas travessias:

Assim como o corpo - respondiam os doutos - assimila e retém as diversas diferenças vividas durante as viagens e volta para casa mestiçado de novos

<sup>2</sup> Não por ter sido “contrariado” a escrever com a mão direita, mas por conviver num mundo construído para destros, se mantendo canhoto apesar disso.

<sup>3</sup> Que nunca acerta, quando vai falar, qual o nome regional do tubérculo mais brasileiro e disseminado por esta terra: aipim, mandioca, macaxeira?

gestos e de novos costumes, fundidos nas suas atitudes e funções a ponto de fazê-lo acreditar que nada mudou para ele, também o milagre laico da tolerância, da neutralidade indulgente, acolhe, na paz, todas as aprendizagens, para delas fazer brotar a liberdade de invenção e, portanto, de pensamento. (SERRES, 1993, p. 6)

Desde a graduação persegui modos de conhecer e aprender que conjugassem prática e teoria, talvez de modo muito instrumental no início do percurso profissional, como estratégia de cognição para aumentar a eficiência e eficácia do processo de aprendizado, creditando à articulação com situações reais uma melhor fixação de conteúdos. Esta foi uma diretriz durante a graduação que deixou de ocupar lugar importante como estratégia de aprendizado no exercício profissional sob supervisão, na Residência de Medicina Preventiva e Social da Unicamp (RMPS)<sup>4</sup>. Naquele momento a teoria estava praticamente constituída e imbricada por experiências de intervenção e mudança a partir de gestões municipais, e em serviços, que serviam de inspiração para a condução de projetos de mudança através de modelagens tecnoassistenciais em defesa da vida. Apesar de, à época, não utilizarmos a expressão educação permanente para o processo de formação na Residência, grande parte das inserções em serviço do Programa da Residência de Medicina Preventiva e Social da Unicamp tinham este caráter de articulação do aprendizado em situações de mudança de processos de trabalho e construção de modelagens tecnoassistenciais em defesa da vida.

Arrisco a dizer, portanto, que meu processo de formação no campo da saúde coletiva guarda esta íntima relação com a Educação Permanente em Saúde, como processo político-pedagógico que coloca o cotidiano do trabalho em análise e visa transformar as práticas de saúde na direção de assumir as necessidades de saúde como seu objeto (CECCIM; FERLA, 2009a; MELCHIOR; BADUY, 2009; ROSCHKE; CECCIM, 2005).

Demarcarei neste ponto, por considerar importante na minha formação, a concepção de projetos e modelagens tecnoassistenciais. Esta concepção é utilizada como referencial teórico que, para análise, não separa as opções tecnológicas das ações e serviços de saúde das conformações que o Estado assume em sua organização institucional. Desenvolvido por Merhy (1992), em sua tese de doutoramento, quando analisou a correlação das políticas de saúde com a conformação do estado nas primeiras décadas do século XX, no estado de São Paulo, o autor considera como modelos tecnoassistenciais:

---

<sup>4</sup> A RMPS foi cursada durante os anos de 1997, 98 e 99 nos diferentes cenários do SUS em Campinas, além de municípios da região, como Hortolândia, Sumaré e Paulínia.

[...] projetos de políticas que são formulados em conjunturas sociais determinadas, que conjugam estratégias de organização da prática como implantação dessas políticas. [...] os modelos tecnoassistenciais são apenas os projetos que possuem as seguintes dimensões:

1. [...] projetos tecnoassistenciais, [são] antes de tudo, projetos políticos e não saberes tecnológicos, mesmo que estes sirvam de base para a formação daqueles;
2. [...] um modelo deve ser capaz de descrever explicitamente qual é seu problema de saúde, quais são suas práticas, para que servem e como devem ser organizadas, enquanto serviços, além de explicitar quem são seus trabalhadores e os seus usuários;
3. Sob a configuração institucional, um modelo é a organização de uma dada forma do poder político, e como tal tem de expressar uma dada conformação do Estado;
4. Como política, um modelo tem de construir uma visão dos outros modelos. (MERHY, 1992, p. 26)

No trajeto da formação, da militância e das inserções profissionais, um certo nomadismo decorre da busca por esta coerência entre os meios e os fins, e um estranhamento em relação à inadequação dos formatos rígidos indicados a situações sempre particulares. Desta forma, outra referência é aquela que busca enfrentar a redução a um tipo ideal, que poderia ser induzida pelo uso do termo modelo, e é oferecida por Florianita Coelho Braga Campos (2000) ao propor a abordagem dos projetos tecnoassistenciais a partir da concepção de modelagem. Para a autora a modelagem leva em conta a especificidade do local, da história de inserção de serviços de saúde, do tempo histórico e dos protagonistas singulares que fazem saúde, além de incorporar a visão de um melhor fazer relativo a experiências exitosas tomadas como modelo:

As novas experimentações partem, quase sempre, de experiências anteriores que deram certo. É o caso das “Comunidades Terapêuticas” na Inglaterra e da “Desinstitucionalização” na Itália, ou aquelas que, além de terem resultados a mostrar, também têm grande poder econômico e de influência através das instituições internacionais – como é o caso da “Psiquiatria Comunitária” nos EUA, e a relação deste com a OPAS. Porém, sempre qualquer invenção responde a condições históricas para sua origem, desenvolvimento e até manutenção. O que vamos chamar MODELAGENS é o desenho que formata toda experiência, que tem como pano de fundo um MODELO que já foi experimentado. (CAMPOS, 2000. Pág. 68)

As modelagens tecnoassistenciais construídas em processos de mudança, que consideram o protagonismo dos diferentes atores presentes na cena, se configuram tanto a partir de aportes teóricos como das condições existentes e constituídas pela identificação e/ou estranhamentos que os diferentes sujeitos conseguem trazer para uma arena comum e negociar. É desta

natureza a identificação das práticas tecnológicas da Programação em Saúde e Ações Programáticas coexistindo com outras tecnologias de cuidado, no interior da modelagem tecnoassistencial “Saúde Todo Dia”, e não como modelo totalizante. Como abrir mão de um saber que organiza ofertas assistenciais, tornando-as acessíveis oportunamente como no caso do pré-natal, por exemplo? Um imperativo ético-político e legal do SUS, o acesso, exige que esta forma de organizar ações em saúde esteja disponível. Cabe à gestão do sistema prever o risco da captura do singular pelo agir burocratizado dos protocolos e compor seus serviços e práticas assistenciais com tecnologias leves de cuidado (FREIRE, 2005; MALTA; MERHY, 2010).

No município de Aracaju, entre os anos 2001 e 2006, “Saúde Todo Dia” foi o nome dado ao projeto de governo para a implementação do SUS municipal e de referência estadual. Sua descrição e análises foram objeto de trabalhos de conclusão do Curso de Especialização de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Aracaju, oferecido em conjunto com a Universidade Federal de Sergipe, e ainda nos mestrados e doutorados de dirigentes que fizeram parte de sua construção. (FREIRE, 2005; MELO, 2008; RAMOS, 2006; SANTANA, 2005; SANTOS, 2005)

O percurso profissional do sujeito que propõe esta investigação se constitui, portanto, em cenários de inserção militante, ou seja, de grande comprometimento com as formulações técnicas e políticas na busca da implantação do SUS no município de Aracaju, assim como na trajetória inicial de militância estudantil e de médico residente. Nestes espaços a *praxis* é orientada pela pactuação entre os atores em situação, considerando a todos capazes de elaborar, conduzir e efetivar processos de mudança ou de disputa do sentido destas mudanças (MERHY; FEUERWERKER, 2009; MERHY; FRANCO, 2003; MERHY, 1999).

Adoto a denominação 'militante' como identificação do sujeito comprometido com a realização de um projeto, assumindo o risco de sua má acolhida no campo da produção científica da saúde coletiva. Uma busca pelo termo nas bases bibliográficas mostra sua rejeição pelo campo científico. A atividade militante é reconhecida no aspecto de movimento ainda em processo que a Reforma Sanitária tem (PAIM, 2007) e nos processos de constituição do campo da saúde coletiva enquanto âmbito de práticas. Seu uso não é encontrado para adjetivar o conhecimento produzido e quando o faz é para advertir sobre o afastamento do referencial acadêmico de produção do saber:

No discurso de abertura do [I Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde], Ana Maria Canesqui reconhece o quanto as ciências sociais têm contribuído tanto no âmbito da Saúde Coletiva, no processo de constituição do campo no Brasil, como no âmbito de outras áreas médicas, adquirindo certo grau de legitimidade no campo da saúde. Ela reforça a necessidade de amadurecimento das bases da profissionalização das ciências sociais no campo da saúde, da consolidação de sua identidade própria, de abertura de espaço para outros papéis e outras questões e da ultrapassagem da produção do saber militante. (BELISÁRIO, 2006, p. 66)

Além da Reforma Sanitária, aparece como adjetivo nos processos de constituição dos departamentos e centros de pesquisa quando do resgate da história da ABRASCO ou da Rede Unida (TRINDADE; SANTANA, 2006). Uma expressão bem objetiva deste fenômeno é a busca pelo termo militante ou militância dentro da coleção do Scielo Saúde Pública, que recupera apenas 8 artigos. Como forma de concluir esta digressão assumirei a condição de sujeito implicado, adotando a proposição de Merhy, motivo pelo qual a construção deste relato de trajetória profissional foi necessário:

[...] a produção da validação de um saber militante, como conhecimento legítimo e saber para os outros, passa também pela própria exposição dos interlocutores acadêmicos ou científicos nas suas implicações, não só nos seus interesses. Estes devem assumir como uma necessidade comunicativa (na linha habermasiana) que o processo de validação ocorrerá pelos diálogos das várias implicações em jogo, que se reconhecerão dando sentidos entre si, mesmo que se oponham, posicionando-se no espaço público quanto a este processo de validação do saber e de suas consequências. (MERHY, 2004, s/p)

A vivência de implantação de projetos tecnoassistenciais, em situações onde os dirigentes são sujeitos implicados na sua construção, o tempo do registro formal é ultrapassado pela necessidade de produzir mudanças efetivas. O registro mais formal de uma reflexão crítica da experiência não acompanha o tempo político dos projetos. Esta baixa capacidade de sistematizar e divulgar as experiências e os modos de construí-las foi identificada como fragilidade para a sustentabilidade do projeto de educação permanente em Aracaju, como apontado pelos entrevistados em Melo (2008).

A experiência do Projeto Saúde Todo Dia<sup>5</sup> realizado durante os anos de 2001 a 2006 em Aracaju, procurou dialogar intensamente com produções da área da saúde coletiva logrando o reconhecimento acadêmico quando foi objeto de diferentes avaliações, quando foi escolhida

---

<sup>5</sup> Posteriormente, após eleições estaduais onde os titulares da prefeitura e secretaria foram eleitos para mandatos estaduais, o projeto foi denominado Saúde e Cidadania, mantendo o corpo teórico, conceitual e grande parte do instrumental operacional.

para participar de pesquisas que analisaram a estratégia de saúde da família em grandes centros urbanos onde as experiências de implantação foram consideradas consolidadas (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012; ALMEIDA et al., 2010; ESCOREL et al., 2007; GIOVANELLA et al., 2009; MAGALHÃES; SENNA, 2006; RAPOSO; NEMES, 2012)

A experiência foi estruturada com um forte componente de educação permanente, onde as propostas de intervenção eram debatidas com todos os trabalhadores, a gestão da saúde nas duas primeiras administrações petistas em Aracaju, atraiu profissionais de saúde em diferentes etapas de formação para cursar estágios, residência multiprofissional ou mesmo em busca de um emprego em um sistema que vinha sendo construído dentro de propostas da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica (MELO, 2008; RAMOS, 2006b; SANTANA, 2005; SANTOS, 2005b).

A construção de projetos de modelagens tecnoassistenciais não depende exclusivamente dos recursos de poder e saber dos militantes do projeto, há que se considerar a construção de sua sustentabilidade no diálogo com os outros atores do cenário. A construção de intervenções que visem práticas cuidadoras devem estar alicerçadas em pactos éticos com os diferentes atores que disputam a direcionalidade dos projetos tecnoassistenciais. Nestas situações quase sempre entra em cena o saber técnico dos profissionais de saúde disputando a orientação ética, estética e política do projeto<sup>6</sup>, algumas vezes apoiado pela academia e outras, apenas pela autoridade profissional e corporativa, ambos segmentos que podem variar de posição em relação a projetos de mudança, mas que fazem parte da cena da política de saúde e precisam ser levados em consideração na disputa pela direcionalidade e viabilidade dos projetos políticos de mudança das práticas de saúde vai nos advertir Merhy, a partir da teoria da ação social matusiana:

Os modelos de atenção à saúde, antes de tudo, expressam relações de contrato, de acordos nem sempre conhecidos e falados, entre 4 tipos de atores centrais, que são situações políticas que se apresentam sempre sob a capa de serem tecnológicos.

Se os trabalhadores de saúde – mesmo que estejam interessados em si

---

<sup>6</sup> A elaboração final deste trabalho foi invadida por um debate nacional deste tipo entre governo e categoria médica por ocasião do lançamento do Programa Mais Médicos do Governo Federal, que visa atrair médicos brasileiros e estrangeiros para a Atenção Básica no interior do país e nas áreas mais pobres das regiões metropolitanas.

mesmo e nos seus ganhos pessoais e corporativos – não se colocarem como fazedores de atos de saúde (nem que isso seja só a capacidade de produzirem um procedimento qualquer) e se apresentarem como tal para negociar o modelo, não serão reconhecidos pelos outros no jogo em situação e não terão legitimidade para atuar, para contratualizar. (MERHY, 2006, p. s.n.)

Durante a formação em medicina e na prática profissional, tanto na residência de medicina preventiva, como na gestão, não me afastei muito da relação entre o saber que academia produz e a possibilidade de submetê-lo a um diálogo com os diferentes atores da construção de modelagens tecnoassistenciais cuidadoras.

Identificada na gestão como uma pessoa cuidadosa com os registros, com a consistência entre as formulações do projeto que ia sendo construído e os meios para sua divulgação, foram variadas as parcerias dentro da gestão para publicação de peças educativas, publicitárias, de divulgação técnica e mesmo a ocupação de espaços considerados acadêmicos. Um espaço acadêmico eleito com estes objetivos foi o Abrascão<sup>7</sup>, congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Só recentemente, em 2011, a ABRASCO retirou do nome a consigna “Pós graduação” que ressaltava sua identificação como um espaço portanto com forte marcação acadêmica, ainda que articulado ao processo histórico de construção da Reforma Sanitária Brasileira.

Em 2003, ajudei a organizar a delegação do município de Aracaju, que lotou um ônibus com trabalhadores da gestão e da rede que inscreveram trabalhos, inclusive Agentes Comunitários de Saúde e um grupo de arte-educadores para o Abrascão:

O número recorde de trabalhos [do VII Abrascão, 2003, Brasília/DF], cerca de 6.400, [...]. Destaque-se também o grande comparecimento dos profissionais inseridos nos serviços de saúde, os quais contribuíram com grande contingente de trabalhos. (BELISÁRIO, 2006, p. 58-57)

A utilização na prática do conhecimento disponível e a busca pelo reconhecimento do saber produzido no cotidiano acompanham, portanto minha trajetória de estudante, profissional e dirigente. Indo encontrar abrigo na docência e no doutorado após um período de experiência no SUS da Bahia.

A partir de 2007, com novos governos estaduais de esquerda, um fluxo de militantes da

---

<sup>7</sup> Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva apelidado de ‘Abrascão’. Os dados sobre o evento indicam uma das mais fortes marcas da área de Saúde Coletiva: seu extremo potencial mobilizador. (TRINDADE; SANTANA, 2006, p. 13)

reforma sanitária atual me levou para o estado da Bahia. As principais pautas eram os novos modelos de gestão do estado e a desprecarização do trabalho na saúde. Naquele momento, minhas inserções no SUS da Bahia, no campo da gestão e informação em saúde, orientaram a busca pelo doutorado em Informação e Comunicação e Saúde. Um pouco mais adiante, já no decorrer do doutorado, eu buscava a docência através do concurso para o internato de Medicina Social da Faculdade de Medicina (FMB), na Universidade Federal da Bahia (UFBA). A militância em torno do tema da informação em saúde e a inserção em processos de formação em serviço se constituíram modos de pertencimento ao Movimento da Reforma Sanitária local. Informação e docência ambos modos de estar em espaços híbridos, mestiços.

Como docente do internato de medicina social, para o quinto ano de medicina, inserido na estratégia de saúde da família de redes municipais, a questão da construção de um conhecimento sobre a produção do cuidado sendo engendrado na relação entre saberes de diferentes matrizes entrou novamente em foco na minha atuação e reflexão profissional. Desta vez não mais como estratégia cognitiva, como outrora na graduação, mas como objeto de trabalho, como construção de oportunidades de aprendizado para os médicos em formação atuando na produção do cuidado para as pessoas e comunidades acompanhadas pelas equipes de saúde da família. E também como forma de inventar o novo em uma realidade onde a Rede de Atenção Básica não se consolidou como aposta do Sistema de Saúde local e possui gravíssimos problemas de insegurança dos vínculos trabalhistas como é o caso de Salvador<sup>8</sup>. O encontro do ensino com estes trabalhadores muitas vezes representa algum fôlego e novidade no cotidiano do cuidado.

Busca-se construir, através da interação com o internato de medicina, mudanças nas práticas das equipes, tirando proveito da inserção dos internos por um período determinado em que

---

<sup>8</sup> Desde 2007 trabalhadores anteriormente contratados por Organizações Sociais ou Entidades Filantrópicas têm sido mantidos pela Prefeitura de Salvador através de Termo de Ajuste de Conduta (TAC) com o Ministério Público do Trabalho, que previa um prazo de um ano para realização de concurso público (ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO NA BAHIA, 2008). O TAC resultou das tercerizações na Atenção Básica terem sido consideradas ilegais. Outras formas de contratação, como o Regime Especial do Direito Administrativo, também foram utilizadas na sequência do TAC até que se realizasse um concurso público, e até mesmo estes contratos passaram à égide do TAC após fim de vigência. Servidores estatutários com vínculos antigos do estado ou município também recebem pelo TAC como forma de compensação pela dedicação integral (40h) à ESF. A substituição destes trabalhadores pelos concursados e a regularização da acumulação de múltiplos vínculos tomou proporções de paralisação da rede no semestre que antecedeu as eleições de 2012 e início da nova gestão, até que em março de 2013 fossem pagos os salários de dezembro do ano anterior. Há ainda um movimento que reivindica a incorporação destes trabalhadores ao quadro de servidores públicos municipais (BAHIA, 2012).

precisam se integrar ao processo de trabalho da equipe, fazendo ao mesmo tempo uma reflexão crítica sobre a forma como estas práticas são organizadas e efetivadas. A cooperação entre o internato e as equipes se faz na forma de alguma oferta para a qualificação do cuidado produzido pela equipe, em algum aspecto que é pactuado com a equipe, resultando na elaboração e condução de Projetos de Cooperação durante cada estágio com a diretriz de serem levados em consideração, desenvolvidos, modificados, aprimorados ou abandonados através de diferentes turmas que fazem rodízios sequenciais, sempre com a participação das equipes nesta decisão. Este tipo de inserção, além de ser contra-hegemônico dentro da formação médica em geral e na FMB, tem muito pouco poder em comparação ao que a gestão formal teria do ponto de vista de fazer intervenções, mas comporta linhas de fuga com potência para mobilizar os diferentes profissionais da equipe.

O aprendizado obtido em cooperação com equipes de saúde da família para a construção de intervenções conjuntas tem sido tão mais significativo quanto maior é nossa capacidade de envolver, implicando, os profissionais das equipes no processo de construção das abordagens, resultando em ricas oportunidades de aprendizado para todos os envolvidos.

Desta forma, a investigação sobre a produção de conhecimento, a partir de movimentos que tomam a realidade dos serviços e a formação profissional como espaço de intervenção, permanece sendo um objeto de militância profissional, agora formulado como objeto teórico que tem na Educação Permanente em Saúde seu referencial teórico, técnico e ético-político. (BRASIL, 2004; CECCIM; FERLA, 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FERLA; CECCIM; ALBA, 2012; FEUERWERKER, 2005; FRANCO, 2007; MELCHIOR; BADUY, 2009; MERHY, 2005; ROSCHKE; CECCIM, 2005)

A inadequação do perfil profissional formado pelas graduações de saúde foi um dos caldos que engrossou o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que encontrava terreno fértil na situação de “carestia” e desassistência da década de 1970. Em seu projeto legislativo a Constituição previa o papel do SUS no ordenamento da sua força de trabalho, entretanto será apenas no início deste século, que a política de saúde tomará para si a tarefa de formar este profissional de saúde, cujo papel ganha contornos diferenciados na efetivação da saúde como direito constitucional, sua (re)formação, portanto é um *continuum* nascido mestiço das práticas cotidianas do trabalho que assumirão a tarefa de ser espaço da formação.

### **3 A Reforma Sanitária Brasileira e a formação dos profissionais de saúde**

O movimento da RSB resultou de forte articulação entre movimentos sociais, dentre estes os sindicatos e movimentos envolvidos com a formação de pessoal da área de saúde, como as instituições de ensino, seus docentes e o movimento estudantil, que foram importantes atores das mobilizações que vieram a constituir as proposições de diretrizes para o SUS (PAIM, 2007).

Ainda assim, a incorporação do tema da formação de pessoal, da regulação das profissões, da gestão do trabalho em saúde só ganhariam maior força na agenda da Política de Saúde neste século quando a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH), após quase 10 anos de discussões e elaboração, conseguiu finalmente ser publicada, estabelecendo conceitos relativos ao desenvolvimento do trabalhador no SUS e da educação permanente e a atribuição de responsabilidades em cada esfera da gestão (BRASIL, 2005).

A década de 1990 chega a ser considerada um período antirreforma em função da adoção de preceitos neoliberais na orientação das políticas públicas brasileiras no contexto da Reforma de Estado (MACHADO, 2008). A elaboração da NOB-RH neste período foi um fato relevante, embora seu objetivo de discutir a centralidade do trabalho e do trabalhador na saúde só tenha saído do papel e entrado na cena das políticas de saúde com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2003 (CECCIM; ALVIM; SANTOS, 2009).

Na última década, entretanto, o tema da formação de pessoas para a consolidação de um SUS efetivo segue sendo um desafio para as políticas públicas, seja no aspecto de dotar as instituições de ensino das condições para formar profissionais com um novo perfil, como para produzir as mudanças das práticas profissionais em serviços de saúde que historicamente se conformaram dentro das limitações impostas pelo recorte predominantemente biomédico das suas intervenções. Este desafio foi assumido como política no campo da saúde através da formulação da Educação Permanente em Saúde a partir da

[...] difusão, pela Organização Pan-Americana da Saúde, da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região com reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano. (CECCIM, 2005, p. 161)

Nesta pesquisa a formação dos profissionais de saúde é compreendida como ciclo que se inicia na formação técnica e profissional dos trabalhadores de saúde, mas que se estende por toda a vida profissional, na apropriação das diferentes manifestações do objeto saúde que se apresentam em situação de trabalho e nos desafios de construir sistemas de saúde mais acolhedores, humanizados e resolutivos. Não apenas a doença, ou qualquer manifestação de problemas de saúde, como entidades isoladas, mas todo o complexo saúde-doença-cuidado, que exige adequar a existência de saberes disciplinares disponíveis para intervenção em saúde às condições objetivas dos serviços e das políticas para disponibilizar o cuidado para a população (CECCIM; FERLA, 2009).

A Educação Permanente em Saúde, na perspectiva aqui explorada, opera como mandala<sup>9</sup> (CECCIM; ALVIM; SANTOS, 2009) e se constitui em referencial para identificar como legítimo o saber produzido nas práticas de saúde para a produção do cuidado. Quem participa desta construção e quais seus objetos, são os focos de interesse desta pesquisa. O conhecimento produzido nos espaços dos serviços visa enfrentar realidades muito singulares, por isso se beneficia da liberdade de experimentar arranjos mais fluidos, capazes de dialogar com os diferentes atores em situação. Quanto mais representativo e permeável a estes atores, aí incluídos com ênfase os usuários e trabalhadores, maior a possibilidade de se concretizarem práticas emancipatórias. Nem colonização do interesse profissional, nem da lógica de consumo, que muitas vezes pressiona por procedimentos, já que não é dado à experiência dos usuários encontrar cuidado.

No campo da formação em saúde, o Movimento da Rede Unida, com origens mais antigas no Projeto de Medicina Preventiva e que passou pelo movimento da medicina comunitária e dos Projetos de Integração Docente Assistencial na década de 1980, esteve presente no

---

<sup>9</sup> Mandala utilizada pelos autores para diferenciar os Pólos de Educação Permanente, constituídos regionalmente como rodas de gestão, que se afastam da noção corrente de co-gestão administrativa e se aproximam de redes em autogestão e auto-análise das implicações. Na mandala, o quadrilátero formado por gestão, formação, serviços, participação social é envolvido por um círculo, representando o a dimensão do fora, que desterritorializa os processos e convida a novos diagramas organizativos, como agenciamentos dentro-fora, tramas de conexão.

movimento da RSB através de seus militantes, docentes, pesquisadores e estudantes de movimentos de reforma dos processos de formação de profissionais da saúde. A Rede Unida como é conhecida tem forte identidade, expressa em seus objetivos, com a Política de Educação Permanente em Saúde, formulada pelo MS em 2004. Além da pluralidade dos atores que compõem seu movimento social, sua organização privilegia o encontro e horizontalidade nas relações. Estas características indicam a potencial fertilidade deste espaço para produção e circulação de conhecimentos com características mestiças, colados à realidade impura dos serviços, cenários de formação através do cuidado. Um importante ator coletivo do processo da Reforma Sanitária, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), com seus grandes encontros anuais<sup>10</sup>, também poderia ser campo para a análise da produção de conhecimento a partir dos serviços, neste caso cumpriria objetivos diferentes dos que esta investigação busca. Nesta investigação interessa o caráter pedagógico, formativo, da prática do cuidado, neste sentido a Rede Unida é um ator implicado com este objeto. Na Abrasco a formação é um dos temas ao lado de tantos que compõem o campo da Saúde Coletiva.

A Rede Unida como movimento social é um espaço de construção de conhecimento sobre a saúde onde o protagonismo dos diferentes atores sociais envolvidos na construção do SUS se faz não apenas a partir das referências próprias a cada um deles, mas, especialmente nas múltiplas possibilidades de relação entre elas. A título de exemplo tomo a questão da cultura e arte para a saúde como expressão original dos movimentos populares, mas que pode ser elemento de militância acadêmica e de formação profissional nas universidades e instituições de pesquisa. Cultura e arte como linguagem permeável à mestiçagem, podendo ser operada pelos diferentes atores do cuidado, não sendo monopólio dos profissionais, pode estar a serviço da implantação de serviços e sistemas onde gestores incorporam as referências culturais e manifestações populares na perspectiva de construção do cuidado que valoriza e leva em conta as referências de seus usuários, por exemplo.

A Rede Unida, portanto, como espaço plural, que abriga movimentos populares, instituições formadoras, trabalhadores da saúde, estudantes e gestores comprometidos com a formação como componente qualificação das práticas de saúde, é um território que tem a identidade da

---

<sup>10</sup> Desde de 2010 a ABRASCO chega a realizar dois Congressos Brasileiros em um mesmo ano, a partir da realização do 1º Congresso de Política, Planejamento e Gestão em Saúde que veio se somar ao Abrascão, além dos congressos brasileiros de Epidemiologia e de Ciências Sociais em Saúde.

Educação Permanente em Saúde, e por isso um espaço privilegiado para a expressão do conhecimento produzido no cotidiano.

No contexto da produção de conhecimento pelo Movimento da Rede Unida optou-se por analisar os trabalhos aprovados nos seus últimos três congressos, que estão disponíveis na internet. Interessa à investigação o aspecto da multiplicidade das suas formas de expressão sobre a saúde e de que forma ela se apresenta nesta produção. Qual sua relação com a ciência?

## **4 Invisibilidade do conhecimento produzido no cotidiano – o problema**

Como reconhecer, tornando visível, a produção de conhecimento que é realizada na prática cotidiana do cuidado em saúde e na construção de projetos e modelagens technoassistenciais cuidadoras?

O território do cuidado é lugar de intensa produção de conhecimento segundo autores atuantes na área (MERHY; FEUERWERKER; SILVA, 2012; FERLA, 2002). Portanto interessa identificar, nessa tese, como e se esse conhecimento se faz representar/aproximar da gramática da ciência, como conhecimento passível de análise pela geografia miltoniana. Guimarães (2010) propõe discutir a ciência a partir da noção de espaço elaborada por Milton Santos, buscando compreender seu processo de produção, circulação e incorporação de conhecimentos na perspectiva "de um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações" e ainda:

É preciso ir além e discutir como; como o conhecimento trafega por entre diferentes espaços de práticas sociais idiossincrásicas, locais e mestiças. (GUIMARÃES, 2010, p. 51)

Para a autora no campo disciplinar da Ciência da Informação, uma ininterrupta reconfiguração de forma, conteúdo e significado da informação se processa à medida que estas circula no social, como produto e processo. A autora identifica um processo de reconfiguração do conhecimento, ao longo de sua viagem por diferentes espaços, "o movimento que liga o saber

ao fazer, o conhecimento à ação". O enfrentamento da distância existente entre o saber legitimado pela ciência e o fazer em contextos societários reais exige reconhecer esta geografia do conhecimento e operar o movimento de passagem entre os espaços assépticos criados pela ciência e a confusão dos lugares vividos. As estratégias tradicionais de divulgação científica ainda tem pouco sucesso e quase sempre negligenciam o espaço como variável a ser levada em consideração.

É da natureza da prática da pesquisa social e, também deve ser da prática do ensino, a reflexão e sistematização de conhecimento a partir de intervenções sobre a realidade, bem como sua divulgação no meio científico e, desta forma, seu reconhecimento como saber legítimo. No campo da produção dos serviços de saúde, entretanto, a prática da reflexão e produção de conhecimento, encontra mais dificuldade para alcançar o status de conhecimento legitimado pela ciência. Em geral são feitos relatos sobre experiências de implantação de serviços, programas ou projetos que abordam aspectos diversificados do processo, além da produção de documentos técnicos e relatórios gerenciais que não são passíveis de disseminação e muitas vezes não cumprem formalidades acadêmicas.

Nos serviços o tempo de maturação das propostas e das reflexões sobre as experiências quase sempre desprivilegia a transformação delas em saber sistematizado e estruturado para divulgação, talvez por isso, a integração entre cenários de serviços e de aprendizagem, onde a produção do cuidado é o objeto comum de interesse - tanto dos processos de trabalho como da reflexão sobre eles na educação permanente dos trabalhadores e nos processos de formação curricular – seja um facilitador para esta divulgação, possibilitando uma maior visibilidade ao conhecimento sendo produzido no cotidiano.

Tal é a aposta dos processos de educação permanente em saúde, embora seja um desafio dar visibilidade a esta sua potência de forma que, apesar de denominar uma política com quase uma década de existência, e conseqüentemente vários esforços institucionais estruturados nas três esferas de governo para qualificar as práticas de saúde neste período, esta abordagem ainda não está incorporada através de um termo, um significante, entre os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O fato de não estar ali depende de uma série de fatores, um dos quais é a própria escassez de sua presença nos textos científicos. O mais próximo que se pode chegar do conceito de Educação Permanente na Saúde a partir da delimitação de domínios de saber no DeCS, é uma associação entre os termos integração docente-assistencial e educação

continuada, mesmo assim com limitações que serão melhor exploradas no decorrer da pesquisa.

O cotejamento da literatura sobre conceitos como Saúde Coletiva e Atenção Básica em contraste com a notação deles nos DeCS, ou a omissão deles, mostra um completo distanciamento entre as práticas e os descritores. A Saúde Coletiva, compreendida como “corrente de pensamento, movimento social e prática teórica” segundo (NUNES, 1994), tem sua emergência reconhecida na década de 1970 a partir de levantamento realizado por Cecília Donnangelo, em 1983, época em que sua delimitação como campo é proposta, desde então o conceito vem sendo revisto e atualizado (NUNES, 2008), mantendo sua identidade com esta origem. Paim, analisando os desafios da Saúde Coletiva no século XXI considera que:

[...] enquanto campo do saber e âmbito de práticas, [a Saúde Coletiva] teve o seu desenvolvimento histórico na América Latina durante as três últimas décadas a partir da crítica ao [modelo médico hegemônico] MMH, aos movimentos ideológicos referentes à Higiene, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, Medicina da Família, bem como em relação à saúde pública institucionalizada (DONNÂNGELO, 1983; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). Encontra-se, presentemente, em condições de maturidade teórica, metodológica e operativa suficientes para enumerar competências e articular valores que permitam a constituição de novos sujeitos sociais comprometidos com a defesa da vida e a saúde do público. (PAIM, 2006, p. 100)

No DeCS, entretanto, a produção brasileira e latino-americana deste campo denominado Saúde Coletiva, encontra-se submetida ao descritor “Saúde Pública”, reproduzido na Ilustração 1, com origem na língua inglesa, operando uma redução de suas possibilidades de sentido e negação de seu desenvolvimento histórico, quando compreendida como “ramo da medicina”. Loyola (2012), em reflexão sobre o lugar das Ciências Sociais na Saúde Coletiva observa que o fato de a Saúde Coletiva estar submetida à grande área da Saúde gera uma submissão à lógica biomédica, com imposição de critérios de mérito das ciências biomédicas pela Capes e demais agências de fomento.

Ilustração 1: Descrição disponível no DeCS para Saúde Coletiva.

Pesquisa sobre: SAUDE COLETIVA	
Descritores Encontrados: 1	
Mostrando: 1 .. 1	
1 / 1	<b>DeCS</b>
Descritor Inglês:	<b>Public Health</b>
Descritor Espanhol:	<b>Salud Pública</b>
Descritor Português:	<b>Saúde Pública</b>
Sinônimos Português:	Saúde Coletiva
Categoria:	<a href="#">H02.403.720</a> <a href="#">N01.400.550</a> <a href="#">N06.850</a> <a href="#">SH1.020.020.040.060</a> <a href="#">SP4.001.002.043</a>
Definição Português:	Ramo da <u>medicina</u> voltado para a prevenção e o <u>controle</u> de doenças e deficiências, e para a <u>promoção da saúde física</u> e mental da <u>população</u> tanto nos níveis internacional e nacional, como no estadual ou municipal.
Nota de Indexação Português:	ESP; qualif ESP; um conceito histórico venerável & moderno da <u>saúde</u> e dos problemas de <u>saúde</u> "do público"; não confunda com <u>PROGRAMAS NACIONAIS DE SAÚDE</u>
Precoord Português:	<u>Saúde Pública/organização &amp; administração</u> use <u>Administração em Saúde Pública</u>
Relacionados Português:	<u>Medicina Preventiva</u> <u>Medicina Social</u> <u>Zoonoses</u>
Qualificadores Permitidos Português:	CL <u>classificação</u> ED <u>educação</u> HI <u>história</u> LJ <u>legislação &amp; jurisprudência</u> ST <u>normas</u> TD <u>tendências</u> EC <u>economia</u> SN <u>estatística &amp; dados numéricos</u> IS <u>instrumentação</u> MT <u>métodos</u> MA <u>recursos humanos</u> ES <u>ética</u>
Número do Registro:	28455
Identificador Único:	D011634

Fonte: DeCS. Disponível em <http://decs.bvs.br/>

Esta investigação toma o movimento da Rede Unida como território onde diferentes atores, envolvidos em processos de educação permanente em saúde, trazem a público suas reflexões e produção de novidades no contexto da aprendizagem em situação de trabalho para a produção do cuidado; onde os sujeitos envolvidos (na gestão, na atenção, no ensino e na participação social) aprendem e produzem um conhecimento local, mestiço, produto do borramento das fronteiras entre domínios de saber disciplinares, profissionais e populares, na busca de adequação à singularidade das intervenções em cenários reais.

Esta abordagem considera os objetos das práticas de saúde coletiva em sua complexidade paradigmática, buscando superar a clivagem entre senso comum e ciência em um modelo de

produção de conhecimento que pode caracterizar a Saúde Coletiva em sua riqueza discursiva e prática, conforme alertado por Madel Luz em análise que reconhece a coexistência de modelos epistemológicos disciplinares e multidisciplinares, com a emergência da transdisciplinaridade no campo, e com pelo menos dois regimes de produção de verdades, segundo Foucault, citado pela autora:

[...] a) a lógica teórico epistemológica de produção de conhecimento, seja ela interpretativa ou explicativa, dependendo da área disciplinar em que se origina, e b) a lógica operativa e pragmática da eficácia, decorrente da intervenção normativa na ordem da vida, no sentido da erradicação ou controle do adoecimento coletivo. (LUZ, 2009, p. 306).

## **5 Além de política é preciso movimento para fazer educação permanente em saúde – justificativa**

No primeiro governo Lula, em 2003, foi criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, em substituição à abordagem da força de trabalho como Recursos Humanos e, ainda, como incorporação das diretrizes da NOB-RH publicada poucos anos antes (BRASIL, 2005). A partir de então, segmentos envolvidos com o tema da formação profissional e da educação na saúde, foram mobilizados para a construção de uma Política que apontava a Educação Permanente em Saúde como caminho para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. Este movimento deu origem a uma proposta de política, elaborada de forma coletiva, que foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e ratificada pela XI Conferência Nacional de Saúde, sendo publicada em 2004 (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), estabelecida pela Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde, de nº 198, de 2004 (BRASIL, 2004) propôs articular, na operacionalização do SUS, movimentos de integração entre ensino, serviço, movimentos sociais e a gestão, através da conformação de rodas para a formulação e condução das políticas locais de educação permanente em saúde, buscando uma maior organicidade na definição e execução dos investimentos voltados à formação e qualificação de pessoal de forma articulada à execução da política de saúde e, assim, utilizando e produzindo

conhecimentos a partir da interação com as realidades de saúde locais. Ainda que mudanças na condução da gestão da área de educação na saúde no Ministério da Saúde tenham privilegiado estratégias de fortalecimento da componente ensino do quadrilátero da educação permanente estas mudanças podem ter interferido no amadurecimento da política, entretanto não interromperam o desenvolvimento das experiências e dos movimentos que a antecederam e que estão inscritos na vida de trabalhadores de saúde no campo do ensino, dos serviços e dos movimentos sociais.

Um dos movimentos que tem forte identidade com a PNEPS é representado pela Rede Unida, que tem sua origem em 1985, na reunião de várias instituições que conduziam experiências de transformação curricular coladas a serviços e sistemas de saúde, conhecidas pela denominação de integração docente-assistencial e financiadas pela Fundação Kellogg e outros organismos internacionais (REDE UNIDA, 2013). A Rede de Integração Docente-assistencial (IDA), como se denominou inicialmente, passou por diversas mudanças em sua caracterização e ampliações de sua abrangência até se tornar, em 2010, a Associação Brasileira da Rede Unida ou, simplesmente, Rede Unida.

A partir de 1990 a Rede Unida toma para si a tarefa de interferir na formulação das políticas de recursos humanos para o SUS. Desde então cumpriu um importante papel na problematização e construção das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de saúde e na discussão sobre a formação de pessoal para o SUS, produzindo reflexões que foram objeto de um número da Revista Divulgação em Saúde para Debate, em parceria com o CEBES, em 1996, como contribuição para a X Conferência Nacional de Saúde. Fruto desta trajetória tornou-se autônoma em relação aos projetos financiados pela Kellogg em 1997 ampliando a abrangência do seu coletivo e, ganhando nos anos seguintes institucionalidade, primeiramente como Organização Social de Interesse Público, em 2001, e em seguida como Associação Científica, em 2012.

Durante seus 27 anos de existência realizou 10 congressos e se consolidou como espaço plural de reflexões, experimentações e publicização de debates em torno da transformação dos processos de formação na saúde e das modelagens tecnoassistenciais e, portanto, da combinação entre práticas, arranjos institucionais e projetos políticos que propõem modos de se fazer saúde comprometidos com a produção de vida na sua multiplicidade. Nesta pesquisa

a produção da Rede Unida, nos trabalhos apresentados em seus congressos, será analisada buscando caracterizar a produção do conhecimento em serviço levada a público nos últimos congressos, de forma a explorar em que medida a educação permanente, tematizando situações cotidianas, pode ou não representar um caminho para travessia de fronteiras disciplinares e profissionais na produção da saúde. O fato da educação permanente não ser um termo reconhecido pelo DeCS, ao mesmo tempo em que torna a produção de conhecimento através desta estratégia pouco visível pela ciência, talvez favoreça a criação e incorporação de referenciais mais livres, com vinculação mais imediata à vida dos serviços, apontando vantagens em não estar presa a enquadramentos pela ciência.

Guimarães (2010) avalia que as estratégias tradicionais de divulgação científica ainda tem pouco sucesso e quase sempre negligenciam o espaço como variável a ser levada em consideração, desta forma a produção de conhecimento a partir do cotidiano dos serviços não seria visibilizada por domínios específicos da ciência, mas, talvez, por uma geografia da ciência. A autora recupera a bandeira da "função social da informação" que foi levantada pela Ciência da Informação visando superar esta visão simplista de transferência da informação e passando a considerar produção, acesso e uso como partes integrantes de um mesmo processo, onde seus limites se fragmentam em sistemas de recuperação que são humanizados. O acesso à informação nesta abordagem passa a ser uma negociação, dentro de uma estratégia que favoreça seu uso, e onde o conceito chave é a relevância situacional. A autora ressalta o surgimento de uma nova especialidade da Ciência da Informação, a "Socialização da Informação" onde se faz necessário metodologias, instrumentos e estratégias que possibilitem abordar as etapas tradicionais de identificação, acesso, recuperação e disseminação da informação juntas formando "um espaço de transformação, criação e recriação de nova informação" (GUIMARÃES, 2010, p.56).

## **6 Uma caracterização do conhecimento produzido a partir da educação permanente - objetivos**

### Objetivo Geral

Dar visibilidade à produção de conhecimento realizada na integração dos processos de trabalho, formação, gestão e participação que caracterizam a Educação Permanente em Saúde na cotidianidade de sua prática voltada para a produção do cuidado em saúde é o objetivo geral desta pesquisa.

### Objetivos específicos:

- a) sistematizar a produção de conhecimento representada pelos trabalhos e relatos de experiências apresentados nos últimos 3 Congressos da Rede Unida realizados entre os anos de 2009 e 2012;
- b) identificar temas, termos e conceitos abrangidos pela produção dos Congressos da Rede Unida que se relaciona à educação permanente como forma de transformar e qualificar as práticas de cuidado;
- c) identificar a mestiçagem nas relações entre autores e instituições no âmbito da Rede Unida;

Capítulo II - Que ciência nos permite identificar conhecimento sendo produzido no cotidiano? - Referencial Teórico

## 1 Que ciência?

O final do século XX foi testemunha de intensas modificações societárias, com particular velocidade nos seus últimos 30 anos, período em que a extensão e predominância do componente econômico das mudanças ocorridas, marcadamente na última década, ficaram conhecidas como globalização. O mesmo período, que presenciou o fim de ditaduras na Europa e na América Latina, além da queda do Muro de Berlim, conviveu e ainda permanece sendo povoado pela perplexidade frente ao distanciamento entre o conhecimento produzido e o acesso de toda população do planeta a seus benefícios.

Este fato inspira diversas abordagens críticas da produção do conhecimento na ciência como um todo, mas também em domínios específicos do saber como a filosofia e as ciências sociais. Tais abordagens apontam um deslocamento da produção do conhecimento das universidades e institutos de pesquisa para lugares compartilhados com outros segmentos da sociedade, com uma diversificação dos sujeitos envolvidos na produção de conhecimento, em contextos mais aplicados onde a abordagem disciplinar dá espaço a abordagens mais integradas e novos critérios de qualidade são necessários, além da tradicional avaliação por pares, esta análise foi denominada “Nova Produção de Conhecimento”<sup>11</sup>, ou Modo 2 por Gibbons e colaboradores em 1994. Em que pese as objeções relativas à validade empírica do Modo 2 de produção do conhecimento, há acordo entre diferentes estudos sobre as mudanças nos sistemas científicos relativo à ampliação dos sujeitos envolvidos na produção do conhecimento e de sua integração a contextos de aplicabilidade (HESSELS; VAN LENTE, 2008).

A aposta desta pesquisa é que o movimento da Rede Unida possa expressar, na saúde coletiva brasileira, a emergência deste novo modo de produção de conhecimento que amplia os atores envolvidos na produção do conhecimento através de sua integração ao território onde se produz o cuidado, ou seja, no contexto de sua aplicação à produção do cuidado.

---

<sup>11</sup> Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S., Scott, P., Trow, M., 1994. *The New Production of Knowledge: The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies*. SAGE, London.

## 2 Recuperando a noção do agente humano conhecedor

Como movimento articulado no tempo à elaboração de políticas para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, a análise de sua dinâmica requer uma compreensão dos fenômenos sociais que permitam esta abertura à invenção e a transformação a partir do cotidiano e da ação social, por isso a linha sociológica a que se filia a pesquisa considera a reflexividade dos sistemas sociais, existindo como realização ativa de sujeitos que, na interação com suas regras e recursos, produzem e reproduzem os sistemas e estão abertos à intervenção humana.

Segundo Giddens (2001) a sociologia, como disciplina generalizante, é dentre as ciências sociais aquela que estabelece relação mais direta com as questões relativas à vida cotidiana e que se preocupa com o caráter e dinâmica da sociedade contemporânea. Segundo o autor “a reflexão sociológica ocupa um papel fundamental para compreensão das forças sociais que vêm transformando nossa vida nos dias de hoje” (GIDDENS, 2001, p. 19) mas ele critica uma visão mais difundida da ciência social a qual denomina “consenso ortodoxo” que ainda é muito vinculada à pesquisa social empiricista, empregando um modelo de ciência natural que busca criar “sistemas de leis de natureza dedutiva” (GIDDENS, 2001, p. 101).

Para o autor as principais características do consenso ortodoxo são, em primeiro lugar, o naturalismo, que compreende os problemas da ciência social dentro de uma mesma estrutura lógica das ciências naturais e também pode ser denominado de positivismo. Em segundo lugar, um posicionamento que atribui às ciências sociais o papel “[...] de revelar formas de causação social que os atores sociais ou protagonistas ignoram” (GIDDENS, 2001, p. 98) e, por fim, uma terceira característica seria o funcionalismo derivado de noções de sistema na biologia e, posteriormente, modificadas com o advento da cibernética. Giddens acredita que a ciência social canônica, modo como o autor se refere ao consenso ortodoxo, desenvolveu um modelo errôneo da ciência natural, onde esta era essencialmente empiricista, e argumenta que mesmo a ciência natural consiste em esforços hermenêuticos ou interpretativos: “sem dúvida existem leis nas áreas de ciências naturais, contudo as leis têm de ser interpretadas, e isso deve ocorrer no âmbito de sistemas teóricos” (GIDDENS, 2001, p. 101). Para o autor o enquadramento do significado é mais importante que a descoberta das leis.

Giddens (2001) considera que os cientistas sociais negligenciam características básicas da ação humana, como o fato de nossas ações serem intencionais e, na maior parte das vezes, estarmos cientes das razões que nos levam a praticá-las, ainda que estas razões não estejam expressas do ponto de vista discursivo. Decorre desta constatação, a limitação dos cientistas ortodoxos quando propõem buscar na causação ou limitação estruturais a explicação para o comportamento humano, como se ele “derivasse diretamente de forças sociais” (GIDDENS, 2001, p. 102). Em contraposição à interpretação do comportamento humano como resultado de causação social o autor propõe recuperar a noção do agente humano conhecedor, cujo conhecimento pode ser entendido como constitutivo das suas ações e considerado “consciência prática”. Consciência prática refere-se a “todas as coisas conhecidas por nós como atores sociais e que, de fato, devemos conhecer para fazer que a vida social aconteça, mas às quais nem sempre conseguimos dar uma forma discursiva.” (GIDDENS, 2001, p. 103). O autor identifica esta noção na filosofia a partir de Wittgenstein e na etnometodologia como preocupação empírica.

As ciências sociais podem atribuir formas discursivas para demonstrar aspectos de conhecimento mútuo que os atores sociais empregam de forma não discursiva em sua conduta, este tipo de conhecimento é objeto de técnicas práticas de apreender significado a partir de atividades sociais. Para Giddens, a ciência consiste em um esforço interpretativo, em que as teorias compreendem conjuntos estruturados de significados sendo que, nas ciências sociais, em particular, envolvem uma dupla hermenêutica uma vez que seus conceitos e teorias se aplicam a um mundo constituído das atividades praticadas por indivíduos que conceituam e teorizam. “[...] os conceitos técnicos da ciência social estão atrelados logicamente àqueles do mundo do senso comum.” (GIDDENS, 2001, p.111).

Os conceitos introduzidos pelas ciências sociais tornam-se componentes familiares nas teorias e práticas de atores sociais leigos deixando de serem adstritos a um discurso profissional, assim como ocorreu com a noção de soberania para a constituição do Estado Moderno, um conceito que está apropriado pelo senso comum na relação entre diferentes países, por exemplo. A dupla hermenêutica está implicada com um reconhecimento pelo cientista social do impacto que seus conceitos e teorias podem produzir sobre o que analisaram, uma vez que pode conferir aos atores uma maior capacidade discursiva sobre suas ações.

Neste sentido o que proponho como ponto de partida para a análise da produção no campo da educação permanente e saúde, a partir da produção da Rede Unida, é um esforço interpretativo no sentido de identificar a produção de conhecimento no interior das práticas de educação permanente nos serviços de saúde, como prática social passível de análise na perspectiva da dupla hermenêutica giddeana, onde há o reconhecimento pela ciência de que os sujeitos conceitualizam e teorizam. Entretanto, não buscarei o enquadramento do material analisado a partir das taxonomias da ciência, mas sua caracterização como conhecimento singular passível de denominação a partir do vocabulário local, produto da interação dos diferentes atores em situação, ao modo de uma *folksonomia* que discutirei a seguir.

### **3 Folksonomia e produção de sentido**

Folksonomia é um neologismo criado em 2004, por Thomas Vander Wal, um arquiteto da informação, reunindo *folks* (pessoas, gente) e taxonomia. Se refere à prática de nomear, de forma livre e pessoal, objetos da internet, aqui compreendidos como qualquer coisa relacionada a um endereço URL (*uniform resource location*), através da atribuição de etiquetas ou *taggs* (CATARINO; BAPTISTA, 2007; VIERA; GARRIDO, 2011).

A denominação folksonomia foi consagrada pelo uso, apesar de criticada pelo fato do sistema de etiquetagem subverter antigas formas de taxonomia, não pressupondo princípios hierárquicos ou associativos entre os termos. Uma abordagem alternativa a esta nomenclatura são as sinonímias etnoclassificação, classificação social, indexação social, etiquetagem colaborativa ou social. (GUEDES, MOURA; DIAS, 2012; VIERA; GARRIDO, 2011). Embora Guedes, Moura e Dias (2012) alertem para o fato de que apenas os processos de descrição de objetos que permitam a indexação agregada, ou seja, que vários usuários possam indexar um mesmo objeto, poderiam ser denominados de indexação social e, nestes casos, a indexação de assuntos poderia ser considerada prática comunicativa realizada de forma dialógica.

O sentido que predomina é o fato de ser produzido pelo usuário segundo suas próprias

referências e não por profissionais da informação. As etiquetas escolhidas ou criadas para descrever os conteúdos funcionam como hiperlinks e, desta forma, estabelecem conexões com outros conteúdos caracterizando um processo colaborativo de representação, organização e recuperação de dados na internet. (AQUINO, 2007; CATARINO; BAPTISTA, 2007).

Estudo de caso mais recente sobre a prática de indexação social no Delicious, um sistema folksonômico de identificação de seleção de sites, mostrou a natureza dialógica do processo de formação do conhecimento social. Seus usuários compreendiam que a aceção das informações e as estratégias para sua organização são construções socialmente orientadas pelos diferentes sujeitos que formam a comunidade de práticas, ou coletividade. (GUEDES, MOURA; DIAS, 2012)

Portanto, nesta pesquisa, proponho uma inversão da direção do processo hermenêutico giddeano, a partir do reconhecimento da diversidade com que os atores sociais criam e recriam seu discurso, sofisticando e extravasando em sua prática social as categorias que a ciência elege para representá-la. O procedimento adotado busca ampliar a capacidade do pesquisador em apreender a diversidade de formas de expressão dos indivíduos. Para me ajudar nesta perspectiva lançarei mão de Foucault com seu plano de pesquisa sobre a produção social dos domínios de saber em “A verdade e as formas jurídicas” (FOUCAULT, 2002). E, num plano histórico mais recente e familiar à saúde, o “Nascimento da Clínica” (FOUCAULT, 1998).

#### **4 Foucault - a questão do olhar e formas de visibilidade**

Em “A verdade e as formas jurídicas”, Foucault propõe um plano de pesquisa onde seu objetivo é demonstrar que as práticas sociais engendram domínios de saber, que forjam novos objetos, conceitos, técnicas e também fazem nascer formas totalmente novas de sujeitos e sujeitos do conhecimento. Em um primeiro eixo, a partir de uma análise histórica de como a prática jurídica desenvolveu a técnica do inquérito e do exame, propõe que a verdade tem uma história e que os domínios do saber se formam a partir de práticas sociais (FOUCAULT,

2002). Em um segundo eixo aborda a análise de discursos e, frente a uma tendência a se tratar o discurso como um conjunto de fatos linguísticos ligados entre si por regras sintáticas de construção, Foucault propõe tratar o discurso não apenas com um conjunto regular de fatos linguísticos, mas também como jogo estratégico e polêmico. O seu terceiro eixo de pesquisa trata da reelaboração da teoria do sujeito.

Para Foucault, no domínio da teoria do conhecimento, epistemologia, história das ciências ou das idéias, a teoria do sujeito permaneceu muito filosófica pois a história, das ciências ou do conhecimento, se além a ele, sujeito do conhecimento, "da representação, como ponto de origem a partir do qual o conhecimento é possível e a verdade aparece". Propõe então uma crítica radical do sujeito humano na história, buscando como o sujeito se constitui no interior da história, sendo fundado e refundado pela história ao invés de ser considerado mero "dado" mas, ao contrário, a partir de quem a verdade se dá na história. Este seria um eixo para o qual os dois primeiros convergem "a constituição histórica de um sujeito de conhecimento através de um discurso tomado como um conjunto de estratégias que fazem parte das práticas sociais" (FOUCAULT, 2002, p. 10-11).

Merhy (2011) chama a atenção para o procedimento adotado por Foucault em o Nascimento da Clínica, que considera uma obra bem diferente do filósofo ensaístico das últimas produções. Através de uma análise documental exaustiva, Foucault demonstra que as mudanças ocorridas num período de 50 anos de prática médica parecem transcender ao longo de séculos, indo da Medicina das Espécies à Medicina do corpo biológico, mesmo antes da era bacteriológica, a partir de um regime de enunciações que instaura novos visíveis:

Para apreender a mutação do discurso quando esta se produziu é, sem dúvida, necessário interrogar outra coisa que não os conteúdos temáticos ou as modalidades lógicas e dirigir-se à região em que as "coisas" e as "palavras" ainda não se separaram, onde, ao nível da linguagem, modo de ver e modo de dizer ainda se pertencem. Será preciso questionar a distribuição originária do visível e do invisível, na medida em que está ligada à separação entre o que se enuncia e o que é silenciado: surgirá então, em uma figura única, a articulação da linguagem médica com seu objeto. (FOUCAULT, 1998, p. ix)

Merhy identifica este período, tão curto em vista da mudança que operou, como um tempo de radicalidade dos dispositivos, onde novas subjetivações passam a estar presentes. Foucault na apresentação do livro fala que ele "trata do espaço, da linguagem e da morte; trata do olhar".

O autor adota um procedimento de análise da história das ideias que se diferencia dos tradicionais utilizados até então, quais sejam, um estético que procedia por analogia e outro psicológico, da denegação dos conteúdos, Foucault propõe a história sistemática dos discursos. Neste procedimento histórico sistemático o sentido de um enunciado seria definido pela “diferença que o articula com os outros enunciados reais e possíveis, que lhe são contemporâneos ou aos quais se opõe na série linear do tempo” (FOUCAULT, 1998, p. xvi). O autor escolhe este procedimento como um projeto deliberado de uma pesquisa ao mesmo tempo histórica e crítica, para fazer a análise de um tipo de discurso:

[...] o da experiência médica - em uma época em que, antes das grandes descobertas do século XIX ele modificou menos seus materiais do que sua forma sistemática. **A clínica é, ao mesmo tempo, um novo recorte das coisas e o princípio de sua articulação em uma linguagem** na qual temos o hábito de reconhecer a linguagem de uma 'ciência positiva'. (FOUCAULT, 1998, p. xvii, grifo meu)

Ainda no prefácio, Foucault apresenta seu procedimento metodológico como a tentativa de extrair da espessura do discurso as condições da sua história, “as condições de possibilidade da experiência médica, tal como a época moderna a conheceu”, importando nas coisas ditas pelos homens “o que as sistematiza” e as torna acessíveis a novos discursos e não tanto o que se teria pensado aquém ou além delas.

A Rede Unida nesta investigação é caracterizada como sujeito do processo da Reforma Sanitária Brasileira preocupado com a formação dos trabalhadores em situações e cenários reais de práticas assistenciais. Sua prática social será analisada nesta perspectiva foucaultiana de produção da verdade pelo sujeito do conhecimento, através da constituição de domínios de saber, dos seus objetos, conceitos e técnicas, que pode ser apreendida através das formas discursivas e da reconstrução histórica do sujeito do conhecimento e de suas práticas sociais.

## 5 O conhecimento entre a regulação e a emancipação

No artigo "Os desafios das ciências sociais hoje" (SANTOS, 2009), Boaventura de Sousa Santos sustenta que as teorias e conceitos que utilizamos são, em sua maioria, derivados da

produção científica de países centrais desenvolvida entre meados dos séculos XIX e XX. O autor questiona a adequação e eficácia destes para enfrentar os desafios e buscar as soluções para o futuro e constrói sua análise a partir da identificação de dois pilares que sustentam a modernidade ocidental: o pilar da regulação e o pilar da emancipação. Pela regulação respondem os princípios do estado, do mercado e da comunidade. Pela emancipação respondem três dimensões de racionalidade: a cognitiva instrumental da ciência; a prática moral do direito e a estética expressiva da arte e da literatura. Santos (2009) também correlaciona estes pilares com formas de conhecimento.

Enquanto na modernidade ocidental havia as duas possibilidades de conhecimento, de regulação e emancipação, no capitalismo que agora coloniza a modernidade ocidental, o conhecimento de regulação domina totalmente o conhecimento de emancipação, transformando e absorvendo este, o que torna difícil pensar a emancipação e faz necessário repensar toda a questão do conhecimento, segundo o autor. Boaventura defende uma nova teoria para a emancipação situando nos anos sessenta, do século XX, o primeiro momento em que os movimentos sociais tentaram conter os excessos de regulação da modernidade através de uma nova equação entre subjetividade, cidadania e emancipação (SANTOS, 2005a). Ainda que não tenham tido sucesso mostraram a necessidade de manter esta frente de lutas.

No final da década de 1980 a queda dos regimes autoritários do leste europeu teve duas consequências consideradas pelo autor importantes dentro desta perspectiva. De um lado deixou de ter sentido a distinção entre industrialismo e capitalismo, já que o sistema mundial se mostrou capitalista e industrialista em escala transnacional. Por outro lado o socialismo se libertou da caricatura grotesca do "socialismo real" voltando a ser a utopia de uma sociedade mais justa e uma vida melhor, idéia "tão necessária quanto o próprio capitalismo" (SANTOS, 2005, p. 276-277).

Boaventura, então, defende a denominação das práticas emancipatórias por socialismo, baseado na sua legitimidade histórica, onde a transformação emancipatória não teria uma teleologia nem garantia, não sendo um futuro mais provável, ou menos, que outros. Como qualidade ausente, o socialismo, é um princípio que regula a transformação emancipatória do que existe, sem se transformar em algo existente:

[...] a emancipação não é mais que um conjunto de lutas processuais, sem fim definido. O que a distingue de outros conjuntos de lutas é o sentido político da processualidade das lutas. Esse sentido é, para o campo social da emancipação, a ampliação e o aprofundamento das lutas democráticas em todos os espaços estruturais da prática social. (SANTOS, 2005, p. 277)

A total separação entre razão e emoção, no racionalismo científico que colonizou o conhecimento de emancipação, tira dos movimentos sociais um elemento fundamental à participação, que é emoção, sentimento e paixão, algo que não pode ser reduzido às razões e que se relaciona com a solidariedade. Nas ciências sociais a racionalidade que domina e que tende a tomar a parte pelo todo é denominada por Boaventura “razão indolente”, que opera por um pensamento ortopédico que produz ausências (SANTOS, 2008). Pensamento ortopédico é a denominação que o autor dá à monopolização epistemológica que considera a ciência como o único conhecimento válido e rigoroso, reduzindo a problemas dignos de reflexão apenas aqueles que podem ser tratados por seus procedimentos científicos. A hegemonia das ciências estendendo-se para as humanidades em geral, com sua incapacidade de dar respostas à vastidão das questões existenciais produziu ausências de coisas que nossos conceitos e teorias não permitem ver e que nosso sistema desqualifica.

Para Boaventura, portanto, o problema para reinventar a emancipação social não é apenas teórico, mas também epistemológico. Boaventura identifica cinco monoculturas que produzem ausências:

- a) o amor ou cultura do saber e do rigor que alimenta a idéia de que só é válido o conhecimento científico, os demais, não são válidos, não existem;
- b) monocultura das classificações sociais, das quais resultam as oligarquias que é causa da inferioridade de alguns grupos nos sistemas oligárquicos: mulheres, indígenas, camponeses, por exemplo. Crer que algo é inferior é outra forma de criar ausências;
- c) monocultura do tempo linear, de que o tempo vai pra frente, de que nos países desenvolvidos todas as formas de vida vão para a frente e que estes países são mais desenvolvidos em todos os aspectos que os demais países considerados não desenvolvidos;

d) monocultura da escala dominante o universal e o global, o universal independe do contexto, mas o global são as entidades que tem valor em todo o globo terrestre como a democracia, neste caso denominar algo de local, particular é uma forma de produzir ausência;

e) a quinta monocultura é a da produtividade capitalista, que exige medir como produtivo um único ciclo de produção e não conjuntos de ciclos. Boaventura considera a racionalidade ocidental como abismal (ou abissal em outros escritos), um pensamento que divide a realidade em dois domínios, com distinções visíveis muito fortes, mas com distinções invisíveis que são fundamentais. O principal exemplo que o autor oferece é o fato de que a modernidade ocidental teria um equilíbrio entre regulação e emancipação mas isto só se aplicaria às sociedades metropolitanas, já que nas coloniais se aplica apenas a distinção entre apropriação e violência.

O momento, segundo Boaventura, é oportuno para perceber as invisibilidades produzidas pela modernidade, quando a própria sociedade ocidental vê as apropriações da violência se expandirem, com o regresso do colonial pela presença dos imigrantes e as reações violentas que foram produzidas na Europa, que não estão no campo da regulação e emancipação, mas na apropriação da violência, desfigurando a legalidade que existia nestas sociedades. Já nos Estados Unidos as discussões sobre a tortura, em que medida elas podem ser consideradas constitucionais, é que repõem o estado colonial. O autor propõe outras epistemologias para resistir ao pensamento abissal que produz estas lógicas, uma justiça global através da justiça cognitiva e reconhecimento, da coexistência de conhecimentos heterogêneos. Além desta coexistência proposta por Boaventura, vamos nos aventurar na proposição de outro autor, também europeu, Michel Serres, que ousa na proposição de uma filosofia que considera o conhecimento como resultante de misturas, mestiçagem.

## 6 A mestiçagem na ciência

Aceitando o convite de Latour para analisar a ciência em ação, ou seja, a ciência praticada pelos cientistas dentro dos laboratórios, Márcia Moraes (2000) explora a mestiçagem como referencial alternativo a uma epistemologia cujo interesse é definir a ciência a partir da sua produção conceitual, vinculada portanto à análise do campo da produção do conhecimento, cuja proposta de Latour se opõe. A autora adverte que para Latour, do ponto de vista das práticas as ciências se definem por sua bricolagem, e não pela especificidade de sua produção conceitual, como na epistemologia.

Estudar a ciência em ação nos leva a um universo filosófico que não se confunde com o paradigma dualista típico do pensamento moderno. Como a ciência em ação se movimenta num mundo cuja realidade é múltipla, um mundo de conexões e elementos díspares, então precisamos buscar uma filosofia que faça da bricolagem, da mistura entre sujeito e objeto o seu ponto de origem. [...] Trata-se, sim, de uma filosofia mestiça, híbrida que se refere “à análise e à retórica juntas, aos mitos e às religiões, às técnicas e às ciências, ao mestiço incluso. (LATOURE apud MORAES, 2000, p. 2)

Michel Serres, em *Filosofia Mestiça*<sup>12</sup>, identifica o mestiço impulsionando a matemática na antiguidade. Em geometria, a demonstração apagógica, ou demonstração pelo absurdo, foi descoberta no século V a. C.: o comprimento de uma diagonal de um quadrado de lados iguais não pode ser representado por número par ou ímpar. Desta contradição o “mestiço” devia ser excluído e com isso não existiria a dita diagonal. Mas, traçadas entre os dois lados do quadrado e formando um xis no cruzamento delas está o centro, desta forma a “mestiça” diagonal se impõe à intuição. Assim surge a Álgebra dos reais.

[...] a grande matemática acabava de nascer. Ela surgiu do mestiço excluído, desta impossível situação: nem isto, nem o seu contrário; desta fonte indecível, do absurdo que acua a diagonal do quadrado, nem par nem ímpar, ausência de meio entre essas duas impossibilidades de dizê-la. (SERRES, 1993, p. 55)

Para o autor, no saber e na instrução existe também um terceiro lugar, posição que hoje é nula entre duas outras, a ciência exata, formal, objetiva, e do outro lado o que chamamos de cultura, já moribunda para o filósofo. Sua filosofia propõe “a criação de um terceiro homem, o mestiço instruído, que não era nada; aparece hoje, torna-se alguma coisa e cresce”

---

<sup>12</sup> Mestiço é a tradução adotada no português para a expressão *Tiers-instruit*, onde *Tiers*: terceiro, terço, outro, estranho, misturado, mestiço. Conforme explica a tradutora da obra, Maria Ignez Duque Estrada. (SERRES, 1993)

(SERRES, 1993, p.57) a quem o autor deseja longa vida. Mas epistemologia e pedagogia encontram, com o centro, a exclusão, a dor, a violência e a pobreza.

A terceira pessoa - única e universal, fora de todo sujeito na primeira e na segunda pessoas - funda então todo o real exterior, confere objetividade ao seu conjunto. Eis, fora de qualquer logos, a razão do realismo, filosofia indemonstrável sem essa terceira pessoa, e agora, graças a ela, mais do que demonstrável, pois está presente na raiz de todas as demonstrações. (SERRES, 1993, p. 60)

Servindo de duas imagens, do escravo que na Grécia antiga guiava a criança para o local do aprendizado e da Branca de Neve, Serres caracteriza o aprendizado como um auto-engendramento de si. E a pedagogia como este processo de recomeçar o engendramento de si. Pedagogo era a denominação do escravo que conduzia à escola o filho da nobreza. O caminho era uma escola em si. O escravo conhecia o caminho e seus obstáculos. Já Branca de Neve, criança ainda, encontra na floresta os anões, anciãos, embora pequenos que a vão proteger e aos quais vai cuidar, engendrando a si mesma como filha e mãe, ao mesmo tempo. O aprendizado consiste numa mestiçagem assim. Canhoto nato, aprende a se servir da mão direita, permanece canhoto, renasce destro, na confluência dos dois sentidos. “O que foi misturado chama-se mestiço instruído” (SERRES, 1993, p. 61).

Ocidente começa junto com o problema do mal e trava contra ele um diálogo e um combate consubstanciais. O trágico é a base de sua história, de sua razão e da história de sua razão. Esta não permite a aclimação do mal, mas o exclui. A ciência ocidental nasce dessa exclusão. Ela emerge do trágico. Daí provêm as suas categorias fundamentais: pureza, abstração, rigor, mestiço excluído ... Repetitiva, sua história conta os processos de exclusão e suas polêmicas mal definidas com a religião e o direito, que se debatem, ambos, com o problema do mal. (SERRES, 1993, p. 82)

Para Serres (1993, p. 85), entre a razão que preside a ciência, como foco iluminado da órbita elíptica de um planeta, e a “segunda razão, *a mesma sem dúvida*, mas ardente no segundo foco, que não surge apenas do que pensamos, mas do que sofremos” está o mestiço instruído a qual “deve sua criação, sua instrução e sua educação, seu engendramento enfim”. Ainda conforme o autor, esta segunda razão “não pode ser apreendida sem as culturas, os mitos, as artes, as religiões, os contos e os contratos [...]. O conhecimento nos vem pelo patético e pela razão, inseparáveis, ambos universais, um no foco da ciência e a outra no das culturas”. Para o filósofo só existe uma razão autêntica, ela se mobiliza sob duas formas: uma clara e outra quente, sem a última a primeira seria insensata e a quente, sem a clara seria irracional donde decorre que: “a igual distância das duas, o mestiço instruído é engendrado pela ciência e pela

compaixão” (SERRES, 1993, p. 85).

O manto do Arlequim, a descoberta do movimento elíptico dos planetas por Kepler, são algumas das metáforas utilizadas por Serres para construir sua crítica ao modo como a ciência, em sua tradição clássica, concebe a produção do conhecimento:

Sob o sol único e total resplandecia a unidade do conhecimento. Na aurora, sua luz extingue a multiplicidade incontável de estrelas diferentes. [...] desde as idades da luz: desde o sol grego, o Deus único e a ciência clássica, desde Platão, a sabedoria de Salomão, Luís o Grande e a Aufklärung, esse saber de dia perdera o tempo. Nenhum desses nomes, dessas eras, ditas novas, nunca mudaram o regime, sempre o mesmo, da luz, única, e intemporal. (SERRES, 1993, p. 53)

Sobre esta construção crítica propõe para a pesquisa o programa da Instrução Mestiça inspirada pela lei de Kepler, considerá-la uma:

[...] concernente ao mesmo mundo e aos mesmos homens, a pesquisa gira, segundo seus objetos, em torno de um centro igualmente distante dos dois focos. Medir o desvio constante desses dois pólos, considerar o que a estrela flamejante deve ao ponto cego, e este à primeira, buscar as razões de uma tal distância, avaliar a produtividade da zona obscura e mesmo a fecundidade desse par, e não mais simples comando ou regulação atrativa - o que perderia uma sem a outra? -, eis o programa da Instrução Mestiça, segundo a lei de Kepler." (SERRES, 1993, p. 48)

Outro aspecto importante referente ao conceito de mestiçagem é a noção da coexistência entre previsibilidade e imprevisibilidade, como espaço de invenção, e que Carminda Flores de Moura (2000) busca na analogia entre o conceito de mestiçagem e a biodiversidade. Explorando as dimensões filosófica, ética, estética e antropológica do conceito conclui que a mestiçagem, enquanto riqueza e potencialidade de modos de vida, é o análogo cultural da biodiversidade no campo da ecologia. O manto do arlequim como imagem de um mosaico representaria a cultura como conjunto diversificado de saberes. À aparente contradição entre seu manto e sua declaração de que não encontrou nada novo em sua viagem à lua, acrescenta-se a perplexidade com a existência de vários mantos superpostos, igualmente heterogêneos, até chegar à sua pele, esta também um mosaico. Para a autora, Michel Serres utiliza esta metáfora para defender uma concepção da ciência onde coexistem a previsibilidade e a imprevisibilidade que, para Serres, é o espaço privilegiado para a invenção, assim como a variabilidade das espécies, ao longo do tempo e no espaço, representa riqueza para os ambientes ecológicos. Adverte, entretanto, a necessidade de não proceder por transposição

mecânica e reducionista, que certa noção de ecologismo poderia acarretar:

[...] procura-se não cair numa ideologia de novo cariz, o ecologismo [...] inspiração biológica de certos modelos sociais [que] poderá nos conduzir [...] à lei do mais forte fisicamente com todo o belicismo e agressividade que tal concepção acarreta. (MORAES, 2000, p. 434)

Nesta tese o objeto empírico comporta graus de previsibilidade, uma vez que a formação é um campo de reprodução das profissões, mas também potencial de imprevisibilidade, dados pela articulação da formação ao cenário do SUS. Nesta perspectiva, a Rede Unida se conforma como território que possibilita recriações de sentidos para o conhecimento em saúde por ser espaço de circulação de atores envolvidos nas diferentes etapas da formação para o cuidado:

Tomada como mais uma prática social e cultural, a ciência deixa de ser uma unidade conceitualmente e metodologicamente homogênea, mas uma variedade de práticas resultantes de padrões de treinamento local e de socialização. É esse caráter plural e mestiço do conhecimento científico, além das particularidades dos processos de geração, certificação e transmissão que se abrem à aproximação da geografia: abrem-se ao escrutínio os espaços onde o conhecimento é produzido, testado, contestado, posto em circulação, consumido, (in)corporado e estocado. Em cada espaço, um sistema de objetos e práticas que transformam seu sentido e possibilitam recriações. (GUIMARÃES, 2010, p. 52)

Apoiada por esta construção crítica da filosofia da ciência passo à apresentação e análise do meu objeto empírico, o conhecimento produzido como mestiçagem, na lógica proposta pela educação permanente em saúde.

Capítulo III - Conhecimento Mestiço: aquele que se produz em redes,  
na produção de um cuidado que produz mais vida.

## **1 A educação permanente em saúde e a micropolítica do trabalho em saúde**

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde traz, para o centro da agenda de qualificação das ações de saúde, o trabalhador real, que está nos serviços e, neste espaço, deve acolher usuários, tão singulares nas formas de manifestar suas necessidades de saúde, que são nada menos que a expressão dos seus direitos de cidadania. Este acolher usuários e suas necessidades pressupõe a capacidade dos trabalhadores, individual e coletivamente, compreenderem as demandas dos usuários como legítimas, como objeto do seu trabalho e como expressão de direito de cidadania, ainda que para isso precise ressignificar seus saberes profissionais. Mais do que disponibilizar procedimentos, orientações prontas ou planos de investigação pré-formatados, as intervenções profissionais devem ser construídas na perspectiva da produção do cuidado em saúde, na construção de modos mais potentes de seguir vivendo, levando em consideração a ampliação das possibilidades de estar no mundo e não o contrário, como aplicação mecânica das evidências produzidas pela ciência sobre os riscos à saúde.

Usuários individualmente não podem ser tomados como expressão do saber epidemiológico, por isso nem profissionais e seu saber-fazer instruído pelas normas técnicas, nem usuários e suas necessidades, estão “prontos e acabados”, passíveis de serem capturados por ofertas 100% programadas previamente. No trabalho em saúde o encontro entre usuário, individual ou coletivo, e trabalhador, também um e muitos, é um espaço de produção em ato onde operam tecnologias do campo das relações, ou leves (MERHY, 1997, 2002). O encontro neste espaço é presidido pela capacidade de ambos os atores governarem o sentido da relação. Trabalhador e usuário lançam mão de seus recursos, não há garantias prévias de aderência perfeita entre as ofertas estruturadas pelo saber da biomedicina e as realidades de saúde de uma comunidade, ou das diferentes coletividades dentro dela, particularmente em se tratando de cada indivíduo. O trabalho em saúde, portanto, encerra um desafio de ser nômade, transitando pelo terreno movediço dos modos de ser das pessoas, das comunidades, sendo portador de ofertas e estando aberto à escuta do outro e, assim atuar como:

[...] outra forma de produção de conhecimentos (não alicerçada na doença) e uma reconfiguração para essa clínica (forças de vida e não sobrevivência e morte). Uma recriação permanente (nômade), suficiente para que incorpore padrões crescentes de compromisso com a vida, múltipla e sempre renovada, tal como ela pode ser. (FERLA, 2002, p. 77)

As preocupações, análises e formulações relativas à adequação da formação dos profissionais de saúde às necessidades de saúde, baseada no melhor conhecimento científico disponível, atravessam todo o século passado e se mantêm no início deste, como desafio que a educação permanente se propõe a enfrentar.

Feuerwerker (2005) considera que a política de educação não logrou alcançar um papel estruturante no sistema, apesar da formulação da política de EPS ter disparado vários dispositivos<sup>13</sup> para a criação de espaços de debate e construção descentralizadas da política de saúde, ampliando os atores e espaços de participação neste processo, predominando uma visão instrumental da construção de modelos technoassistenciais centrada em normas e mecanismos de financiamento.

Neste trabalho, em consonância à crítica daquela autora, considera-se que não são apenas os arranjos técnicos e organizacionais, perfeitamente ajustados, que garantem a oferta de cuidados adequados às pessoas. Arranjos organizacionais, expressos em protocolos e fluxos assistenciais, ainda que necessários do ponto de vista da organização do sistema de saúde, devem ser sempre provisórios e reconfigurados mediante a negociação com usuários, e em equipe multiprofissional.

A melhor composição de saberes e ofertas tecnológicas para produzir o cuidado devem estar sempre submetidas ao acolhimento dos usuários e das múltiplas e singulares manifestações de suas necessidades. A este processo, que considera o conhecimento para intervir sobre os problemas de saúde sempre inacabado, incompleto e a ser produzido em ato, denomina-se Educação Permanente em Saúde (EPS) (FRANCO, 2007).

A EPS, como elemento constituinte da organização do processo de trabalho e da política de saúde, reconhece a necessidade de ter disponível conhecimento científico atualizado e

---

<sup>13</sup> Os Pólos de Educação Permanente em Saúde, a formação de facilitadores de educação permanente em saúde, os municípios colaboradores da educação permanente em saúde, a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação de Educação Popular em Saúde (ANEPS), o Fórum Nacional de Ensino das Profissões da Saúde (FNEPAS), a formação de ativadores de processos de mudanças na graduação e as Vivências e Estágios no SUS (VER-SUS).

adequado para atenção à saúde. Embora considere a eficácia do conhecimento científico limitada quando é incorporado e disponibilizado de forma acrítica e autoritária pelos profissionais e serviços de saúde.

A EPS, a partir dos autores que este estudo adota como referência, comporta o desafio ambicioso e necessário da pedagogia da implicação, onde no trabalho em saúde os usuários dos serviços, sejam indivíduos ou coletividades, também são considerados portadores de saberes singulares, múltiplos e sempre legítimos, sobre seus modos de viver a vida. O trabalho em saúde, portanto, estaria em todas as etapas de produção do cuidado comprometido com a educação como produção de conhecimento, em dobra, um produzindo o outro (CECCIM, 2005; MERHY, 2005).

A propósito do trabalho em saúde Merhy, em sua extensa produção sobre o assunto, (MERHY; FRANCO, 2009; MERHY, 1997, 2004) advoga para as práticas de saúde a finalidade de produção do cuidado:

[...] nas sociedades de direito à saúde, como é a brasileira, de acordo com sua constituição de 1988, o ‘trabalho em saúde’ deve pautar-se pelo ‘referente simbólico’: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. E, assim, tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. (MERHY; FRANCO, 2009, p. 281-2)

O trabalho em saúde é o território onde há o encontro entre trabalhador e usuário (individual ou coletivo) como espaço intercessor, onde se negociam em ato necessidades como expressão de um direito de cidadania. O neologismo, derivado da junção entre interseção e intervenção, resulta da compreensão de que o trabalho em saúde comporta diferentes dimensões de necessidades sobre as quais se produz encontro, ou interseção, entre trabalhador e usuário, além de intervenções. As necessidades, além de serem manifestações de carências a serem supridas pelas intervenções em saúde, podem também expressar uma positividade, como manifestação de potência de ser, desejo de existir.

O uso desse termo é, portanto, para designar o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos”, isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem esse momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, desse sujeito coletivo novo que se formou. (MERHY, 2004, p. 125)

Na teoria sobre o trabalho desenvolvida pelo autor, os atos de saúde são conformados por saberes e práticas dos diferentes profissionais que possuem, cada um deles, um núcleo mais específico de competências que recorta os problemas de saúde segundo uma racionalidade tecnológica mais estruturada, seja da natureza do uso de equipamentos e por isso denominada dura, como do saber-fazer dos protocolos e normas assistenciais, por exemplo, denominada leve-dura. Além dos recortes profissionais dos problemas há um núcleo comum de intervenção que é de natureza relacional, ou das tecnologias leves, que opera nos encontros, como escuta, acolhimento, afetivação, no espaço intercessor entre usuário e profissionais.

A configuração que o cuidado assume conforme a composição tecnológica do trabalho a partir dos núcleos profissionais e do núcleo comum cuidador é resultado da construção social do sentido das práticas de saúde. No modelo médico hegemônico, ou da ciência biomédica, o núcleo do cuidado é colonizado pela racionalidade instrumental das tecnologias duras e leve-duras, transformando o usuário, cidadão de direitos, em consumidor de procedimentos fragmentados segundo uma lógica profissional centrada, medicalizante, esvaziada do sentido do cuidado. Merhy defende que as modelagens assistenciais devem considerar em sua formulação processos organizacionais que possibilitem novas articulações do núcleo cuidador dos diferentes profissionais:

[...] um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório. [...] possibilitando ampliar os espaços de ação em comum e mesmo a cooperação entre os profissionais, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários acima de tudo e mais transparentes para processos de avaliações coletivas. (MERHY, 2004, p.123)

Esta pesquisa se insere no território do cuidado nesta perspectiva de produção coletiva de saber, preocupada em reconhecer a produção de conhecimento em saúde no cotidiano dos serviços, como enfrentamento de um senso comum que deslegitima o conhecimento gerado com base nas vivências cotidianas de trabalho (FRANCO, 2003). Este autor observa que paralelamente à linha de produção do cuidado, há também uma linha de produção pedagógica na estrutura organizacional do SUS a partir de

[...] experiências inovadoras de mudanças em sistemas e serviços de saúde, que têm como base a reorganização do processo de trabalho, têm demonstrado que a ação dos coletivos de trabalhadores em uma nova forma de produção do cuidado, cria nos mesmos um modo novo de significar o

... mundo do trabalho na saúde. Ao mesmo tempo em que produzem o cuidado, os trabalhadores produzem a si mesmos como sujeitos. Trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação e acontecem simultaneamente como expressão da realidade. (FRANCO, 2003, p. 436)

Trabalhadores, gestão, usuários e instituições de ensino atuam em um território micropolítico (MERHY, 1997), onde operam intervenções predominantemente conformadas pelas tecnologias leves, ou do campo relacional, que são fortemente marcadas pela tensão entre os atores que estão presentes na arena do cuidado para definir a direcionalidade, ou quem governa, os atos de saúde: profissionais, usuários, a gestão e, no caso dos processos de formação, a instituição ensino.

## **2 O modelo flexneriano de formação dos trabalhadores da saúde e os movimentos de mudança que provocou**

Nos últimos 100 anos o ensino da medicina foi, inicialmente, sistematizado para melhor se adequar ao desenvolvimento científico da biomedicina que se firmou como modelo hegemônico de orientação da prática profissional e da organização pedagógica do ensino. Já na primeira metade do século XX, observou-se no Brasil a americanização da Escola Médica. O modelo de ensino médico das novas escolas abertas na década de 1920, sofre um deslocamento em relação ao que predominava nas escolas do Rio de Janeiro e Bahia, passando a ter uma forte influência norte-americana.

[...] a partir da segunda década do século XX, a referência internacional sobre o ensino médico passa gradativamente a ser o Relatório Flexner, estendendo-se até os dias de hoje, isto porque esta proposta organiza o ensino médico sob os cânones da ciência, esta última mitificada enquanto forma do homem produzir a única verdade sobre o mundo. (CRUZ, 2004, p. 127)

O Relatório Flexner, que em 1910, propôs a organização da formação médica, tem como referência o conhecimento especializado que fragmenta o indivíduo em sistemas e funções, a partir de um saber construído através da separação entre disciplinas básicas e clínicas, onde aquelas devem informar a normatividade que orienta a intervenção destas, em cenários de

formação distantes da vida cotidiana, concentrados em laboratórios e no hospital, locais onde predominam a racionalidade técnica e instrumental privilegiando a autoridade do profissional sobre o corpo de indivíduos com pouca autonomia para interferir nas prescrições médicas. Neste modelo não cabe falar de cuidado, há pouca aposta em subjetividade, a não ser subjetividades capturadas por padrões consideráveis mais saudáveis e o conhecimento que valida estes padrões é aquele produzido pela ciência médica (AROUCA, 1976; 2003).

O questionamento do modelo Flexneriano nos EUA começa a ocorrer na década de 1920, com a introdução de assuntos pertinentes à medicina Preventiva nos currículos médicos. Mas é no ambiente de crise econômica do período da Segunda Guerra Mundial, que os custos da assistência serão questionados pelo governo americano que propõe um sistema de seguro obrigatório de saúde. A categoria médica organizada, entretanto, se contrapõe a uma intervenção estatal e articula junto ao governo o projeto da Medicina Preventiva, uma recomposição da prática médica ancorada na reconceituação e reorganização do saber médico. Entre os anos de 1950 e 1960 todas as escolas médicas norte-americanas haviam aderido ao projeto e criado seus departamentos de medicina preventiva. A partir da confluência entre os interesses da Associação Médica Americana e das escolas médicas a Medicina Integral surgiu no interior da educação médica americana. Nas décadas seguintes, de 1960 e 1970, em resposta às pressões das populações excluídas, e com financiamento estatal, são implantados programas comunitários onde as escolas médicas irão se juntar através dos projetos de Integração Docente Assistencial (IDA) (CRUZ, 2004).

O modelo flexneriano de ensino médico e sua forma de organizar a atenção passam a ser contestados na segunda metade do século XX. Um dos estudos se torna um clássico, no artigo A Ecologia da Atenção à Saúde (WHITE, WILLIAMS e GREENBERG, 1961), os autores relatam um estudo-demonstração da inadequação do cenário hospitalar para formação, visto que a demanda por serviços de saúde nos EUA e na Inglaterra apontava para uma parcela muito pequena da demanda sendo atendida em centros universitários. Em uma população de 1000 pessoas, 750 referem ter algum mal-estar durante o mês, apenas 250 referem ter buscado atendimento médico, 9 foram admitidas em hospital, 5 foram encaminhadas para outros médicos e apenas 1 foi atendida em um centro universitário. O estudo foi revisado em 2001, com dados de inquéritos realizados em 1996 e encontrou-se pouca diferença no padrão de demanda por diferentes serviços de saúde, apenas uma maior variedade deles (GREEN et al.,

2001). Vale lembrar que a Inglaterra, desde o Relatório Dawson, de 1917, segue a orientação de organização regionalizada de seu sistema de saúde, com serviços hierarquizados e primeiro contato e acompanhamento baseado em médicos generalistas.

No pós guerra e a partir da década de 1960, segundo Arouca (1976; 2003), a Medicina Preventiva representou um movimento ideológico que propunha uma mudança da prática médica, caracterizado com um projeto onde

[...] não é do acúmulo de conhecimentos sobre a não-ocorrência de doenças que emerge a Medicina Preventiva, mas sim da composição de uma nova estrutura que comporta uma reorganização do conhecimento médico em um novo discurso que sugere e orienta uma nova prática da medicina. [...] [A novidade] é a organização desse conhecimento difuso em vários compartimentos do saber médico, em um paradigma (ou modelo) que é a História Natural das Doenças” (AROUCA, 2003, p. 41).

Arouca identifica que a Medicina Preventiva preparou o solo para o desenvolvimento da educação médica inaugurando um novo discurso em relação ao ensino médico que articulasse este à mudança da própria medicina destacando esta diferença em relação ao movimento estabelecido pelo Relatório Flexner, que buscava aproximar o ensino médico da ciência. Em seu estudo sobre a formação discursiva da medicina preventiva e sua relação com o modo de produção da prática médica, Arouca conclui que “o movimento preventivista não existe em uma singularidade única, mas, sim, que faz parte de um movimento mais geral de institucionalização de relações específicas da Ciência e do Saber, por via disciplinar.” (AROUCA, 2003, p. 249)

### **3 A formação de pessoal em saúde na América Latina**

Enquanto o modelo Flexneriano de formação na saúde havia se tornado hegemônico na primeira metade do século XX no hemisfério norte, apenas após a segunda guerra é que se intensificará na América Latina. Este período, entretanto, também foi acompanhado de investimentos para o desenvolvimento de sistemas de saúde em países latino-americanos através de organismos internacionais ou de relações bilaterais entre os Estados Unidos e países da região. Este processo ocorreu na perspectiva do desenvolvimento em escala mundial

onde os estados-nação passam a cooperar para atender os direitos básicos dos cidadãos visando um desenvolvimento pacífico. A partir dos anos 1950, no setor saúde, estes investimentos formaram profissionais que ocupariam posições de liderança na saúde pública e também iriam montar os departamentos de medicina preventiva, comunitária e social em faculdades de medicina, odontologia e enfermagem. A década de 1960 foi de intensa movimentação em torno do tema da formação dos profissionais de saúde no âmbito da proposta da Medicina Preventiva (AROUCA, 1976; 2003) e das primeiras iniciativas de currículos voltados para o seu ensino, embora o modelo flexneriano já tivesse se hegemonizado no aparelho formador. Chaves e Kisil (1999) analisando o papel da Fundação Kellog no financiamento de projetos de desenvolvimento da saúde pública na América Latina durante seus primeiros 50 anos, identificam na década de 1970 a convergência de vários movimentos que produziram as condições para mudanças nas relações entre academia, serviços e comunidade no setor saúde:

- a) os investimentos das agências de fomento em formação profissional de pós-graduação e criação de centros de pesquisa que levarão à organização dos departamentos de medicina preventiva na década de 1960;
- b) o movimento de reforma universitária e do questionamento do papel da universidade na sociedade, de onde emergiu a proposta de educação permanente na França, incorporada posteriormente pela UNESCO em 1972, enquanto no setor saúde as tecnologias educacionais baseadas em objetivos instrucionais orientaram a criação de Centros de Tecnologia Educacional na Saúde, no Rio de Janeiro e no México, responsáveis por formular uma nova pedagogia para as escolas de saúde;
- c) formulações de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde com proposição de extensão de cobertura de serviços no início da década de 1970 e a Declaração de Alma Ata, em 1978, que priorizou a Atenção Primária como forma organização dos serviços de saúde;

Estas foram algumas das condições que possibilitaram que várias experiências de integração docente-assistencial fossem levadas a cabo pelas instituições de ensino da área da saúde. Neste contexto os autores identificam a Fundação Kellog como uma das instituições

filantrópicas que maior investimento fez na América Latina para apoiar processos de mudança do setor saúde, com tradição em apoiar programas da Organização Panamericana no investimento para o fortalecimento de Escolas de saúde Pública em São Paulo, México e Chile, por exemplo e na formação de profissionais através do financiamento de bolsas de pós graduação, que assumiriam a liderança de vários processos no setor saúde na região e em seus países (AROUCA, 1976; CHAVES e KISIL, 1999).

Nos anos 1970, como resultado do financiamento externo, os departamentos de medicina preventiva instalados nas escolas médicas, de enfermagem e odontologia, impulsionaram a inserção do ensino nos serviços através de atividades de extensão e buscando incorporar junto aos estudantes a abordagem epidemiológica e social. Segundo González e Almeida (2010, p. 554) “Esforços visando a estimular a participação multidepartamental e multiprofissional no projeto IDA foram implementados pela Fundação Kellogg no fim da década de 1970 e início da década de 1980” conformando o que os autores denominaram por movimento IDA. Na década de 1980, já institucionalizado no Ministério da Educação, o Programa IDA reunirá inúmeras experiências com 86 experiências reunidas em 9 redes no Brasil e outros países da América Latina, que representou avanço, mas não resultou em transformações significativas nos currículos e teve baixa participação de docentes e segmentação de ações (DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013). O movimento criado em torno dos departamentos de medicina preventiva e dos projetos IDA acabou articulando-se no Projeto da Reforma Sanitária, que traria para o capítulo da saúde e o ordenamento jurídico posterior do SUS a responsabilidade do setor com o ordenamento da formação de pessoal (PAIM, 2007; GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010; MACHADO, 2008).

### ***3.1 Movimentos de mudança contemporâneos ao SUS***

Mesmo não havendo uma articulação do Ministério da Saúde junto à Educação para efetivar o ordenamento da formação, a década de 1990 foi rica em movimentos que buscavam mudanças nas graduações de saúde. Dois movimentos, em princípio independentes, vão se articular ao longo da década, o Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa, e o processo de avaliação e transformação das escolas médicas da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM).

### **3.2 Projeto Uni e Rede IDA**

O Projeto UNI, financiado pela Fundação Kellogg, buscava redimensionar questões relativas ao Programa IDA: orientava-se pela formação na perspectiva da multiprofissionalidade, pelo fortalecimento dos componentes curriculares integrados à comunidade e aos serviços organizados em Sistemas Locais de Saúde (Silos).

O UNI reforçava que os processos de mudança continuassem a ocorrer na comunidade, como forma de superar a dissociação entre proposições acadêmicas e sua aplicabilidade prática. No Brasil, foram implementados 6 projetos UNI, envolvendo 9 profissões de saúde e articulando um amplo conjunto de serviços de saúde, universidades e organizações comunitárias. Os projetos mobilizaram centenas de docentes e beneficiaram milhares de estudantes. (DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013, p. 1615)

Como forma de alcançar a incorporação do vetor de mudanças através dos atores serviço e comunidade o Projeto UNI trabalhou os aspectos da parceria, do desenvolvimento de lideranças, da institucionalização do projeto na academia e nos serviços, o desenvolvimento da comunicação e do trabalho em rede, o desenvolvimento da avaliação interna dos projetos, a pertinência, o desenvolvimento acadêmico, dos serviços e comunitário. (GONZÁLEZ e ALMEIDA, 2010)

### **3.3 A CINAEM**

Outro movimento da década de 1990 foi a CINAEM que surge como uma das respostas da categoria médica, através de suas entidades e movimentos de profissionais, estudantes e residentes. Diante de uma crise dos serviços públicos e do descrédito da população em relação ao estado, identificado como inoperante, incompetente e descompromissado, a questão da qualidade do profissional médico é uma das questões levantadas. A corporação médica se dividiu em relação às explicações e medidas a serem tomadas diante do problema. O Conselho Regional de São Paulo propôs um exame de final de curso para autorizar o exercício da medicina, a exemplo de exame semelhante realizado no Estado do Rio Grande do Sul no processo seletivo da Residência Médica.

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), por sua vez, busca explicitar as origens dos problemas da assistência na falta de investimentos e de políticas para o

desenvolvimento do setor público de saúde seja na prestação de serviços como no aparelho formador. Em 1990, junto a outras entidades médicas, profissionais e estudantis, propõe a formação de um Fórum Nacional de Ensino Médico para uma reflexão sobre o papel das escolas médicas e o delineamento das mudanças necessárias para a formação de um profissional que cumprisse com as exigências de um comportamento e postura éticos; conhecimento médico; habilidades psicomotoras e compromisso social.

São elaborados num formato de projeto de pesquisa cujos resultados são organizados em “fases”, corroborando a ideia inicial do habitus científico. Somando-se a estas duas, identificamos uma terceira regularidade, onde o tempo todo o discurso procura buscar elementos de identificação simbólica que o coloque no status de autorizado, a partir da sua identidade científica. É possível perceber uma marcação temporal nesse sentido. Portanto a CINAEM vai construindo seu conhecimento – isto é, sua compreensão e significação sobre o recorte da realidade sobre a qual se debruça, a formação médica nas escolas de medicina – a partir de aproximações sucessivas desse objeto, mediadas por instrumentos de pesquisa e de intervenção. (CRUZ, 2004, p. 197)

O projeto, desenvolvido em 3 fases, foi analisado por Cruz (2004) segundo a perspectiva da análise do discurso sobre a formação médica:

a) primeira fase: da criação da CINAEM, até o final de 1992: análise dos resultados da auto-aplicação de instrumento da OPAS por 76 das 81 escolas existentes, e a proposição de uma primeira abordagem do objeto que “introduz como método de abordagem da realidade, a organização de um Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil”, nos moldes de um projeto de pesquisa” (CRUZ, 2004, p. 201);

b) segunda fase: a partir da apresentação do Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil, em 1993, no XXX Congresso da ABEM e III Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Passando por discussões dos resultados da 1º fase nas escolas e debates sobre o Projeto durante todo o ano de 1994. Propôs-se um estudo híbrido, uma pesquisa-ação, cujos objetivos gerais e o desenho formulados foram:

1) analisar o paradigma atual da educação médica e sua relação com a realidade de saúde da população; 2) alinhar a educação médica às demandas sociais em transformação; 3) construir novos paradigmas adequados à educação médica contemporânea”. Estes três objetivos ilustram essa tendência em declarar-se a serviço da “ação”. Nos objetivos específicos percebemos o delineamento de ações a partir de verbos como “identificar”, “construir”, “estimular” e “propiciar”, revelando timidamente a incorporação

não apenas de discussões conceituais, mas de práticas de intervenção. (CRUZ, 2004, p. 240)

Durante os anos de 1995 e 1996 foram realizadas oficinas de implantação e acompanhamento do Projeto, com a participação de representação docente e discentes das escolas que participaram:

[...] foram construídos dois estudos epidemiológicos: um de recorte Transversal para estudar os recursos humanos docentes e outro uma Coorte para acompanhar o desempenho cognitivo e prático dos alunos no internato e uma avaliação do Modelo Pedagógico de desenho qualitativo a partir da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional. (CRUZ, 2004, p. 246)

Há uma passagem dos objetos de uma rede conceitual macropolítica para outra micropolítica. É esta a transformação fundamental que ocorre no discurso a partir do sentido imprimido à segunda fase. Com efeito, esta atuação discursiva situa os objetos que discute muito mais próximos dos atores sociais, e, portanto, passíveis de suas intervenções. (CRUZ, 2004, p. 250)

c) terceira fase: a ideia de “transformação” se torna o principal eixo narrativo a partir do qual a CINAEM passou a amarrar a rede de significados e de explicação da terceira fase inaugurada no XXXV Congresso Brasileiro de Educação Médica, de Uberaba, em 1997, no VII Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico, quando foi apresentado o “Projeto CINAEM: Transformação do ensino médico no Brasil: um processo coletivo de construção do novo”. Neste ponto, a autora identifica uma metamorfose no discurso sobre a formação médica onde emerge a discussão sobre o objeto da prática médica e o questionamento sobre o conhecimento médico:

[...] ao tomar como objeto da prática médica “as necessidades das pessoas”, isto deverá significar necessariamente que estaremos considerando que a doença existe para o seu portador quando ele a significa a partir dos conhecimentos que detém (CINAEM, 2000). Introduce, com isso, a possibilidade de se construir uma rede conceitual que versa sobre a construção cultural da ideia de adoecer, que tem potencial para interferir no modo como se organiza o trabalho médico. (CRUZ, 2004, p. 315)

A CINAEM, enquanto movimento no campo da categoria médica, se beneficiou da mobilização dos cursos de medicina que participaram do Projeto UNI:

[...] a potencialização recíproca de mobilização e produção que ocorreu em decorrência da aproximação e do trabalho conjunto entre a CINAEM e a Rede UNIDA, durante a segunda e terceira fases, quando o conjunto das escolas médicas, no projeto UNIDA, teve sua participação na CINAEM potencializada, tendo em vista que o Projeto UNI as colocava, em relação às

demais escolas médicas brasileiras, em condições privilegiadas, visto que o projeto Uni trazia no seu bojo um investimento financeiro na instituição, condicionado à adesão e implantação da proposta de mudança da escola médica apresentada no ideário Uni. (CRUZ, 2004, p. 277)

### **3.4 A Rede UNIDA**

A Rede UNIDA como desdobramento do movimento em torno da integração docente-assistencial surge em 1997 como estratégia de sustentabilidade dos processos de mudança curricular ao final do financiamento dos Projetos UNI formada por “pessoas, projetos e instituições comprometidos com os movimentos de mudanças na formação, o desenvolvimento dos profissionais de saúde e a construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz, com forte participação social” (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010, p. 560).

Movimentos como a Rede Unida e a CINAEM contribuíram para formar as bases para a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde (DCNS), de 2001, que resultaram de um importante protagonismo das associações de ensino das profissões de saúde por estarem envolvidas com os processos de articulação do ensino ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde que buscavam inovar na proposição de articulações entre o ensino, o trabalho e a cidadania (CECCIM e FERLA, 2009; CRUZ, 2004; DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013). O setor da Educação foi beneficiado pela acumulação histórica do Movimento Sanitário e da mobilização das Associações de Ensino das profissões de saúde articuladas em torno de um processo que articulasse a qualificação e desenvolvimento do SUS à formação de profissionais com perfis mais adequados às necessidades de saúde da população e do sistema:

A Educação Superior, como gestão setorial do ensino, teve pouca ocupação com a produção política que ocorreu no interior da área setorial da saúde. Foram as associações de ensino das profissões de saúde e o próprio Sistema Único de Saúde que se ocuparam do debate sobre a mudança na formação e a formulação de diretrizes curriculares. Devido ao Sistema Único de Saúde, tornou-se relevante para o conjunto das profissões da área o fortalecimento ou criação de associações de ensino congregando professores e estudantes de graduação, gestores desse setor nas políticas públicas, serviços de saúde e representantes da sociedade. As associações de ensino não correspondem às associações profissionais, estas são outras, ocupadas principalmente com especialidades e áreas de atuação profissional. (CECCIM e FERLA, 2009, p. 48)

A Rede UNIDA aparece nominalmente nas contribuições consideradas como referências para

as Diretrizes Curriculares Nacionais conforme parecer do Conselho Nacional de Educação. As DCNS tomam como objeto a construção de currículos alinhados como o processo da Reforma Sanitária:

[...] construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira. (EDUCAÇÃO, 2001, p. 4)

Como objetivo, as DCNS trazem o conceito da educação permanente para as graduações em saúde coerente com as orientações da Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI, da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior da UNESCO, de 1998:

[...] levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.(EDUCAÇÃO, 2001, p. 4)

### ***3.5 Educação Permanente: da proposição em 1972 às Diretrizes Curriculares Nacionais***

A integração de cenários de formação e de produção das ações e serviços é considerada como dispositivo<sup>14</sup> para a qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais e leva em conta o conceito de formação ao longo da vida, através de estratégias de ensino formal e não formal, denominado educação permanente, que passa a ser tematizado pela OPAS a partir de 1975 (HADDAD; MOJICA; CHANG, 1987). O conceito de educação permanente foi elaborado na França em um período de transformações sociais e culturais do final da década de 1960 e início da década de 1970 a partir do questionamento dos estudantes contra a ordem educativa que representava toda a sociedade em crise. Segundo Gaston Pineau (2005), as Ciências da Educação como disciplina acadêmica e a abertura do campo educativo institucional a outras gerações que a dos jovens e adolescentes são nascimentos inscritos na

<sup>14</sup> Vale questionar se dispositivo está sendo utilizado em seu sentido denotativo, na acepção de regra, função, norma ou se aqui foi pensado como montagem, arranjo disparador de mudanças, de invenção do novo (BAREMBLITT, 1996).

órbita da revolução estudantil de 1968, quando ele próprio foi um estudante das primeiras turmas da Universidade de Paris-Sorbonne. Um enorme campo, praticamente inédito, de projetos de formação seria aberto em 1971 a partir da lei sobre a formação profissional contínua no âmbito da educação permanente.

A educação permanente ganhará notoriedade internacional em 1972, no Relatório intitulado "Aprender a Ser", da Comissão Internacional de Educação da UNESCO, quando surge como conceito e é firmada como primeiro princípio das políticas educativas futuras. Quase vinte anos mais tarde será reafirmada na Declaração Mundial sobre Educação para Todos: Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem, em 1990, e pela Comissão designada para refletir sobre a educação e a aprendizagem no século XXI, que resultou no documento "Educação: um tesouro a descobrir" de 1995. (DELORS, 2010; PINEAU, 2005).

Militante, pesquisador e profissional do campo da educação, Gaston Pineau (2005), em um balanço de quase 40 anos de sua trajetória profissional em torno do tema, identifica em sua trajetória a emergência de um paradigma antropofomador de pesquisa-ação-formação transdisciplinar. Inicialmente desenvolvendo projetos de pesquisa-ação para, em período posterior, investir na articulação de redes de formação e pesquisa, o autor aponta para o surgimento de diferentes atores, com problemas e questões de pesquisa novos que demandam igualmente conceitos e métodos novos. Periodizando sua produção sobre a educação permanente em 3 períodos, a partir de 1968 até o ano de 2003, denomina os primeiros 12 anos, de 1968 a 1980, como "Período de Emergência Distinta", que se inicia com seu mestrado sobre abordagem sistêmica e pesquisa-ação. O segundo período, nos anos oitenta, denomina "Aproximação Paradigmática", época em que utiliza a abordagem sistêmica para analisar novos sistemas de formação no Canadá. Estudando um Serviço de Educação Permanente da Universidade de Montreal, "em sua dinâmica de conjunto como sistema de acoplamento entre os recursos universitários e as demandas sociais" (PINEAU, 2005, p. 105), seu trabalho ultrapassa recortes disciplinares de sociologias de diferentes domínios do conhecimento onde "essas realidades diferentes são implicadas, de maneira associada, nessas práticas instituintes de construção de programas de formação. A partir do seu doutoramento e da relação estabelecida entre diferentes autores e grupos de pesquisa entra em operação a proposta de trabalhar em rede para unir pesquisa, formação e ação.

Pineau, em seus últimos trabalhos, rastreará os principais pesquisadores da História de Vida com o objetivo de “demonstrar como as ações cotidianas podem transformar-se em pesquisa e como as pesquisas podem transformar-se em formações diferenciadas” (FAZENDA, 2010, p. 4).

[...] um movimento socioeducativo de pesquisa-ação-formação que parece inscrever-se na difícil passagem do paradigma da ciência aplicada ao do ator reflexivo. [...] Sua aposta biopolítica é a da reapropriação, pelos sujeitos sociais, da legitimidade de seu poder de refletir sobre a construção de sua vida. Essa vida não é completamente pré-construída. E ela é muito complexa para ser construída unicamente pelos outros. Novas artes formadoras da existência são inventadas. Foucault as denomina de as artes da existência. (PINEAU, 2006, p. 336)

Enquanto orientação para uma sociedade educativa, a educação permanente, no âmbito das recomendações da UNESCO para o século XXI, assume o desafio de superar tensões entre o

[...] global e o local, universal e singular, tradição e modernidade, entre o longo e o curto prazo, entre competição e respeito pela igualdade de oportunidades, tensão entre desenvolvimento dos conhecimentos e capacidade de assimilação, entre o material e espiritual. (DELORS, 2010, p. 8)

Dentro das recomendações para cada nível de formação, à universidade é reservado o centro do sistema educacional, a despeito da existência de outros estabelecimentos de ensino superior nos países. Dentre as funções consideradas essenciais para exercer esta centralidade, além de preparar para a pesquisa e o ensino, formar profissionais adaptados às necessidades da vida econômica e social e cooperar internacionalmente, a universidade deve estar aberta a responder aos “múltiplos aspectos do que se designa por educação permanente em sentido amplo. Se exprimindo com independência e responsabilidade acerca de problemas éticos e sociais a universidade deveria fornecer respostas válidas para os desafios da massificação, diversificando a educação secundária e suprimindo a obsessão pela via principal e única.

Combinadas com a generalização da alternância estudo/trabalho, elas deveriam permitir, também, a luta eficaz contra o fracasso escolar. O desenvolvimento da educação ao longo da vida implica o estudo de novas formas de obtenção das certificações que levem em consideração o conjunto das competências adquiridas. (DELORS, 2010, p. 32)

## 4 A Educação Permanente entra na Roda

O Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no ano de 2004, através da Portaria GM 198 de 13 de fevereiro, cuja proposta havia sido debatida e aprovada meses antes pelo Conselho Nacional de Saúde e a seguir pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. Fruto de um processo de avaliação e formulação coletivas durante o ano anterior, sua experimentação é analisada através do conceito do Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde, como sendo o de uma política pública: "sustentada nos princípios e diretrizes do SUS e proposta para implementar processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde." (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.42). Os autores, em uma (auto)crítica à formação em saúde no Brasil, ressaltam o fato de que a atualização técnico-científica não deve ser o foco central da qualificação das práticas de saúde e consideram que uma reforma da educação poderia ser um movimento social semelhante ao da Reforma Sanitária reivindicando como de interesse público uma formação acadêmico-científica, ética e humanística para um melhor desempenho tecnoprofissional na saúde.

Ceccim e Feuerweker (2004) resgatam o processo de construção da PNEPS, segundo o qual, a partir de rodadas de avaliação, foram recuperadas diversas experiências em desenvolvimento no SUS capazes de provocar repercussões nos modos de ensinar e aprender - conquanto não tenham logrado serem formuladas articuladamente à gestão setorial e ao controle social - como política com forte potência para orientar "modos de fazer formação". Defendem, então, que a implementação das diretrizes constitucionais do SUS passe a ser objetivo central da formação em saúde, com a educação em serviço passando a ter estatuto de política pública governamental. A proposta, denominada "Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" constava de uma exposição sobre o conceito de formação de que era portadora e de uma estratégia de implantação através da constituição dos "Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde" como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente (BRASIL, 2004).

Em 2007, por ocasião da reconfiguração das relações entre os entes federativos na execução da política de saúde, denominada "Pacto pela Saúde: Consolidação do SUS" a PNEPS é

reafirmada e são publicadas novas diretrizes para sua implantação, entretanto, nem todos os elementos inicialmente concebidos estão presentes (BRASIL, 2009). Nesta apresentação me debruçarei sobre o aspecto como a produção do conhecimento foi considerada no âmbito da PNEPS por ocasião de sua instituição, em 2004, e como este modo produção de conhecimento se relaciona com a aposta de que a Educação Permanente em Saúde constitua-se em processo ético-político de transformação das práticas sanitárias e de cuidado na perspectiva da construção da Reforma Sanitária Brasileira, levando em consideração a inclusão de atores da cena locorregional, como o movimento estudantil e os movimentos de educação popular, que não necessariamente estariam contemplados entre os interlocutores formais do controle social.

A PNEPS foi instituída como efetivação de duas atribuições constitucionais do SUS, o ordenamento da formação de recursos humanos e o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde. Com vistas a desempenhar estas duas atribuições a PNEPS expressa a necessidade de articulação da gestão, atenção e participação popular com a educação dos profissionais da saúde. Esta articulação é compreendida como integração dos cenários onde estas atividades acontecem, ou seja, o ensino da saúde devendo se dar nos serviços de saúde, na condução da gestão e gerência das ações de saúde e na efetivação do controle social sobre o sistema como linhas paralelas de produção do cuidado e produção pedagógica na saúde (FRANCO, 2007). Os últimos 50 anos do século XX assistiram a diferentes iniciativas de integração entre serviços e instituições acadêmicas como forma de interferir na formação de profissionais com perfil mais adequado às necessidades de saúde da população, experiências denominadas de integração ensino-serviço, ou ainda na tríade ensino-serviço-comunidade, foram acumuladas a título de inovações. O que a PNEPS veio acrescentar a esta tríade, além de sua conformação como política de estado, e não apenas como programa, experiência ou projeto, é uma ampliação da concepção de serviço para atender não só às práticas de atenção, mas também se articular ao processo de gestão e gerência do sistema (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Veremos que a formulação da PNEPS guardou identidade com a produção francesa sobre a educação permanente, ancorando-se em conceitos como a aprendizagem significativa e a pedagogia da autonomia de Paulo Freire. Esta formulação também guarda relação com o campo da pedagogia a exemplo da educação popular e, ainda, com formulações do movimento institucionalista, quando este busca “alterar a noção de Recursos Humanos,

proveniente da Administração e depois da Psicologia Organizacional” (CECCIM, 2005, p. 162) adotando a noção de coletivos de produção que necessitam arranjos singulares para operar o processo produtivo e onde se deve instalar processos de auto-análise e auto-gestão. Este autor declara como central à Educação Permanente em Saúde

[...] sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção. (CECCIM, 2005, p. 162)

A PNEPS propôs uma ampliação do conceito de educação permanente inserindo-a no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e firmando-o como Educação Permanente em Saúde (EPS), que “realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva” enunciando novos objetos e a necessidade de, igualmente novas abordagens. Sua afirmação como estratégia no campo da saúde, marcada pela denominação “Educação Permanente em Saúde” deveu-se ao fato de ter sido incorporada como política, fato inédito em relação a outros setores e mesmo na saúde (CECCIM; FERLA, 2009; CECCIM, 2005).

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. (BRASIL, 2004, p. 6.

O arranjo proposto para a execução e condução locorregional da PNEPS foi a implantação de Colegiados de Gestão, denominados Pólos de Educação Permanente, que seriam instâncias interinstitucionais, locorregionais, colegiadas de gestão ou, simplesmente, rodas.

A roda (reafirmando: articulação interinstitucional e locorregional), agora, podemos melhor colocar, não representa apenas um mecanismo mais democrático e participativo de gestão, é um dispositivo de criação local de possibilidades (neste tempo e lugar). [...] A roda serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências. É por estarem em roda que os parceiros criam possibilidades à realidade, recriam a realidade e/ou inventam realidades segundo a ética da vida que se anuncia nas bases em que são geradas. (CECCIM;

FEUERWERKER, 2004, p. 59)

Além de opção mais democrática e participativa, a configuração em roda buscava superar os arranjos verticais da hierarquia burocrática tradicional do estado e operar o preceito constitucional da relação horizontal entre entes federados e não mais subordinados. Rompe com a racionalidade gerencial hegemônica, retirando a imagem da pirâmide e buscando o potencial de mobilizar e promover mudanças das estruturas pela lógica do compromisso ao invés da hierarquia. Através da criação de espaços de participação e de pactuação, propunha-se instituir um processo dialético de transformação das práticas de atenção e do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que se reconhecia necessário transformar também o processo de formação profissional no âmbito das instituições de ensino.

Com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde. (BRASIL, 2004, p. 6)

A política expressava uma aposta de que seus efeitos fossem atingidos através de uma grande articulação entre reflexão sobre os processos de trabalho, e de gestão, em “relação orgânica” com processos de formação de profissionais nos vários de ciclos de formação existentes. Outra aposta era que este movimento, de mudança nos processos de formação e no modo de produzir as ações de saúde, produzisse também conhecimento e que este pudesse ser reconhecido, avaliado e disseminado pela organização dos Polos, rompendo com a “lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais” (BRASIL, 2004, p. 7).

## **5 De que conhecimento falam os documentos sobre a Educação Permanente**

Através da problematização do processo de trabalho, e tendo como orientação os princípios e diretrizes do SUS, a PNEPS, em sua versão inicial, propunha a produção social do conhecimento para a mudança das práticas de saúde e a formação. Trabalhava a ideia de rede,

onde um conjunto articulado de ações e serviços fossem prestados “reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e populações” (BRASIL, 2004, p. 6). Do ponto de vista da organização, a PNEPS propunha a gestão colegiada regional onde um dos objetivos, a produção do conhecimento, fosse feita de forma a garantir que os aportes de conhecimento para o processamento das demandas de formação e desenvolvimento preservassem o caráter interinstitucional, que estendesse e extrapolasse as estruturas formais previamente existentes em cada instituição de forma a possibilitar a inovação.

A gestão colegiada deve explicitar o compromisso com a mudança, suprimindo a imagem da pirâmide, a noção de níveis de gerenciamento e a construção programática fragmentária, trazendo para a cena a capacidade de valorizar o potencial de mobilização e de desestabilização das estruturas tradicionais. (BRASIL, 2004, p.8)

A implantação dos Polos, como instâncias regionais onde as diversas instituições se relacionariam de forma horizontal e democrática, era anunciada pela política como uma grande novidade de estado, a partir da qual se esperava produzir inovações.

Deste modo o conhecimento para a educação permanente é produzido no território do cuidado em saúde, onde o principal habitante é o usuário, cidadão de direitos, os demais agentes do cuidado coabitam o espaço social deste. Ainda que profissionais e instituições de ensino e pesquisa sejam os legítimos portadores do saber informado pela ciência, que hegemonicamente orientam as práticas de saúde, no território do cuidado também habita a gestão, como agente de estado que provê as condições para que as intervenções de saúde estejam disponíveis. No momento da efetivação das ações em saúde, os saberes profissionais legitimados pela ciência e disponibilizados pelos serviços, segundo condições estabelecidas pela gestão, devem respeitar e dialogar com os usuários, portadores do direito ao cuidado em saúde, não meros receptáculos de prescrições de modos normalizados de viver.

O conhecimento para a Educação Permanente em Saúde, portanto, se produz em um arranjo comunicativo que pode ser melhor apreendido como uma mandala onde “há rede, fluxos, desenho, dobra, movimento” (CECCIM; FERLA, 2009, p. 449)

Mandalas de formação e desenvolvimento articulam diagramas rizomáticos de significados e produzem conhecimento coletivo. Está aí um aprendizado que a educação permanente em saúde pode transferir ao sistema de saúde.

[...] não existe educação de um ser que sabe para um ser que não sabe, o que existe é a troca, intercâmbio e estranhamento de saberes, com conseqüente construção de conhecimento. **Se não se constituir uma tensão entre o que já se sabe e o que há por saber, não bastarão as novas informações, mesmo que preciosamente bem comunicadas.** (CECCIM; ALVIM; SANTOS, 2009, p. 176, grifo meu)

Esta concepção de conhecimento, produzido na interação e tensionamento entre os diferentes atores em situação de produção do cuidado, à maneira de mandala, segundo Ceccim e Ferla (2009b) e Ceccim e colaboradores (2009), encontra referência na Filosofia Mestiça de Serres, que em uma metáfora à Teoria de Kepler sobre o movimento planetário, já exposta no capítulo anterior sobre a ciência, propõe que o conhecimento funciona de forma elíptica. Assim como as órbitas planetárias, o “sol do conhecimento” se constitui em apenas um dos polos da elipse percorrida pelo planeta e outro foco escuro desloca de maneira excêntrica sua órbita. Nem sol, nem planeta ocupam o centro desta elipse, que Serres denomina de lugar mestiço. O filósofo explora esta ideia, em vários aspectos, para propor o conhecimento como uma mestiçagem “o conhecimento se descentra, como o mundo, mas, como ele, e seu elã, na energia de seu movimento. [...] O não-saber contorna o saber e a ele se mistura.” (SERRES, 1993, p. 48). Para o filósofo isso é o novo, não há oposição ingênua entre o conhecimento e a ignorância, deixando para trás o Bem platônico, o iluminismo, a ciência clássica, Serres anuncia a chegada da idade dos luzires:

O conhecimento clareia o lugar. Tremulante. Colorido. Frágil. Mesclado. Instável. Circunstancial. Penumbroso. Atravancado. No raio de claridade, furta-cor, saturado de partículas, dançam os átomos. O Rei Sol vê seus louros pulverizados. Longe de iluminar o universal, ele pisca sob quantidades de pó. Eis a idade dos clarões e das ocultações locais, a idade do cintilamento. (SERRES, 1993, p. 53-54)

Tirando proveito da imagem da elipse como forma das órbitas planetárias, no próximo capítulo reconstituo o percurso metodológico desta pesquisa construído a partir do tensionamento entre dois focos, que podem ser tomados como expressão de atratores que conformam sua órbita: um deles, a própria Rede Unida, a partir de pesquisa documental que resgata sua história e sua configuração atual como espaço de elaboração e compartilhamentos sobre a formação em saúde, em outro foco, a produção de conhecimento reunida nos seus congressos, como expressão da diversidade dos modos de ser da formação, que deslocam a órbita da Rede Unida ao não percorrem, obrigatoriamente, um círculo perfeito em torno das suas formulações, como demonstrado por Melchior e Baduy (2009) que, no congresso

realizado em 2006, encontraram quase metade dos trabalhos (44,1%) inadequadamente classificados por seus autores como sendo de educação permanente.

## Capítulo IV - Lançando-se ao rio... ou caminho metodológico

## 1 A conformação da pesquisa

Esta pesquisa é documental e consta de um estudo exploratório cuja principal fonte é o conhecimento veiculado pelos Congressos da Rede Unida, além do levantamento de material sobre a Rede Unida e seus congressos, disponível em artigos, teses, dissertações, vídeos e sites na internet. Em relação aos trabalhos apresentados em congressos, foram utilizados apenas os anais disponíveis para consulta na internet o que limita o campo empírico desta pesquisa às três últimas edições do Congresso da Rede Unida, realizadas nos anos de 2009, 2010 e 2012, cujos trabalhos foram publicados no site institucional da Rede, em [www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br).

Procedeu-se então a uma primeira seleção dos trabalhos, por uma amostra de conveniência formada pelos trabalhos escolhidos para o formato “apresentação oral”, e aqueles que possuem resumos expandidos disponíveis. Esta escolha foi orientada pelo fato destes trabalhos terem sido considerados mais relevantes, e/ou mais instigantes, e/ou mais inovadores, e/ou outro critério eleito pelas comissões científicas, o que resultou em reserva de maior espaço para exposição e discussões coletivas. Em alguns casos há uma segunda seleção a partir do texto expandido. Este procedimento pode ser inferido pela existência de duas versões dos trabalhos, uma apenas com o resumo e outra com o resumo expandido, nas edições de 2010 e 2012 dos Congressos da Rede Unida, e apenas de apresentações orais em 2009. As instruções para inscrição de trabalhos, critérios para apresentação oral ou solicitação de resumos expandidos, não foram encontradas no *site* da Rede Unida ou em outros sítios na internet por isso não puderam compor a análise.

O fato do material analisado estar disponível na internet, em acesso aberto, condição que o caracteriza como fonte secundária em estudos com seres humanos, resultou em dispensa de submissão ao Comitê de Ética na Pesquisa (CEP) e a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>15</sup>. Vale esclarecer que na área da Ciência da Informação a utilização de anais de congressos se configura como fonte primária.

---

<sup>15</sup> Ainda assim o projeto foi enviado ao CEP da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio que atestou esta condição.

Tendo delimitado o campo empírico sobre o qual a investigação se desenvolveu, descreverei as etapas de preparação da base de dados dos trabalhos, os procedimentos executados durante a análise, bem como os obstáculos encontrados para sua realização e as decisões que foram tomadas para superá-los. Outros procedimentos, como a busca de fontes complementares, a partir de levantamento bibliográfico e pesquisa documental na internet, também serão relatados. O norte que orientou a construção do caminho metodológico, e as opções que tiveram que ser feitas no transcorrer da investigação, foi a busca pelas diferentes formas de expressão da mestiçagem na produção do Movimento da Rede Unida.

A pequena disponibilidade de produção bibliográfica sobre o movimento da Rede Unida, contrasta com sua trajetória de quase três décadas. Sua origem em projetos de financiamento internacional; sua identificação e contemporaneidade com movimentos de mudança das práticas de ensino e saúde como a medicina comunitária, medicina preventiva e integração docente assistencial; a articulação política dos membros da Rede aos movimentos da Reforma Sanitária Brasileira e na elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (BARBIERI, 2006; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010b); todos estes são sinais de sua presença no cotidiano da formação e do envolvimento dos seus membros com espaços de produção da saúde.

Por fim, a presença de dirigentes da Rede Unida no processo que desencadeou a construção do conceito da Educação Permanente em Saúde como política de desenvolvimento do trabalhador e de suas práticas, política que não dissocia sujeito do objeto, são outras pistas que indicam o caráter mestiço do Movimento da Rede Unida. Assim como o manto do arlequim guarda a heterogeneidade e as marcas dos tempos e espaços percorridos, a Rede Unida marca presença em processos instituintes de mudanças da formação em saúde no Brasil, como na CINAEM<sup>16</sup> (CRUZ, 2004); na constituição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e no processo de formação de ativadores de processos de mudança da formação (DIAS, LIMA, TEIXEIRA, 2013).

Ao longo de sua trajetória, portanto, vai transformando seu modo de atuar e acolhendo novas agendas, novos atores e engendrando seus movimentos com fluxos, e às vezes, refluxos (TEÓFILO, 2012). A escassez de referências bibliográficas sobre a Rede Unida poderia ser comparada ao fenômeno relatado por Serres no desenvolvimento da matemática, como um

---

<sup>16</sup> Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico apresentada no capítulo anterior.

terceiro instruído, assim como a diagonal de um quadrado não poderia ser demonstrada com os números naturais disponíveis na geometria da Grécia antiga. Apesar da impossibilidade da diagonal se expressar com o conhecimento disponível à época, não sendo par, nem ímpar, sua presença se impunha à intuição, delimitando o meio do quadrado, bem no cruzamento de duas metades que não deveriam existir, posto não serem passíveis de representação pelos valores reconhecidos com verdadeiros: “indizível, irracional, diferente” (SERRES, 1993, p. 55). Segundo o autor, do reconhecimento deste absurdo matemático à época, se desenvolveu de fato a matemática.

## 2 Outras fontes

De forma complementar à análise dos trabalhos apresentados nos Congressos, três outras fontes foram utilizadas, todas disponíveis na internet:

- a) site da Rede Unida – [www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br) – com sua produção visual e textual;
- b) dois canais institucionais de vídeos da Rede Unida e um canal com vídeos da programação do evento;
- c) levantamento bibliográfico sobre a Rede Unida realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS Salud) – [www.bireme.org](http://www.bireme.org) e no portal Scielo Brasil – [www.scielo.br](http://www.scielo.br).

As fontes “a” e “b”, acima citadas, por um lado representam a própria Rede Unida, enquanto instituição que se apresenta, por outro lado, seus militantes, e principais articuladores ao longo dos últimos 20 anos de sua constituição, através de depoimentos e registros de suas apresentações em eventos da Rede.

Para caracterizar a dinâmica de atuação da Rede Unida como movimento social, buscando identificar as inovações que propõe e realiza no campo da formação e educação permanente em saúde, analisou-se também a produção acadêmica, disponível em artigos e dissertações. A busca bibliográfica, utilizando o termo “Rede Unida”, recuperou 29 artigos, dos quais 6 em

texto completo. Apenas 2 destes artigos tematizavam o processo de constituição do Movimento da Rede Unida. A busca pelo termo no portal de periódicos do Scielo não acrescentou artigos à busca inicial. Durante a análise dos trabalhos dos congressos um resumo expandido (TEÓFILO, 2012) foi acrescentado ao levantamento bibliográfico, isto se deveu ao fato de que os anais, apesar de estarem disponíveis para consulta, não estão indexados para recuperação através de bases bibliográficas ou mecanismos de busca na internet.

Toda esta análise de fontes complementares buscou responder às seguintes perguntas:

- a) como se constituiu?;
- b) Como está conformada? Quais são suas características e práticas? Mais estruturais, sistêmicas ou mais fluidas, em rede?;
- c) Quais valores, princípios, diretrizes e objetivos declarados?.

A pesquisa bibliográfica, a análise das informações do site e a descrição dos canais de vídeo disponíveis serão apresentadas no Capítulo V A Rede Unida e sua produção mestiça.

A partir da reconstituição da história da Rede Unida através dos registros e depoimentos disponíveis, passou-se à análise da produção intelectual veiculada nos Congressos em busca do testemunho de uma produção mestiça, mesclada nos caminhos e descaminhos entre formação, gestão, controle social e práticas de saúde, que buscam formas mais cidadãs de cuidar, produzindo vida nas vidas das pessoas.

## **3 Os Congressos, sua produção e a conformação da amostra de conveniência**

### **3.1 Os congressos**

O quadro 1 relaciona os 3 Congressos para os quais os anais estão disponíveis na internet, no

site da Rede Unida. Anais de outros congressos foram publicados apenas em edições impressas, não se configurando, portanto, conhecimento facilmente acessível, por isso não foram incluídos no *corpus* de análise.

*Quadro 1: Relação dos Congressos da Rede Unida com anais disponíveis para consulta.*

Ano	Local	Edição	Tema
2009	Salvador	8a.	SUS: 20 anos de Educação, Trabalho e Cidadania
2010	Porto Alegre	9a.	Saúde é construção de vida no cotidiano: educação, trabalho e cidadania.
2012	Rio de Janeiro	10a. Internacional	Educação, Saúde e Participação: ousadia de construir rede produtoras de vida no cotidiano.

Fonte: Site da Rede Unida. Elaboração própria.

Apesar de estarem disponíveis para consulta, os anais não se constituem em uma base de dados pronta para análise e processamento. A forma de apresentação e organização dos anais não é padronizada, constituindo uma heterogeneidade ao longo dos anos estudados. No Congresso de 2009 não há textos expandidos, o que diferencia os trabalhos é sua modalidade de apresentação: oral ou em pôster. Para efeito da seleção de trabalhos proposta nesta investigação, procedeu-se a uma analogia entre trabalhos orais e trabalhos com resumos expandidos, visto atribuir-se a ambos uma maior visibilidade, seja pelo formato de exposição em sessões com menor número de trabalhos, seja pelo maior tempo disponível para debate.<sup>17</sup>

### **3.2 Construção da base de trabalhos**

Os trabalhos disponíveis estão quantificados no Quadro 3. Esta quantificação, entretanto, não é transparente nos anais. Além da analogia entre as modalidades dos trabalhos, também foi necessário proceder à extração dos textos do suporte em que se encontravam, além de outros dados de identificação, para depois construir a base de dados de cada edição do congresso.

<sup>17</sup> Vale registrar que mesmo os pôsteres, a partir da edição de 2009, em Salvador, são apresentados em sessões orais com o coletivo de apresentadores, sendo que, em 2010, na edição de Porto Alegre, foi adotado o formato eletrônico para os pôsteres, reduzindo-se desta forma o desperdício de papel e outros materiais sintéticos. (depoimento da própria autora)

*Quadro 2: Quantidade de Trabalhos apresentados nos Congressos da Rede Unida, disponíveis para consulta.*

Ano	Tema	Trabalhos em Anais		
		Orais ou expandidos	Pôsteres	Total
2009	"SUS: 20 anos de Educação, Trabalho e Cidadania"	105	140	245
2010	Saúde é construção de vida no cotidiano: educação, trabalho e cidadania.	687	863	1550
2012	Educação, Saúde e Participação: ousadia de construir rede produtoras de vida no cotidiano.	360	1310	1670
Total		1152	2313	3465

Fonte: Site da Rede Unida. Anais dos Congressos da Rede. Elaboração própria.

O procedimento de extração dos dados dos trabalhos foi artesanal e variou conforme a característica dos registros disponíveis em cada edição. A extração do texto e outros dados dos resumos e posterior conversão para o formato txt foi a etapa que antecedeu à análise e possibilitou a formação da base de trabalhos de cada congresso.

Para o ano de 2009, cujos trabalhos estavam em arquivos *portable document format* (pdf) e tinham todos eles um mesmo padrão de disposição dos metadados (título, número de registro, autores, instituições, etc...) foi possível adotar um procedimento automatizado para extração dos dados e formação da base. Os resumos dos trabalhos apresentados em modalidade pôster e apresentação oral estão organizados em um único arquivo pdf para cada modalidade. Estes dois arquivos foram, cada um, convertidos para formato texto e em seguida foi feita a separação do conteúdo em campos a partir de delimitadores. Apenas os trabalhos da edição de 2010 possuíam palavras-chave e por este motivo elas não foram incluídas na análise, conforme Quadro 3.

*Quadro 3: Dados disponíveis para análise nos Anais de cada edição analisada.*

<b>Dado/ano</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>
Número de registro	X	X	X
Título	X	X	X
Resumo	X	X	X
Afiliação	X	X	X
Autores	X	X	X
Palavras-chave	-	X	-
Forma de registro	arquivo de apresentações orais e pôsteres	Texto em html para todos os resumos e arquivos pdf para cada trabalho expandido	Textos em html para cada resumo e trabalho expandido.

Fonte: elaboração própria.

Para os anos de 2010 e 2012 o procedimento de montagem da base de dados foi em parte por conversão automática e, em outra grande parte, tratamento manual dos conteúdos para separação dos metadados. Os procedimentos automatizados foram realizados com o apoio do Observatório de Tecnologias da Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS)<sup>18</sup>, rede de pesquisa da qual a autora faz parte e que também apóia a Rede Unida.

O tratamento manual dos 687 arquivos pdf de trabalhos expandidos da edição de 2009, além de exaustivo, resultou em uma base com muitos erros e perdas de transcrição<sup>19</sup> de dados. Este problema foi identificado na etapa da mineração do texto, procedimento adotado para análise quantitativa e do conteúdo dos trabalhos. A mineração revelou o agrupamento de palavras resultante da exclusão dos espaços que existiam entre elas no documento original. Este problema invalidou a base de dados construída para análise dos 687 trabalhos expandidos do ano de 2009 levando à utilização apenas dos resumos destes trabalhos. A transcrição não foi o único problema encontrado para a utilização dos textos completos, a mineração de textos apresentou limitações para proceder ao processamento de linguagem natural, conforme relatado no item a seguir (3.3 Análise dos Trabalhos), reforçando a decisão de utilizar apenas os resumos dos trabalhos selecionados para apresentação de textos expandidos e não seus respectivos textos completos.

<sup>18</sup> <http://www.otics.org.br/otics/>

<sup>19</sup> Por transcrição de dados compreende-se o procedimento de “colar” em um arquivo txt o texto marcado e copiado a partir de um arquivo pdf.

### **3.3 Análise dos trabalhos**

Os textos recuperados no site da Rede Unida foram analisados através da abordagem de estudos métricos da informação para identificar temas, termos e conceitos que são orgânicos às práticas da educação permanente no âmbito da produção do cuidado visando:

- a) caracterizar o conjunto em cada edição do Congresso;
- b) identificar e desambiguar autores e instituições desenhando as relações estabelecidas entre estes;
- c) identificar e mapear graficamente conjuntos temáticos abordados na amostra de trabalhos e as relações entre eles;

Através da mineração de texto dos trabalhos disponíveis foram mapeadas as relações entre os conjuntos temáticos, os autores, instituições e suas relações na produção de conhecimento dentro do contexto da Rede Unida.

As bases de trabalhos de cada uma das 3 edições do congresso, após montadas em arquivo txt, foram processadas por mineração de texto a partir da utilização de um software proprietário, o VantagePoint® (VP):

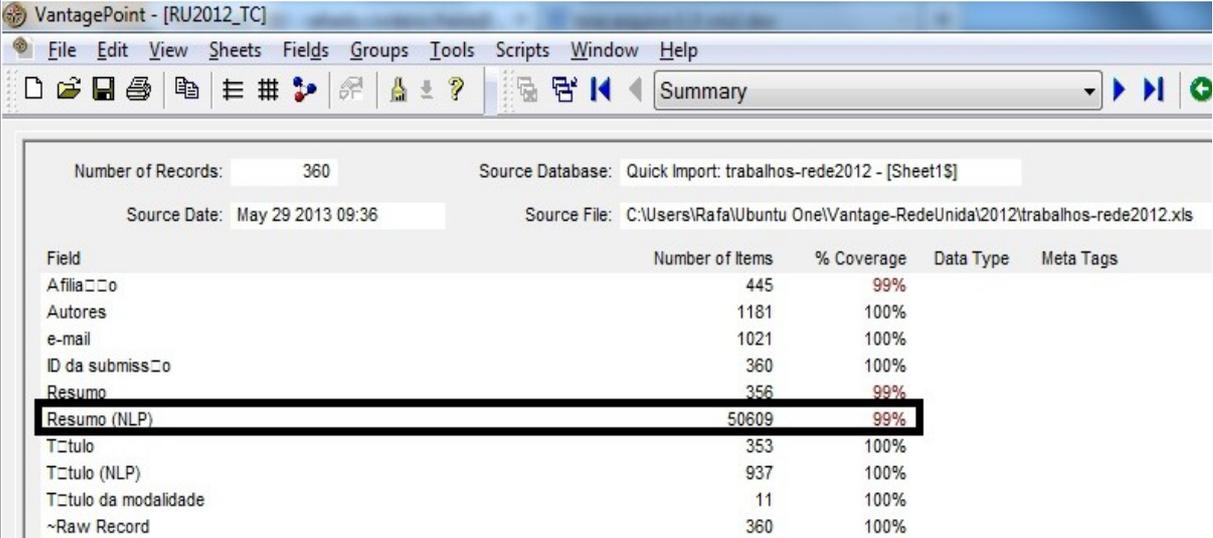
O VantagePoint é um software de mineração de dados desenvolvido pelo Georgia Institute of Technology e comercializado pela SearchTechnology, cuja licença acadêmica o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (Icict) da Fundação Oswaldo Cruz dispõe. O software permite a extração de dados de bases bibliográficas e textuais, gera listas, matrizes e mapas de conhecimento. (LEITE, 2011, p. 79)

Após importação das bases de dados de cada edição do Congresso procedeu-se à normalização dos dados nos campos de autores e instituições. Para isso a ferramenta utilizada possui procedimentos de limpeza de listas e também possibilita a criação de *thesauri*. Um *thesaurus* é uma lista que associa termos equivalentes e que o VP gera a partir de algoritmos que permitem identificar semelhanças entre os termos sugerindo agrupamentos. O usuário pode editar o *thesaurus* para melhorar a identificação de correspondências de termos:

Após a importação dos dados, foi realizado um procedimento para uniformização dos dados através de uma macro denominada “list cleanup”. O software usa técnicas de correspondência difusa para identificar, associar e limpar os dados. Dentre as possibilidades estão a associação de nomes de pessoas e empresas, limpeza de erros ortográficos, hifenização para proporcionar ao usuário uma maior qualidade de dados que é essencial para uma boa análise. (LEITE, 2011, p. 79)

Esta ferramenta é utilizada para processamento de grandes quantidades de dados extraídos de bases bibliográficas e de patentes. Possui *thesauri* próprios que utilizam algoritmos em lógica fuzzy<sup>20</sup> para análise de certos contextos de informação na língua inglesa, como instituições, setores, nomes próprios, funções gramaticais das palavras e expressões, o que permite à ferramenta fazer processamento de linguagem natural (NPL) naquele idioma. Nesta pesquisa, entretanto, este procedimento resultou ineficaz para a base de trabalhos em português, não atingindo a separação de termos e gerando dezenas de milhares de expressões (50.609) formadas por grandes agrupamentos de palavras, conforme destaque contido na Ilustração 2. Esta dificuldade decorreu da inexistência de *thesauri* para o idioma português, frustrando a expectativa de trabalhar com o vocabulário próprio dos autores, mediante processamento de linguagem natural e, desta forma, se aproximar de uma folksonomia do movimento da Rede Unida.

*Ilustração 2: Resultado frustrado do processamento por linguagem natural.*



Field	Number of Items	% Coverage	Data Type	Meta Tags
Afiliação	445	99%		
Autores	1181	100%		
e-mail	1021	100%		
ID da submissão	360	100%		
Resumo	356	99%		
<b>Resumo (NLP)</b>	<b>50609</b>	<b>99%</b>		
Título	353	100%		
Título (NLP)	937	100%		
Título da modalidade	11	100%		
~Raw Record	360	100%		

Fonte: Vantage Point. Elaboração própria.

<sup>20</sup> Lógica Difusa, que diferente da Lógica Clássica, que apenas permite a classificação de “Verdadeiro” ou “Falso”, é capaz de atribuir valores lógicos intermediários. [...] permite classificar dados ou informações vagas, imprecisas e ambíguas, abre muitas possibilidades de desenvolver soluções para problemas que envolvem muitas variáveis. (KOHAGURA, 2007)

Diante desta dificuldade para o tratamento massivo dos textos optou-se por um novo recorte da amostra. O recorte escolhido foi a presença do termo “educação permanente” nos resumos. Utilizando a ferramenta de mineração de textos foram selecionados todos os trabalhos com a ocorrência do termo “educação permanente” no resumo ou no título. Como forma de aumentar a sensibilidade da busca, as siglas “EPS” e “EP” também foram utilizadas. A partir desta seleção obteve-se nova subamostra de trabalhos, com 253 resumos de trabalhos selecionados para apresentação oral/resumo expandido, conforme Quadro 4.

*Quadro 4: Quantidade de trabalhos orais ou com resumo expandido, com o termo Educação Permanente, ou EPS, ou EP presentes no corpo do texto.*

Ano	Orais ou expandidos	Qtde EP	Autores envolvidos	Instituições envolvidas
2009	105	17	50	15
2010	687	124	480	104
2012	360	103	388	81
Total	1152	253	**	**

\*\*Há coincidência entre autores e instituições nas edições analisadas que não permitem a consolidação do total.  
Fonte: elaboração própria.

### **3.4 Análise da Rede de Autores e Instituições**

Cada resumo pode ter um ou mais autores, de uma ou mais instituições. Além da quantidade de autores e de instituições, foram quantificados os autores por trabalho, quantos trabalhos por autor e, da mesma forma para instituições. Quantas instituições por trabalho e quantos trabalhos por instituição. Quando uma instituição tinha suas unidades discriminadas, estas foram consideradas como indivíduos, por exemplo: ICICT/Fiocruz; ENSP/Fiocruz; EPSJV/Fiocruz; ou EENF/UFBA, ISC/UFBA; IMS/UFBA.

Através da ferramenta VP, foram mapeadas separadamente as correlações entre autores nos diferentes trabalhos de cada edição. O mesmo foi feito para as instituições. Este procedimento é denominado mapeamento de autocorrelação e pode ser feito para todos os itens ou para agrupamentos. Optou-se, na maioria dos casos, por mapear apenas as instituições e autores que apareciam em frequência maior que uma vez, por não haver vantagem em utilizar este recurso gráfico para instituições ou autores isolados. Instituições e autores que tinham apenas trabalhos individuais não contribuiriam para o desenho de redes de relações no mapa por isso

foram apenas quantificados e plotados em gráfico.

Além da autocorrelação, também foi mapeada a correlação cruzada entre autores e instituições, de forma a ampliar a identificação de relacionamentos entre as instituições, pois foi frequente no *corpus* deste trabalho indivíduos com múltiplas inserções profissionais identificados ora em uma instituição, ora em outra, conforme o trabalho desenvolvido e apresentado. Nestes casos a vinculação institucional que teve precedência pareceu ser aquela diretamente relacionada ao tema tratado no trabalho. Desta forma a correlação cruzada revelou a expansão das redes formadas através das diversas vinculações dos autores e as parcerias realizadas em cada uma delas. Esta multiplicidade de vinculações é outra característica mestiça da prática da Educação Permanente em Saúde e expressa a mobilidade dos atores e suas práticas entres os vértices que relacionam a formação com o cuidado, a gestão e a participação social.

### **3.5 Análise Textual**

Os resumos foram lidos um a um para identificação do contexto da autoria, dos temas presentes nos trabalhos e das interlocuções propostas nos estudos ou experiências. As consignas utilizadas para esta identificação foram “quem fala?”, “sobre o quê fala?” e “com quem dialoga”? Através do recurso de criação de classificações da ferramenta VP foi possível alimentar cada uma destas consignas à medida em que os resumos eram lidos, de forma que as descrições possíveis foram sendo criadas, alimentadas e geraram as listas de temáticas abordadas. Este procedimento de classificação foi executado pela insuficiência da ferramenta em fazer o processamento de linguagem natural e, desta forma gerar diretamente as listas de termos utilizados.

A partir da leitura dos textos foram sendo extraídos os termos utilizados pelos autores e, desta forma alimentando um repertório de temáticas utilizadas pelos autores. A presença do termo educação permanente, apesar de ter sido a chave de busca para seleção da subamostra analisada, foi avaliada a partir da acepção e contexto utilizado. Sua presença não foi registrada quando era citada apenas como sugestão ao final dos estudos, ou como um pano de fundo que não dialogava com o conteúdo do estudo ou experiência.

Este achado é coincidente com os de Melchior e Baduy (2009) por ocasião da análise dos trabalhos inscritos no Eixo Educação Permanente em Saúde, do VII Congresso da Rede Unida, realizado em Curitiba, em 2006. Na ocasião os trabalhos inscritos naquele eixo representavam apenas 0,2% (59/1266) do total de trabalhos inscritos no evento. Na análise da adequação do uso do conceito as autoras verificaram que quase a metade dos trabalhos não correspondia à Educação Permanente em Saúde, pois abordavam a Educação Continuada ou Educação em Saúde. Naquele congresso, os trabalhos do eixo Educação Permanente que foram corretamente categorizados e abordavam a EPS perfizeram 55,9% (33/55) do total de trabalhos inscritos no eixo.

Após classificação de todos os resumos de cada edição do Congresso, as relações entre as temáticas foram extraídas através da ferramenta de mapeamento de *clusters* que produziu diagramas onde as relações são expressas por redes coloridas e as quantidades são demonstradas através de ícones e números. O Mapa de Cluster é uma ferramenta integrada ao VP e contém tecnologia de visualização de informação desenvolvido pela Aduna®<sup>21</sup> para visualizar conjuntos de objetos categorizados. Seu principal objetivo é mostrar se e como estes conjuntos se sobrepõem. É usado para visualizar e interagir com os resultados da pesquisa.

## 4 Resultados Obtidos

1. Caracterização da produção apresentada nos Congressos da Rede Unida segundo a correlação entre autores, seus vínculos institucionais e as configurações assumidas para a produção do conhecimento através de mapas de autocorrelação entre autores e de correlação cruzada entre autores e instituições.
2. Caracterização da dimensão de temas abordados e sua variabilidade segundo a forma de enunciação pelos autores.

---

<sup>21</sup> Descrição da ferramenta Mapa de Cluster, disponível em <<http://www.aduna-software.com/technology/clustermap>>

3. Apontamentos para uma maior visibilidade da produção de conhecimento no âmbito das práticas de Educação Permanente em Saúde.

## Capítulo V - A Rede Unida e sua produção mestiça

## 1 Constituição da Rede Unida

A busca pelo termo Rede Unida, na Biblioteca Virtual de Saúde, no domínio bvs.bireme.br, recuperou 29 documentos, sendo apenas 6 em textos completos. Apenas dois destes tematizam a Rede Unida e seu papel nos processos de transformação da formação em saúde, sendo um artigo (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010a) e uma dissertação de mestrado (BARBIERI, 2006). Uma tese sobre o ensino de bioética nos cursos de medicina, e o artigo resultante desta (SILVA; RIBEIRO, 2009), utilizam como fonte os trabalhos publicados em anais dos Congressos da Rede Unida. Um dos artigos analisa o Curso de Ativação de Processos de Mudanças, promovido pela Rede Unida em conjunto o Ministério da Saúde e a Fiocruz (FERREIRA; COTTA; OLIVEIRA, 2009). Outro artigo analisa os sentidos do termo educação permanente nos trabalhos apresentados no VII Congresso da Rede Unida, realizado em Curitiba, em 2006 (MELCHIOR; BADUY, 2009). Além destes 6 artigos recuperados com textos completos, dois trabalhos apresentados no X Congresso da Rede Unida acrescentaram informações sobre a trajetória mais recente da Rede Unida constatando o crescimento do movimento e relatando o encontro regional nordeste, em 2011 (TEÓFILO, 2012a, 2012b).

Uma importante fonte que tematiza a Rede Unida refere-se a um número da Revista Divulgação em Saúde para Debate, publicada em 2000, dedicado às reflexões sobre o movimento, que está disponível apenas em meio físico, não tendo sido incluído neste corpus de análise. Sua presença é registrada aqui pelo fato de seus artigos serem amplamente utilizados e citados nos demais trabalhos que tematizam ou citam a Rede Unida (BARBIERI, 2006; CRUZ, 2004; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010a). Os títulos dos artigos e seus resumos, disponibilizados pela BVS, oferecem uma noção da abrangência do trabalho da Rede à época:

- a) **“O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA”**: abordando o conceito de trabalho em rede, seu campo de atuação, sua constituição na qualidade de ator político no campo da formação e da capacitação de recursos humanos em saúde, dificuldades, avanços e desafios;
- b) **“Intersetorialidade na Rede UNIDA”**: sistematização da experiência acumulada sobre o trabalho intersetorial e parcerias, discutindo a conceitualização de

intersectorialidade, as particularidades do trabalho no enfrentamento de problemas concretos, o reconhecimento de sujeitos diversos, o compartilhamento de poder, as dificuldades e os resultados alcançados nas diversas experiências;

c) “**A construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem**”: as lições aprendidas pela rede UNIDA: Sistematização de experiência acumulada sobre a construção de modelos inovadores de ensino-aprendizagem e a utilização das metodologias ativas na formação de profissionais de saúde. Discutem-se os objetivos, princípios básicos, implicações e dificuldades de implementação, bem como os resultados que tem sido alcançados com processos pedagógicos interativos;

d) “**Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidade/problemas da comunidade**”: discute algumas lições extraídas de processos de ensino-aprendizagem no âmbito de experiências da Rede UNIDA, em que a diversificação de cenários significa a incorporação e a inter-relação entre métodos didáticos pedagógicos, a utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras nos processos de trabalho, considerando-se a dinâmica social da saúde e da doença e a valorização de preceitos morais e éticos orientadores e condutas individuais e coletivas. São abordados os antecedentes históricos das práticas em cenários diversificados, os fatores que lhe são favoráveis, os seus atores e alguns dos seus resultados;

e) “**A prática do controle social através dos conselhos de saúde**”: único artigo que não é de autoria da coordenação da rede e que avalia a construção da reforma sanitária brasileira, evidenciando a persistência dos novos atores e o acerto na construção do SUS. Identifica que o SUS àquela época não havia cumprido sua vocação de articulador da formação profissional, apesar dos enfrentamentos no sentido da democratização, participação e aprofundamento da reforma sanitária brasileira. E situa a Rede UNIDA dentre os importantes e significativos movimentos do controle social, através dos Conselhos de Saúde;

Como fontes para a descrição do processo de construção da Rede Unida, além do próprio site da Rede Unida e dos depoimentos disponíveis em vídeo, utilizei uma dissertação de mestrado

da Universidade Estadual de Londrina e um artigo da mesma universidade, que foi um importante ponto da Rede Unida desde sua origem, tendo sido sede de um dos Projetos UNI financiados pela Fundação Kellog, na década de 1990.

Projetos de Integração Docente Assistencial (IDA), Rede IDA Brasil, Projetos UNI, Rede Uni-Ida, Rede UNIDA. Estas denominações representam parte da trajetória dos processos de transformação da formação em saúde no Brasil que culminaram na constituição da Rede Unida como movimento social. Tal trajetória foi reconstituída por BARBIERI (2006) em sua dissertação de mestrado, através de análise documental e depoimentos de sujeitos sociais/testemunhas do processo. Tomando como norte os processos que possibilitaram a emergência da Rede Unida, a autora traça um percurso a partir a proposta da medicina preventiva nos cursos da saúde, passando pelo movimento da medicina comunitária – ao qual se vincularam os estudantes durante a ditadura – seguindo pelos projetos de integração docente-assistencial e reconhecendo sua identidade, e contemporaneidade, com movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Finalmente, na década de 1990, explora os diferentes movimentos e suas propostas de articulação em redes até a constituição da Rede Unida. A culminância do processo de constituição da Rede Unida pode ser identificada na formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Saúde, momento em que o acúmulo produzido pelas experiências da Rede possibilitou uma substancial contribuição para sua elaboração. Dentre suas conclusões a autora caracteriza a Rede Unida como “uma evolução da união entre os Projetos IDA e os Projetos UNI” (BARBIERI, 2006, p. 100).

## **2 Congressos da Rede Unida**

Na linha do tempo que marca os encontros em torno dos Projetos de Integração Docente Assistencial, até sua constituição como espaço do movimento social da Rede UNIDA, foram realizados 11 fóruns nacionais em 24 anos. Até 2012, os congressos haviam circulado entre 6 estados, conforme Quadro 5: Minas Gerais (Ouro Preto e Belo Horizonte), Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia (Salvador), Paraná (Curitiba, Londrina) e Rio Grande do Sul (Porto Alegre), embora os encontros regionais, preparatórios para o X Congresso, tenham abrangido todas as

regiões.

*Quadro 5: Relação dos Congressos da Rede Unida apresentados por ano, denominação, tema, data e local.*

<i>Ano</i>	<i>Edição</i>	<i>Tema</i>	<i>Data</i>	<i>Cidade</i>
1986	<i>Encontro Nacional da Rede de Projetos IDA/Brasil</i>	<i>Grandes marcos políticos que se transformaram em princípios e diretrizes do sistema de saúde.</i>	<i>Abril</i>	<i>Ouro Preto/MG</i>
1989	<i>I Congresso da Rede IDA/Brasil</i>	<i>Ampliação da integração entre os projetos IDA e propor novas formas de inserção dos projetos IDA na nova política de saúde.</i>	<i>6 a 8 de outubro</i>	<i>Rio de Janeiro/RJ</i>
1993	<i>II Congresso da Rede IDA/Brasil</i>	<i>Políticas e estratégias de construção do SUS e a articulação ensino/serviço</i>	<i>9 a 12 de junho</i>	<i>São Paulo/SP</i>
1997	<i>III Congresso Nacional da Rede Unida</i>	<i>Renovação: criação da REDE UNIDA e maior articulação com a comunidade Globalização, políticas públicas, gestão, práticas de ensino e atenção à saúde, ética e participação social</i>	<i>18 a 21 de novembro</i>	<i>Salvador/BA</i>
2001	<i>IV Congresso Nacional da Rede Unida</i>	<i>“Impulsionando movimentos de mudança na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde para o SUS”</i>	<i>16 a 19 de outubro</i>	<i>Londrina/PR</i>
2003	<i>V Congresso Nacional da Rede Unida</i>	<i>“Governos novos, desafios antigos: investindo sempre nos processos de mudança”</i>	<i>24 a 27 de maio</i>	<i>Londrina/PR</i>
2005	<i>VI Congresso Nacional da Rede Unida</i>	<i>“20 anos de parcerias na saúde e na educação”</i>	<i>2 a 5 de julho</i>	<i>Belo Horizonte/MG</i>
2006	<i>VII Congresso Nacional da Rede Unida</i>	<i>“Promover saúde e impulsionar mudanças na formação profissional e no cuidado à saúde: uma política de Estado”</i>	<i>15 a 18 de julho</i>	<i>Curitiba/PR</i>
2009	<i>VIII Congresso Nacional da Rede Unida</i>	<i>“SUS: 20 anos de Educação, Trabalho e Cidadania”</i>	<i>6 a 9 de maio</i>	<i>Salvador/BA</i>
2010	<i>IX Congresso Nacional da Rede Unida</i>	<i>“Saúde é construção de vida no cotidiano: educação, trabalho e cidadania”</i>	<i>18 a 21 de julho</i>	<i>Porto Alegre/RS</i>
2012	<i>X Congresso Internacional da Rede Unida</i>	<i>“Educação, Saúde e Participação: ousadia de construir rede produtoras de vida no cotidiano”</i>	<i>6 a 9 de maio</i>	<i>Rio de Janeiro/RJ</i>

Fonte: Nossa História. Site da Rede Unida.

Passo a relatar os congressos que foram forneceram material empírico para a investigação.

## **2.1 O VIII Congresso Nacional da Rede Unida, Salvador/BA, 2009.**

Há pouco registro sobre esta edição do Congresso. O site da Rede Unida refere apenas a realização deste em Salvador, no ano de 2009, com a Conferência de Abertura ministrada pelo Prof. Jairnilson Paim, sobre a Reforma Sanitária:

Na ocasião, estudantes, gestores e trabalhadores do SUS de vários lugares do país, assistiram à conferência de abertura "Reforma Sanitária e SUS: desafios para o século XXI" com o professor Jairnilson Paim, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. (REDE UNIDA, 2013)

Outro registro encontrado foi uma notícia, no site da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, informando sobre a realização do VIII Congresso Nacional da Rede Unida quando o Secretário de Estado, Jorge Solla, presidiria a cerimônia de abertura. O envolvimento da Secretaria de Estado é ressaltado pelo estímulo oferecido a todos os alunos de cursos promovidos pelas escolas estaduais do SUS na Bahia, através de desconto de 50% no valor da inscrição. A notícia aponta para o caráter participativo do Congresso, falando sobre a diversidade de formatos das atividades que visavam a contemplar a igualmente diversa natureza de participantes maximizando as interações e propiciando maiores oportunidades de aprendizagem e produção coletiva de conhecimentos, análises e propostas.

A notícia ainda apresenta a Rede Unida como interlocutora reconhecida nacionalmente na área de saúde e de educação, por ser um movimento que há 24 anos, a contar daquela data, reunia pessoas, projetos e instituições comprometidos com o movimento de mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e na construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz, com forte participação social.

O congresso, construído como um espaço de exposição e compartilhamento de idéias propunha debater, sistematizar experiências, formular estratégias e identificar temas a serem investigados além de promover a articulação entre os diferentes atores envolvidos no campo da educação na saúde, de modo a produzir sintonia, sinergismo e análise crítica que pudessem ampliar a capacidade de elaboração e proposição de uma agenda consistente e desafiadora em defesa do SUS.

Teve como encontros realizados de forma concomitante o Encontro Estadual de Humanização e o Encontro Nacional das Residências em Saúde.

### **2.1.1 Trabalhos apresentados – anais do VIII Congresso.**

O site menciona a publicação dos anais do congresso em um suplemento da Revista Baiana de Saúde Pública do mês de setembro de 2009, mas o único suplemento da Revista, disponível no ano de 2009 apresenta o Plano Estadual de Saúde. Assim como nos congressos da Abrasco, a publicação dos anais em suplemento se restringia a alguma mídia impressa de papel ou digital, não configurando praxe, no campo da Saúde Coletiva, a disponibilização dos anais para consulta on line.

No site da Rede a localização dos trabalhos do 8º Congresso não é muito fácil de identificar, pois eles estão abrigados em uma sessão referente a congressos anteriores, onde apenas os 9º e 10º Congressos estão registrados, conforme recorte do site apresentado na Ilustração 3. Dentro da sessão do site relativa ao 9º Congresso, portanto, há os trabalhos de 2009, referentes ao 8º Congresso, e os trabalhos de 2010, referentes ao próprio 9º Congresso.

Ilustração 3: Página dos trabalhos do VIII Congresso Nacional da Rede Unida.

redeunida

ENCONTROS REGIONAIS DA REDE UNIDA 2013 PARTICIPE!

Rede Unida | Congresso 2014 | Sala de Imprensa | Congressos Anteriores | Fale Conosco | Associe-se | Comunidades

9º Congresso 10º Congresso

Você está aqui: Página Inicial / Congressos Anteriores / 9º Congresso

**9º Congresso Nacional da Rede Unida**

Saúde é construção da vida no cotidiano: educação, trabalho e cidadania

I Fórum Latino-americano de Gestores de Atenção Básica/Primária em Saúde  
I Fórum Latino-americano de Participação Social em Saúde, Políticas Públicas e Educação Cidadã  
II Fórum Latino-americano de Educação na Saúde

18 a 21 de Julho de 2010  
PORTO ALEGRE - RS

Comissões | Trabalhos 2010 | **Trabalhos 2009**

**Trabalhos 2009**

Os trabalhos serão publicados na revista:  
Revista Baiana de Saúde Pública ISSN 0100-0233  
Revista Baiana de Saúde Pública / Secretaria da saúde do Estado da Bahia. - V. 33, Supl. 1 / set. 2009

- [Lista Trabalho Pôster](#)
- [Lista Trabalho Oral](#)

Esses são os três textos premiados em Salvador:

- [1o lugar - Diretrizes curriculares](#)
- [2o lugar - Nutrição na ESF](#)
- [3o lugar - Clínica comum](#)

Promoção

redeunida UFRGS UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

GHC 100% SUS

PORTO ALEGRE

Fonte: site da Rede Unida.

Além da íntegra dos trabalhos contemplados com o IV Prêmio Mário Chaves, sobre a temática “Experiências inovadoras na formação”, há dois links para os trabalhos apresentados nas modalidades poster e apresentação oral.

*Quadro 6: Relação de trabalhos premiados no IV Prêmio Mário Chaves, VIII Congresso da Rede Unida, Salvador/BA, 2009.*

Lugar	Título e Autores	Instituição – Cidade/UF
1º	<b>Avaliação do estágio curricular da fisioterapia conforme as diretrizes curriculares e a perspectiva biopsicossocial da OMS</b> Peterson Marco de Oliveira Andrade	Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix Belo Horizonte/MG
2º	<b>O aluno de Nutrição na Estratégia Saúde da Família - experiência da articulação ensino-serviço-comunidade</b> Márcia Armentano Clark Reis* Ida Helena Carvalho Francescantonio Menezes* Estelamaris Tronco Monego* Maria Claret Costa Monteiro Hadler* Marília Arantes Rézio** Carolina de Souza Carneiro** Victoria Araujo Ganzaroli Amador**	Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO *Nutricionistas, docentes **Estudantes da graduação
3º	<b>Clínica comum dos profissionais de saúde – relato da experiência de formação em implantação no eixo do trabalho em saúde</b> Angela Aparecida Capozzolo, médica, PhD Saúde Coletiva; Jaqueline Maria Imbrizi, psicóloga, PhD Psicologia Social; Sidnei José Casetto, psicólogo, PhD Psicologia Clínica; Alexandre de Oliveira Henz, psicóloga, PhD Psicologia Clínica; Roberto Kinoshita Tykanori, médico, PhD Saúde Coletiva; Maria Graciela Gonzales Perez de Morell, Advogada, Pós doutora em Saúde Coletiva e Demografia; Maria de Fátima Ferreira Queiroz, Fisioterapeuta e PhD Saúde Coletiva	UNIFESP Campus Baixada Santista

Fonte: Trabalhos 2009. Site da Rede Unida. <http://www.redeunida.org.br/congressos-antiores/nono-congresso>

## **2.2 O IX Congresso Nacional da Rede Unida, Porto Alegre/RS, 2010**

O 9º Congresso, com o tema “Saúde é construção de vida no cotidiano: educação, trabalho e cidadania”, está melhor representado no site da Rede Unida do que sua edição anterior.

O site manteve a identidade visual utilizada durante o congresso, conforme pode ser visto nas Ilustrações 3 e 4. Há registros sobre a Comissão Científica, com sua organização em 3 eixos: trabalho, educação e cidadania; além da relação nominal dos 233 componentes da comissão revisora dos trabalhos.

Na linha do tempo que compõe a história da Rede Unida, o ano de 2010 é marcado pela mudança na denominação da Rede e pela presença do futuro Ministro da Saúde no encerramento do Congresso:

O atual Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, encerrou a 9ª edição do

Congresso Nacional da Rede Unida, em Porto Alegre, quando ainda ocupava o cargo de ministro-chefe da Secretaria de Relações Institucionais. Durante a cerimônia, Padilha fez um balanço das principais ações do governo Lula para a Saúde e parabenizou os congressistas pelos 25 anos de Rede Unida. 2010 marca uma nova mudança na Rede que passa a ser denominada ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA. (REDE UNIDA, 2013)

Outro registro importante sobre o 9º Congresso está no Canal da Rede Unida no Youtube onde um vídeo, elaborado pelo Canal Saúde da Fiocruz e editado em três partes, faz uma síntese sobre o evento que também abrigou outros três fóruns paralelos:

- a) I Fórum Latino-americano de Gestores de Atenção Básica/Primária em Saúde;
- b) I Fórum Latino-americano de Participação Social em Saúde, Políticas Públicas e Educação Cidadã;
- c) II Fórum Latino-americano de Educação na Saúde.

## **2.2.1 Registros em vídeo**

Os depoimentos da Comissão Organizadora apontam como marco da 9ª edição do Congresso a forma de definição e organização da programação do evento. Presente nas falas da Coordenação do Congresso, através de Alcindo Antônio Ferla e de Vanderléia P. Daron, que também coordenou o Eixo da Cidadania na Comissão Científica, é destacado o fato da maior parte da programação ser estabelecida a partir dos trabalhos submetidos à Comissão Científica do evento, situação sem paralelo nos congressos anteriores e demais eventos da saúde, segundo os depoimentos presentes nos vídeos.

### **2.2.1.1 Os diversos eventos e a construção da programação**

Alcindo Antônio Ferla, falando sobre o conjunto das programações do Congresso, além de citar a “maior parte” da programação construída a partir das experiências recebidas através dos trabalhos e relatos de experiência, fala dos 3 fóruns latino-americanos, cujas temáticas são comuns ao SUS e também a alguns países europeus cujas agendas de reforma dos sistemas públicos se aproximam das questões e desafios do SUS.

### **2.2.1.2 Eixo temático - educação**

As outras falas desta primeira parte do vídeo enfocam os eixos temáticos do congresso:

trabalho, educação e cidadania. Pelo Eixo da Educação, Ricardo Ceccim problematiza o ensino das profissões de saúde. Segundo sua opinião, além de um currículo e conteúdos diferenciados precisa expor os alunos a cenários onde estes serão interrogados não apenas sobre os serviços de saúde, mas também sobre temas como a cultura, a diversidade, as diferenças de linguagem. Para Ceccim a exposição a conteúdos e situações do campo das ciências humanas, como literatura, cinema, artes, daria aos estudantes outra dimensão para compreender as expressões humanas.

### ***2.2.1.3 Eixo temático - trabalho***

Falando sobre a temática do Trabalho, Maria Luiza Jaegger esclarece que faz todo o sentido para a Rede Unida discutir as relações de trabalho pois, em sua opinião, desde a constituição do SUS, as relações tem sido cada vez mais precarizadas, sendo preciso encontrar formas de garantir os princípios respeitando as realidades locais. Jaegger defendeu no vídeo que era preciso mexer na formação desde o nível técnico até a pós-graduação, fazendo os estudantes conviverem com o SUS desde o início de qualquer um destes cursos até depois de formado, no trabalho e que deveria ser direito do trabalhador ter formação durante todo o seu período de trabalho.

### ***2.2.1.4 Eixo temático - cidadania***

Sobre a temática Cidadania, Vanderléia Doron, salientou em vídeo, a própria construção do congresso como um exemplo de cidadania com “mais de 90% da programação” construída a partir das experiências enviadas pelos participantes. Outra inovação destacada por ela foi a articulação entre os eixos. Em seu depoimento considerou a cidadania um grande desafio para o SUS, pois sendo uma grande conquista da sociedade, que se deve ao processo de participação, esta participação deveria ser uma luta permanente, no dia a dia, exercício de construção de poder onde cada um precisa se constituir como sujeito individual e coletivo.

### ***2.2.1.5 Depoimentos sobre a Rede Unida***

Sobre a Rede Unida, o depoimento foi de Marco Akerman que falou sobre sua criação, 25 anos antes, como um movimento social. Fundada em Belo Horizonte, objetivando influenciar as políticas públicas de formação dos profissionais de saúde, conectando as políticas de

educação e da saúde, questionando as práticas de ensino-aprendizagem nas universidades, buscando formas de articular ensino com a comunidade, com o trabalho e com a cidadania, e que nasceu como movimento e não como entidade, sendo esta uma peculiaridade da Rede Unida destacada em seu depoimento.

O último depoimento da primeira parte do vídeo é do então Ministro-chefe da Secretaria de Relações Institucionais, Alexandre Padilha, atual Ministro da Saúde.

[...] a qualidade do serviço para a população brasileira só muda, e só vai continuar tendo ganhos de qualidade, se os profissionais estiverem absolutamente envolvidos nisto. Trabalhadores de saúde e usuários foram fundamentais em todas as grandes conquistas do SUS ao longo desses anos. É verdade que nós conseguimos constituir um Sistema Único de Saúde porque aprovamos leis neste sentido e estabelecemos uma grande reforma regulatória no país sobre [o assunto]. Constituimos com esforço uma conquista constitucional, todo o capítulo da saúde. Ao longo desses anos um conjunto de gestores com responsabilidade política, com responsabilidade técnica se envolveram nesse desafio de construir o maior sistema público de saúde do mundo mas se esses ganhos foram fundamentais quando os trabalhadores de saúde os usuários se envolveram nestas conquistas e foram atores destas conquistas. (REDE UNIDA, 2011a)

#### **2.2.1.6 Os fóruns latino-americanos**

Na segunda parte do vídeo sobre o 9º Congresso o assunto são os Fóruns Latino-americanos realizados durante o congresso. Dentre as falas dos participantes há depoimentos de gestores da Espanha, Uruguai, Rio de Janeiro e de representantes da diplomacia internacional na América Latina e Países de Língua Portuguesa.

A terceira e última parte do vídeo é referente à programação específica do 9º Congresso. Oficinas, távulas, rodas de conversa e atividades culturais são apresentadas por componentes da comissão organizadora.

#### **2.2.1.7 Mostra de Arte e Cultura**

Renata Pekelman e Melissa Sander do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) falam sobre a Mostra Saúde Fazendo Arte que apresentou várias experiências do GHC e sua rede de pontos de cultura. Segundo Renata Pekelman, o objetivo da mostra foi pensar outra forma de olhar a

saúde, considerando que a cultura faz parte da construção da saúde, é uma outra forma de produzir saúde. Apresentaram-se grupos de 3ª idade e houve uma oficina de Hip hop voltada à prevenção do uso de drogas e crack.

Falando sobre a mistura de SUS e cultura, ao longo dos últimos 20 anos, Renata Pekelman diz que, em particular na Atenção Básica, ela já é feita há muito tempo. A profissional defende que a linguagem cultural é uma das formas de comunicação e linguagem e que a saúde precisa aprender a linguagem da população para poder comunicar. Segundo ela não adianta só falar a linguagem técnica da saúde para responder as necessidades da população.

#### **2.2.1.8 Dinâmica do Congresso: *tábulas, oficinas e rodas***

Alcindo Ferla, fala sobre as Tábulas conceituando-as como apresentações que se assemelham muito a mesas. Nas tábulas o mediador tem o papel de estimular, provocar os participantes além dos expositores, que cumprem o papel de fazer os primeiros convites aos participantes.

Vera Rocha falando sobre as Oficinas, esclarece que elas sintetizam ações de produto e formação. As oficinas de produto são organizadas de forma que os membros tenham um documento ao final, como diretrizes ou normatizações que poderão servir para orientar políticas voltadas principalmente para a formação de profissionais e ainda orientar os servidores principalmente sobre a integração entre ensino e serviço, por exemplo. Já as oficinas de formação visam construir uma ideia geral sobre algum tema, atualizando a situação do debate em torno deste para os interessados em se aproximar das temáticas tratadas nestas oficinas. Foram 52 oficinas entre aquelas de produto e formação. O maior número delas ocorreram sob o eixo de educação.

As rodas de conversa foram montadas a partir dos trabalhos inscritos, agrupados em temáticas afins, onde todos os trabalhos puderam ser expostos no formato de apresentação oral seguida de debates.

#### **2.2.2 Trabalhos apresentados – anais do IX Congresso**

Da mesma forma que os trabalhos de 2009, os anais constam no site como publicados em

suplemento da Revista Interface, sob o ISSN da edição impressa, no entanto este suplemento não foi localizado no site da revista ou no Scielo. Assim como acontece na maioria dos Congressos da Abrasco, apesar da declaração de que o trabalho foi publicado em Anais com ISSN de uma publicação impressa, nem sempre há um exemplar físico, embora nos Congressos da Abrasco uma mídia digital (CD-Rom) seja disponibilizada, encartada em envelope com a identidade visual do Volume da Revista Ciência e Saúde Coletiva em curso naquele ano. No caso da ABRASCO a totalidade dos trabalhos apresentados está disponível na internet apenas a partir do congresso, realizado em novembro de 2012, em Porto Alegre.

Para acessar os trabalhos publicados, nesta edição de 2010, há várias ferramentas de busca disponíveis como: busca por palavras-chave, índice de autores e relação dos resumos expandidos, onde é possível acessar o resumo em formato html e o texto expandido com a extensão pdf conforme Ilustração 4. Apesar de disponíveis para consulta estes textos expandidos acabaram por não serem utilizados na análise de conteúdo, pelo motivo exposto no capítulo referente à metodologia, que consistiu na dificuldade em converter o formato pdf para texto. A análise de seu conteúdo foi feita apenas a partir do resumo inicialmente submetido, o mesmo que fora avaliado como candidato a apresentação de texto expandido. Estes resumos, disponíveis em formato html, puderam ser extraídos por processo automatizado para arquivos txt.

Ilustração 4: Página dos Trabalhos do 9º Congresso Nacional da Rede Unida

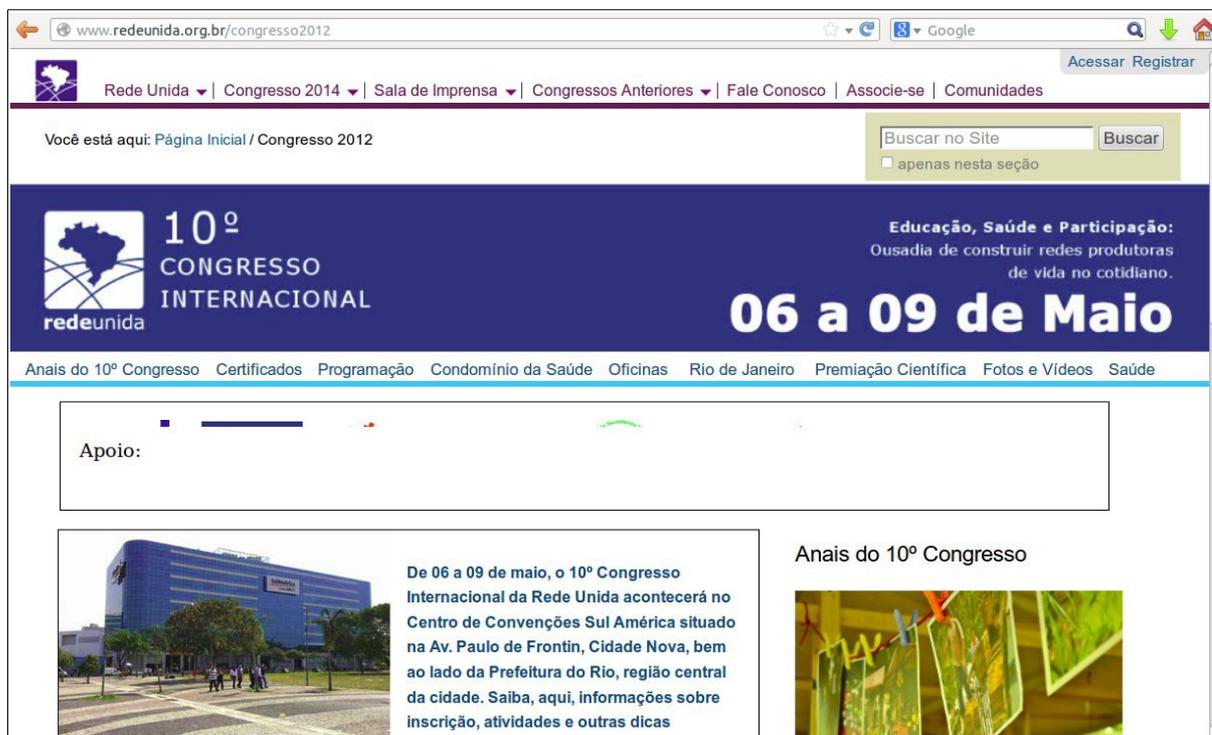


Fonte: site da Rede Unida.

### 2.3 O X Congresso Internacional da Rede Unida, Rio de Janeiro, 2012

Foi o último congresso nacional realizado pela Rede Unida, à época da investigação, talvez por isso grande parte do material disponibilizado durante sua preparação e durante a realização do evento ainda estivesse disponível no site da Rede Unida. O Site do Evento foi executado dentro da estrutura do site institucional guardando com este total identidade visual conforme Ilustração 5.

Ilustração 5: Site do X Congresso da Rede Unida.



Fonte: Site da Rede Unida.

Aproveitando a descrição das sessões existentes no site do evento passo a descrever o congresso. O ordenamento das sessões no menu superior da página leva a crer que aquelas localizadas à esquerda tenham sido as últimas a serem disponibilizadas. Relaciono a seguir, as sessões conforme sua disposição da esquerda para a direita:

- a) anais do congresso;
- b) certificados;
- c) programação;
- d) condomínio da saúde;
- e) oficinas;
- f) Rio de Janeiro;

- g) premiação científica;
- h) fotos e vídeos;
- i) saúde [fazendo arte].

Minha descrição, entretanto, não obedecerá esta ordem, mas a impressão deixada pela navegação no site. A cidade do Rio de Janeiro, com suas atrações turísticas, atividades e locais tradicionais, tem grande destaque na identidade visual do congresso e na apresentação do Congresso. Sob a consigna da “cidade que se reinventa”, diversas atrações, distribuídas através das regiões da cidade, são apresentadas com um pouco de sua história no site do 10º Congresso.

O evento abrigou e conviveu com diferentes iniciativas locais, nacionais e internacionais de espaços de discussão e, para isso, trabalhou com o conceito de condomínio de eventos da saúde. A partir da necessidade de acolher um público estimado em 8.000 pessoas optou-se por conjugar diferentes espaços para realizar todas as atividades no período do evento. A solução encontrada foi distribuir a programação entre os prédios da Prefeitura do Rio, o Centro de Convenções Sul América, e uma grande praça que liga todos os espaços, no Centro da Cidade.

Os 15 eventos abrigados no '**Condomínio da Saúde**' foram:

- a) 10º Congresso Internacional da Rede Unida;
- b) 3º Fórum Internacional de Educação na Saúde;
- c) 2º Fórum Internacional de Gestores e Trabalhadores da Atenção Básica/Primária em Saúde;
- d) 2º Fórum Internacional de Participação Social em Saúde, Políticas Públicas e Educação Cidadã;
- e) 1º Fórum Internacional de Agentes Comunitários de Saúde;
- f) 1º Mostra de Experiências Exitosas em Atenção Básica/Saúde da Família;

- g) 1ª Mostra de Experiências VER-SUS BRASIL;
- h) Seminário Internacional Rotas Críticas IV;
- i) Mostra Integrada de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde na Cidade do Rio de Janeiro;
- j) 1ª Mostra de Experiências Exitosas em Vigilância em Saúde da Cidade do Rio de Janeiro;
- k) 2ª Semana Bebê Carioca;
- l) 1º Fórum Nacional de Atividades Físicas no SUS;
- m) Encontro Nacional de Pós-Graduandos em Saúde Coletiva;
- n) 1º Encontro Carioca de Práticas Integrativas e Complementares;
- o) Mostra do Programa Saúde na Escola

A programação destes eventos foi publicada em formato impresso de tabloide, em papel jornal, e ficou disponível para download em 3 arquivos, sendo duas partes da programação e uma errata. A primeira parte da programação (Parte 1) continha os nomes dos trabalhos a serem apresentados distribuídos pelos 5 eixos temáticos do Congresso: Educação, Trabalho, Gestão, Participação e “Rede Unida: trazendo para a cena histórias de ousadia na educação e na saúde”; e a segunda parte continha a programação dos eventos paralelos do Condomínio da Saúde, inclusive programação cultural e mostra de vídeos. Os dois arquivos estavam em formato pdf, formados por tabelas com os nomes dos trabalhos, sua identificação no sistema de trabalhos e autor responsável pela apresentação. As tabelas são imensas com a relação dos mais de 1.500 trabalhos apresentados.

Apesar da multiplicidade de material que compõe a programação, é na galeria de fotos que é possível apreender melhor a diversidade do público envolvido e dos eventos realizados, desde a fase preparatória regional, passando pelas oficinas de planejamento do congresso em cada eixo. Os registros em vídeo também captam esta dinâmica a partir de depoimentos de atores

diversificados que serão relatados em seguida.

Em relação às oficinas, a sessão destinada a elas apresenta as duas modalidades já praticadas em eventos anteriores, conforme relato apresentado em vídeo sobre o IX Congresso, de Porto Alegre. As oficinas foram divididas nas modalidades de formação e de produtos:

- a) **Oficinas de Formação:** voltadas para a disseminação e ampliação do debate sobre determinado tema. Oficinas abertas a todos os participantes, iniciados ou não, que desejam refletir sobre o tema a ser tratado, com vagas limitadas a 30 participantes por oficina;
- b) **Oficinas de Produtos:** com 2/3 de convidados a serem contatados pelos proponentes (atores políticos que têm acúmulo e conhecimento específico sobre o tema da oficina). Oficinas com objetivo de produzir documentos públicos com proposições claras, decorrentes de amplos debates.

A lista das oficinas, acessível a partir de link para um arquivo, mostra a relação de 35 oficinas não identificadas pelas modalidades de formação ou produtos.

“Anais do Congresso” é a primeira sessão no canto esquerdo do menu superior, conforme Ilustração 6, e diferente dos outros dois congressos que o antecederam, o sistema de submissão de trabalhos é o mesmo utilizado para acessar os trabalhos. Assim como nos congressos que o antecederam há a informação sobre a publicação dos anais em suplemento da Revista Interface.

Ilustração 6: Anais eletrônico do X Congresso da Rede Unida.

www.redeunida.org.br/congresso2012/anal-do-congresso

Você está aqui: Página Inicial / Congresso 2012 / Anais do 10º Congresso

10º CONGRESSO INTERNACIONAL

Educação, Saúde e Participação:  
Ousadia de construir redes produtoras de vida no cotidiano.

**06 a 09 de Maio**

Anais do 10º Congresso Certificados Programação Condomínio da Saúde Oficinas Rio de Janeiro Premiação Científica Fotos e Vídeos Saúde Fazendo

Interface - Comunicação, Saúde, Educação -, suplemento, n.1, 2012. O ISSN: 1414-3283.

**Apresentações e Autores**

Título contém Pesquisar

Sobrenome A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z **Toda(o)s**

Modalidade: Todas as Modalidades

Educação

Senha

Lembrar de mim

Acesso

IDIOMA

Português (Brasil)

Fonte: site da Rede Unida.

As orientações fornecidas para a inscrição dos trabalhos não estão disponíveis. Os certificados foram disponibilizados para emissão a partir do site conforme Ilustração 7.

Ilustração 7: Emissão de Certificados do X Congresso da Rede Unida

credenciamento.redeunida.org.br/certificados/

10º CONGRESSO INTERNACIONAL

Educação, Saúde e Participação:  
Ousadia de construir redes produtoras de vida no cotidiano.

**06 a 09 de Maio**

**Certificados de Participação Congresso 2012**

Escolha abaixo o tipo de busca e clique no botão 'Buscar'.

Busca por letra Nome

Buscar

Para imprimir os certificados de trabalho [clique aqui](#)

Em caso de dúvidas enviar email para [certificados@redeunida.org.br](mailto:certificados@redeunida.org.br)

Fonte: Site da Rede Unida.

### **2.3.1 Registros em vídeo**

O X Congresso tem um rico registro em vídeo do seu processo de construção, passando por oficinas para elaboração da programação, 5 encontros regionais, reuniões de planejamento e entrevistas com autoridades e membros da Rede Unida. Os registros estão disponíveis em 3 canais de vídeo, o Redeunida1/YouTube, o RedeUnidaTV/Ustream e Canal Uniteve/UFFTube, conforme breve descrição a seguir.

#### **2.3.1.1 Rede Unida1/YouTube**

No canal Rede Unida1, do YouTube, disponível em <https://www.youtube.com/user/RedeUnida1>, dos 85 vídeos disponíveis até a data pesquisada, 82 são referentes ao processo de construção do X Congresso, incluindo as 3 partes do vídeo sobre o IX Congresso. Outros três vídeos se referem à programação do Seminário Internacional de Atenção Básica. O canal da Rede Unida tinha até então 14.760 visualizações conforme Ilustração 8, sendo 14.488 destas relativas aos 82 vídeos sobre todo o processo que compreendeu as etapas regionais, preparatórias e a própria realização do congresso.

São vídeos editados, com curta duração e com créditos que permitem, na maioria das vezes, identificar o evento e o interlocutor.

#### **2.3.1.2 RedeUnidaTV/Ustream**

Canal hospedado no USTREAM, em <http://www.ustream.tv/channel/redeunidatv>, com 91 vídeos de etapas preparatórias para o X Congresso. Os vídeos são referentes ao inteiro teor da programação dos encontros regionais Norte, Centro Oeste e Nordeste.

Neste canal os vídeos, em sua grande maioria, estão identificados apenas por data e não possuem uma resenha o que dificulta sua seleção para análise.

### 2.3.1.3 Canal Uniteve/UFFTube

Canal web da TV Universitária, disponível no portal de vídeos da Universidade Federal Fluminense, UFFTube, em <http://ufftube.uff.br/user/Uniteve>. Este canal hospeda 4 vídeos, referentes à programação denominada “Sinais que vem da rua” promovida pela Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, da Pós-graduação em Clínica Médica da UFRJ.

Os vídeos apresentam a programação na íntegra e foram recuperados através da busca, no portal UFFTube, pelo termo Rede Unida, que retorna 10 vídeos ao todo, sendo que os 4 vídeos do Congresso estão identificados pelo mesmo título “10º Congresso Internacional – Rede Unida”. Todos eles contêm ficha com dados relativos à atividade como nome, identificação dos participantes, data e número de visualizações. Vale notar que foram cerca de 250 visualizações para cada um dos 2 vídeos do primeiro dia e cerca de 150 visualizações para os dois vídeos do segundo dia, conforme Quadro 7. Vale registrar ainda os temas das apresentações:

*Quadro 7: Relação dos vídeos da programação “Sinais que vem da rua”, disponíveis no Canal Uniteve.*

#	Data	Identificação/Descrição	Duração	Visualizações
1	6 de maio de 2012	10º Congresso Internacional - Rede Unida O debate é sobre os diferentes modos de cuidado em saúde que estão presentes para as pessoas que moram nas ruas. #Sinais da Rua	02:10:29	280
2	8 de maio de 2012	10º Congresso Internacional - Rede Unida - Mesa 2 Na mesa 2: Práticas na rua - Contrapontos	02:34:16	270
3	7 de maio de 2012	10º Congresso Internacional - Rede Unida - mesa 3 Mesa: Os sinais da rua. Nova biopolítica?	02:39:08	179
4	9 de maio de 2012	10º Congresso Internacional Rede Unida - Sinais que vêm Mediador: Emerson Mehry (UFRJ) Palestrantes: Luiz Fernando Bilibio (Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre), Antonio Lancetti (Secretaria de Ação comunitária e Cidadania de Santos), Cláudia (Saúde da família para a população brasileira)	02:01:18	154

Fonte: Canal UFFTube. Elaboração própria.

### 2.3.2 Vídeos utilizados para análise

Foram utilizados para a reconstrução do percurso de organização do X Congresso apenas os vídeos disponíveis no Canal Rede Unida1, do YouTube, conforme ilustração 8 pois os demais canais apresentam vídeos com o registro da transmissão on line de eventos nem sempre com a identificação dos interlocutores e do evento.

*Ilustração 8: Canal da Rede Unida no Youtube*



Fonte: [www.youtube.com](http://www.youtube.com)

#### 2.3.2.1 As etapas preparatórias para o Congresso

A preparação para o congresso ocorreu durante o ano de 2011 e 2012 através de encontros regionais, oficinas de planejamento e oficinas de programação por eixo temático:

- a) Encontro Regional Sudeste, de 25 a 27/5/2011, no Rio de Janeiro, com tema Trabalho;
- b) Encontro Regional Sul, dias 21 e 23/7/2011, em Porto Alegre;

- c) Encontro Regional Nordeste, de 1º a 4/9/2011, em Fortaleza, com tema Desafios da Participação e sua interface com a educação;
- d) Encontro Regional Centro-Oeste, 3 e 4/11/2011, em Campo Grande;
- e) Encontro Regional Norte, 24 e 25/11/2011, em Belém.

### **2.3.2.2 O congresso e a cidade**

Durante o ano de 2011, anterior ao congresso, vários vídeos registram as etapas preparatórias e encontros regionais. Também há vídeos promocionais. Num deles o Coordenador da Rede Unida, Alcindo Ferla, apresenta o congresso, falando do seu conceito geral de “grande encontro entre iniciativas, atores e experiências” de mudanças na formação em saúde e das práticas dos serviços. Neste vídeo ele dá uma ideia da abrangência internacional do evento, que conta com fóruns latino-americanos e a participação de países europeus que também tem experiências de sistemas universais e faz um convite para os 5 encontros regionais que seriam realizados no ano que antecedeu o congresso (REDE UNIDA, 2011b).

Outro vídeo promocional mostra imagens da cidade, das Clínicas de Família e Academia Carioca. Uma questão interessante é que as fotos retratam serviços recém-implantados, condição perceptível pelas instalações novas e jardins também recém-plantados. As fotos foram tiradas durante expediente, com pessoas nas áreas de circulação e atendimento, além de grupo em atividade física orientada (REDE UNIDA, 2011c). Durante o congresso foram promovidas visitas a estes serviços que inovam pela informatização, pela incorporação de alguns procedimentos diagnósticos, pelas academias cariocas, pela arquitetura que integra espaços internos e jardins e pelo modelo de gestão por contratos de gestão com Organizações Sociais. Segundo o secretário de saúde, Hans Dohman, falando durante a abertura do congresso, a cidade estava dando um retorno à população de anos de dívida na saúde pública mediante a implantação de uma Atenção Primária forte e centrando seu projeto no vínculo entre os profissionais, a população e na valorização do trabalhador (REDE UNIDA, 2012).

Um ano antes do evento há um registro em “Reunião Aberta de planejamento do 10º

Congresso” que é realizada na etapa sudeste dos encontros regionais. Neste registro Alcindo Ferla, Coordenador Geral do evento expõe o conceito visual do congresso, que não possuirá um único elemento gráfico como marca, mas diferentes imagens do Rio de Janeiro em um diálogo com a reconstrução da cidade. Os arcos da Lapa, o calçadão com ondas de pedras portuguesas de Copacabana, o mosaico de Selarón na escadaria da Lapa, a Catedral Metropolitana, a praia, são algumas das imagens utilizadas como pode ser verificado na Ilustração 7. Alcindo Ferla tece também uma analogia com a educação permanente “como esta coisa que nos permite nos transformar na cidade em que habitamos”. (REDE UNIDA, 2011d)

### **2.3.2.3 Abertura do Congresso**

No ato da abertura, através do Coordenador da Rede, o congresso se estabeleceu como território Victor Vincent Valla<sup>22</sup>, não apenas como homenagem, mas como forma de lembrar o modo de fazer do pesquisador, permitindo identificar a contribuição dos saberes e das práticas de cada um de nós. O Coordenador da Rede Unida, teceu alguns agradecimentos:

- a) à organização do Congresso por ter levado o processo para dentro da secretaria municipal e ter produzido importantes parcerias com as universidades. Agradeceu a participação do governo;
- b) aos 15 mil autores dos 3000 mil trabalhos;
- c) aos convidados internacionais (Bologna, Barcelona, Inglaterra e vários países da América Latina) por trazerem e compartilharem suas experiências, aprenderem conosco e darem potência a uma formulação que avance ainda mais na produção de práticas cotidianas capazes de produzir uma saúde mais generosa, mais forte, mais potente do que a saúde que temos tido.

Sua fala apontou para a “diversidade, a heterogeneidade, o compromisso ético e político dos

---

<sup>22</sup> Victor Vincent Valla, falecido em 2009, foi o primeiro pesquisador de renome acadêmico a se dedicar ao estudo das peculiaridades e desafios próprios da aplicação da educação popular no campo específico da saúde comunitária. (VASCONCELOS; ALGEBAILLE; VALLA, 2008)

diversos segmentos, movimentos, instituições e atores que compartilharam a finalização do processo de mobilização” cujo marco inicial foi identificado por ele em 2008. Naquele ano a ideia de realizar o Congresso em Porto Alegre surgiu e durante o Congresso de Porto Alegre, em 2010, a direção renunciou para que Alcindo assumisse a Coordenação da Rede Unida. Relatou ainda dificuldades para transferência de recursos do MS para a Rede Unida.

O coordenador em sua fala inicial também citou pessoas envolvidas com o processo de mobilização para o congresso, a exemplo de Vanderléia Daron, no Eixo da Educação, com a capacidade de articular os diferentes movimentos e provocar alteridade, ressaltando que não basta falar de educação permanente, é preciso se expor a diferença e se deixar afetar pela diferença. Identifica com desafio ético da Rede Unida o objetivo de se conectar com as residências multiprofissionais, com o tema da multiprofissionalidade no cotidiano, quando ele às vezes vira política, às vezes não. Este desafio foi assumido a partir do encontro das residências multiprofissionais que inaugurou os encontros regionais. Destacou a necessidade de fortalecer a agenda da Rede Unida em relação ao Ministério da Educação e da Saúde, para que a formação multiprofissional não seja apenas a soma e a justaposição das profissões.

Relembrou os encontros regionais e suas temáticas:

- a) Encontro Regional Sudeste, realizado no Rio de Janeiro: discutiu o tema do Trabalho;
- b) Encontro Regional Nordeste, realizado em Fortaleza, local do congresso seguinte a ser realizado em 2014;
- c) Encontro Regional Norte, em Belém do Pará;
- d) Encontro Regional Sul, em Porto Alegre: nestes três últimos se discutiu educação.
- e) Encontro Regional de Mato Grosso do Sul. Não foi encontrado registro de tema específico deste encontro.

Finalizando sua fala, desejou que o congresso fosse um “nunca dantes na história”<sup>23</sup> da rede

<sup>23</sup> Alcindo faz alusão à expressão “Nunca antes na história deste país” cunhada por Lula quando Presidente,

visando seu fortalecimento na trajetória até o congresso seguinte, em Fortaleza. Neste sentido reafirmou o planejamento nos encontros regionais que devem apontar as discussões e agendas, além de propiciar as redes de encontro com um planejamento em longo prazo que vise o fortalecimento da rede.

Além da presença do secretário municipal de saúde, citada anteriormente, outras autoridades e representantes de entidades que participaram da abertura tiveram sua manifestação registrada em vídeo e disponibilizada na internet:

- a) Luis Augusto Fachinni, Presidente da Abrasco;
- b) Mônica Sampaio, Diretora de Gestão da Educação na Saúde;
- c) Hêider Pinto, Diretor da Atenção Básica do MS;
- d) Vera Rocha, Presidenta do Congresso.

Luis Augusto Fachinni, Presidente da Abrasco, falou da enorme alegria e grande honra em participar do evento que fortalece os vínculos entre as instituições. Agradeceu o empenho e solidariedade do Coordenador e de todos os colegas da Rede Unida na mobilização de esforços para organização do 10º Congresso de Saúde Coletiva que seria realizado em Porto Alegre, em novembro do mesmo ano. Falou do papel fundamental da articulação entre “os caminhos da educação, da saúde e da participação social [...] em uma grande rede criativa” para que o país, 7º economia mundial à época, também ocupasse a mesma posição de destaque em relação aos indicadores e características sociais e particularmente na saúde.

Mônica Sampaio, Diretora de Gestão da Educação na Saúde, representou na solenidade o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS), Mozart Sales, recém-empossados na SGTES. Ela ressaltou a prioridade do MS no resgate do processo de formação e de valorização dos trabalhadores, além da democratização dos espaços de trabalho. Afirmou ainda o compromisso com o desafio de trazer a educação permanente para a centralidade da agenda do SUS.

---

para ressaltar as inovações e sucessos de suas duas gestões.

Hêider Pinto, Diretor da Atenção Básica do MS, iniciou sua fala lembrando sua interação com a Rede Unida, ainda como dirigente estudantil. Definiu o Congresso da Rede Unida como o encontro de pessoas do mundo da educação, não só da universidade, mas da educação que se faz em todos os lugares, no mundo do trabalho, com trabalhadores, gestores, usuários. Caracterizou a Rede Unida como um espaço singular, que vinha crescendo cada vez mais, enredando e envolvendo as pessoas, como referência de produção de vida, de produção de experiências, de uma série de questões que são essenciais para animar o cotidiano dos serviços e dar qualidade à atenção à saúde da população. Fez referência à presença massiva do MS através da SGTES e do DAB/SAS. Ressaltou o momento especial que a Saúde tem passado por ter sido tratada como prioridade da Presidência da República, particularmente no campo da Atenção Primária à Saúde. Citou a primeira avaliação externa do PMAQ cumprimentando os representantes de atores presentes na mesa de abertura que fizeram parte da construção da avaliação do PMAQ, como a Abrasco, a Fiocruz, o município e o estado do Rio de Janeiro.

O fechamento da mesa de Abertura foi feito pela Presidenta do Congresso, Vera Rocha, que resgatou o início do processo de construção a partir de 2009, no VIII Congresso, realizado na Bahia. A proposição se fortaleceu em 2010, com o convite para organizar o espaço. Declarou sua felicidade por ver tantos brasis presentes no evento que foi viabilizado graças a sua organização em rede e que foi um enorme desafio. Reconheceu as trocas riquíssimas durante o processo de organização e, principalmente, nela mesma e fez agradecimentos:

A Rede Unida fez uma transformação no grande amor (que eu já tinha) pela Saúde Pública, ele transborda quando posso compartilhar com mais pessoas. Agradecer às universidades, às entidades civis, a todos aqueles que estão aqui conosco. Hoje foi um dia lindo de pré-congresso. Agradecer às coordenações de área pelo trabalho lindo exposto no metrô. Vi coisas que não tinha visto, cada vez que a gente se aproxima do trabalho feito todo dia, a gente é surpreendido.

### **2.3.3 Trabalhos Apresentados – anais do X Congresso.**

Os metadados disponíveis para busca através de consulta de termos são autor e título conforme Ilustração 9. Além destes dois campos é possível listar os trabalhos pela modalidade de inscrição no Congresso e ainda listar os autores pelo sobrenome.

Ilustração 9: Anais do X Congresso da Rede Unida.

The screenshot shows a web browser window with the URL [www.redeunida.org.br/congresso2012/anais-do-congresso](http://www.redeunida.org.br/congresso2012/anais-do-congresso). The page features a navigation menu with links like 'Rede Unida', 'Congresso 2014', 'Sala de Imprensa', 'Congressos Anteriores', 'Fale Conosco', 'Associe-se', and 'Comunidades'. A search bar is located in the top right corner. The main banner for the '10º CONGRESSO INTERNACIONAL' is displayed, with the dates '06 a 09 de Maio' and the theme 'Educação, Saúde e Participação: Ousadia de construir redes produtoras de vida no cotidiano.' Below the banner, a navigation bar lists various sections: 'Anais do 10º Congresso', 'Certificados', 'Programação', 'Condomínio da Saúde', 'Oficinas', 'Rio de Janeiro', 'Premiação Científica', 'Fotos e Vídeos', and 'Saúde Fazendo'. The main content area is titled 'Interface - Comunicação, Saúde, Educação -', suplemento, n.1, 2012. O ISSN: 1414-3283. A breadcrumb trail reads 'Capa > Rede Unida > 10º Congresso Internacional da Rede Unida > Apresentações e Autores'. The central heading is 'Apresentações e Autores'. Below this, there is a search form with a 'Pesquisar' button and a dropdown menu for 'Modalidade' set to 'Todas as Modalidades'. On the right side, there is a 'USUÁRIO' section with fields for 'Login' and 'Senha', a 'Lembrar de mim' checkbox, and an 'Acesso' button. Below that, there is an 'IDIOMA' section with a dropdown menu set to 'Português (Brasil)'. The word 'Educação' is visible at the bottom of the page.

Fonte: site da Rede Unida.

### 3 Análise da produção sobre Educação Permanente na Rede Unida

A quantidade de trabalhos com o termo educação permanente nos 3 congressos analisados mostrou enorme crescimento nos anos de 2010 e 2012 em relação a 2009. A primeira parte da análise foi quantitativa, referente à autoria e vinculação institucional dos autores.

#### 3.1 Autoria

Dois aspectos foram explorados a parceria e produtividade. O número de autores por trabalho expressa a parceria nas experiências ou estudos apresentados. A quantidade de trabalhos que um mesmo autor participou expressa seu envolvimento com o tema.

##### 3.1.1 Quantos autores participam da elaboração dos trabalhos?

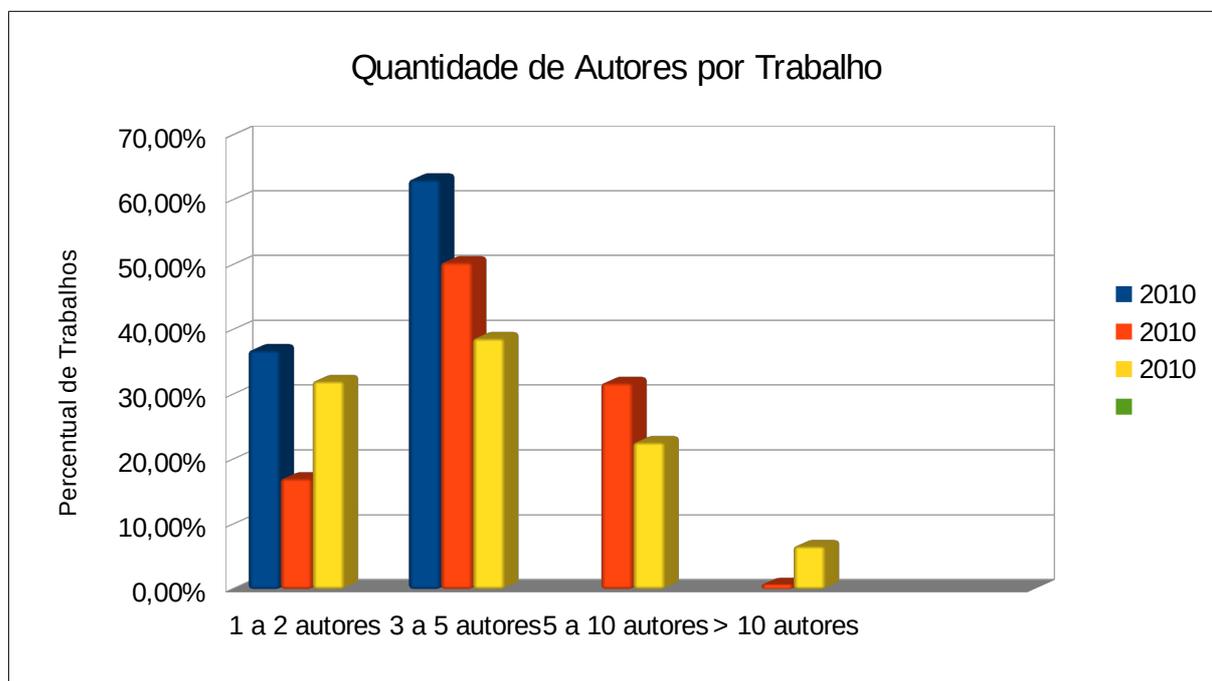
Em todas as três edições analisadas trabalhos que possuem 3 ou mais autores ultrapassam 60% do total de trabalhos apresentados. Trabalhos com mais de 10 autores aumentaram entre 2010 e 2012 chegando a 6,6% no último, conforme Tabela 8 e Gráfico 9. Este perfil de autoria múltipla, com grande número de autores por trabalho pode ser expressão do compartilhamento de experiências com diferentes atores no âmbito da formação, que pode ser melhor explorado no relacionamento entre as instituições participantes a ser analisado adiante.

*Tabela 8: Distribuição percentual dos trabalhos de cada edição do congresso, conforme quantidade de autores.*

Autores/trabalho	2009	2010	2012
1 a 2 autores	36,8%	17,1%	32,1%
3 a 5 autores	63,2%	50,4%	38,7%
5 a 10 autores	-	31,8%	22,7%
> 10 autores	-	0,8%	6,6%

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 9 Distribuição percentual dos autores por trabalho em cada edição analisada.



Fonte: Elaboração própria.

### 3.1.2 Em quantos trabalhos cada autor participou?

A enorme maioria dos autores participou apenas de um trabalho, percentual que diminuiu nas últimas edições, mas ainda representou cerca de 80% no último congresso, conforme Tabela 10. O percentual de autores que apresenta mais de um trabalho em cada congresso variou de 12%, em 2009, a 20% em 2012.

Tabela 10: Distribuição percentual de autores segundo a quantidade de trabalhos que participou e ano da edição do congresso.

Número de trabalhos por autor	2009	2010	2012
1 trabalho	88,0%	82,9%	80,2%
2 trabalhos	8,0%	13,8%	12,1%
3 trabalhos	4,0%	1,7%	5,9%
> 4 trabalhos	-	1,7%	1,8%

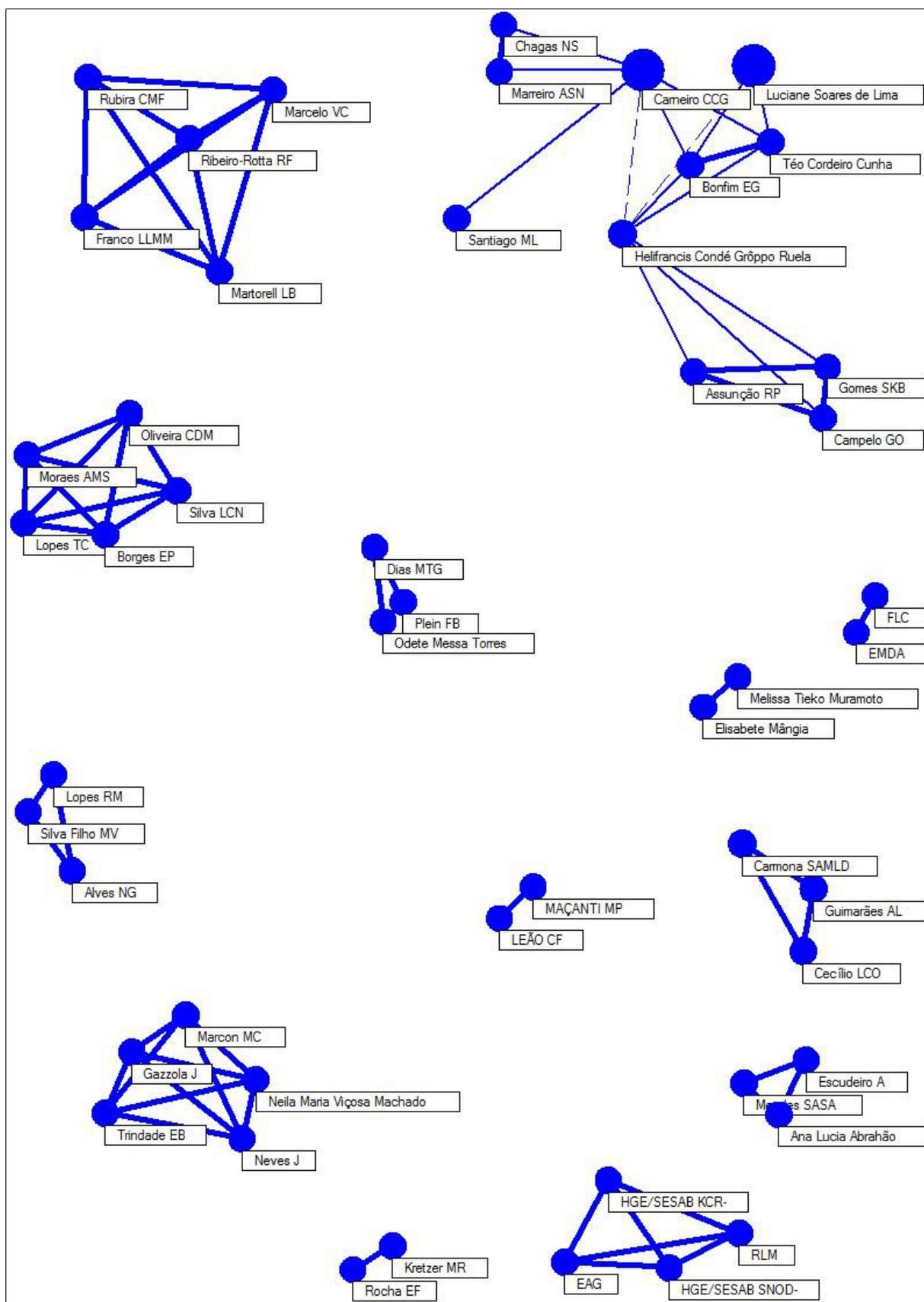
Fonte: Elaboração própria.

### 3.1.3 Como os autores se relacionam na produção dos trabalhos?

A correlação entre os autores dos trabalhos mostra o grupo de pessoas que realizam experiências ou estudos em conjunto e inscrevem os trabalhos nos congressos. O

relacionamento entre os autores é mapeado e representado por linhas pontilhadas nas correlações mais fracas, com similaridades menores que 25% e com linhas sólidas e mais espessas quando a similaridade entre os autores é maior que 75%. A continuidade do pontilhado aumenta no intervalo entre 25 e 75%, como poderá ser visto nos próximos mapas. Na Ilustração 11, as relações entre os autores do Congresso de 2009 foram mapeadas uma a uma. O tamanho dos pontos, que neste mapa representam autores, deve-se ao número de trabalhos inscritos por um mesmo autor, quanto maior o tamanho do ponto maior o número de trabalhos inscritos. Autores que produzem dentro de um mesmo grupo formam figuras poliédricas. Autores que produzem trabalhos em diferentes agrupamentos conformam relacionamentos em redes mais abertas.

Ilustração 10: Mapa de correlação entre autores. Congresso da Rede Unida de 2009.



Fonte: Vantage Point. Elaboração própria.

Em relação às edições de 2010 e 2012, mostrarei apenas os relacionamentos entre autores da última, a título de exemplificação da conformação das relações entre os autores dos trabalhos. Conforme mostrado anteriormente, houve um aumento de trabalhos com múltiplos autores nestas últimas duas edições em relação ao Congresso de 2009. Para obter um mapa com capacidade de mostrar as relações e os nomes dos autores, foi necessário selecionar apenas os autores com mais de 1 trabalho apresentado. O mapeamento de todas as relações entre autores, como exposto para o congresso de 2009, exigiria um maior espaço para visualização, ou tratamento de imagem para selecionar e recortar os agrupamentos a serem visualizados. Os autores isolados, que chegam a 20% dos trabalhos nestas duas últimas edições, tomariam grande parte da ilustração, representados apenas por pontos de tamanhos diferentes segundo a frequência de trabalhos apresentados.

No mapa feito a partir dos autores com mais de um trabalho na edição de 2012 (Ilustração 11), ou seja, com 19,8% dos autores de trabalhos, é possível ver a densidade das relações entre autores. Os autores se relacionam em grupos com mais ou menos pessoas, cuja homogeneidade é representada pela semelhança entre o tamanho dos pontos e espessura das linhas, mas também conformam agrupamentos com maior heterogeneidade de relações entre autores em uma menor proporção de casos. Ainda que a expressão da heterogeneidade, neste caso, esteja limitada ao corte na frequência de trabalhos maior que um, representa a capacidade de alguns autores transitarem por diferentes grupos.



## **3.2 Vinculação Institucional**

### **3.2.1 Quantas instituições participam de cada trabalho?**

Nas últimas duas edições há uma diminuição do número de trabalhos realizados sob a vinculação a uma única instituição, enquanto em 2009 a vinculação única esteve presente em 94% dos trabalhos, nas edições seguintes o percentual baixou para 66% e 70% em 2010 e 2012, respectivamente, conforme Tabela 11 e sua representação em Gráfico 12.

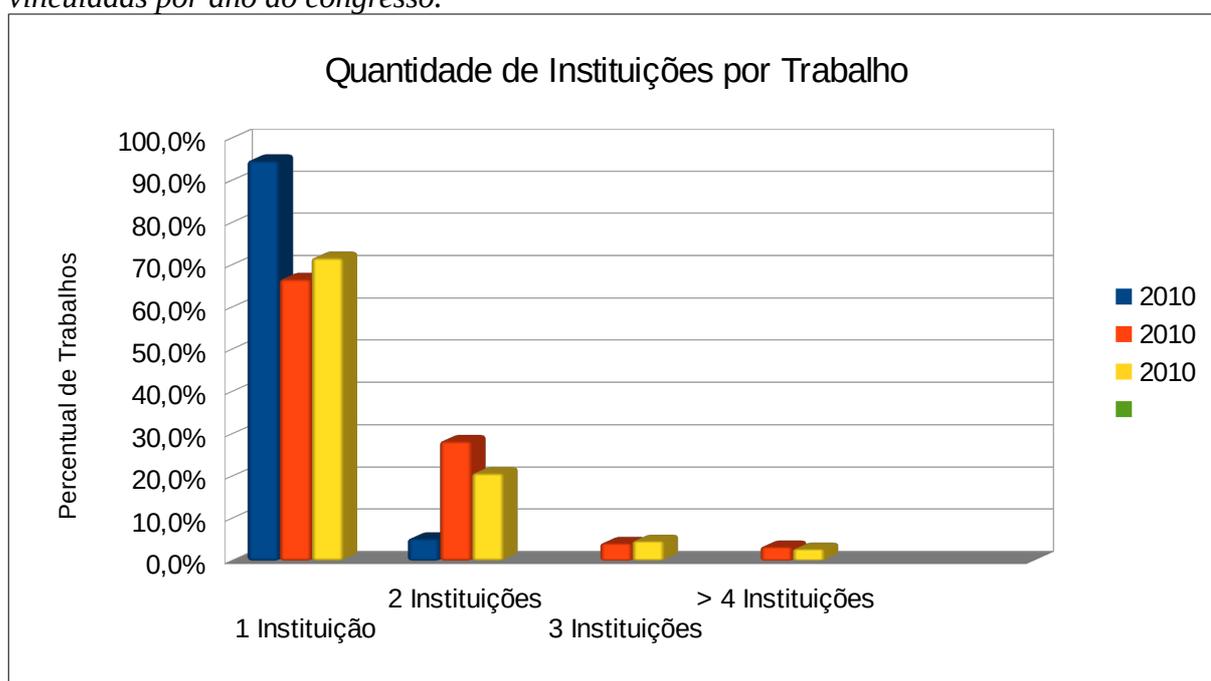
A edição de 2009 não registra trabalhos sobre educação permanente com mais de duas instituições, enquanto nas duas últimas edições observou-se 3 e até mais de 4 instituições envolvidas em um mesmo trabalho. Ou seja, a temática que envolve o uso do termo educação permanente mobilizou um maior número de instituições nos trabalhos apresentados nas duas últimas edições analisadas. Seriam estes trabalhos reflexo do compartilhamento de diferentes instituições e seus atores no cotidiano da formação em serviço? A associação entre diferentes instituições pode ser reflexo da constituição de redes para refletir sobre a formação no compartilhamento do espaço do cuidado? Estas são perguntas e marcadores abertos por este estudo, que são explorados no mapeamento das temáticas, mas que permanecem como questões para futuras análises da produção sobre educação permanente.

*Tabela 11: Distribuição percentual dos trabalhos conforme a quantidade de instituições participantes em cada edição analisada.*

Instituições por Trabalho	2009	2010	2012
1 Instituição	94,7%	66,7%	71,7%
2 Instituições	5,3%	28,3%	20,6%
3 Instituições	-	4,2%	4,7%
> 4 Instituições	-	3,3%	2,8%

Fonte: Elaboração própria.

*Gráfico 12: Distribuição percentual de trabalhos segundo o número de instituições vinculadas por ano do congresso.*



Fonte: elaboração própria.

### 3.2.2 Quantos trabalhos cada instituição levou?

Em relação ao número de trabalhos enviados por instituição há um crescimento das instituições com maior número de trabalhos em relação ao ano de 2009, conforme Tabela 13. Neste aspecto os Congressos de 2010 e 2012 são parecidos, o percentual de instituições que leva apenas um trabalho é próximo de 60% nos dois casos. Há uma fertilização da temática em torno da educação permanente em algumas instituições, com pelo menos 5 instituições apresentando 5 ou mais trabalhos em cada um destes dois congressos.

*Tabela 13: Distribuição percentual das instituições segundo o número de trabalhos inscritos em cada edição analisada.*

Trabalhos por instituição	2009	2010	2012
1 trabalho	86,7%	61,2%	60,5%
2 trabalhos	6,7%	22,3%	23,5%
3 a 5 trabalhos	6,7%	13,6%	11,1%
> 5 trabalhos	-	2,9%	4,9%

Fonte: elaboração própria.

Há um crescimento expressivo de instituições que concentram trabalhos com o tema da educação permanente nas duas últimas edições conforme a Tabela 14. Interessante notar a presença de duas instituições do campo da gestão municipal que tiveram um crescimento de produção em torno da temática que envolve educação permanente, dentre tradicionais instituições de ensino que estiveram presentes em todas as edições analisadas.

*Tabela 14: Distribuição percentual das instituições segundo o número de trabalhos inscritos em cada edição analisada.*

Instituição	Quantidade de Trabalhos		
	2009	2010	2012
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul	-	6	10
FESF-SUS – Fundação Estatal Saúde da Família	-	1	9
EPSJV/FIOCRUZ - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - FIOCRUZ	1	7	6
SMSDC/RJ - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do RJ	-	4	6
UFF - Universidade Federal Fluminense	1	3	5
UFPB - Universidade Federal da Paraíba	-	6	2
UESPI - Universidade Estadual do Piauí	5	1	-

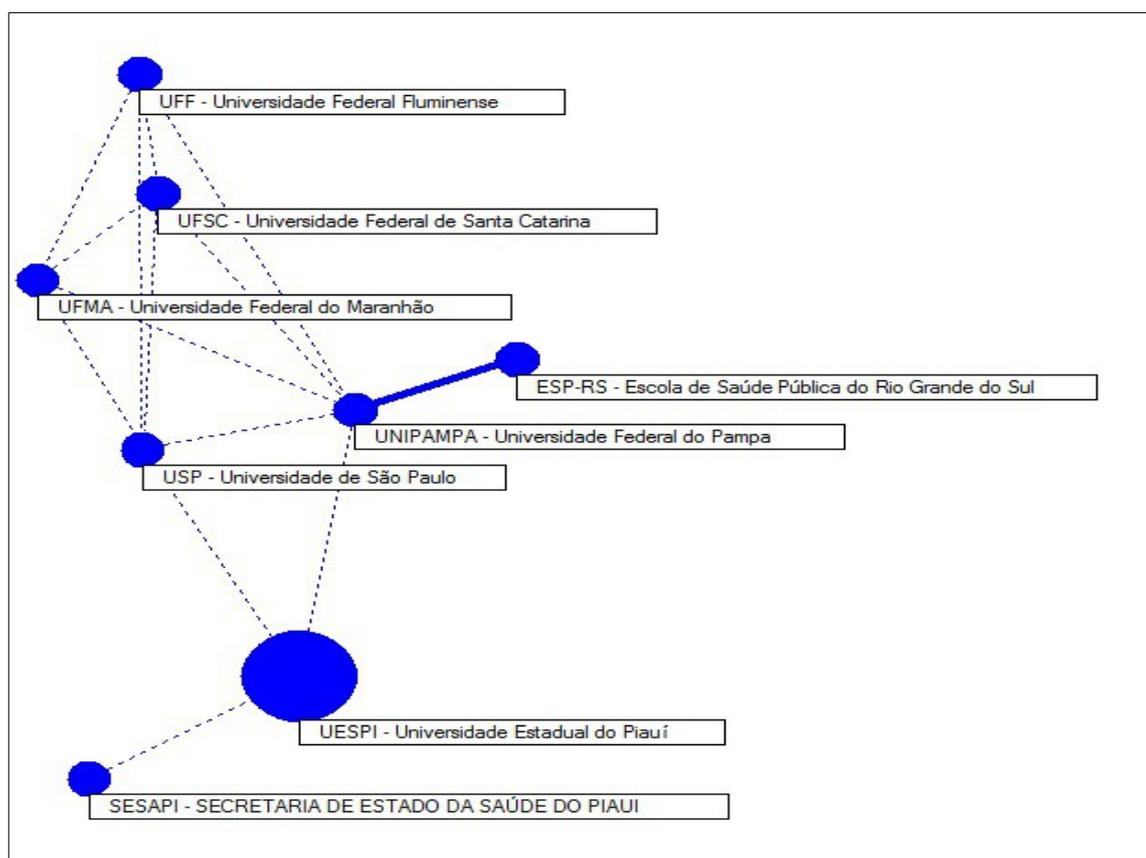
Fonte: Elaboração Própria.

### **3.3 Relações entre as instituições através dos autores dos trabalhos**

O relacionamento entre instituições, obtido através do cruzamento entre autores e as instituições, mostra uma articulação interinstitucional rica, mesmo no congresso de 2009, onde foram poucos trabalhos e a concentração de autores por trabalho foi pequena. Graças ao pequeno número de trabalhos foi possível mapear as relações um a um, tanto para autores como para instituições, revelando a trama produzida entre diferentes instituições. Na Ilustração 12 é exibido um recorte do mapa obtido onde houve relacionamento entre 8 das 13 instituições da edição de 2009, as outras 5 instituições que não estavam relacionadas entre si

são listadas a seguir: Secretaria de Estado da Saúde da Bahia, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ e Curso de Odontologia da Universidade Federal de Goiás.

*Ilustração 12: Mapeamento da correlação entre as instituições através da similaridade entre os autores na edição de 2009.*



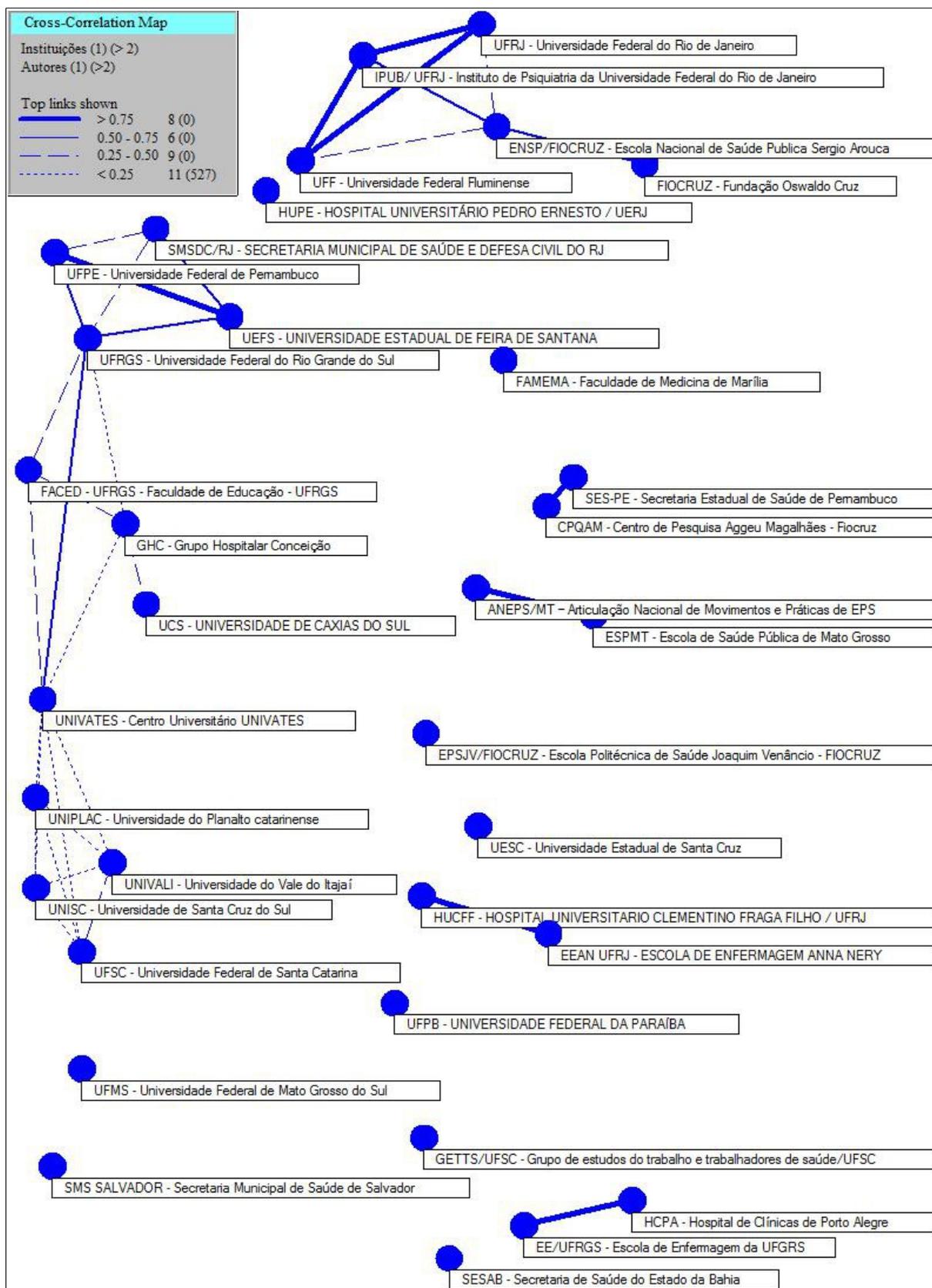
Fonte: VantagePoint. Elaboração própria.

Na edição seguinte do congresso, em 2010, o número de trabalhos, autores e instituições não permite um cruzamento item por item para todos os trabalhos analisados. Seria necessário um equipamento com muita capacidade de processamento, ou a realização anterior de agrupamentos, para obter listas menores e passíveis de visualização no espaço compatível com a página. Tendo em vista a pequena capacidade de processamento do equipamento utilizado e da falta de espaço/tempo para proceder a agrupamentos de autores e/ou instituições, a opção adotada foi mapear as relações entre as instituições e autores que

possuíam mais de um trabalho, ou seja, mapeou-se as relações entre cerca de 40% das instituições.

O resultado do mapeamento, conforme Ilustração 13, sugere “constelações” de instituições com graus diferentes de relações. Se considerarmos a baixa capacidade de processamento das informações, e fizermos uma analogia às constelações estelares quando vistas a olho nú, temos como efeito a captação das relações mais fortes, com corpos celestes maiores e mais brilhantes atraindo outros, segundo a frequência de relacionamentos entre os autores e as instituições. Ainda utilizando a analogia com astronomia, podemos intuir nebulosas e corpos celestes menores passíveis de visualização caso se utilizasse uma lente mais potente, a exemplo do ocorrido no mapa de 2009 onde as relações foram mapeadas uma a uma. Neste mapa, de 2010, é possível ver níveis de similaridade entre os autores dentro do intervalo de 25 e 75%, com pontilhados mais contínuos. Neste mapeamento vemos um maior número de constelações de instituições, com maior variedade na espessura das linhas que unem os “corpos celestes” à constelação, isso se justifica pelo fato de haver, na edição de 2010, uma maior concentração de instituições com mais de 1 trabalho. Estas constelações expressam as relações entre diferentes instituições através de seus autores que compõem redes de compartilhamento sobre temáticas ligadas à educação permanente.

Ilustração 13: Mapeamento da correlação cruzada entre diferentes instituições através dos autores. Instituições e autores com mais de um trabalho apresentado. Edição de 2010.



Fonte: Vantage Point. Elaboração própria.

### **3.4 Análise das temáticas**

Enquanto a análise dos autores e instituições foi feita a partir de dados brutos, apenas normalizados para representar os indivíduos e quantificá-los na sua individualidade, sem correr o risco da duplicação de um mesmo autor ou instituição, na análise textual, não foi possível manter a expressão original dos autores, conforme a expectativa inicial da pesquisa.

Os termos começaram a ser extraídos dos resumos a partir da edição de 2009 e, a partir daí, foram sendo acrescentados conforme apareciam nos congressos posteriores. Buscou-se guardar a identidade dos termos, formando conjuntos de termos assemelhados sob a mesma etiqueta. Cada termo, portanto, está saturado de sentidos advindos de termos assemelhados, procedimento que não foi feito com a intenção de categorizar ou criar classificações, mas de possibilitar o agrupamento e aproximação das temáticas abordadas. Este procedimento foi realizado pela impossibilidade de utilizar o processamento de linguagem natural e, desta forma, constituir uma análise folksonômica, buscando a inversão da hermenêutica giddeana. Este permanecerá como apontamento e desafio a ser desenvolvido em outras investigações.

Em certa medida o procedimento de aproximação de termos e sua saturação de sentidos remete à filosofia mestiça de Serres e sua alegoria do Arlequim que, em seu retorno da viagem à lua, manifesta a impressão de que não há nada novo no universo para a frustração de sua platéia. O desvelamento desta saturação de sentidos que carregam os termos, exposta por processamento dos resumos em linguagem natural, equivaleria ao espetáculo da retirada dos múltiplos mantos sobrepostos do Arlequim? Talvez revelando, sob os múltiplos mantos formados de retalhos, não uma pele limpa, mas completamente tatuada e impregnada dos matizes e texturas, assim como seus manos. Ou seja, seria possível, a partir de procedimentos de mineração e mapeamento de temáticas nos trabalhos de edições sucessivas de eventos que exploram a educação permanente, poder expressar esta evolução como a composição de uma imagem de sobreposição de mantos formados por retalhos que expressam a convivência entre instuído e instituinte e suas produções de novidades e especificidades, como expressão das diferentes realidades como mestiçagem? Como evitar a redução de sentidos às categorias que conseguimos enunciar? Estas são questões que interferiram na elaboração da análise, mas que não puderam ser completamente evitadas pela escassez de recursos metodológicos.

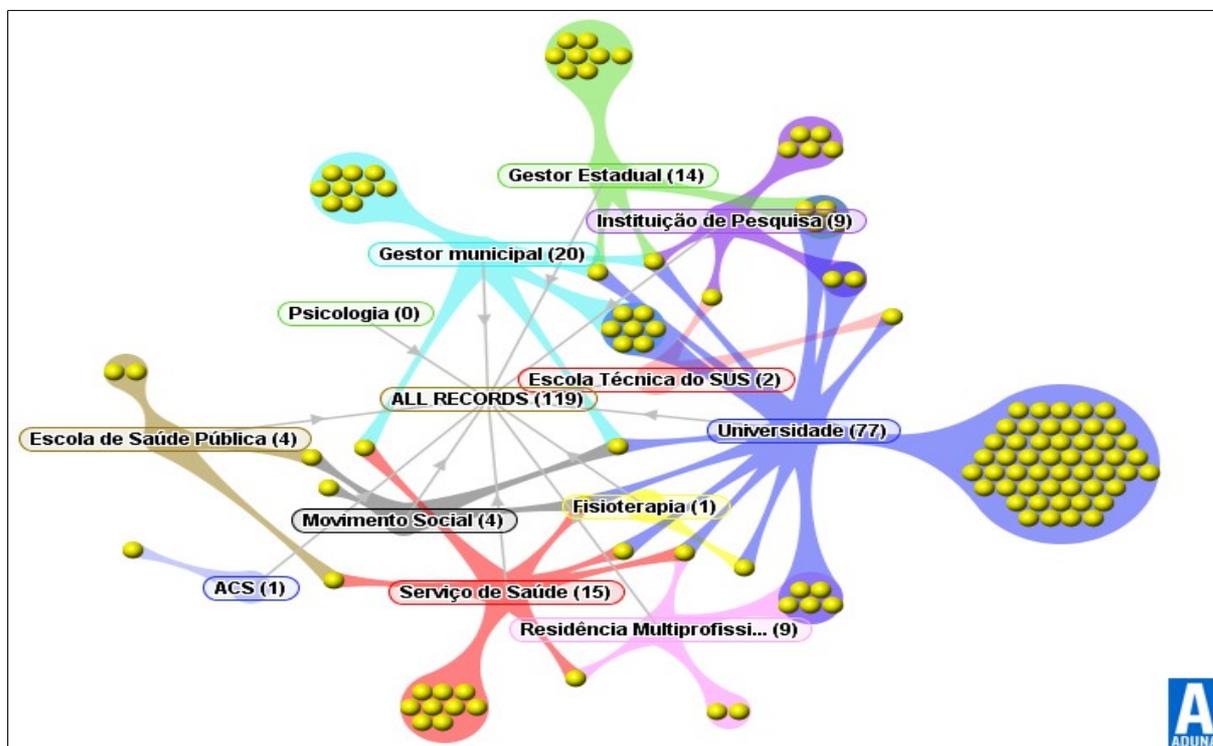
A leitura dos 275 resumos foi acompanhada de algumas perguntas muito simples que buscavam identificar que ator ou autor enunciava cada trabalho, sobre o que estava falando, relatando ou analisando e se enumerava outros interlocutores em relação a suas temáticas, experiências ou análises. As perguntas foram: “quem fala?”, “sobre o quê fala?” e “com quem dialoga?” e suas respostas foram formuladas através de tantos termos quantos pudessem ser retirados dos próprios resumos e que a seguir foram mapeados em aglomerados e suas relações.

### **3.4.1 Quem fala**

Artistas usam o termo “autoral” para falar das suas composições e o termo “parceria” nos casos onde compartilha a autoria com outros. Este fenômeno, de trabalhos muito autorais, ocorreu com frequência no padrão de resposta obtido pela análise, ou seja, com frequência maior que o esperado por esta investigadora. A leitura do resumo identifica a autoria, ou o interlocutor, localizado em um único ator. Desta forma no ano de 2009 esta análise não acrescentou riqueza ao material e não foi retratado aqui.

O mapeamento de quem fala nos trabalhos da edição de 2010 mostra a predominância da Universidade, como local tradicional da formação, escrevendo (ou falando) sozinha, na maioria das vezes. No diagrama, expresso na Ilustração 14, a universidade parece um “polvo”, com uma grande cabeça, formada por estes trabalhos onde ela aparece como o grande enunciador, isolado. Entretanto, polvos tem tentáculos e o diagrama mostra a Universidade enunciando conjuntamente a outros atores, como Gestor municipal, Gestor Estadual, Residência Multiprofissional, Serviço de Saúde e Movimento Social, demonstrando a multiplicidade de enunciações entre o que se denominaria vértice em um Quadrilátero da Formação em saúde, mas que pode se expressar como múltiplas outras articulações. Um efeito interessante desta classificação é o caráter autoral, no sentido artístico. Todos os falantes da classificação falam sozinhos pelo menos uma vez, a exemplo de algumas categorias profissionais, como a Psicologia ou o Agente Comunitário de Saúde, que aparecem como o ator que fala, ou seja, o autor do trabalho, em pelo menos um trabalho “autoral”.

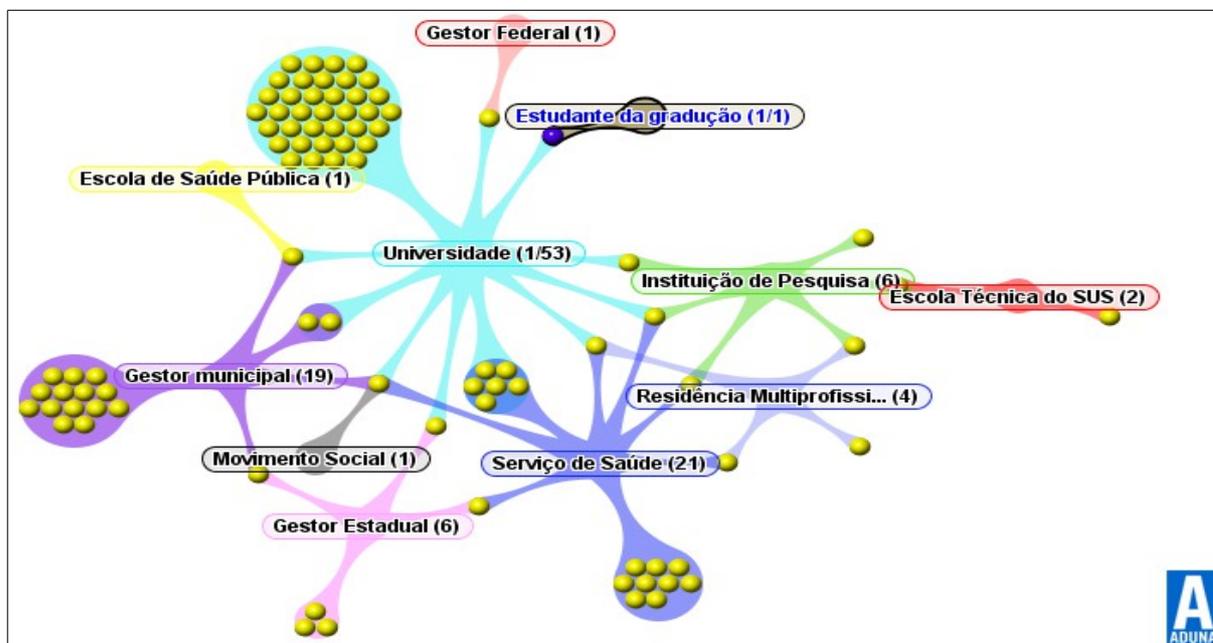
Ilustração 14: Mapa de agregados a partir a análise dos trabalhos da edição de 2010 pela pergunta "Quem fala?"



Fonte: Vantage Point. Elaboração própria.

Não há muita diferença no padrão dos trabalhos da edição de 2012, como pode ser verificado na Ilustração 15.

Ilustração 15: Mapa de agregados a partir a análise dos trabalhos da edição de 2012 pela pergunta "Quem fala?"



Fonte: Vantage Point. Elaboração própria.



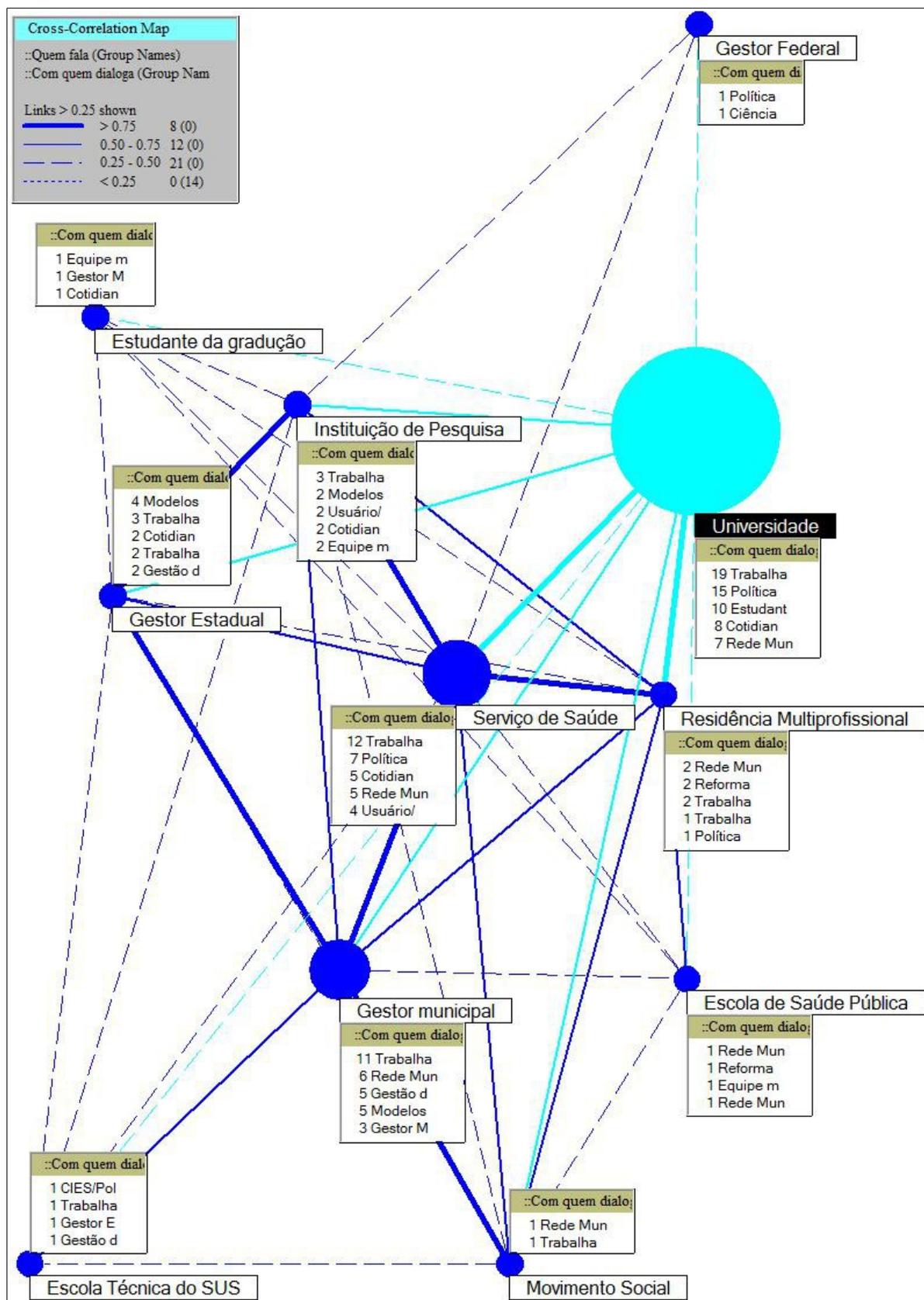
### **3.4.3 Com quem dialoga**

O mapeamento das respostas à pergunta sobre quais são os atores ou temas com os quais o trabalho dialoga na sua construção mostram uma concentração nos processos cotidianos, talvez expressão do estímulo aos relatos de experiência, uma importante prevalência do trabalhador do cuidado, seja individualmente, seja no coletivo das equipes multiprofissionais. Aparece timidamente o usuário, assim como também aparecem trabalhos voltados dedicados ao recorte profissional dos currículos, das rotinas, competências ou perfil profissional, conforme pode ser verificado na Ilustração 17



entre a classificação “quem fala” e “com quem dialoga”. Utilizando o recurso de listar junto a “quem fala” as classificações de “com quem dialoga”. Este exemplo foi obtido da edição de 2010 e mostra a diversidade das relações entre os diferentes atores e componentes da Educação Permanente que se expressam na produção da Rede Unida, expresso pela Ilustração 18.

Ilustração 18: Mapeamento da correlação entre "Quem fala" e "com quem dialoga" na edição de 2010 do Congresso da Rede Unida.



Fonte: Vantage Point. Elaboração própria.

## Capítulo VI - Considerações finais

Para compor o quadro teórico e conceitual desta tese busquei na filosofia das ciências, e também nas ciências sociais, fundamentos sobre como o conhecimento é produzido, legitimado socialmente e pela Ciência. Os principais autores que apoiaram minha construção teórico metodológica, Foucault (1998, 2002), Serres (1993) e Boaventura de Sousa Santos (2009, 2008, 2005), amplamente citados por autores da saúde coletiva, consideram o conhecimento como produção histórica, e também como constructos dos homens em relação e atuação no mundo, conhecimento como imanência e não como essência ou representação. Entretanto, esta concepção de conhecimento ainda é contra-hegemônica nas ciências, ainda que tenha origens em pensadores de século XVII, como Espinoza, e século XIX, como Nietzsche.

Na educação desde 1973, e na saúde, desde a década de 1990, a educação permanente passou a ser uma importante referência para os desafios da formação ao longo da vida como forma de enfrentar a ampliação do conhecimento e sua adequada apropriação a contextos específicos, conforme diretrizes emanadas por organismos internacionais como a UNESCO e a OPAS. Também nas ciências, na década de 1990, há um reconhecimento da necessidade da cooperação e da aproximação da pesquisa a contextos reais como uma nova forma de produção de conhecimento. Dentro desta perspectiva, nos primeiros anos da década de 2000, foi elaborada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Esta política convergiu esforços desenvolvidos nas três décadas anteriores em projetos de articulação entre instituições formadoras, experiências municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais que além de estarem comprometidas com a formação de profissionais de saúde, também foram, e continuam sendo, protagonistas da reforma sanitária brasileira e do desenvolvimento do SUS. Deste protagonismo surgiu a Rede UNIDA como uma evolução dos movimentos em torno da tarefa de tornar a formação profissional uma ação inerente ao SUS.

A trajetória e múltiplas conformações que o Movimento da Rede Unida adotou ao longo de sua história demonstram uma notável capacidade de se recriar em novas situações nem sempre favoráveis. De projeto financiado por organismo internacional a interlocutor privilegiado na elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais, passando pela construção da Educação Permanente em Saúde como política de estado na Saúde, a Rede Unida manteve uma expressiva capacidade de articulação mesmo com pouco apoio do governo após 2005, período em que a política foi fragmentada em múltiplas fontes de financiamento a programas

tutoriais, por exemplo. A vitalidade do seu modo de operar a produção através dos encontros pode ser verificada pelo processo de preparação do XI Congresso, com encontros regionais em curso no momento de finalização desta tese. Esta capacidade demonstra o caráter mestiço deste movimento social representado pela Rede Unida.

Em sua produção de conhecimento, veiculada nos três congressos que foram objeto desta investigação, o processo de autoria ainda segue expressando a características da produção acadêmica mais tradicional, com a presença de grupos de autores que sempre produzem juntos e um importante percentual de autores com trabalhos de autoria única, em produção isolada. Entretanto, um aspecto importante nos agrupamentos formados por autores que escrevem juntos é a quantidade de pessoas, com até dezenas de autores, sugerindo intensos processos de produção coletiva ocorrendo nestes grupos.

A presença das instituições nos trabalhos ainda mostra uma precedência das instituições de ensino, com grande quantidade de instituições isoladas em suas produções. Por outro lado, nos diagramas de mapeamento das relações entre as instituições que compartilham a produção de mais de um trabalho observou-se a formação de pelo menos “três constelações” que sugerem a formação de redes que se estendem pelo país na produção sobre a educação permanente.

A característica mais notável na relação entre autores e suas instituições pode ser observada no cruzamento entre estas duas informações, com o desvelamento de redes de relacionamento mais abertas e plurais.

Do ponto de vista das temáticas, embora haja uma saturação de termos ligados às Diretrizes Curriculares Nacionais e às Políticas Públicas de Saúde e Educação, o mapeamento dos agregados mostrou uma dispersão de objetos e temas na periferia dos maiores aglomerados. Menos frequentes, temas imprevisíveis emergem das realidades onde os processos de educação permanente acontecem e tematizam questões do cotidiano da atenção à saúde, coma a alteridade, singularidade, complexidade, suicídio, cultura entre outros.

A representação deste conhecimento pelo procedimento de classificação realizado pelo pesquisador nesta investigação e como comumente é feito nas ciências, restringe a capacidade de expressar a diversidade e a singularidade da produção. A disponibilidade de ferramentas de

análise por processamento de linguagem natural e a adoção de sistema de etiquetagem social podem ser alternativas importantes para permitir uma expressão mais legítima do conhecimento produzido pela experiência desenvolvida na perspectiva do Movimento da Rede UNIDA, assim como em outros âmbitos da sociedade onde se objetiva reconhecer como legítimas as narrativas dos atores.

Por fim, a disponibilidade de material em acesso aberto na internet confere ao movimento uma densidade histórica que não é possível de captar pela produção anterior em veículos impressos. Tornar o conteúdo dos trabalhos passíveis de recuperação em buscas na internet seria uma importante forma de dar visibilidade a esta produção, pois é preciso saber que os Anais estão disponíveis e encontrá-los dentro do site, tarefa que poderia ser substituída pelos buscadores.

Esta investigação apenas abre indicações sobre diferentes possibilidades de maior exposição da produção da Rede Unida, assim como tematiza a visibilização do conhecimento produzido nas fronteiras e travessias entre o saber da academia e o saber da experiência, produzido no cotidiano. Fruto dos encontros entre formação, atenção em saúde, gestão e participação social movimentos como a Rede Unida apostam e se constituem como espaços de mestiçagens, como expressão da riqueza de possibilidades para a produção de vida como objeto da saúde, assim como de outras políticas públicas.

## Referências bibliográficas

- ALMEIDA, P. F. DE et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 2, p. 286–298, fev. 2010.
- ALMEIDA, P. F. DE; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 29, n. 2, p. 84–95, fev. 2011.
- ALMEIDA, P. F. DE; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde em Debate*, v. 36, n. 94, p. 375–391, set. 2012.
- AQUINO, M. C. Hipertexto 2.0, folksonomia e memória coletiva: um estudo das tags na organização da web. *E-Compós*, v. 9, p. 1–18, 2007.
- AROUCA, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. 1a. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Unesp, 2003. p. 268
- ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO NA BAHIA. Acordo aponta fim da precarização nas relações de trabalho do PSF e agentes comunitários e de combate a endemias em Salvador. Disponível em: <<http://mpt-prt05.jusbrasil.com.br/noticias/932650/acordo-aponta-fim-da-precarizacao-nas-relacoes-de-trabalho-do-psf-e-agentes-comunitarios-e-de-combate-a-endemias-em-salvador>>. Acesso em: 15 jul. 2013.
- ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO NA BAHIA. Audiência Pública sobre PSF de Salvador. Disponível em: <<http://www.mpba.mp.br/atuacao/saude/informes.asp>>. Acesso em: 15 jul. 2013.
- BARBIERI, F. B. A Rede Unida e o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde. [s.l.] Universidade Estadual de Londrina, 2006.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. 3a. ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Ventos, 1996. p. 235
- BELISÁRIO, S. A. Congressos da Abrasco: A Expressão de um Espaço Construído. In: TRINDADE, N.; SANTANA, J. P. DE (Eds.). *Saúde Coletiva como a Trajetória da ABRASCO*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 45–73.
- BRASIL. PORTARIA GM No 198, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2004. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. 2004. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/54\\_Portaria\\_198\\_de\\_13\\_02\\_2004.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/54_Portaria_198_de_13_02_2004.pdf)>

f>. Acesso em: 9 ago. 2011

BRASIL. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 98

CAMPOS, F. C. B. O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de são paulo, campinas e santos. [s.l.] UNICAMP, 2000.

CATARINO, M. E.; BAPTISTA, A. A. Folksonomia: um novo conceito para a organização dos recursos digitais na Web. DataGramZero - Revista de Ciência da Informação, v. 8, n. 3, p. 1–20, 2007.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 16, p. 161–168, fev. 2005a.

CECCIM, R. B. 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.; ALVIM, F. P.; SANTOS, A. A. DOS. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. LUGAR COMUM, v. 28, n. 2, p. 159–180, 2009.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio., , 2009a. (Nota técnica).

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho, Educação e Saúde, v. 6, n. 3, p. 443–456, 2009b.

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. 497–514, 2004.

CHAVES, M.M; KISIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. In : ALMEIDA, M., FEUERWERKER, L, LLANOS, M. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo : Hucitec; Buenos Aires : Lugar Editorial ; Londrina : Ed.UEL, 1999

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. s7–s16, 2008.

CRUZ, K. T. DA. A Formação Médica no Discurso da CINAEM. [s.l.] UNICAMP, 2004.

DELORS, J. Educação: um tesouro a descobrir. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001298/129801por.pdf>>.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D. DE; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1613–1624, jun. 2013.

EDUCAÇÃO, C. N. DE. Parecer CNE/CES 1133 - Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. Brasil. Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 21, n. 2-3, p. 164–176, mar. 2007.

FAZENDA, I. C. A. A formação do professor pesquisador - 30 anos de pesquisa. *Interdisciplinaridade*, p. 1–10, 2010.

FERLA, A. A. Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; ALBA, R. D. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. *Reciis*, v. 6, n. 2, 31 ago. 2012.

FERREIRA, M. DE L. DA S. M.; COTTA, R. M. M.; OLIVEIRA, M. S. DE. Construção coletiva de experiências inovadoras no processo ensino-aprendizagem na formação de profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 2, jun. 2009.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 18, p. 489–506, dez. 2005.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. 5a. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998. p. 241

FOUCAULT, M. A Verdade e as Formas Jurídicas. 3a. ed. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002. p. 160

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

FREIRE, R. C. As Ações Programáticas no Projeto Saúde Todo Dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado. [s.l.] UNICAMP, 2005.

GIDDENS, A. Em defesa da sociologia. Ensaios, interpretações e réplicas. São Paulo: UNESP, Editora, 2001. p. 372

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 6, p. 1171–1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 783–794, jun. 2009.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. DE. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 551–570, 2010a.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. DE. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 551–570, 2010b.

GREEN, L. A et al. The ecology of medical care revisited. *The New England journal of medicine*, v. 344, n. 26, p. 2021–5, 28 jun. 2001.

GUATTARI, F. *As três ecologias*. 6a. ed. Campinas: Papyrus, 1997. p. 56

GUEDES, R. DE M.; MOURA, M. A.; DIAS, E. J. W. A abordagem dialógica na indexação social. *DataGramZero - Revista de Ciência da Informação*, v. 13, n. 1, p. 1–11, 2012.

GUIMARÃES, M. C. S. Uma geografia para a ciência faz diferença: um apelo da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 1, p. 50–58, jan. 2010.

HADDAD, J.; MOJICA, M. DE J.; CHANG, M. I. Processo de educacion permanente em salud. *Educacion Medica Salud*, v. 21, n. 1, p. 11–29, 1987.

HESSELS, L. K.; VAN LENTE, H. Re-thinking new knowledge production: A literature review and a research agenda. *Research Policy*, v. 37, n. 4, p. 740–760, maio 2008.

KOHAGURA, T. *LÓGICA FUZZY E SUAS APLICAÇÕES*. [s.l.] Universidade Estadual de Londrina, 2007.

LEITE, L. S. *Informação para prospecção: um estudo exploratório na área da saúde*. [s.l.] Fiocruz, 2011.

LOYOLA, M. A. O Lugar das Ciências Sociais na Saúde Coletiva The Place of Social Sciences in Collective Health. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n. 1, p. 9–14, 2012.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 2, p. 304–311, jun. 2009.

MACHADO, M. H. *Gestão do Trabalho em Saúde Escola Politecnica de Saude Joaquim Venancio*, 2008. (Nota técnica).

MAGALHÃES, R.; SENNA, M. DE C. M. Local implementation of the Family Health

Program in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2549–2559, dez. 2006.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 34, p. 593–606, set. 2010.

MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. Educação Permanente em Saúde: conhecer para compreender. *Revista Espaço para a Saúde*, v. 10, n. 2, p. 53–60, 2009.

MELO, E. A. A sustentabilidade de iniciativas inovadoras na gestão do SUS a partir da experiência de Aracaju: entre o instituinte e o instituído. [s.l.] UERJ, 2008.

MERHY, E. E. *A Saúde Pública como Política: um estudo de formuladores de política*. 1a. ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 305–314, 1999.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. DE A. (Eds.). *Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. 1a. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21–45.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface*, v. 9, n. 16, p. 161–77, 2005.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: EE, M. et al. (Eds.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 15–36.

MERHY, E. E. *Sobre regimes de visibilidade. Arguição em Banca de Qualificação*. Rio de Janeiro, 2011.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: ANA CRISTINA DE SOUZA MANDARINO; GOMBERG, E. (Eds.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Salvador: Edufba, 2009. p. 264.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SILVA, E. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud colectiva*, v. 8, n. 1, p. 25–34, 2012.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, p. 316–323, 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. *Trabalho em Saúde*. Escola Politecnica de Saude Joaquim Venancio, , 2009. (Nota técnica).

- MINISTÉRIO, B. et al. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf)>. Acesso em: 9 ago. 2011
- MORAES, M. O. O Conceito de Rede na Filosofia Mestiça. *Revista Informare*, v. 6, n. 1, p. 12–20, 2000.
- MOURA, C. F. DE. “Não colocar todos os ovos no mesmo cesto...” da biodiversidade a nível biológico ao conceito de mestiçagem em Michel Serres. In: CARVALHO, A. D. DE (Ed.). *Diversidade e identidade/1a Conferência Internacional de Filosofia da Educação*. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Letras. Instituto de filosofia, 2000. p. 429–436.
- NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 2, p. 5–21, dez. 1994.
- NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 909–916, jun. 2008.
- PAIM, J. S. Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva? In: *Desafios para a Saude Coletiva no Seculo XXI*. Salvador: Edufba, 2006. p. 139–151.
- PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. [s.l.] Universidade Federal da Bahia, 2007.
- PINEAU, G. Emergência de um paradigma antropofomador de pesquisa-ação-formação transdisciplinar. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 3, p. 102–110, dez. 2005.
- PINEAU, G. As histórias de vida em formação: gênese de uma corrente de pesquisa-ação-formação existencial. *Educação e Pesquisa*, v. 32, n. 2, ago. 2006.
- RAMOS, A. DE S. Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva: um fator de exposição em Defesa da Vida. 2006. [s.l.] Universidade Federal de Sergipe, 2006a.
- RAMOS, A. DE S. Aracaju: em foco o modelo “Saúde Todo Dia”. A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva em debate. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Eds.). *Resumos Ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2006b.
- RAPOSO, M. T.; NEMES, M. I. B. Assessment of integration of the leprosy program into primary health care in Aracaju, state of Sergipe, Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 45, n. 2, p. 203–208, abr. 2012.
- REDE UNIDA. 9o Rede Unida - parte 3BrasilVídeo Saúde, , 2011a. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=JZW3nRpbL5s>>. Acesso em: 1 jun. 2013
- REDE UNIDA. Alcindo Ferla - entrevistaBrasilYouTube, , 2011b. Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=MfXGqXN-WHI>>. Acesso em: 30 maio. 2013

REDE UNIDA. Mobilizando para 10o Congresso da Rede UnidaBrasilYouTube, , 2011c. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=X5zQhFjGcXU>>. Acesso em: 30 maio. 2013

REDE UNIDA. Encontro Regional Sudeste - Reunião Aberta de Planejamento do 10o congresso, 2011d. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=0Z5ATo1R0FY>>. Acesso em: 30 maio. 2013

REDE UNIDA. Hans Dohman - abertura do 10o CongressoCanal Rede Unida YoutubeBrasilYouTube, , 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=x-ROSyYfUCE>>. Acesso em: 29 maio. 2013

ROSCHKE, M. A.; CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 161–168, fev. 2005.

SANTANA, A. D. Sobre o desafio de qualificar os trabalhadores: estudo sobre o processo político de construção da educação permanente na cidade de Aracaju,SE. [s.l.] s.n, 2005.

SANTOS, B. DE S. Subjectividade, Cidadania e Emancipação. In: SANTOS, B. DE S. (Ed.). *Pela mão de Alice: o social e o político na pos modernidade*. 10a. ed. São Paulo: Cortez, 2005a. p. 235–279.

SANTOS, B. DE S. Os desafios das ciências sociais hoje. *Encarte CLACSO - Cadernos da America Latina*, n. X, p. 1–8, 2009.

SANTOS, B. DE S. A filosofia à venda, a douta ignorância e a aposta de Pascal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. Março, n. Março, p. 11–43, 2008.

SANTOS, R. C. Saude todo dia : uma construção coletiva. [s.l.] Biblioteca Digital da Unicamp, 25 fev. 2005b.

SAÚDE, P.; CAMINHOS, C. A Educação Permanente Entra na Roda. [s.l: s.n.].

SERRES, M. *Filosofia Mestiça*. 1a. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

SILVA, R. P. DA; RIBEIRO, V. M. B. Inovação curricular nos cursos de graduação em medicina: o ensino da bioética como uma possibilidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 1, p. 134–143, mar. 2009.

TEÓFILO, T. J. S. O movimento da rede unida e a construção do sus: em busca de novas arqueologias (r. Unida, Ed.)10° Congresso Internacional da Rede Unida. *Anais...Rio de Janeiro: Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2012Disponível em: <<http://conferencias.redeunida.org.br/index.php/redeunida/ru10/paper/view/3308>>. Acesso em: 21 jul. 2013

TESTA, M. Atenção Primária (ou Primitiva?) de Saúde. In: TESTA, M. (Ed.). Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 160–174.

TRINDADE, N.; SANTANA, J. P. DE. Apresentação. In: TRINDADE, N.; SANTANA, J. P. DE (Eds.). Saúde Coletiva como Compromisso: a Trajetória da ABRASCO. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 236.

VASCONCELOS, E. M.; ALGEBAILLE, E. B.; VALLA, V. V. Victor vincent valla: pioneiro da pesquisa e formação acadêmica no campo da educação popular em saúde. Revista de APS, v. 11, n. 3, p. 326–333, 2008.

VIERA, A. F. G.; GARRIDO, I. DOS S. Folksonomia como uma estratégia para Recuperação Colaborativa da Informação. DataGramZero - Revista de Ciência da Informação, v. 12, n. 2, p. 1–19, 2011.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. The New England journal of medicine, v. 265, p. 885–92, 2 nov. 1961.