

Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica

Health education or a shared therapeutic project?
Health care goes beyond the pedagogical dimension

Helvo Slomp Junior¹

Laura Camargo Macruz Feuerwerker²

Marcelo Gerardin Poirot Land³

Abstract *The general objective of this research was to assess the possible contribution of homeopathy to the development of caregiving therapeutic projects in multidisciplinary workshops of permanent education in health, in the context of primary health care. The chosen points of analysis were the series of inconveniences expressed by health workers with respect to their work processes and it was the emergence of the theme of health education in the first meetings with the teams that led to the production of this article. This study discusses the existential territory of “being a health professional” as understood from a concept of education as a significant benchmark, and of a certain interventionist mission as a transcendent value. A progressive waning of the importance of health education was observed during the workshops, sometimes even disappearing from the discussions, as the caregiving therapeutic projects took shape. The conclusion reached is that this waning involved a process of moving towards a pact with the health system user, eventually considered to be a valid interlocutor; and that health care transcends any strictly pedagogical dimension.*

Key words *Permanent health education, Health education, Therapeutic project*

Resumo *Pesquisa que teve como objetivo geral compreender as possibilidades de contribuição da homeopatia na construção de projetos terapêuticos cuidadores, em oficinas multiprofissionais de educação permanente em saúde, no contexto da atenção básica. Como analisadores foram escolhidos os incômodos que os trabalhadores da saúde manifestaram com relação ao seu processo de trabalho e a emergência, nos primeiros encontros com as equipes, do tema da educação em saúde, que motivou a produção deste artigo. Discute-se o território existencial “ser profissional de saúde” como sendo instituído a partir de uma concepção de educação como referente significativa, e de certa missão intervencionista como valor transcendente. Observou-se ao longo das oficinas um esvaecimento da importância do tema da educação em saúde, por vezes até desaparecendo das discussões, na medida em que os projetos terapêuticos cuidadores se constituíam. Conclui-se que tal esvaecimento consistiu em um processo de desterritorialização no sentido de uma pactuação com o usuário, tido ao final como um interlocutor válido; e que o cuidado ultrapassa a dimensão estritamente pedagógica.*

Palavras-chave *Educação permanente em saúde, Educação em saúde, Projeto terapêutico*

¹ Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Paraná. Rua Padre Camargo 280/7º, Centro. 80060-240 Curitiba PR Brasil. helvosj@gmail.com

² Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

³ Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Introdução

O presente artigo problematiza as produções de campo de uma pesquisa que, embora estudasse as possibilidades de contribuição da racionalidade homeopática na construção de projetos terapêuticos cuidadores, produziu também resultados que prescindiram de noções ou perspectivas advindas dessa racionalidade, e que aqui foram relatados e discutidos. A seguir serão apresentados os conceitos centrais do referencial adotado, e, na seção “métodos”, os conceitos operativos utilizados.

A noção de *projeto terapêutico* tem uma origem bem conhecida no campo da saúde: o movimento de desinstitucionalização manicomial na Itália dos anos 1960 e 1970; naquele momento, diante do desafio de se obter novas propostas de cuidado para o sofrimento mental, havia que se inventar outros dispositivos¹. Observa-se a necessidade de se produzir um olhar implicado não somente em reconhecer os problemas de saúde, mas também em produzir relações e construir uma cadeia de cuidados². Essa proposta emitirá ressonâncias, inclusive no Brasil, a começar pela experiência santista de saúde mental, na primeira metade dos anos 1990¹, ganhando novas formulações no contexto brasileiro das reformas sanitária e psiquiátrica, a exemplo da corrente *Em Defesa da Vida* do movimento sanitário, desde o final dos anos 1980 e durante os anos 1990. Na ocasião Merhy³, por exemplo, aponta o projeto terapêutico como um dos dispositivos estratégicos no processo de trabalho em saúde; nos anos 2000 o mesmo autor, dentre outros, volta ao tema quando se ocupa da mudança da escola médica⁴. Paralelamente desenvolve-se também a produção de outra vertente de pesquisas, empenhada em desenvolver e operacionalizar um modelo de projeto terapêutico, chamado “singular”, na condição de método, dentre outros, a ser empregado no contexto da chamada clínica ampliada^{5,6}, e proposto particularmente para o âmbito da atenção básica⁷.

Outro importante referencial para esta pesquisa é o da *análise institucional (AI)*, cujos trabalhos iniciais remetem aos autores René Lourau e Georges Lapassade. Este estudo orientou-se a partir de uma produção brasileira posterior⁸, bem como sua articulação com o campo da chamada micropolítica, em especial a produção de Felix Guattari⁹. Desse campo utilizaremos inicialmente o sentido de *instituições*, tomadas aqui não no sentido de organizações ou estabelecimentos, mas no de relações que os homens estabelecem

entre si e com o mundo, produções do viver e do pensar que se constituem socialmente. Por vezes tais relações naturalizam discursos e certos equilíbrios: o chamado *instituído*⁸. Já para Michel Foucault¹⁰ instituição é *tudo que em uma sociedade funciona como sistema de coerção, sem ser um enunciado, ou seja, todo o social não discursivo*. De outro lado há os *movimentos instituintes*, que dão lugar à invenção engendrada com a finalidade de vazar a realidade instituída. A AI poderia então ser definida como uma intervenção claramente política (em suas dimensões macro e micro) no sentido de fazer ver as instituições que de fato permeiam cada realidade, colocá-las em análise, a fim de produzir novas subjetividades: “intervir para investigar” e “transformar para conhecer” são conhecidos motes institucionalistas⁸.

Outro conceito dessa matriz, aqui utilizado, é o de *analísadores*, visto como tudo aquilo que, ao gerar novas questões, coloca a realidade institucional em análise. Dentre eles há os que surgem internamente ao próprio grupo em análise⁸: uma fragmentação ou incomunicabilidade interna na equipe, a dificuldade para lidar com certa incompatibilidade pessoal para com o usuário, ou a crença em uma solução definitiva originada externamente ao grupo em questão, só para dar exemplos coerentes com a produção aqui relatada.

Pode-se também lançar mão dos chamados *dispositivos*, ou seja, quaisquer analisadores construídos por um mediador (no caso o pesquisador-facilitador) junto a um coletivo em análise⁸. Para Foucault¹⁰, dispositivo é uma rede que se estabelece entre elementos heterogêneos (discursos, decisões regulamentares, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas e morais), é a natureza mesma da relação que pode existir entre estes elementos (mudanças de posição e de funções), sendo de ordem tanto discursiva como não discursiva. Considerando que nesta pesquisa operamos este conceito como ferramenta em ato, acrescentamos que para Foucault um dispositivo é uma intervenção racional e organizada nas relações de força em jogo em determinado cenário social, tendo, portanto, uma função estratégica quando se pretende operar tais forças, estabilizando-as ou desenvolvendo-as em determinada direção¹⁰.

Um último conceito da AI utilizado na pesquisa é o de *implicação*, tratando-se do conjunto de vínculos afetivos, históricos e profissionais entre indivíduos e grupos, da organização ou mesmo de todo o sistema institucional, enfim⁸. Merhy¹¹ entende que o sujeito epistêmico, almejado pela ciência hegemônica por ser idealmente impar-

cial no campo da produção do conhecimento, é aquele que, de posse de certos métodos e teorias, se debruça sobre os objetos da ciência; porém, o autor alerta que o mesmo não precede os demais sujeitos (técnico, político, pedagógico e dos afetos) possivelmente envolvidos nesse processo, especialmente aquele que o autor denomina *sujeito implicado*: o que busca a construção de um conhecer militante dispondo-se à autoanálise, à ressignificação de suas próprias intencionalidades.

O referencial da *educação permanente em saúde* (EPS) pode ser resumido a partir das revisões de Merhy et al.¹² e de Merhy e Feuerwerker¹³. Construída a partir de vários referenciais teóricos – incluindo o do brasileiro Paulo Freire – e visando inicialmente uma reforma da aprendizagem de adultos, a EPS parte dos incômodos vivenciados com a realidade vivida em ato, e conta com os saberes prévios de cada sujeito, tornando possível e necessária uma *aprendizagem* chamada *significativa*. O acréscimo de ferramentas do chamado Planejamento Estratégico Participativo transmuta os problemas de saúde de causadores de sofrimento e incômodos a também substratos do processo pedagógico no cotidiano do trabalho em saúde, possibilitando assim que se obtenha dos mesmos toda a potência transformadora que a realidade em saúde oferece^{12,13}.

Uma formulação brasileira da EPS se consolidará como política pública em meados dos anos 2000, no Ministério da Saúde, ao incorporar a perspectiva da AI e, principalmente, radicalizar o diálogo da educação permanente, advinda originalmente da Organização Pan-Americana da Saúde, com a produção teórico-prática referenciada a partir do campo da *micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde*^{4,12,13}. Essa nova vertente de EPS parte da perspectiva de que, se saúde se produz em ato, tais atos de saúde são concretizados pelos trabalhadores quando de posse das três formas de tecnologias em saúde: as *duras* (instrumentos, medicamentos, equipamentos, tudo que resulta do trabalho morto); as *leve-duras* (conhecimentos técnicos estruturados) e as *leves* ou relacionais, aquelas que conferem a “vida” propriamente dita a esse trabalho tão peculiar, que é vivo e acontece em ato, produtor (ou interditor) do cuidado^{4,14}. Destas, a EPS irá posicionar as tecnologias leves como orientadoras das demais, entendendo-as como o conjunto de *relações* vividas em ato no encontro trabalhador da saúde-usuário (escuta, interesse, vínculos, confiança, ética), possibilitando a apreensão das singularidades: o contexto, o universo cultural, os modos específicos de sentir e de viver, as relações afetivas e de poder. Por

meio delas o usuário tem maiores possibilidades para negociar, interagir, e até disputar sentidos e significações do encontro pelo cuidado que está (ou não) sendo construído. As tecnologias leves, matriz essencial para a construção de projetos terapêuticos, e mesmo de modelos assistenciais que defendem que toda a vida vale a pena, configuram uma potente *caixa de ferramentas* para se construir uma *dimensão* efetivamente *cuidadora*, seja no âmbito da gestão como no da atenção à saúde^{3,14}. No presente estudo foi utilizada essa formulação brasileira da EPS como matriz para viabilizar a operação metodológica.

Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender as possibilidades de contribuição de conceitos advindos da homeopatia na construção coletiva de projetos terapêuticos cuidadores, em oficinas multiprofissionais de educação permanente em saúde, no contexto da atenção básica à saúde.

Métodos

Tratou-se de um estudo exploratório do tipo *pesquisa-intervenção* em saúde. Segundo Rocha e Aguiar¹⁵, neste tipo de pesquisa *a intervenção se articula à pesquisa para produzir outra relação entre instituição da formação-aplicação de conhecimentos, teoria-prática, sujeito-objeto*, o que faz com que, ao mesmo tempo, o pesquisador abdique de suas neutralidade e objetividade quando da apreensão da realidade e produção de conhecimento. Considerando o sujeito implicado, que segundo Mehry¹¹ é aquele que não desvincula a produção de conhecimento de um sentido para sua própria ação, empreendemos neste estudo um esforço no sentido de mapear em ato os sujeitos envolvidos em suas várias manifestações existenciais, considerando as implicações e as tensões que as disputas territoriais engendram.

O pesquisador realizou e coordenou, acompanhado por três alunas bolsistas do curso de medicina da Universidade Federal do Paraná, trinta e quatro oficinas de EPS, realizadas semanalmente, durante o horário de atendimento das unidades básicas, junto a cinco equipes de saúde da família de três unidades do município de Colombo (PR), com uma a duas horas de duração. Cada equipe era formada por oito profissionais: uma médica (o), uma enfermeira (o), uma técnica (o) de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, e em uma delas conseguiu-se que uma profissional da recepção da unidade participasse. O pesquisador principal, também

coordenador das oficinas, já havia atuado como médico neste município, em outras unidades, porém durante o período do estudo trabalhava na equipe de gestão central da saúde.

Como estratégia metodológica, as oficinas de cada equipe foram disparadas com a problematização das seguintes questões: *o que é um caso difícil para esta equipe?; por que este caso, e não outro qualquer?.* A seguir iniciava-se a elaboração coletiva de um projeto terapêutico para o caso. O som de tais encontros foi gravado, e concomitantemente o pesquisador anotou suas observações em um *diário de campo*. Também foi solicitado que, ao final do período do trabalho de campo, os sujeitos redigissem uma *narrativa* relatando como foi, para cada um, vivenciar a experiência da pesquisa. De todos, nove sujeitos atenderam a esta solicitação, e as impressões e considerações contidas nessas narrativas foram incorporadas como material empírico a ser processado. Empregou-se o projeto terapêutico pressupondo-se que a potência transformadora desse recurso depende mais da condição em que o mesmo é utilizado: não somente como método, instrumento ou recurso, antes como dispositivo para a produção do encontro e do cuidado.

Além do referencial já citado na seção anterior, a análise do material obtido se valeu de outros conceitos operativos do campo da micropolítica. Entende-se *enunciado* como “atos de fala”, considerando que o que se transmite pela linguagem são de fato “palavras de ordem”, formadas a partir de um *agenciamento coletivo de enunciação*, este compreendido como conjugação de expressão e de conteúdo a emergir tanto a partir da significância da comunicação (pressupondo a interpretação) como dos processos de subjetivação (pressupondo a ação)¹⁶. Nas palavras de Deleuze e Guattari¹⁶: *Chamamos palavras de ordem não uma categoria particular de enunciados explícitos (por exemplo, no imperativo), mas a relação de qualquer palavra ou de qualquer enunciado com pressupostos implícitos, ou seja, com atos de fala que se realizam no enunciado, e que podem se realizar apenas nele. As palavras de ordem não remetem, então, somente aos comandos, mas a todos os atos que estão ligados aos enunciados por uma ‘obrigação social’.* No mesmo texto os autores delimitam a perspectiva utilizada nesta pesquisa¹⁶: *Não basta considerar o significado, ou mesmo o referente, visto que as próprias noções de significação e de referência relacionam-se ainda a uma estrutura de expressão que se supõe autônoma e constante. [...] O conteúdo não é um significado nem a expressão de um significante, mas ambos são as variáveis do agenciamento.*

Decorre desta noção de agenciamento coletivo de enunciação o conceito de *território existencial ou identitário*, tal como definido por Félix Guattari⁹: a concepção tradicional de sujeito, racionalista-estruturalista, pressupõe a individualização como unificadora de estados de consciência (na ordem do Eu) e o foco da expressividade. Para tanto, lança-se mão de conjuntos discursivos, dentre eles: os *referentes significantes*, que compõem as chamadas expressões semiológicas (família, educação, meio ambiente, religião, arte, esporte, indústria da mídia); e os *valores transcendententes*, incluindo, por exemplo, o verdadeiro, o bem, e o belo. Por repetição intensiva desses conjuntos discursivos e valores transcendententes afirma-se certa normatização dos processos existenciais, ou um *território existencial* autorreferenciado. Os analisadores que emergiram no decorrer do estudo foram escolhidos com base nessa perspectiva.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ). Após a aprovação ética do projeto, a participação de cada sujeito se fez após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Consideramos que o analisador principal ou central, que esteve presente em todos os grupos foi o *conjunto de incômodos* que os trabalhadores manifestaram com relação ao seu processo de trabalho. Este foi desdobrado em dois analisadores operacionais, cada um composto por diversos enunciados. Tal divisão teve tão somente cunho pragmático, e foi desenvolvida apenas para fins de análise, não se constituindo em um processo de categorização. A seguir o “primeiro” e o “segundo” analisadores.

O *primeiro analisador* é o conjunto de falas frequentes sempre que são proporcionados espaços coletivos de discussão nas equipes de saúde, ou ainda se aciona dispositivos de apoio ou supervisão junto às mesmas. Neste bloco também foram agrupados os enunciados organizados enquanto demarcação de certo território identitário que chamaríamos *ser profissional de saúde*, ou seja, o referente significante ou conjunto de pressupostos e convicções que demarca tudo aquilo que identificaria esse trabalhador enquanto ator em si no campo da saúde. O primeiro deles é o conjunto de sentimentos de impotência, fragilidade, angústia ou tristeza que se manifestam na

equipe frente ao sofrimento em geral. Também impasses nas relações trabalhador-usuário, como preconceitos, sentimento de “aversão”, impulsos de “desistir” do caso. Significativo foi o dilema da intervenção terapêutica: se a medicamentosa diz-se ser principalmente médica, então quem faz e como se faz a não medicamentosa? Por vezes questionava-se de quem é o caso? se acionamos, p. ex., o Serviço Social, “passamos” o caso para eles? depois disso, ele não é mais “nosso”? Em alguns casos haveria usuários ditos “invisíveis” para as equipes, por não estarem à frente dos interesses imediatos da equipe. Em algumas oficinas debateu-se o profissional de saúde e o mito de um necessário intervencionismo imediato e radical sobre os problemas de saúde. Frequente também a noção de que uma solução externa à equipe sempre deve ser aportada como auxílio para a resolução dos desafios cotidianos. Não foi esquecida a múltipla dimensão da abordagem familiar e sua difícil apreensão-operação. A operação do projeto terapêutico em matriz de EPS por vezes apareceu como intensificação do caso, gerando mais desconforto ao invés de solucionar a expectativa inicial de aportes. Por fim, os vazios programáticos e assistenciais fragmentando a atenção à saúde não deixaram de marcar presença como desafios concretos à efetivação do cuidado na atenção básica.

Em alguns casos não se obteve, durante o período do estudo, nenhuma mudança que não a de provocar esses incômodos, no entanto ainda assim pareceu haver autoanálise. No entanto a maioria das equipes também relatou vivências importantes no sentido do fortalecimento do vínculo com o usuário, bem como do trabalho em equipe e da construção de redes de cuidado.

No contexto empírico que se organizou no estudo, em geral no início dos trabalhos com cada equipe, o tema da educação em saúde (EES) emergiu por diversas vezes e em várias equipes, especialmente quando do enfrentamento das doenças crônicas. Por outro lado, ao longo dos debates e no desenvolver de novas ações, as mudanças de perspectiva obtidas com as discussões de casos coincidiram com um escasseamento progressivo de tais preocupações nas falas, e a demanda pela EES gradativamente perdeu centralidade enquanto intencionalidade técnica, para que a seguir ganhassem destaque outras ações cuidadoras na esfera das tecnologias leves, induzindo à delimitação de um analisador específico, a ser desenvolvido a seguir.

O *segundo analisador* reuniu então enunciados que expressam tensões ao se tentar estabele-

cer um território identitário que aqui denominamos *ser profissional-educador em saúde*, uma dimensão que certamente integra o território identitário anteriormente citado, porém artificialmente destacada neste estudo em função da relevância que as equipes lhe deram nos momentos iniciais do trabalho de campo da pesquisa. Tal relevância se manifestou em enunciados tais como: sensação de frustração da equipe frente ao malogro das ações “educativas” junto aos usuários, a multiplicidade de usuários e as diferentes possibilidades de reação-oposição às ofertas educacionais convencionais em saúde, as implicações dos pressupostos ou convicções *a priori* de parte dos trabalhadores; e as dificuldades em lidar com as múltiplas disputas pelo cuidado.

Entretanto, a demanda pela EES foi perdendo centralidade a cada debate com as equipes: em alguns casos porque a adesão pelo usuário a outro modo de vida aconteceu, em outros porque isso aconteceu antes mesmo que algumas das supostas necessidades que a tivessem trazido às discussões houvessem sido inteiramente resolvidas, e em outros porque outras ou novas necessidades teriam se tornado agora mais importantes para todos os envolvidos.

Discussão

Considerando que o trabalho em saúde acontece sempre em ato, e a partir de um importante grau de autonomia do trabalhador que o executa⁴ como um poderoso encontro, passível de produzir (ou não) o cuidado, e configurador mesmo dos reais cenários das disputas de projetos de saúde e de cuidado, entendemos que é justamente a partir de mudanças nesse processo de trabalho em saúde que se poderão ancorar as transformações significativas no sentido da potencialização do cuidado^{2,14}. Mas para tanto se deve contar com apoiadores ou facilitadores a operarem em espaços coletivos especialmente criados e politicamente garantidos para tal, além de ferramentas ou dispositivos operativos que tragam, em seu bojo, a capacidade de afetar e se deixar afetar, em cada situação do cotidiano do trabalho em saúde². Afetar, em tempo, com base em um *projeto ético-político* muito claro, uma implicação inegociável: a produção do cuidado visando a defesa de toda e qualquer vida, tendo no usuário um interlocutor válido com quem há que se estabelecer pactuações^{2,11}. Nesses espaços, e com a mediação de facilitadores ou apoiadores, a EPS expõe os desconfortos presentes no cotidiano do

trabalho colocando-os em análise, gerando assim autoanálise e autogestão¹⁷. Portanto, nessa matriz não se opera um apoio na externalidade de quem traz para as equipes de saúde soluções ou métodos a serem aplicados, como alguns trabalhadores chegaram a demandar em um primeiro momento, durante as primeiras oficinas, mas sim um apoio das afecções, uma mediação-facilitação em que se celebra a multiplicidade de existências, mais do que se as discrimina ou se tenta somente corrigi-las ao substituir representações de risco por representações mais adequadas a uma ordem preventivista.

Com efeito, os analisadores deste estudo advieram desse incômodo que os dispositivos e tecnologias empregados engendraram: uma intensificação das relações no próprio cotidiano das equipes. As reuniões deste estudo eram realizadas em meio à rotina das equipes na unidade básica de saúde, em meio aos mais variados atravessamentos a que essa mesma rotina era submetida com a instauração da pesquisa, e que ao mesmo tempo impingia à mesma, o que afetava intensamente as discussões e a própria produção obtida: quem analisa também se põe em análise.

Vale destacar o seguinte enunciado relacionado ao primeiro analisador: *a operação do projeto terapêutico em matriz de EPS como intensificação do caso, gerando desconforto ao invés de solucionar a expectativa inicial*. Observe-se que não se trata aqui exatamente do mesmo desconforto presente no analisador central do estudo, ou o é, porém levado ao limite, pois o processo exigiu bastante de cada participante, fazendo-o parte da construção dos caminhos produtivos no sentido da transformação de seu cotidiano. Com esse analisador emergiram também enunciados que perpassam vários aspectos do trabalho em equipe na atenção básica, e que foram problematizados nos coletivos: desde a delimitação do espaço de trabalho do profissional na equipe (as diversas atribuições no contexto da intervenção terapêutica, e os limites interprofissionais de responsabilização pelo caso), passando pelas relações com o usuário, que por vezes é de difícil vinculação, e até mesmo ausência delas quando sequer certos usuários são percebidos como tal, pela equipe. Também enunciados que apontam as delicadezas em torno da necessária abordagem familiar, que, entretanto, traz consigo indiscutível potência de construção do cuidado. Os desconfortos abordados aqui culminam com a intensidade dos sentimentos de impotência, fragilidade, angústia ou tristeza frente ao sofrimento em geral. Sem esquecer, é claro, dos vazios estruturais corriquei-

ros de nosso sistema de saúde. Admitamos também que aportes externos à equipe são por vezes necessários, especialmente no que toca à falta de pessoas e recursos, como também no que toca às tecnologias leve-duras e duras; porém até mesmo as evidentes fragilidades da cadeia de cuidados disponível podem ser enfrentadas, ao menos em parte, a partir de uma construção coletiva de novos fluxos e, principalmente, da constituição de uma equipe efetiva.

Um enunciado que possibilitou discussões bastante produtivas foi a *noção de intervencionismo imediato e radical sobre os problemas de saúde*, que quase todos os sujeitos verbalizaram, em algum momento. É interessante o que se enuncia quando se questiona, como por exemplo: O que é “resolver” efetivamente um problema? O que é “agir” para resolver um problema? Tal ação efetiva e “objetiva” contemplaria somente tecnologias duras e leve-duras? O tema da *institucionalização*, por exemplo, que surgiu em casos relacionados à saúde mental e a cuidados domiciliares, incitou um reposicionamento do agir em saúde, especialmente no que toca ao cuidado, já que provocou a reflexão quanto a um projeto ético-político que ultrapassa o ato de tentar, simplesmente, “erradicar” rapidamente um problema. Obviamente que aqui não se está relativizando o valor de intervenções necessárias em casos de urgência-emergência, por exemplo, no entanto cabe a pergunta: cuidar ou obedecer a uma palavra de ordem? Somente outro agenciamento coletivo possibilita autoanálise e reposicionamento das implicações, o que se confirma possível na matriz de EPS^{13,17}.

Porém o principal objeto deste artigo foi justamente o fato de que certa temática emergiu com intensidade no processo inicial da pesquisa, a da EES, fato que levou à escolha de se delimitar um segundo bloco de enunciados (ou segundo analisador) e uma nova questão: o que teria levado as equipes a valorizar de tal maneira a suposta necessidade de técnicas eficazes de EES, quando da construção de um projeto terapêutico?

Vejam. A EES, também conhecida como “educação sanitária”, tendo sido considerada um ramo ou método da medicina preventiva¹⁸, pode ser entendida como o *processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população*¹⁹; ou *um modo de fazer as pessoas do povo mudarem seus hábitos para assimilarem práticas higiênicas e recomendações médicas que evitariam o desenvolvimento de um conjunto de doenças*²⁰, a exemplo das palestras para a comunidade, tidas como *repasso de normas e orientações de higiene e boas condutas*²⁰.

A respeito do tema muito se discutiu e experimentou ao longo das últimas décadas no mundo ocidental, desde que a necessidade de prevenção e enfrentamento de um certo “risco” aparece para os trabalhadores do setor saúde²¹.

Diversas vertentes procuraram formular abordagens de EES cada vez menos verticais, procurando-se ir além do simples convencimento eficiente do usuário para se induzir uma mudança comportamental^{20,22}. Na opinião de Pereira et al.²³, ao estudarem as representações negativas acerca da vacinação H1N1 durante o pré-natal, *torna-se essencial o desenvolvimento de estratégias de comunicação entre o profissional de saúde e as gestantes para o estabelecimento de relação de confiança*. Uma leitura micropolítica diria que as relações cuidadoras precedem as representações, e que não se adentrou a dimensão cuidadora se não houve nenhuma mudança; por outro lado, se há efeito, é imprescindível acompanhar em que direção o movimento aconteceu, apoiando, facilitando o processo na direção da produção do cuidado.

Ou seja, o agenciamento que nos leva, profissionais de saúde devidamente conformados em nosso território, a intervir, como vimos, inclui ações educativas, e traz à tona um pressuposto implícito: não está em questão se se deve ou não e quando educar o usuário no que se refere à forma mais adequada de viver, já que há um risco a enfrentar, mas sim a forma mais eficiente de expressão de que se deve lançar mão para tal. Algum desconforto inicial com relação à proposta de *redução de danos*, percebido em certas oficinas nas quais se debateu este conceito, acreditamos que confirma a constituição de tal território identitário, pois aceitar a redução de danos, em lugar de se induzir a abstinência de algo, ameniza qualquer intervencionismo. Na pesquisa tal identidade do profissional de saúde parecia ter percorrido uma desterritorialização de sua missão pedagógica de ordem intervencionista, processo esse que ao final produziu algumas mudanças nas equipes e até mesmo nas vidas dos próprios usuários envolvidos, constatação baseada no fato de que, como já relatado, no presente estudo a demanda pela EES foi perdendo centralidade a cada debate com as equipes.

Portanto, outra ordem de questionamento se nos surgiu no decorrer dos encontros com as equipes: por que a EES é apresentada como grande fonte de tensões e fragilidades pelas equipes, e em seguida vai se apagando, nos debates, por vezes não mais sendo citada? Questionou-se também: deixou de ser necessária tal mudança

comportamental? Ou ela teria acontecido de outro modo? As respostas, em sua maioria positivas, indicavam uma mudança, recente e ainda mais importante para os trabalhadores, agora não somente relativa ao usuário, mas à própria equipe.

Entendemos que outro agenciamento foi mobilizado pela pesquisa, deslocando palavras de ordem de um território instituído. O dispositivo projeto terapêutico construído com base em tecnologias leves era mantido durante todas as discussões, levando invariavelmente os sujeitos envolvidos a privilegiarem outras fragilidades em seu processo de trabalho, que não necessariamente a carência de técnicas apropriadas para induzir mudanças comportamentais junto aos usuários. Novos dispositivos passaram então a ser utilizados no processo de facilitação dos trabalhos. O que efetivamente mudou? Mudou a abordagem, deixou de ser necessário “ensinar” alguém que se deve fazer isso ou aquilo? Ou percebeu-se que há toda uma vida que requer cuidado, e que é preciso conhecer melhor antes de qualquer prescrição comportamental?

Esta análise tende pela segunda opção: o tema da EES, ao emergir e depois desaparecer, configurou-se como um pressuposto implícito bastante frágil quando colocado em análise o território existencial em que vinha ancorado, configurando-se um processo de desconstituição do território autorreferenciado do profissional de saúde, que autores como Guattari⁹ e Deleuze e Guattari¹⁶ denominariam *desterritorialização*. O pressuposto aqui utilizado é o de que somos (nós profissionais de saúde) formados no contexto de um território de convicções normatizadoras do comportamento que objetivam a legitimação de prescrições, eis “nosso” território.

Importante dizer que o processo de desterritorialização, sempre passível de acontecer em coletivos em que a lógica dos afetos impere, tem grande potência se fizer emergir outro engajamento ético-político com base em um projeto de defesa de toda e qualquer vida^{4,11}, que consideramos essencial no contexto do trabalho vivo em ato: dar existência ao cuidado em saúde tendo como pressuposto implícito um projeto usuário-centrado. Só assim entende-se possível adentrar outro regime semiótico que engendre agenciamentos enunciativos capazes de abrir possibilidades para mudanças efetivas na realidade, mesmo que concomitantemente a novas reterritorializações.

Vale observar, a respeito disso, que qualquer desterritorialização precisa mesmo ser conduzida com prudência, de maneira meticulosa, posto que ela transpõe limiares, e pode conduzir até

mesmo a perdas consideráveis²⁴. Com efeito, o trabalho de facilitação de coletivos no âmbito da EPS é uma operação intensiva de tecnologias leves e, como tal, pode tanto produzir ferramentas para a potencialização do cuidado no cotidiano das equipes, como também desfazer trabalhos que presentemente garantem algum resultado assistencial, sem oferecer outras possibilidades de fortalecimento do cuidado. Nesse sentido, o já citado balizamento ético-político torna-se crucial.

Obviamente que ninguém defenderia a ocultação de informações sobre saúde-doença, hoje acessíveis em vários meios de informação internos ou externos ao setor saúde, entretanto este estudo nos leva a propor, ao menos quando se trata de potencializar o cuidado e, especialmente em coletivos produtores de autoanálise, um maior incentivo à operação compartilhada do dispositivo dos projetos terapêuticos cuidadores.

Se tomarmos como pressuposto que toda ação pedagógica parte de uma intencionalidade, a de ensinar, e que no caso estaria vinculada ao território identitário acima delineado, não é difícil inferir que os movimentos de autoanálise engendrados pela EPS passam tanto “por dentro” como “por fora” dessa dimensão pedagógica: por dentro, na condição de uma *pedagogia da implicação*, já que deve colocar no centro do processo pedagógico a implicação ético-estético-política do trabalhador no seu agir em ato^{11,25}; e por fora, se admitirmos que nem toda mudança resultante da experimentação em ato coaduna com uma intencionalidade prévia, ou mesmo se esgota no campo da aprendizagem representacional. Assim, no que diz respeito ao debate que se trava quanto à chamada EES, este estudo nos indica que a construção de uma dimensão efetivamente cuidadora extravasa – e muito – qualquer dimensão estritamente pedagógica.

Novos estudos poderão aprofundar essa investigação, entretanto tendemos a concluir que não se trata de insistirmos somente na ampliação da dimensão pedagógica da EES, mas transpô-la,

ir além da missão de ensinar alguém a viver, e o caminho para tal poderia ser indicado, no caso das equipes de saúde da família, pelo modo como se tira proveito de dispositivos como o projeto terapêutico. Urge provocar a desterritorialização com prudência e com o norte de um projeto ético-estético-político que não negocia a defesa de toda e qualquer vida. Mas sempre que se fizer necessário engendrá-la, sim, para ir além do sujeito instituído a partir de uma certa concepção de educação como referente significativa, e de uma certa missão intervencionista como valor transcendente, visando mudanças efetivas no sentido do fortalecimento do cuidado.

Considerações finais

Os autores concluem que, ao se garantir espaços coletivos para a construção de projetos terapêuticos, a partir de um engajamento ético-político usuário-centrado, expõe-se os desconfortos presentes no cotidiano do trabalho e se os coloca em análise. Um dos principais desconfortos deste estudo foi a demanda pela EES, que, no entanto, perdeu centralidade no decorrer das oficinas. Tal mudança, que não se limitou a uma dimensão estritamente pedagógica, e que teria sido disparada mediante a operação do projeto terapêutico compartilhado como dispositivo, foi compreendida como um processo de desterritorialização de certa concepção de educação vinculada a uma missão intervencionista, considerados como que instituídos para o profissional de saúde em geral. Como consequência, as equipes passaram a ter no usuário um interlocutor válido com quem há que se estabelecer pactuações, antes mesmo de posicioná-lo como objeto de um processo educativo. As conclusões desse estudo limitam-se à amplitude de realização do mesmo e às condições em que foi realizado; novos estudos poderão aprofundar a análise aqui desenvolvida.

Colaboradores

H Slomp Junior participou da concepção do projeto, realizou o trabalho de campo da pesquisa e sua análise, e elaborou a redação final do artigo. LCM Feuerwerker participou da concepção do projeto, orientou a pesquisa e sua análise, revisou e orientou a redação final do artigo. MGPLand revisou e orientou a redação final do artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem às suas famílias e aos colegas integrantes da linha de pesquisa *Micropolítica do Cuidado e do Trabalho em Saúde*, da Pós-graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pelas contribuições nos debates realizados ao longo da elaboração desta pesquisa e da redação deste artigo, e em especial ao colega Luciano Gomes pela revisão técnica durante os debates.

Referências

1. Nicácio MFS. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental* [tese]. Campinas: Unicamp; 2003.
2. Feuerwerker LCM. A cadeia do cuidado em saúde. In: Marins JJ, organizador. *Educação, Saúde e Gestão*. Rio de Janeiro, São Paulo: ABEM, Hucitec; 2011. p. 99-113.
3. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e de intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Merhy EE, organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã; 1998. p. 103-120.
4. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
6. Oliveira GN. O projeto terapêutico singular. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 283-297.
7. Cunha GT. *A Construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2005.
8. Rodrigues HBC, Leitão MHS, Barros RDB, organizadores. *Grupos e instituições em análise*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos; 2002.
9. Guattari F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Ed. 34; 1992. [Coleção Trans]
10. Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
11. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, organizadores. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec; 2004. v. 1, p. 21-45.
12. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Salud colectiva* 2006; 2(2):147-160.
13. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Informar e Educar em Saúde: análises e experiências*. Salvador: Editora da UFBA; 2011. v. 1, p. 5-21.
14. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leituras de Novas Tecnologias e Saúde*. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. p. 29-56.
15. Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicol Cienc Prof* 2003; 23(4):64-73.
16. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1995. [Coleção TRANS (vol. 2)]
17. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Comun Saúde Educ* 2005; 9(16):161-168.
18. Stotz EN. Enfoques sobre educação em saúde. In: Valla VV, Stotz EN, organizadores. *Participação popular, educação em saúde - Teoria e Prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p. 15-26.

19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. 2ª ed. Brasília: MS; 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
20. Gomes LB, Merhy EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cad Saude Publica* 2011; 27(1):7-18.
21. Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresnia D, organizadora. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 55-77.
22. Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface (Botucatu)* 2002; 6(11):11-24.
23. Pereira BFB, Martins MAS, Barbosa TLA, Silva CSO, Gomes LMX. Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6):1745-1752.
24. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1996. [Coleção TRANS (vol. 3)]
25. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(16):172-174.

Artigo apresentado em 29/05/2014

Aprovado em 25/07/2014

Versão final apresentada em 27/07/2014