



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Castro Gusmão, Renata; Burg Ceccim, Ricardo; Drachler, Maria de Lourdes
Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde: abrir gavetas, enunciar
perguntas, escrever
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 19, núm. 1, diciembre, 2015, pp. 695-
707
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180142195003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^{da}lyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Tematizar o *impacto* na educação pelo trabalho em saúde:

abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever

Renata Castro Gusmão^(a)
Ricardo Burg Ceccim^(b)
Maria de Lourdes Drachler^(c)

Gusmão RC, Ceccim RB, Drachler ML. Thematising the *impact* of health work on education: opening drawers, enunciating questions, and writing. Interface (Botucatu). 2015; 19 Supl 1:695-707.

The *impact* of health work on education involving health public policies was investigated. The study was focused on the Education by Work for Health Program, sponsored by the Ministry of Health, to develop questions concerning the teaching-service integration. The study aims to fuel thinking, contribute to an open dialog, raise questions, and point out the importance of a network of thinking, instead of providing readymade questions, methods, and techniques. It suggests that the development of questions requires opening of drawers by discussing basic concepts to enunciate questions that invite innovative challenges and to deduce a disruptive reasoning. This is likely to provide the research study, analysis, or program evaluation with the basis to raise issues, challenges, and disruptions potentially useful for new arrangements of knowledge and practices.

Keywords: Education by Work for Health Program. PET-Saúde. Teaching-service integration. Education in health. Impact.

O tema do *impacto*, frequente na discussão envolvendo políticas públicas de saúde, foi tomado em consideração. Ponderou-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, incentivo político-financeiro do Ministério da Saúde, para questionar o dimensionamento da integração ensino-serviço. Pretendeu-se instigar ao pensamento, não apresentar métodos e técnicas, entretanto, usou-se um programa orientado pela ação das redes de atenção e objeto de um estudo de *impacto*. O objetivo foi contribuir com uma espécie de diálogo aberto, levantando questões e apontando a importância de uma rede de pensamento. O *impacto*, tornado uma pergunta, foi o impulsionador, concluindo-se que faz-se necessário: abrir gavetas (problematizar concepções de base), enunciar perguntas (acolher desafios inovadores) e escrever (elaborar raciocínios disruptores), de modo que uma pesquisa, análise, ou avaliação lance problemas, desafios e rupturas quando se quer novos arranjos de conhecimentos e práticas.

Palavras-chave: Educação pelo Trabalho para a Saúde. PET-Saúde. Integração ensino-serviço. Educação na saúde. Impacto.

^(a,b,c) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Antônio Carlos Guimarães, 155, 1º Andar. Porto Alegre, RS, Brasil. 90050-382. renatagusmao.poa@gmail.com; ricardo@ceccim.com.br; malu.drachler@gmail.com

Das gavetas e daquilo que sai delas

Enquanto eu tiver perguntas e não houver resposta continuarei a escrever. Como começar pelo início, se as coisas acontecem antes de acontecer?¹ (p. 15)

Interação universidade-sociedade no campo da saúde, integração ensino-trabalho-cidadania na área da saúde, correspondência formação-trabalho em saúde ou outras designações para a aproximação entre ensinar e atuar nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes fios de tessitura, escolhendo o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde como motivador, por sua importância e prioridade nesse tipo de trama entre ensino universitário, política pública de saúde e demandas sociais, coseram nosso objeto. O Programa, uma iniciativa do Governo Federal, coopera, de modo técnico-financeiro, para a integração do ensinar com o trabalhar em prol da aprendizagem e valorização da Atenção Básica e da atuação em Redes Estratégicas, para a resolutividade das ações e serviços e a resolubilidade do sistema de atenção à saúde. Somente nesta introdução, já anunciam-se questões de confronto quando a pergunta de nossa entrada no campo formulava-se como *Qual o impacto do PET-Saúde como estratégia de ensino em serviço, na perspectiva dos participantes dos projetos desse Programa?*, pois o recorte trazia implícita uma epistemologia da prática: o *ensino em serviço*. A *perspectiva dos participantes* apresentava a suposição sobre quais os seus operadores: docentes, preceptores e estudantes. Outros mais?

De pronto, a escrita começou pela colocação de uma vírgula. Se, ao buscar o *impacto*, não se pode ter a pretensão de *saber tudo*, todas as faces de um problema ou todos os fatores intervenientes, também não nos ocorrem todas as lacunas de saberes prévios, todas as interferências que nossa presença em campo ou capacidade de interpretação podem causar, todas as sutilezas e delicadezas que tempo e objetividade podem descartar. Para Merhy², todo processo de conhecimento é *inacabado e desejante*, onde a relação sujeito e objeto é sempre um acontecendo. Para expressar esse processo inacabado e desejante no processo de pesquisa e escrita, utilizamos, em uma reunião do grupo de pesquisa, imagens linguísticas oferecidas pela escritora Clarice Lispector, e deparamo-nos com uma escrita de intensidade, capaz de incidir sobre o sentido do *impacto*, na medida em que fez-nos sentir o seu intangível, o plano onde o debate das teorias e ações abala não apenas a estrutura das práticas, mas a motivação subjetiva, o impulso para a ação, não racional, não deliberado, mas acionado a cada movimento *natural* da ação humana (individual ou social), isto é, *desejo incontrolável*.

Tomando emprestado os contos da escritora ou passagens das suas comunicações (que se fazem por sensações), percebe-se, de uma maneira intensiva, aquilo que se configura (as formas de um conhecimento ou prática) e a desfiguração daquilo que é naturalizado, projetado como esperado nos modos de ser e de estar nos lugares. Pensamos tornar visíveis aspectos de intensidade, mesmo que dirigidos às compreensões formais sobre o ensino-aprendizagem e o trabalho na saúde. Terminamos por colocar a noção de *impacto* em um patamar mais exigente, abalo às coisas naturais, aceitando o inacabado, fechando, com dois pontos, uma tematização que começou com uma vírgula. Esta reflexão está inserida no projeto *Impacto do Pró-Saúde e PET-Saúde como estratégia de educação permanente em serviço: a experiência do PET-Saúde na UFRGS*, aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE nº 08/2013 – Pesquisa em educação permanente para o SUS e dimensionamento da força de trabalho em saúde. Tendo como cenário os territórios do sistema municipal de saúde de Porto Alegre, dos Distritos Glória/Cruzeiro/Cristal e Centro, distribuição geoeducacional dos cursos de graduação em saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Tendo como *pano de fundo* o SUS, foram *estampados* desenhos sobre o PET-Saúde UFRGS, mais especificamente, sobre o PET - Redes de Atenção à Saúde. Uma costura deveria envolver os fios fortes dos conceitos que sustentam e dão forma à *integração entre ensino, sistema de saúde e cidadania, integralidade da atenção e formação-ação*, uma tessitura de metas-intenção e planos intensivos de ação na realidade. Pensar/problematizar as políticas de integração ensino-serviço-sociedade no âmbito do SUS, mas aceitando que existe uma microgênese das práticas que as faz proliferarem por suas

normas antecedentes, não apenas pelos esforços de mudança e reorientação, em especial aportados desde seu exterior.

A palavra *impacto* começou a ser desmontada entre nós (a *desfiguração* inicial de um *acontecendo*) e começamos a verificar quais elementos arrolaríamos numa eventual apreciação do *impacto* que reconhecesse normas antecedentes, seu poder microgenético e as tarefas de compromisso com um sistema de saúde que diga respeito à integralidade, ao trabalho em equipe e à resolatividade (*configuração*), com características de qualidade, acolhimento, responsabilidade e acessibilidade.

Abrindo as próprias gavetas

[...] Proponho-me a que não seja complexo o que escreverei, embora obrigado a usar palavras que vos sustentam. A história – determino com falso livre arbítrio – vai ter uns sete personagens e eu sou um dos mais importantes. Não se trata apenas de narrativa, é antes de tudo vida primária que respira, respira, respira [...].¹ (p. 17)

Pensar *problematicamente* é mostrar as surpresas provenientes de leituras ou da observação participativa das práticas e os questionamentos nascidos do confronto de ideias. Nesse sentido, escrever também é abrir gavetas, inclusive, as mais internas e secretas. Para tal, recorreremos às palavras de outros autores, ao olhar de outras pessoas, e procuramos o que é nosso. Pesquisamos para ajudar a tramar ideias, embaralhadas pelo conteúdo de diversas gavetas; neste caso, importa que a pesquisa não contenha um único e aferrado roteiro de investigação, descartando tudo quanto dele se afaste ou que o ameace. Importa que um processo de pensamento, surpresa e questionamento mantenha-se vivo e pulsante ao entrar em campo, pelo menos se aquilo de que se quer falar vier contemplar processos de mudança, processos de subjetivação, processos instituintes: saber sobre o que fazemos, por que e para que o fazemos, como faríamos se nos soubéssemos em avaliação, saber o que condiciona nossos modos de trabalhar e ensinar. Acrescentamos: em saúde, no SUS, em um país que fez uma reforma sanitária recente, ensejando que o acesso seja universal e as ações sejam equânimes e os resultados tenham em vista atenção integral.

As *gavetas* são uma escolha para representar os métodos de controle minucioso das operações do corpo/pensamento, realizando sujeições constantes de suas forças, impondo uma relação docilidade-utilidade, que Foucault³ denomina *disciplina*. Para desfigurar as disciplinas, percorremos a arte e a literatura, amparados na ideia de Deleuze⁴, de acreditar na superioridade da arte como um contraponto aos signos que rodeiam o mundo do pensamento. Buscando transgredir os sentidos ocultos que normatizam, hegemonizam, controlam e conformam a vida cotidiana, ilustramos as gavetas com uma imagem do surrealismo de Salvador Dalí. Por meio de sua obra *Girafa em Chamas*, erigida em gavetinhas (Figura 1), debatemos as diversas formas de fragmentação e as possibilidades da integralidade.

Ao se revirarem gavetas, para se pensar e tomar a escrita, muitas leituras, discussões, conceitos, sentimentos, vivências, memórias, artistas e autores precisam ser chamados, e mais gavetas são abertas. O incômodo que mobiliza é, também, o material da análise. Sujeito e objeto em produção, em ato militante². A primeira *gaveta* aberta é a da *equipe de saúde*, seja como multiprofissionalidade e interdisciplinaridade⁶ seja como campo e núcleo de conhecimentos e práticas⁷. Gaveta que, ao ser aberta, interroga o limite de fronteira na ocupação das profissões. Campo (setor/área do conhecimento) e núcleo (profissão/especialidades) mutantes se interinfluenciam, não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro⁷ ou ocorrendo a entredisciplinaridade⁶. Transformação da noção profissional para uma noção de saber coletivo, criando uma nova postura na forma de ser profissional no setor da saúde, repensando o papel do médico como centro das práticas de cura e cuidado, provocando um abrir e remexer constante de *gavetas*.

A experiência das residências integradas em saúde, em seu período de maior ebulição (2002-2005), colocou a multiprofissionalidade em evidência⁸. As Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), no auge no mesmo período, também destacaram a interdisciplinaridade em face da necessidade de saberes profissionais demandados à análise de sistemas e serviços de saúde e à intervenção em territórios (múltiplos e vivos). Tais experiências/vivências foram responsáveis por

manter entreabertas tantas *gavetas* em nossos corpos de trabalhadores, professores e usuários do setor da saúde, que embaralham ensinar e aprender, ensino e serviço⁹. De certas *gavetas* escapam inquietações, que insistem em aparecer. Muitas delas, relacionadas com o ensinar e aprender. Esbarrando, frequentemente, na formação de profissionais e sua adequação ao SUS.

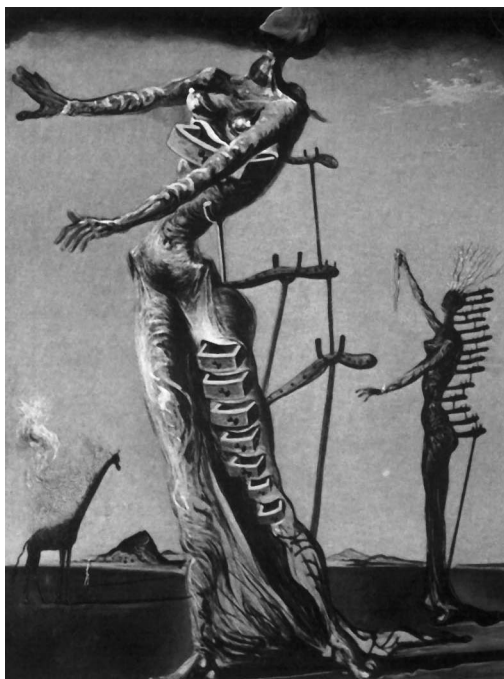


Figura 1. Girafa em chamas, Salvador Dalí

Fonte: The Salvador Dalí Society⁵

Impacto e coprojetação

Como reproduzir em palavras o gosto? O gosto é uno e as palavras são muitas. Quanto à música, depois de tocada para onde ela vai? Música só tem de concreto o instrumento. Bem atrás do pensamento tenho um fundo musical. Mas ainda mais atrás há o coração batendo. Assim o mais profundo pensamento é um coração batendo.¹⁰ (p. 53)

Partindo de um desconforto com a palavra *impacto*, seu *estranhamento por um minuto*, resolvemos brincar com ela, constranger seus sentidos. Esse estranhamento foi suficiente para abrir a *gaveta* etiquetada *monitoramento e avaliação* e, com isso, brincar com as possibilidades de olhares, de definições, de vigílias. Que *impacto* é esse? A palavra *impacto*, no seu sentido de dicionário¹¹, significa aquilo que foi “empurrado, impelido contra; metido à força. Também ação ou efeito de impactar; ponto de penetração de um projétil; choque, embate, encontro; choque de um corpo em movimento com outro em repouso; choque emocional; expectativa; ponto terminal da trajetória de um míssil”. Im.pac.tar – em.pacotar – em.pactuar – em.pacto – in.pacto

Impacto é o efeito do encontro de dois ou mais corpos (por exemplo, os formuladores e os executores, ou formuladores, executores e controle social, ou, ainda, os atores do cotidiano local: profissionais, professores, estudantes). No presente caso: o ensino no serviço, como propõe o Programa, ou, na integração docência e assistência, o encontro da política pública com as instituições de ensino e de saúde, confronto entre docentes, trabalhadores e órgãos profissionais etc. Nessa medida, podemos ponderar o que *porta* cada ator (individual, institucional, da política); como oferece

aquilo que *porta*; como se deixa tocar pelos *aportes* do outro; o que *reportam* quando narram esse encontro. Esse *impacto* abre *gavetas*? Fecha *gavetas*? Produz práticas (de ensino, de assistência, de apoio)? Traz novas possibilidades de desenhos, dobras e fluxos à rede? Ao SUS?

“[...] tem uma coisa bem importante, neste processo, [...] nenhum preceptor veio trazer as coisas prontas pra vocês. [...] vocês vão conhecer os serviços e se inserir nessa rede. Vocês vão podendo propor [...] de repente ter ideias que vão fazer mudar totalmente nosso trabalho [...] isso é uma construção do trabalho que nunca está pronto [...]” (Preceptora_grupo2)

Para construir possibilidades na forma de pensar/sentir/querer – o *impacto* –, este texto utiliza: alguns conceitos de sustentação, o *olhar* de outros estudos, o nosso próprio e as falas de alguns atores que representam os cenários de ensino-aprendizagem, registradas em encontros iniciais, de *coprojetação*. Desperta-nos a possibilidade de que o *impacto* se refira à composição de pactos, a composição de compromissos e empenhos de cada parte, a coprojetação do que se levará a efeito: por quê? Qual(is) o(s) empenho(s) de uma parte com a(s) outra(s), em coprojetar futuros?

SUS: linha de aço desta escrita

[...] Há uma linha de aço atravessando isso tudo que te escrevo. [...].¹⁰ (p. 42)

O SUS é a linha de aço mais resistente que atravessa esta escrita. Por ser o sistema nacional de saúde brasileiro, também deve(ria) ser a linha de aço para guiar os serviços e os cursos de graduação na área. O SUS surgiu de um histórico de lutas, transformando muitos valores da sociedade. Saúde é direito humano fundamental e expressão de cidadania nacional; mas, também, por meio da ampliação do conceito de atenção (tratamento-cuidado-escuta ou promoção de qualidade de vida, ações intersetoriais e a integralidade das abordagens: o ponto de vista das singularidades e da pluralidade). No entanto, apesar disso, se perpetuam os modelos conservadores, além disso, pouco permeáveis ao controle social.

Desde a Constituição Federal¹², torna-se evidente a necessidade de articulação entre a formação dos profissionais e o sistema de saúde. Passa a ser uma das competências do SUS orientar o perfil da formação dos profissionais de saúde. Buscando alcançar este objetivo, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação passaram a desenvolver ações interministeriais. No entanto, apesar dos avanços, ainda é tênue, na formação profissional, a apropriação do SUS, vigorando um imaginário de saúde como prestação de serviços altamente tecnificados, com uma formação orientada por uma concepção pedagógica que estabelece: o centro das aprendizagens no hospital universitário, hierarquização dos adocimentos em critérios biologicistas, e dissociação entre clínica e política⁹.

“[...] conhecer também a comunidade, saber das necessidades deles [...] quais as necessidades das pessoas, não só fazer procedimentos”. (Aluno6_grupo1)

As Instituições de ensino, ao formarem, também configuram muitas gavetas. As disciplinas organizam *lugares*; criam espaços complexos: ao mesmo tempo arquiteturais, funcionais e hierárquicos³. Para Foucault, a repartição disciplinar permite, ao mesmo tempo, a caracterização do indivíduo e a colocação em ordem de uma multiplicidade dada. Ela é a condição primeira para o controle, a base para uma microfísica de um poder que poderíamos chamar *celular*. A disciplina *fabrica* indivíduos³, poderíamos dizer *fabrica pessoas automáticas*¹⁰.

[...] então sonhei com uma coisa que vou tentar reproduzir. Trata-se de um filme a que eu assistia. Tinha um homem que imitava artista de cinema. E tudo que esse homem fazia era por sua vez imitado por outros e outros [...] É um filme de pessoas automáticas que sabem aguda e gravemente que são automáticas e que não há escapatória [...].¹⁰ (p. 36)

Todas essas gavetas configuradas desafiam o *cenário* a encontrar um eixo integrador dos conteúdos de trabalho das diferentes disciplinas que se apresentam separadas umas das outras (cada uma em sua gaveta), fragmentando e isolando o conhecimento, proporcionando saberes descontextualizados, um mundo acadêmico distante do mundo de inscrição e realização da prestação de serviços¹³.

“[...] o que eu achei muito legal deste Programa [...] é porque traz o que a gente não tem durante a formação [sobre Crack, álcool e outras drogas] [...] como é que tu vais trabalhar no SUS sem saber lidar com esse tipo de pessoas? [...]”. (Aluno10_grupo1)

Para Ceccim e Feuerwerker¹⁴, a mudança na graduação transformou-se em bandeira geral da integração ao sistema de saúde, construindo arranjos de inovação em direção a uma formação geral, humanista e orientada à integralidade. Operação que não se dá sem conflitos; pelo contrário, ela é disputada, em meio a concordâncias e divergências.

“[...] a perspectiva de aprender com quem vem buscar conhecimento comigo [...] porque é esse conhecimento que eu tenho, de trabalho, mas também de aprender, porque as pessoas trazem ideias novas, que talvez no meu dia-dia de trabalho, eu não me dê conta, então é isso, trazer coisas novas, aprender mais [...]”. (Preceptora_grupo2)

É preciso experimentar outras formas de intervenção nas práticas de saúde¹⁵. Estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários podem ser atores protagonistas da produção de novos modos de aprender, atender e produzir conhecimento¹⁶.

Integralidade: abrindo e revirando a gaveta da integração ensino-serviço

[...] Ter um corpo único circundado pelo isolamento, tornava tão delimitado esse corpo, sentiu ela, que então se amedrontava de ser uma só [...].¹⁷ (p. 19)

Nosso olhar e nossos corpos são educados por um conjunto de processos que nos subjetivam e pelos quais somos transformados em *sujeitos de uma cultura* (uma cultura de saúde, de profissional de saúde, daquilo que se exercita no âmbito do sistema de saúde do Brasil)¹⁵.

“[...] é uma prática nossa ter estudantes, estagiários, alunos [...] eu acho que alunos oriundos do projeto PET é um diferencial, porque vem com outro olhar, com outra proposta, de tirar algumas pessoas que estão dentro da casinha, para fora da casinha [...] vai fazer um contraponto com os estagiários oriundos de outra lógica [hospitalar/biomédica]. Vamos ver o que vai dar essa mistura”. (Preceptor6_grupo1)

A disciplina define cada uma das relações que o corpo deve manter com o objeto que manipula, cuidadosa engrenagem entre um e outro³. As *gavetas* que fragmentam o *exercício* das profissões do campo da saúde consequentemente também fragmentam as pessoas, seus órgãos, seus membros, seus ossos e seus sentimentos, colocando cada fragmento em uma *gaveta*¹⁸. O exercício da disciplina (o exercício recortado das profissões, por exemplo) perpetua a caracterização do indivíduo, seja em relação aos termos da disciplina, seja em relação aos outros indivíduos, seja em relação a um tipo de percurso.

“Eu senti a mesma coisa que senti com o VER-SUS [...] quando cheguei aqui a dinâmica foi parecida [...] me identifiquei com os sentimentos dos colegas, os questionamentos foram se complementando [...]”. (Aluno5_grupo1)

A garantia de uma intervenção processual que estimule novos modos de subjetivação, que singularize, não caracteriza o modo conservador. Precisamos uma busca a cada passo, a cada ato,

partir dos agenciamentos que possibilitam cada passo, cada ato. Na intervenção, modos de referência e modos de prática¹⁹.

“[...] acho que meu papel é “Vamos colocar essa teoria em prática, ou a gente faz espaço de produção de autonomia, ou não faz sentido” [...] isso, para nossa formação de saúde, é uma coisa bem interessante, porque a gente vê muita gente isolada, mas não autônoma. Para ser autônomo, eu sento com o outro para produzir”. (Preceptora_grupo2)

Todas as profissões que consistem em se interessar pelo discurso do outro se encontram numa encruzilhada clínica e política fundamental. Reproduzem modelos que não permitem criar saídas para os processos de singularização ou, ao contrário, trabalham para o funcionamento desses processos na medida de suas possibilidades e dos agenciamentos que consigam pôr para funcionar¹⁹. Como uma estratégia de qualificar os processos formativos em saúde, torna-se essencial proporcionar, ao estudante e aos docentes, a tematização da formação e da integralidade da atenção, tendo em vista a população, a educação permanente e a competência profissional¹⁹. Tal tematização requer que se problematizem os saberes e as práticas vigentes, e que se ativem processos de formação-ação no desenvolvimento das competências específicas de cada trabalho²⁰.

As ações do PET-Saúde enfocam o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS por meio da formação implicada com a atenção integral. Seus grupos são formados pelo professor universitário na função de tutor, profissionais da saúde na função de preceptores, e estudantes dos cursos da área da saúde, sob a coordenação do tutor²¹. Feuerwerker¹⁶ (p. 140) afirma que “mesmo antes de analisar as estratégias de mudança” – em programas de reorientação da formação profissional – pode-se verificar que “seu *impacto* é limitado”, pelo menos desde um ponto de vista da contribuição significativa à “mudança no perfil dos profissionais que se formam”, uma vez que ações programáticas – em função de sua lógica de articulação – têm uma capacidade limitada de envolver o conjunto de atores e comprometer, estruturalmente, as instituições de ensino, ou seja, como processo, abrem mão da disputa por projetos de vida em todos os campos da saúde, não investem na produção de atores portadores de futuro, e não buscam inovar as práticas de cuidado em saúde¹⁶.

Situando o PET-Redes na tessitura de redes

[...] a fazenda já não era um mero tecido, transformava-se em matéria de coisa e era esse estofado que com seu corpo ela dava corpo – como podia um simples pano ganhar tanto movimento?¹⁷ (p. 16)

O conceito de Rede de Atenção à Saúde (RAS)²² contribui para fortalecer a sustentação dessa linha de ação que é o SUS. Além das redes de atenção, projetam-se as redes de atenção *estratégicas*, resultado de objetivos estratégicos presentes na política nacional de saúde, onde o atendimento aos usuários deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de outra complexidade, dentro de um sistema intercomplementar e regulado, organizado em redes regionais de atendimento.

“[...] quem já botou o pé no seu ponto da rede? Eu queria escutar mais vocês. [Por exemplo,] vocês acham que tem futuro esse negócio? [...]”. (Tutora_grupo2)

A RAS está definida, normativamente, como “aqueles arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”²² (p. 4). Uma composição “de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde”²² (p. 4), tendo em vista assegurar orientação às necessidades em saúde da população, tal como de responsabilidade da Atenção Básica: responsabilização na atenção contínua e integral, atendimento multiprofissional, compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários^{21,22}.

Não é a extensão de cobertura das práticas médicas que configura uma *rede*, antes, a sua substituição por arranjos da intervenção em saúde, que correspondam às necessidades sociais, históricas e imaginárias¹⁶, consistindo em uma articulação de ações e serviços em torno de objetivos comuns, mesmo que os meios e as tecnologias sejam diferentes. Espera-se um dispositivo vivo, porque encarnado no próprio campo social, em relações de complementaridade, de escoramento: relações rizomáticas, diriam Guattari e Rolnik¹⁹.

“[...] acompanhei a recepção, o acolhimento, né? Como é que chega ali e tal [...] para eu ter uma atividade que eu pudesse pensar de onde vem e para onde vai [...] eu pensei em fazer uma oficina, porque tem uma ONG ali perto [...] que talvez seja um ponto de encontro peculiar dessa rede, não sei o quanto [...] fazer uma oficina de percussão, porque é uma coisa que sei fazer e que a gurizada talvez goste. E para “conhecer” a criançada que está por lá, porque por enquanto eu só vi as crianças chegarem lá por causa da mãe, porque a mãe vai consultar ou porque a criança está doente”. (Aluno_grupo3)

No que se refere à noção de rede-rizoma, contribui a imagem da mandala, proposta por Ceccim e Ferla²³, cuja intenção pretendia outra imagem da rede assistencial à formação dos profissionais de saúde, esforço por desmontar a imagem da *pirâmide*, impregnada, na mente de gestores e professores, como transposição didática das redes. Os autores explicam que, em uma pirâmide, a hierarquização é vertical e por níveis, a forma é pesada e fixa. Em uma mandala há fluxos, desenho, dobra, movimento, criação. A hierarquia é por fluxos, não por fixos, e a forma é criativa, não pesada. A proposta da mandala traz possibilidades, caleidoscópicas, de *mutações faiscantes*¹⁰ à rede, desenhos que só serão experimentados no deslocar de foco dos lugares instituídos *como centro e alvo das intervenções*; do contrário, corre-se o risco de – por distração, apesar das *faíscas* – não se ver a *produção de vida*, ali onde ela é *potente*²⁴.

[...] sou caleidoscópica: fascinam-me as minhas mutações faiscantes que aqui caleidoscopicamente registro [...].¹⁰ (p. 38)

Impacto por ser o efeito do encontro entre corpos institucionais e instituintes? Entre corpos de pensamento e de razão? Podemos ponderar o que “porta” cada cultura institucional, cada racionalidade gerencial? Podemos dimensionar cada serviço como ator-rede-rizoma? Podemos supor agenciamentos coletivos de enunciação, uma vez atores-rede-rizoma? Estes que *portam* discursos e práticas de discurso, o que *reportam* quando falam do PET e do *exercício* do PET?

“[...] uma das perspectivas desse projeto PET Redes, é acompanhar um pouco mais os processos, os fluxos da rede, mas, também, pensar que o acompanhamento de uma situação, de um caso, pode nos mostrar aonde tem entraves, aonde essa rede está efetiva. Pode ser bem interessante [...]”. (Tutora_grupo3)

O que sai de algumas gavetas em busca do *impacto*

[...] E aos instantes eu lhes tiro sumo de fruta. Tenho que me destituir para alcançar o cerne e semente de vida. O instante é semente de vida.¹⁰ (p. 11)

Reviramos algumas gavetas no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (Capes) para conhecer os olhares sobre o PET-Saúde, por meio de pesquisas produzidas em programas de pós-graduação *stricto sensu*. Na busca de quais gavetas abrir e revirar, em maio de 2014, utilizando os termos *PET-Saúde* e *Educação pelo Trabalho*, encontramos cinco e três registros, respectivamente, dois se repetiam em ambos os buscadores e um não tinha o PET como objeto do estudo. Também realizamos uma busca pelo termo *ensino-serviço*, encontrando vinte estudos, apenas um relacionado ao PET-Saúde, constante da identificação anterior.

Do conteúdo das gavetas, todas eram dissertações de mestrado acadêmico (2011 e 2012), três tratavam da avaliação do programa²⁵⁻²⁷, uma consistia de uma avaliação da influência dos processos formativos na prática de Atenção Primária para o curso de odontologia²⁸, e outra buscava identificar e analisar as competências para a preceptoria²⁹. A interdisciplinaridade desta integração ensino-trabalho-cidadania, proporcionada pelo PET, mostrou-se, no estudo de Fonseca²⁷, como sua grande potência.

Outros pontos fortes apontados foram a quebra de preconceitos com o SUS²⁷ e a ampliação do olhar do estudante em direção ao processo saúde/doença, contribuindo com a formação de profissionais mais *preparados* para atuar no SUS^{26,27}. Seria necessário, para tanto, tornar-se mais orgânico à universidade e ao sistema de saúde²⁶. A atenção básica, porquanto disciplina vivenciada apenas na sala de aula, revelou-se descontextualizada e pouco interessante no que diz respeito: ao conteúdo, às estratégias de ensino-aprendizagem e à aplicabilidade. Quando campo de atuação profissional, a vivência junto à Saúde da Família colaborou para a identificação de fatores que comprometem a efetivação do SUS²⁶.

“Acredito que o PET vai acrescentar muito na minha formação pessoal e profissional. Vou levar o conhecimento para os colegas do Hospital. Acho que contribuirá para valorizar a atenção primária, que é pouco valorizada [na medicina]”. (Aluno9_grupo1)

No que se refere aos serviços-cenário do PET-Saúde, Fonseca²⁷ percebeu que a *integração ensino-serviço* estimula os profissionais a aprenderem ensinando, o que serve como um provocador da educação permanente nos serviços. Os resultados de Rodrigues²⁹ indicam que os preceptores sentem-se comprometidos com a formação dos futuros profissionais da área da saúde.

“O PET [...] mobiliza uma equipe, lá tem outros preceptores, com outras experiências de PET, mas cada experiência é singular, no que mobiliza, no que os monitores mobilizam na gente, de ter que se movimentar”. (Preceptora_grupo3)

Quanto às limitações do PET-Saúde, Fonseca²⁷ apontou como principais: a incompatibilidade de horários entre os atores do Programa e a distância dos cenários de prática, além da ausência de diretrizes operacionais claras e da heterogeneidade de organização das atividades pelas unidades de saúde.

“[...] na reunião, os alunos trouxeram essa questão dos ajustes da agenda e de vida [...]”. (Preceptora_grupo2)

O PET-Redes na UFRGS

Entre pretexto e contexto, jogamos com as palavras despejadas das gavetas quando do encontro (*impacto*) do estudo teórico com os atores sociais da integração/interação/correspondência formação-atenção. O PET-Redes deveria: ser multiprofissional e interdisciplinar, intensificar a interação entre os cursos da área da saúde na Universidade, e contribuir para a consolidação da RAS no município (seleção pelo Edital Ministério da Saúde nº 14, de 08/03/2013). Envolve 92 atores sociais, 11 profissões e cinco ações programáticas em saúde (Quadro 1).

“[...] neste espaço foram faladas coisas que nunca foram faladas no curso de enfermagem. É um conhecimento que só tive parecido no Diretório Acadêmico. Considero uma formação paralela”. (Aluno2_grupo1)

“[...] O PET é uma das melhores bolsas que já fiz na faculdade inteira [...] foi o que mais me deu ferramentas para eu trabalhar depois – no futuro – como profissional [...] acho que o PET te coloca num nível de humanização que é difícil tu achar isso em outros lugares [...]”. (Aluno2_grupo1)

Quadro 1. Composição por programas, profissões e atores no PET Redes - UFRGS

Programa	Tutores	Preceptores	Aluno
Amamentação na Rede Cegonha	1 professora/enfermeira do curso de Enfermagem	4 enfermeiras, 1 nutricionista e 1 médica	6 Enfermagem, 3 Nutrição, 1 Fonoaudiologia, 1 Medicina e 1 Odontologia
Linha-Guia de critérios e orientações para abordagem integral à saúde da pessoa com deficiência	1 professora/fisioterapeuta do curso de Fisioterapia	2 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionais, 1 assistente social e 1 médico	4 Saúde Coletiva, 2 Fisioterapia, 2 Fonoaudiologia, 1 Educação Física, 1 Medicina e 1 Odontologia
Linha de Cuidado em saúde mental da criança e do adolescente	1 professora/psicóloga do curso de Psicologia	3 psicólogas e 3 enfermeiras	3 Enfermagem, 3 Psicologia, 2 Fisioterapia, 1 Educação Física, 1 Medicina, 1 Nutrição e 1 Serviço Social
Linha de Cuidados em saúde mental, álcool, crack e outras drogas - jovens e adultos	1 professor/psicólogo e 1 professora/médica, ambos do curso de Saúde Coletiva	2 psicólogas, 1 enfermeira, 1 educadora física, 1 médica e 1 terapeuta ocupacional	4 Enfermagem, 3 Medicina, 3 Saúde Coletiva, 1 Nutrição e 1 Odontologia
Gestão e educação na rede de urgência/emergência	1 professora/enfermeira do curso de Saúde Coletiva	5 enfermeiras e 1 farmacêutica	4 Medicina, 3 Enfermagem, 1 Fonoaudiologia e 1 Saúde Coletiva

Fonte: Elaborado pelos autores.

No que se refere à Universidade, mesmo reconhecendo avanços, os atores acreditam que o diálogo entre a universidade, professores e alunos precisa avançar; reconhecem a prática como extracurricular, havendo pouca ou nenhuma flexibilização de horários por parte da Universidade. As vivências do PET foram consideradas como *opostas* ou *formações paralelas* no que se refere ao currículo.

“[...] o que eu quero é essa interdisciplinaridade de equipe, a odonto tem muito preconceito com o SUS, o pessoal prefere trabalhar em consultório, mesmo com o mercado saturado [...]”. (Aluno6_grupo1)

“[...] eu venho de uma outra realidade, tudo aquilo [no VER-SUS] era muito novo para mim [...] quem vê minhas fotos no Facebook, coloquei no álbum “saíndo da bolha” [...] minha família ficou apavorada, nunca senti tanto frio, mas foi ótimo. É isso que eu quero!”. (Aluna5_grupo1)

É preciso conferir, no PET-Saúde, seu contato com serviços, mas, também, com gestão, controle social e as inversões na prática de ensino. A invenção de metodologias e tecnologias, em realidade, fica por conta de quem quer mudar, ou seja, é no cotidiano e em território que saber-se-á do PET. Uma pesquisa de *impacto* será das capacidades enunciadas, mas comprometidas com perfis de pergunta que, às vezes, só são possíveis em cada PET. Quantas gavetas foram abertas e por quê? Quais e por que as suas linhas de aço. O desmanchamento ou não de corpos de pensamento, sensação e ação dependerá das perguntas em cada PET e do PET, que se põem a todos os atores de suas interfaces: trabalhadores, docentes, discentes, gestores, usuários, conselheiros locais de saúde, conselheiros municipais de saúde e corporações profissionais.

Questionamentos têm orientado o trabalho de campo, que ainda encontra-se em processo de *acontecendo*. Este artigo pretendeu discutir onde procurar o *impacto*. No território? Na Rede? Nas políticas de ensino da saúde? Nas práticas de trabalho em saúde? Nos pensamentos sobre ensinar

ou atender ou *sofrer* um aprendizado em saúde? Como *medir*? Assim, *gavetas* abrem-se; em lugar de respostas, perguntas se enunciam e a teorização passa a um exercício de escrita do tempo (dos *acontecendos*).

[...] Cada momento do dia se futuriza para o momento seguinte em nuances, gradações, paulatino acréscimo de sutis qualificações da sensibilidade. Às vezes ela perde a coragem, desanima diante da constante mutabilidade da vida. Ela coexiste com o tempo.³⁰ (p. 52-3)

Das gavetas reviradas, saem *considerandos* e *entãos*; das perguntas, saem desafios intelectuais e a apresentação dos *a seguir*; da escrita saem textos, contextos, paradoxos e *usos* dos conceitos, das práticas e das reflexões, *tais como*. Assim, se, para começar, nos encontramos com a introdução da pausa, uma vírgula, verificamos que o aprofundar é pelo pedido de desenvolvimento, a colocação de dois-pontos.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Lispector C. A hora da estrela. Rio de Janeiro: José Olympio; 1979.
2. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido [Internet]. 2004 [acesso 13 jun 2014]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf>
3. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 41a ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
4. Deleuze G. Proust e os signos. 2a ed. Rio de Janeiro: Forense; 2006.
5. Salvador Dali Society [Internet]. 2011 [acesso 26 jul 2014]. Disponível em: <http://www.dali.com/blog/2011/03/>
6. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco; 2004. p. 259-78.
7. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc Saúde Colet. 2000;5(2):219-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
8. Ceccim RB, Kreutz JA, Mayer Júnior M. Das residências Integradas às residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, organizadores. Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2011. p. 257-92.

9. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab Educ Saúde*. 2009;6(3):443-56.
10. Lispector C. *Água viva*. São Paulo: Círculo do Livro; 1973.
11. Michaelis: dicionário de português online. São Paulo: Melhoramentos; 2009 [acesso 23 maio 2014]. Impacto. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=impacto>
12. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988
13. Ceccim RB, Pinheiro R. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 14-35.
14. Ceccim RB, Feuerwerker LC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>
15. Meyer D, Félix J, Vasconcelos MFF. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(47):973-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000033>
16. Feuerwerker LC. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
17. Lispector C. *Uma aprendizagem ou livro dos prazeres*. Rio de Janeiro: Rocco; 1998.
18. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)*. 2009;13 Supl. 1:531-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500006>
19. Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes; 1996.
20. Ceccim RB. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: Pinheiro R, Silva Junior AGS, organizadores. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2010. p. 131-54.
21. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 3 mar 2010;Seção 1:53.
22. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial União*. 30 dez 2010;seção 1:89.
23. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 165-84.
24. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divul Saúde Debate*. 2014; (52):153-64.
25. Sant'Anna HD. *A implementação da política de reorientação da formação em odontologia: dependência de trajetória e estímulos institucionais na UFBA [dissertação]*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
26. Rezende R. *Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde desenvolvido em instituições públicas de ensino superior de Fortaleza (CE), na perspectiva de seus atores [dissertação]*. Fortaleza; Universidade Federal do Ceará; 2011.

27. Fonseca GS. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, da Universidade de São Paulo: estudo avaliativo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
28. Gaspar GS. Avaliação do processo de planejamento para melhoria da atenção à saúde bucal [dissertação]. Recife: Fundação Universidade de Pernambuco; 2011.
29. Rodrigues CD. Competências para a preceptoria: construção no programa de educação pelo trabalho para a saúde [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
30. Lispector C. Um sopro da vida. Rio de Janeiro: Rocco; 1999.

Gusmão RC, Ceccim RB, Drachler ML. Tematizar el *impacto* en la educación en el trabajo para la salud: abrir gavetas, enunciar preguntas, escribir. Interface (Botucatu). 2015; 19 Supl 1:695-707.

El tema del *impacto*, frecuente en la discusión envolviendo políticas públicas de salud, fue tomado en consideración. Se ponderó el Programa de Educación en el Trabajo para la Salud, incentivo político-financiero del Ministerio de la Salud, para cuestionar el dimensionamiento de la integración enseñanza-servicio. Se pretendió instigar al pensamiento, no presentar métodos y técnicas, a través de un Programa orientado por la acción de las redes de atención y objeto de un estudio de *impacto*. El objetivo fue contribuir con una especie de diálogo abierto, levantando cuestiones y apuntando la importancia de una red de pensamiento. El *impacto*, como pregunta, fue el impulsor, concluyéndose que se hace necesario abrir gavetas (problematizar concepciones de base), enunciar preguntas (acoger desafíos innovadores) y escribir (elaborar raciocinios separadores), de modo que una investigación, análisis o evaluación propongan nuevos arreglos de conocimientos y prácticas.

Palabras clave: Educación en el Trabajo para la Salud. PET-Saúde. Integración enseñanza-servicio. Educación en la salud. Impacto.

Recebido em 03/11/14. Aprovado em 10/03/15.

