

Passos, Eduardo; Carvalho, Yara M.  
A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum  
Saúde e Sociedade, vol. 24, núm. 1, abril-junio, 2015, pp. 92-101  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263650010>

# A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum

The formation for SUS, opening new trails for the production of the common

## Eduardo Passos

Universidade Federal Fluminense. Departamento de Psicologia.  
Niterói, RJ, Brasil  
E-mail: e.passos@superig.com.br

## Yara M. Carvalho

Universidade de São Paulo. Escola de Educação Física e Esporte.  
São Paulo, SP, Brasil.  
E-mail: yaramc@usp.br

## Resumo

Dante do desafio de nos voltarmos para a dimensão subjetiva das práticas de atenção e gestão do trabalho em saúde, propomos neste artigo problematizar o sujeito do movimento constituinte do SUS. Como se forma o sujeito desse movimento? Como pensar, associando clínica e gestão, a formação como prática social que produz sujeitos “em relação” e o cuidado? O que nos interessa é o que se produz na relação entre os sujeitos, o que os convoca para diferentes formas de contração de coletivo e de criação de zonas de comunalidade. A noção de “cuidado de si” desenvolvida por Foucault, especialmente na sua última obra, *A hermenéutica do sujeito*, será o arcabouço teórico-conceitual que orientará nosso percurso a fim de nos atermos no lugar onde os caminhos se encontram na produção do comum.

**Palavras-chave:** Formação em Saúde; Produção do Comum; SUS; Cuidado de Si; PET-Saúde.

## Correspondência

Eduardo Passos  
Rua das Laranjeiras, 226/801. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.  
CEP 22240-003.

## Abstract

Faced with the challenge of turning ourselves around to the subjective dimension of the practices of health care and health management, in this article we propose the problematization of the subject of the constituent movement of the SUS. How is the subject of this movement formed? How can one think of qualification as a social practice that produces subjects ‘in relation’ and care, associating clinical practice and management? What interests us here is what is produced in the relationship between the subjects, what calls them over to different methods of contraction of the collective and the creation of zones of communal activity. The notion of ‘care of the self’ as developed by Foucault, especially in his last work *The Hermeneutics of the Subject*, shall be the technical and conceptual framework that is to guide our path, so we may stay in the place where the paths meet for the production of the common.

**Keywords:** Health Qualification; Production of the Common; SUS; Care of the Self; PET-Health.

## Iniciando o percurso... no SUS...

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o nosso legado histórico e dele devemos cuidar como se cuida de um filho jovem (afinal, são apenas 24 anos) que traz nos olhos a coragem de inovar e a força de contestação da juventude contra as formas de autoritarismo.

O Brasil dos anos 1960 e 1970 viu surgir várias manifestações de resistência ao autoritarismo de Estado que se impôs a partir do golpe civil-militar de 1964. No campo da saúde, ao lado do que se produzia nas artes, nas organizações clandestinas de luta contra a ditadura, no movimento sindical, definiram-se formas específicas de resistência ao autoritarismo expressas nas práticas de saúde. Se o autoritarismo assume frequentemente a forma do centripetismo - isto é, a concentração de poder e saber em centros de organização da cultura e da sociedade - a resistência dos trabalhadores de saúde aos modelos médico centrado e hospitalocêntrico indicava a inflexão singular da luta pela democratização no campo das práticas em saúde. O movimento da reforma sanitária, desde seu início, no final da década de 1970, construiu as bases do SUS criando as condições de possibilidade para que a saúde se tornasse direito de todos e dever do Estado, em uma aposta clara na democratização das práticas de produção de saúde.

Com a Constituição de 1988, a redemocratização tornou-se diretriz política no Brasil. As reformas da saúde, na história contemporânea brasileira, propõem consolidar o processo de democratização participativa, mediante dispositivos que forcem os limites do modelo de democracia representativa ampliando o direito à saúde, que passa a ganhar sentido não só legal como, sobretudo, experiencial. Não basta haver a garantia constitucional do direito à saúde, é preciso também a sua efetiva realização nas práticas concretas do SUS.

A questão de direito deve se tornar uma questão de fato: vai-se da dimensão formal do direito ao seu exercício político; do direito como lei ao direito como experiência subjetiva - o meu reconhecimento como sujeito de direito e o acolhimento do outro nestas mesmas condições.

Nesse sentido, a dimensão subjetiva, sempre presente em qualquer processo de produção de saúde, ganha relevância, seja em função da complexidade

do campo da saúde, seja porque o enfrentamento dos problemas de saúde com tal complexidade exige o comprometimento tanto de tecnologias duras como das tecnologias relacionais, que implicam a dimensão subjetiva das práticas de atenção e gestão em saúde (Merhy, 2002).

O desafio é o da inclusão da dimensão subjetiva nas práticas de atenção e gestão do trabalho em saúde. Daí os desafios colocados pelo SUS, que nos obriga a ficar atentos aos processos de subjetivação que atravessam as instituições de saúde, ao que se produz na relação entre os sujeitos, às diferentes formas de contração de grupalidade, ao reposicionamento subjetivo gerando protagonismo, autonomia e corresponsabilidade nos trabalhadores, gestores e usuários dos equipamentos de saúde.

Assim, o desafio do Sistema Único de Saúde, desde 1990, foi o da criação de uma política de Estado de garantia do direito à saúde a todo cidadão em território nacional, considerando as diferenças das regiões do país, das demandas sanitárias, dos modos de vida: a heterogeneidade das necessidades na unidade do direito cidadão. A unidade na diferença pressuposta pelo SUS contrasta com a fragmentação e a baixa comunicabilidade que frequentemente marcam o funcionamento das instituições de saúde segmentadas em suas áreas, setores e os programas. Como garantir essa unidade? Como alterar o padrão de comunicabilidade na máquina do Estado? O conceito de transversalidade é um princípio metodológico complementar aos princípios-meta do SUS: universalidade do acesso aos bens de saúde; integralidade do sistema de saúde; equidade das ofertas de saúde frente à diversidade das demandas. Além desses, os princípios da participação e da territorialidade obrigam à criação de políticas de saúde que não mais operem nos dois eixos predominantes das práticas institucionais: a verticalidade que hierarquiza a comunicação entre os diferentes e a horizontalidade que torna corporativa a comunicação entre os iguais. Entre os eixos da verticalidade e a da horizontalidade, Guattari (1981), em 1964, indicou este outro eixo da diagonal que produz um embaralhamento de códigos e que ele designou de “transversalidade”: colocar lado a lado os diferentes. Esse é o princípio metodológico *princeps* que deve estar ao lado dos princípios da

indissociabilidade entre clínica e política (entre atenção e gestão); entre sujeitos e coletivos e a valorização das redes; entre produção de saúde e produção de subjetividade. A fórmula do desafio é, portanto, como garantir a indissociabilidade entre os que se distingue?

## O SUS e a formação em saúde...

Falar do SUS é falar de uma forma constituída - o texto que institui o SUS a partir da Constituição de 1988 -, que não deve e não pode separar-se do movimento constituinte do qual resulta e que historicamente identificamos com a força crítica do movimento da reforma sanitária. Como pensar essa situação paradoxal em que forma e força, constituição e movimento constituinte distinguem-se, mas não se separam? Ou, por outra, como manter o movimento de renovação que garantiu a força constituinte de que o SUS é efeito?

Quando nos referimos ao movimento constituinte do SUS temos de considerar que há princípios em sua base. Princípio diz respeito ao que é causa, origem, ao que dispara um movimento. afirmar **que a saúde é direito de todos e dever do Estado**, como garante o texto constitucional brasileiro, nos obriga a desdobrar este enunciado legal em princípios que ampliam o sentido da ideia de “todo” presente no enunciado da lei.

Inicialmente, dizer que **a saúde é direito de todos** é defender a **universalidade** do acesso: todos têm direito à saúde. Por outro lado, o “todo” desse enunciado sobre o direito à saúde deve ser entendido também como um direito a **toda a saúde**, o que se defende com a ideia de **integralidade**. E se defendemos a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado, devemos fazer esta última desdobra do enunciado legal garantindo que o “todo” do acesso universal e o “todo” do cuidado integral não nos levem a uma concepção padronizada e homogeneizante das ofertas no campo da saúde: para quem precisa mais, mais ofertas. Daí, então, os três princípios: **universalidade** do acesso, **integralidade** do cuidado e **equidade** das ofertas, acionando um movimento de produção de saúde em um campo que se organiza com os princípios operacionais da descentralização, territorialização e da participação.

Falar do SUS nos compromete, portanto, com uma realidade que tem dupla inscrição: forma instituída e força instituinte; Estado e processo; constituição e poder constituinte – para usarmos a fórmula de Toni Negri (2002).

A questão que se coloca para nós é a da definição do sujeito desse movimento constituinte do SUS. Quem é seu protagonista ou como se forma o seu sujeito? Qualificar as práticas de gestão e de atenção em saúde impõe novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho: as filas; a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas; os tratamentos desrespeitosos; o isolamento das pessoas de suas redes sociofamiliares nos procedimentos, nas consultas e nas internações; as práticas de gestão autoritária; as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e nas relações de trabalho. Esses problemas são a expressão de certos modos de se conceber e organizar o trabalho em saúde; mas que falhas éticas individuais (de um ou outro trabalhador ou gestor), revelam determinadas concepções de trabalho e de suas formas de organização.

Enfrentar tais problemas não pode ser localizá-los em atitudes e comportamentos individuais considerados inadequados. Individualizar o problema nos levaria a um juízo moral, que recairia sobre os sujeitos como prescrição de um “modo certo de fazer”. Na perspectiva dos processos de formação isso redundaria em exercício de ação pedagógica prescritiva, com oferta de estratégias de capacitação e treinamento.

Estratégias pedagógicas nessa direção derivam de uma concepção do que seja uma boa prática em saúde e se apresentam como recurso para resolver a questão de como fazer para que os trabalhadores da saúde ajam de modo certo. Para se ter correspondência entre a ação do trabalhador e aquilo que se toma como certo, a ação educativa é definida como capacitação, entendida como transferência de informações para que os “descapacitados” adquiram determinadas capacidades. Na mesma direção, os trabalhadores são “treinados” para que repitam e se exercitem no modo correto de fazer. E para aqueles que, mesmo assim, não se enquadram nessa normalização, a oferta é a reciclagem: remodelação dos

sujeitos. De qualquer maneira, a formação torna-se, assim, correção (no sentido ortopédico do termo) daqueles trabalhadores de saúde supostamente inadequados: formar teria este sentido de adequar.

Essa demarcação é importante para se distinguir processos de formação mais tradicionais daqueles que o SUS tem buscado construir, em consonância com seus pressupostos ético-políticos. Por se compreender que as ditas “práticas inadequadas” são expressões de formas precárias de organização do trabalho, pertinentes, portanto, aos temas da gestão e das condições concretas de trabalho, a pauta da formação para o SUS desloca-se imediatamente para novas ofertas de formação.

Tal deslocamento ocorre também por outra razão de natureza metodológica. Entendendo o método como “modo de caminhar”, o SUS toma a inclusão como seu modo de fazer, apostando na prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, uma prática que se estende seguindo o método da tríplice inclusão: 1) inclusão dos diferentes sujeitos implicados nos processos de produção de saúde (usuários, trabalhadores da ponta e gestores); 2) inclusão dos analisadores institucionais que advêm da colocação lado a lado dos diferentes sujeitos; 3) inclusão do sujeito coletivo que resulta das duas inclusões anteriores (Barros; Passos, 2005a, 2005b; Pasche; Passos, 2010).

Tal método realiza-se nos espaços da gestão, do cuidado e da formação incluindo sujeitos e coletivos, bem como os analisadores (as perturbações) que estas inclusões produzem. O SUS nos convoca, nas práticas de gestão e de cuidado, bem como nas práticas pedagógicas, a garantir a participação dos diferentes sujeitos, em suas singularidades, no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde.

Com o exercício desse método nos processos de formação que efeitos são produzidos? Para a resposta a essa questão faz-se necessário considerar que os princípios do SUS se desdobram em diretrizes metodológicas: a transversalidade (ampliação da comunicação; produção do comum); a indissociabilidade entre gestão e cuidado; o fomento do protagonismo dos sujeitos e coletivos; a indissociabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividade.

O exercício do método da inclusão deve considerar, necessariamente, que não se separe a gestão da atenção, que se promovam processos de comunicação para além da hierarquia e do corporativismo e que se aposte que os sujeitos são capazes de se transformar através dos deslocamentos de seus interesses mais imediatos, construindo processos de negociação, permitindo a criação de zonas de communalidade e projetos comuns.

A inclusão tem o propósito de produzir novos sujeitos capazes de ampliar suas redes de comunicação, alterando as fronteiras dos saberes e dos territórios de poder. Incluir significa conectar a prática de produção de saúde dos trabalhadores da ponta com a gestão, pois o trabalho em saúde é resultado das condições institucionais que definem os modos de funcionamento da organização, tarefa da gestão.

Todavia, não basta incluir. É necessário que essa inclusão, assim como o processo de produção de subjetividade a ela associado, seja orientada por princípios e diretrizes. Para o SUS, essas orientações são clínicas, políticas e éticas e tomam sentido no acolhimento, na clínica ampliada, na democracia das relações, na valorização do trabalhador, na garantia dos direitos dos usuários e no fomento de redes.

É nessa articulação entre princípios, método e diretrizes que os processos de formação devem ser propostos e organizados. As diretrizes dos processos de formação para o SUS assentam-se no princípio de que a formação é inseparável dos processos de mudanças, ou seja, formar é necessariamente interferir, e interferir é interceder na realidade ou com ela promover relações de intercessão, conforme propõe Deleuze (1992) com o conceito de “intercessor”.

Formar como estratégia de intercessão coletiva pressupõe a produção de alterações nas condições de trabalho a partir da relação entre os sujeitos que participam do processo de produção de saúde. Sem que se busque o consenso ou a harmonia entre as diferentes posições subjetivas, aposte-se numa relação menos de interseção do que de intercessão, isto é, menos de criação de um espaço comum porque homogêneo do que de uma communalidade na diferença. A relação entre as diferentes posições pode ser tomada em sua força de perturbação do instituído, liberando as forças instituintes promotoras de mudanças das práticas de saúde. Pensar a formação

em saúde a partir da ideia de intercessão impõe que se utilizem estratégias pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos, pois não haveria um modo correto de fazer, senão modos que, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados considerando as especificidades de cada realidade, instituição e equipe de saúde.

Os processos de formação devem ser entendidos como um importante recurso de capilarização das diretrizes ético-políticas do SUS na rede de saúde, multiplicando rapidamente agentes sociais que se engajem no “movimento susista”. Essa ação, todavia, não ocorre unicamente por processos de sensibilização, mas pela experimentação em ato nos processos de trabalho, o que permite a produção de movimentos de mudanças concretas do modo de fazer nos serviços e nas práticas de saúde.

Os processos de formação, dessa forma, são um recurso precioso para a experimentação e necessária construção da extensividade do SUS. Os agentes dessa estratégia, em geral, são apoiadores institucionais, agentes que contribuem para a problematização de realidades institucionais, construindo com as equipes de saúde mudanças nas percepções, na forma de lidar com conflitos, ampliando processos de grupalidade e, consequentemente, alterando atitudes e produzindo as condições para a superação de problemas e desafios do cotidiano do trabalho em saúde.

Formar é também apoiar equipes em processos de trabalho, não transmitindo supostos saberes prontos, mas em uma relação de cumplicidade com os agentes das práticas. Apoiar é produzir analisadores sociais e modos de lidar com a emergência de situações problemáticas das equipes para sair da culpa e da impotência frente à complexidade dos desafios do cotidiano da saúde. Apoiar é fomentar experiências coletivas para o exercício da análise, cujo efeito primeiro é a ampliação da grupalidade entre aqueles que estão em situação de trabalho. A construção e sustentação de sentimento de pertencimento ao grupo e corresponsabilização coletiva são imprescindíveis para a contratação de tarefas com as quais se busca ampliar a eficácia das práticas e, ao mesmo tempo e de forma indissociável, qualificar os espaços de trabalho, afirmando-os como importante lócus de realização profissional. Essas são as

principais ofertas e os desafios dos processos de formação em saúde.

No campo das políticas de saúde, o SUS toma como desafio a construção de uma política que se quer pública e transversal afirmando a dimensão subjetiva das práticas de saúde. Tal dimensão diz respeito menos à retomada ou valorização de um sujeito já dado e mais à incitação ao processo de produção de novos territórios existenciais, de novas experiências subjetivas, seja nas práticas de atenção, seja nas de gestão.

O desafio da formação em saúde é sintonizar o modo de fazer o cuidado e a sua gestão com a aposta democratizante do SUS. Garantir a participação dos sujeitos envolvidos nas práticas de saúde é um modo de garantir seu protagonismo no processo de produção de sua saúde e de formação dos trabalhadores do SUS. De meros pacientes ou usuários dos serviços de saúde esses sujeitos assumem uma posição ao lado do trabalhador, o que altera a maneira de organizar as práticas de saúde, muitas vezes marcadas pela hierarquia dos diferentes e pelo corporativismo dos iguais. O desafio é o de transformar a prática em saúde **sobre sujeitos** em uma prática **com sujeitos**.

## “Cuidado de si” e formação em saúde

“Cuidado de si” é uma noção grega complexa e potente que indica práticas de **ocupar-se consigo**. Foucault (2006) a define como “[...] uma espécie de aguilhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência” (p. 11). É uma ideia que esteve presente em toda filosofia antiga até o limiar do cristianismo, ainda que no curso dessa história tenham se modificado e multiplicado seus significados, mas que depois ficou perdida. E é por isso mesmo que Foucault dedica-se a ela. O que o filósofo quer mostrar, e que nos interessa no debate sobre a formação, é que o ocupar-se consigo é também um acontecimento no pensamento, “[...] momento decisivo no qual se acha comprometido até mesmo nosso modo de ser de sujeitos modernos [...]” (2006, p. 11), que produzirá

modos de conceber e estar no mundo, tema diretamente afeito ao da formação.

Não foi por acaso, portanto, que a noção de cuidado de si ficou perdida durante muito tempo. É uma noção que remete a uma estética da existência, na relação consigo e com os outros. E é na Idade Moderna, especialmente no “momento cartesiano”, que esse “esquecimento” fica evidente. Houve uma separação entre as ideias de “cuidado de si” e de “conhecimento de si”, que para os gregos eram ideias complementares. Foucault construiu duas hipóteses a respeito dessa mudança: a primeira resulta de uma desfiguração do próprio significado do “cuidado de si”, de natureza ética e moral; a segunda, de uma valorização do “conhecimento de si”, mais significativa do que a de “cuidado de si”, porque se instala no plano da verdade.

O texto em que Foucault encontra essa noção é *O banquete*, de Platão – escrito por volta de 380 a.C., cujo tema é Eros, o amor –, no diálogo entre Sócrates e Alcibíades. Este era um jovem órfão e estava prestes a entrar na idade adulta e na vida política, mas não se sentia preparado para o desafio de governar os outros. Decide procurar Sócrates, conhecido como aquele que despertava as pessoas para certo modo de estarem no mundo, para a necessidade de estarem atentas ao que se pensa e ao que se passa no pensamento e, ao mesmo tempo, observarem as ações de si para consigo, ações pelas quais nos assumimos, nos modificamos e nos transformamos.

Sócrates prepara Alcibíades para o governo. Ele se sente responsável por ensinar ao jovem a cuidar de si. E começa a parte do diálogo que interessa a Foucault: “[...] se vieres a governar a cidade, é preciso que afrontes duas espécies de rivais”, pondera Sócrates: os internos (há outros querendo governar a cidade); e, “no dia em que governares”, os inimigos da cidade (Sócrates, apud Foucault, 2006, p. 45). E, então, o filósofo grego compara Alcibíades com os inimigos:

“[...] por mais rico que sejas, podes comparar tuas riquezas às do rei da Pérsia? Quanto à educação, aquela que recebestes, podes efetivamente compará-la à dos lacedemônios e dos persas? Do lado de Esparta [encontramos] uma breve descrição da educação espartana apresentada, não como modelo, mas de qualquer maneira, como referência de qualidade; uma educação que assegura as boas

maneiras, a grandeza de alma, a coragem, a resistência, que dá aos jovens o gosto pelos exercícios, o gosto pelas vitórias e pelas honras etc. Do lado dos persas também [...] as vantagens da educação recebida são muito grandes; educação que concerne ao rei, ao jovem príncipe que desde a [...] idade de compreender - é cercado por quatro professores: um que é o professor de sabedoria (*Sophia*), outro que é professor de justiça (*dikaiosyne*), o terceiro que é mestre de temperança (*sophrosyne*) e o quarto, mestre de coragem (*andréia*) [...]" Trata-se, meramente, de um conselho de prudência (Foucault, 2006, p. 45).

Cabe ressaltar que a inferioridade a que se refere Sócrates não consiste apenas na riqueza e educação, mas em Alcibíades não ser capaz de compensar os dois problemas com "um saber, uma *tékne*". Foucault, nesse trecho, chama a atenção para o fato de que a necessidade de cuidar de si está diretamente associada ao poder. Se em Esparta ocupar-se consigo era consequência de uma situação estatutária de poder, a questão do "cuidado de si" aparece como uma "[...]" condição para passar do privilégio estatutário que era o de Alcibíades (família rica, tradicional etc.) a uma ação política definida, ao governo efetivo da cidade" (Foucault, 2006, p. 48).

O ponto de emergência da noção "cuidado de si", portanto, está entre privilégio e ação política; na insuficiência da educação; na necessidade de aprender a ocupar-se consigo quando se sai das mãos dos pedagogos para entrar na atividade política; e quando se ignora sobre como ocupar-se com "[...]" o bem-estar, a concórdia dos cidadãos entre si" (Foucault, 2006, p. 49). E o filósofo francês interrompe a leitura do texto para ponderar sobre duas questões: "[...]" qual é, pois, o eu de que é preciso cuidar quando se diz que é preciso cuidar de si?" (Foucault, 2006, p.50) e destaca que o diálogo traz como subtítulo: "da natureza humana". Essa é uma questão premente para nós, hoje, porque ela não incide sobre a "natu-

reza do homem", mas sobre o que nós chamamos de um problema do "sujeito". A segunda questão que Foucault formula, "[...]" qual o eu de que devo ocupar-me a fim de poder, como convém, ocupar-me com os outros a quem devo governar? [...]" Esta é a questão que, afinal, é portadora da primeira emergência na filosofia antiga da questão do 'cuidar de si mesmo'" (Foucault, 2006, p. 50).

O autor está descrevendo a maneira como o sujeito tem a experiência de si mesmo, como se relaciona consigo e com os outros e, ao mesmo tempo, como é um sujeito de ação. O "cuidado de si" traduz uma linhagem de pensamento segundo a qual se acessa a verdade por atos e práticas que transformam todo o ser do sujeito. É o sujeito que se autoconstitui. É o sujeito da ação, ético e político que tem de se reinventar. Trata-se de uma concepção de origem grega que significa o que devemos fazer por nós mesmos. Nesse sentido, Foucault estava preocupado em trazer de volta para nosso tempo o sujeito ético.

## O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde)<sup>1</sup> e o "cuidado de si": uma cena<sup>2</sup>

O cuidado é uma noção/discussão que aparece no contexto mais tardio da reforma sanitária brasileira. Demandada por uma atenção integral à saúde e uma necessidade de humanização das práticas de saúde, fez aparecer sujeitos onde antes havia objetos (doenças, órgãos, funções); promoveu diálogos como contraponto aos monólogos e prescrições; agregou sentidos ao que estava disperso em fragmentos.

Com Foucault é possível perceber alguns dispositivos de natureza epistemológica, política e ética por meio de temas que têm sido naturalizados, sobretudo na formação em saúde. Há cisão entre conhecimento e cuidado, pensamento e prática,

<sup>1</sup> O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família, é uma estratégia do Ministério da Saúde e da Educação visando a formação e educação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes de todas as áreas da saúde, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. Para conhecer mais, recomendamos a pesquisa em periódicos da saúde coletiva que, cada vez mais, tem aberto espaço para o relato de experiências exitosas com o PET-Saúde de várias regiões do país.

<sup>2</sup> A cena descrita abaixo foi sistematizada a partir de várias experiências com a Dança de Contato e Improvisação, mas gostaria de mencionar que essa ideia foi inicialmente desenvolvida por uma estudante de educação física ousada e, ao mesmo tempo, sensibilizada com o que a vivência no PET-Saúde USP-Capital possibilitava, Gabriele Bernardoni, em 2011-2012.

oposições que determinam modos de pensar e agir. Como contraponto, os conceitos de “cuidado de si” e “sujeito de ação” podem nos ajudar a propor uma formação que considere o processo de constituição de um “sujeito ético” no movimento em defesa do SUS.

“Cuidado de si” é uma noção que nos ajuda a pensar a prática de saúde para além da dimensão do indivíduo, das interações interpessoais e dos procedimentos. Trata-se de uma proposta de cuidado que nos exige pensar a formação e a educação em saúde em articulação com o campo e os núcleos da saúde coletiva (Campos, 2000), com as práticas de saúde, os serviços de saúde, os processos de trabalho e a clínica, junto com todos aqueles que fazem o SUS. Tal noção nos implica com a dimensão política da ação e, assim, nos ajuda a resistir aos processos de desaparecimento de valores, por exemplo.

O PET-Saúde é uma estratégia que problematiza questões que estão naturalizadas a respeito do ensino, do serviço e das relações. Nessa direção, a prática pedagógica aqui não significa somente a oferta e a organização de atividades de reconhecimento dos territórios e do cotidiano do profissional, mas tomar o processo de trabalho em saúde como objeto a fim de instigar outros modos de trabalho, de atenção e de formação em saúde.

Avaliando o mecanismo da produção dessa política, uma política que diz respeito aos modos de existência e a outros modos de formação, ela cobra “em ato” a demanda por produção de redes colaborativas e a apostila na vida do outro. E é, em última instância, uma aposta societária porque confronta a máquina biopolítica, confronta a desigualdade que resulta da interdição de mais vida no outro.

Entretanto, os resultados são limitados em função, sobretudo, do caráter público da aposta na educação em saúde. A esfera pública ainda é pouco valorizada ou é compreendida de modo equivocado, logo, há resistências para pensar a dimensão pública da formação em saúde: temos dificuldade em ensinar o que é política pública de saúde no cenário do

SUS, assim como não é fácil transmitir aos acadêmicos dos cursos de saúde o que seja a saúde coletiva e a Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde em uma relação direta com o campo das práticas. É difícil produzir deslocamentos e aproximações com o SUS para além do projeto; e formar para estar à altura das fragilidades do outro como um problema posto pela vida é ainda um mistério.

Reconhecemos que os impactos do Programa Pró PET-Saúde são pouco significativos, haja vista a grande quantidade de estudantes e docentes que desconhecem a política e as experiências que têm sido produzidas. Mas estamos persistindo, entendendo que as zonas de tensão e desconforto geradas pelos “encontros” dos participantes do Pró PET-Saúde produzem saberes e práticas mais responsáveis e humanizantes, portanto, produzem micropolíticas mais comprometidas com a luta em defesa do SUS e da vida.

Para este texto trazemos uma cena, entre muitas que foram vividas. Ela não é a melhor, a mais verdadeira, a mais impactante, nem um modelo a ser seguido. É apenas uma cena...

Local: uma unidade básica de saúde no Distrito Butantã, região Oeste da cidade de São Paulo. Uma estudante do curso de educação física e esporte da Universidade de São Paulo (USP), um grupo de usuários do SUS e uma experiência com a dança “contato-improvisação”<sup>3</sup>. A experiência tem uma duração: encontros semanais de duas horas ao longo de nove meses. Encontros abertos com usuários-crianças, usuários-mulheres, usuários-jovens, usuários-tristes, usuários-tímidos, usuários-alegres, usuários-travados, usuários-divertidos, diferentes usuários do SUS. Ao mesmo tempo em que inventávamos os encontros, os encontros inventavam modos de contato e de improvisação para além do que tínhamos aprendido da técnica de trabalho corporal. Eram provocações de todos os lados, que geravam movimentos, pensamentos, afetos, tensões, mudanças, desconfortos, agitações... que não eram de um, mas de todos. Um tipo de

<sup>3</sup> “Contato-improvisação” é uma técnica corporal criada na década de 1970 por um grupo de coreógrafos e bailarinos norte-americanos ligados à dança moderna. Os artistas, intrigados com as formas pouco originais e preestabelecidas das escolas e companhias de dança e vivendo a contracultura, fundaram uma companhia da dança, a Grand Union, que tinha por base metodológica o improviso grupal. Para conhecer mais, recomendamos a obra de Steve Paxton, integrante do grupo inicial e quem apresentou pela primeira vez um espetáculo criado com base nessa técnica, Magnesium em 1972, oficializando o contato-improvisação (CI) no universo da dança.

“clínica”, de cuidado e modos de conduzir e operar as relações que produzia suspiros e compartilhamento nos momentos de dificuldade, frustração ou de realização e amorosidade. O que podemos fazer somente quando estamos juntos.

Havia uma intenção: propor as práticas corporais, articuladas com os princípios do SUS, com vistas na valorização das potencialidades dos usuários e, ao mesmo tempo, ressignificação dos conteúdos específicos da formação em educação física diante das necessidades de saúde das pessoas e do coletivo. Buscávamos a experiência da diversidade e do aumento do repertório gestual; da autonomia dos sujeitos e do coletivo; e da produção de movimentos criativos, não estereotipados. A “dança de contato e improvisação” é uma proposta de experimentação permanente e conectada com outras formas perceptivas. Trazíamos os elementos da vida cotidiana - tudo o que trazemos das nossas vidas para os encontros - para a dança e, assim, íamos reconhecendo os pequenos gestos, os mais corriqueiros, para perceber as relações e os momentos oportunos quando conseguimos soltar o movimento, nos desprender do mecânico e do automático para encontrarmos o autêntico, o intenso, o pleno para expressarmos o modo como entramos nos fluxos das forças e dos movimentos.

A repetição dessa experiência nos ensina a respeito da qualidade dos encontros e como os encontros com o outro - saber quem é o outro, por que ele está ali, colocar-se no lugar dele e acolher o que vem com ele - nos instigam a descobrir até onde podemos ir juntos. Trata-se de uma forma de ação - uma formação - que é ação política. A apropriação de conceitos como improvisação, acontecimento e sensibilidade e a transformação destes conceitos em práticas de improvisação e dança é um cuidado de si e um cuidado do outro. A presença é fundamental. Fazer é fundamental, para saber o que importa para que o encontro se transforme em acontecimento.

Reconhecer as diferentes necessidades dos usuários do serviço, trabalhar os limites e as possibilidades dos corpos em movimento é também atribuir outros sentidos para o serviço, para os profissionais, estudantes e usuários e para as práticas de saúde. São iniciativas ainda pouco

exploradas, atentas aos desejos e que apostam na vida dos outros e no “cuidado de si”.

## Produção do comum, zonas de comunaldade e encruzilhadas

As encruzilhadas são os territórios onde se cruzam vários caminhos. É nas encruzilhadas que nos deparamos com nós mesmos. Para onde vamos? O que queremos? O que levamos? O que deixamos? E por aí vai...

As encruzilhadas são campos de forças. Linhas de forças vindo e indo em diferentes direções. Encontram-se. Unem-se. E seguem. São as zonas de oportunidades e mudanças. Poderosas forças de transformação, no sentido de trans... formar... a... ação...

As encruzilhadas são os campos das vibrações das forças que podem nos habitar. Mas não se pode ficar ali para sempre. É preciso seguir. Pontos de contato, pontos de comunicação, pontos de encontro, pontos de improvisação. Surpresas: com quem eu cruzo? Há sempre mais de uma alternativa e, por isso, também são campos problemáticos.

O comum é o terreno de ninguém e que, por isso, pode e deve ser habitado por todos. Como cuidamos do comum? Com a escuta, com a conversa, com o acolhimento; acolhendo a alteridade; fazendo vínculo; trabalhando em equipe; compondo e fazendo associações...

## Referências

- BARROS, R. B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a.
- BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005b.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.
- DELEUZE. G. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 1992.

FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GUATTARI, F. A transversalidade. In: \_\_\_\_\_. *Revolução molecular: pulsões políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981. p. 88-105.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

NEGRI, A. *O poder constituinte: ensaio sobre as alternativas da modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

PASCHE, D.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para produção de mudanças na saúde: aposta da política de humanização da saúde. *Saúde em Debate*, São Paulo, v. 34, n. 86, p. 423-432, 2010.

---

#### Contribuição dos autores

Passos e Carvalho participaram igualmente nas diferentes etapas de confecção do artigo.

Recebido: 14/07/2014

Aprovado: 22/01/2015