FELIPE GARGANTINI CARDARELLI

“Roda de saberes”:

reflexões sobre educação permanente em saúde e seus processos de apoio

São Paulo

2016

FELIPE GARGANTINI CARDARELLI

“Roda de saberes”:

reflexões sobre educação permanente em saúde e seus processos de apoio

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, Mestrado Profissional, à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre em Ciências.

Orientador: Profa. Dra. Eucenir Fredini Rocha

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Cardarelli, Felipe Gargantini.

“Roda de saberes”: reflexões sobre educação permanente em saúde e seus processos de apoio / Felipe Gargantini Cardarelli; orientador Eucenir Fredini Rocha -- São Paulo, 2016.

174 p. : fig., tab., graf.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Deficientes. 2. Educação de pessoa com deficiência intelectual. 3. Educação permanente. 4. Equipe de assistência ao paciente. 5. Gestão em saúde. 6. Dispositivo. I. Rocha, Eucenir Fredini. II. Título.

Cardarelli FG. “Roda de saberes”: reflexões sobre um dispositivo de educação permanente em saúde e processos de apoio. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: ____/____/2016

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Dedico essa pesquisa aos que lutaram ou lutam por um mundo melhor, aos que dedicaram suas vidas, inclusive sacrificando-as, muitas vezes, por acreditar no melhor do humano e do mundo, independente do seguimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à existência, à bem aventurança a mim concedida e aos encontros potentes neste árduo caminho rumo ao nada. Espero estar conseguindo retribuir.

Aos meus pais que tanto me ajudaram. Minha mãe, que tanto “fez das tripas coração” por mim e meu pai que, há alguns anos, esteve do meu lado como ninguém. Amor e gratidão!

À minha querida e linda irmã, meus amados avós e familiares.

À minha companheira nas desventuras e aventuras da vida, Ana Claudia, com quem tanto aprendi. Muito amor, querida!

Aos meus professores que tantas vezes me salvaram, acreditando no meu potencial, especialmente aos da escola Parthenon. Laércio Franco, Rita de Cássia Barbosa, Bia Balau e tantos outros: obrigado, se estou aqui é graças a vocês!

A Eucenir Fredini Rocha, orientadora que tanto me instigou. Obrigado.

Aos companheiros de trabalho do SUS e principalmente da Associação Saúde da Família, onde tive muitas oportunidades. Obrigado Paulo Capucci. Obrigado Claudia Cassavia, Elaine de Oliveira, Carolina Fujihira (na luta, na lida e na lágrima) e especialmente a Simone Spinetti e Carlos Lima Rodrigues, que tanto me ajudaram nesta dissertação.

A área técnica da pessoa com deficiência da SMS, especialmente a Sandra Vieira e Claudia Taccolini. Obrigado às CRS e STS, especialmente Georgina Soares de Sa e Gisele Facão.

Aos amigos, colegas, companheiros, encontros de alma, irmãos.

Gabriel Moura, Lucas Scapin e Rafael Bonfim, obrigado por me aguentarem!

Colegas de mestrado: Obrigado!

Aos professores e funcionários do Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, meu muito obrigado por esta grande oportunidade, principalmente pela de refletir sobre a minha atuação profissional.

Às pessoas que tanto me ensinaram, usuários do SUS: do APD, da Moradia Especial Provisória, CAPS, SRT, UBS, AMA, CEO, etc.

Lutam melhor os que têm belos sonhos.

Ernesto Guevara

RESUMO

Cardarelli FG. “Roda de saberes”: reflexões sobre um dispositivo de educação permanente em saúde e processos de apoio [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016. Versão Corrigida.

O objetivo do estudo é refletir sobre a história de um dispositivo de Educação Permanente construído no Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência (APD) denominado **Roda de Saberes**. O Programa APD foi criado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) em 2010 com vinte equipes multiprofissionais distribuídas pelo município, através de parceria exclusiva, até 2014, com a Associação Saúde da Família, uma Organização Social, ou seja, instituição identificada a propósitos sociais. O objetivo do Programa é estimular a autonomia, aprimorar cuidados e fortalecer vínculos familiares de pessoas com deficiência intelectual. Ao ser contratado para supervisionar oito equipes do programa, este pesquisador buscou basear suas intervenções em formas democráticas de gestão em saúde, para promovê-las e facilitar o trabalho em equipe interdisciplinar. A **Roda de Saberes** nasce deste esforço inspirada pelas experiências francesas de clubes da Clínica de La Borde e Saint-Alban, pelos princípios do Apoio Psíquico de Gastão Wagner Campos e pela Educação Permanente, que é a aprendizagem significativa através do trabalho, onde, nas organizações, o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano da gestão. Neste sentido, pretendeu-se com esta dissertação pesquisar e refletir sobre as bases teóricas e a história da **Roda de Saberes** (entre 2010 e 2014) e assim favorecer outros processos de Educação Permanente. Para tanto se desenvolveu um Estudo de Caso cujo objetivo foi analisar a idealização e o desenvolvimento da proposta da **Roda de Saberes** através de diferentes abordagens: 1- Levantamento Bibliográfico; 2- Levantamento e análise de documentos e registros; 3- Identificação dos princípios facilitadores para a construção da **Roda dos Saberes**. Concluiu-se a necessidade de ações em Educação Permanente em Saúde tendo como base a eficácia das ações desenvolvidas na **Roda de Saberes**, observadas através da qualidade e intensidade da participação dos profissionais nos encontros e na mudança do perfil do trabalho cotidiano das equipes de saúde. Considera-se ainda que o método e o objetivo da ação devem estar eticamente alinhados. Como produto dessa análise propõe-se um folder que visa instigar àqueles interessados em Educação Permanente em Saúde, a refletir sobre os

processos facilitadores dessa ação em serviço, em cinco aspectos ou **fatores estratégicos**, fruto da pesquisa: território, público alvo, trabalhadores, instituição e apoiador.

Palavras chave: Pessoas com Deficiências. Deficiência Intelectual. Educação Permanente. Equipe Interdisciplinar de Saúde. Gestão em Saúde Dispositivo.

ABSTRACT

Cardarelli FG. "Wheel of knowledge": reflections on a device for permanent health education and support processes [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Enfermagem; 2016. Versão Corrigida.

The objective is to reflect on the story of a Permanent Education device built in the Health Companion for People with Disability Program (APD), called **Knowledge Wheel**. The APD program was created by the City Department of Health of São Paulo (SMS) in 2010, with twenty multidisciplinary teams distributed by the county, through exclusive partnership, until 2014, with the Family Health Association, a Social Organization, meaning an institution identified with social purposes. The goal of the Program is to stimulate autonomy, improve care and strengthen family ties of people with intellectual disabilities. Permanent Education is learning, significantly, through work, where learning and teaching are incorporated into the daily life of organizations. This researcher was hired to oversee eight teams of the Program, and as so, sought to base his interventions in democratic management to promote them and facilitate interdisciplinary teamwork. The **Knowledge Wheel** was born of this effort inspired by French experiences of clubs from the Clinic of La Borde and Saint-Alban, the principles of the Paideia Support of Gastão Wagner Campos and the Permanent Education that is the meaningful learning through work, where learning and teaching are incorporated into the daily management of organizations. In this sense, with this dissertation, it was intended research and reflect on the theoretical foundations and on the history of **Knowledge Wheel** and thus encourages other processes of Permanent Education. For that was developed a case study which purpose was to analyze the ideation and development of the proposal of the **Knowledge Wheel** through different approaches: 1. Bibliographical Survey; 2 Survey and analysis of documents and records; 3- Identification of facilitators principles for its construction. The conclusion is the need for actions in Permanent Health Education based on the effectiveness of the actions developed in the **Knowledge Wheel**, observed through the quality and intensity of the participation of professionals in the meetings and changing the daily work of the profile of health teams. It is also considered that the method and the purpose of the action must be ethically aligned. As a product of this analysis it is proposed a brochure aimed to instigate those interested in Permanent Health Education, to reflect on the facilitating

processes of this action in service in five aspects or strategic factors, the result of the research: territory, target group, workers, institution and Supporter.

Keywords: People with Disabilities. Intellectual Disability. Continuing Education. Interdisciplinary Health Team. Health Management. Device.

LISTA DE ABREVIATURAS

AAIDD	Associação Internacional de Estudos Científicos das Deficiências Intelectuais
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AMA-E	Assistência Médica Ambulatorial – Especialidades
APD	Acompanhamento da Pessoa com Deficiência
ASF	Associação Saúde da Família
AT	Acompanhante Terapêutico
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino – Serviço
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSEMSRJ	Conselho de Secretários Municipais de Saúde nos Estados do Rio de Janeiro, Alagoas, Minas Gerais
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHI	<i>Family Health International</i> – Saúde Familiar Internacional
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IETS	Instituto de Estudo do Trabalho e Sociedade

LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
NISA	Núcleo Integrado de Saúde Auditiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAI	Programa de Atendimento ao Idoso
PAVS	Programa Ambientes Verdes Saudáveis
PCC	Paridade de Poder de Compra
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Programa Nacional de Educação em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RH	Recursos Humanos
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> - Agência Norte-americana para Desenvolvimento Internacional

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	18
1	INTRODUÇÃO	21
1.1	Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência (APD)	23
1.2	A proposta da Roda de Saberes: as Bases Conceituais	24
1.3	A Proposta de Pesquisa	28
2	OBJETIVOS	29
2.1	Objetivo Geral.....	29
2.2	Objetivos Específicos	29
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA COLETA DE DADOS E ANÁLISE	30
3.1	Tipo de Pesquisa	30
3.2	Plano de Trabalho	30
4	PROCEDIMENTOS ÉTICOS NA PESQUISA.....	34
5	O PROGRAMA APD	35
5.1	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Rede de Atenção às Com Deficiência Intelectual	35
5.2	Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência (APD)	39
5.3	Associação Saúde da Família e o APD	46
6	BASES CONCEITUAIS	52
6.1	Educação Permanente	52
6.2	Paulo Freire e a Educação Popular em Saúde	55
6.3	Paulo Freire, Ética e Autonomia	56
6.4	Reabilitação e Autonomia	57
6.5	O Conceito de Autonomia na Visão de Campos	59
6.6	Metodologia PAIDEIA	60
6.7	A experiência Francesa de Organização Institucional por meio dos Clubes	63
6.8	Roda de Saberes.....	66
6.9	Público Alvo Abordado pelo APD: Pessoas com Deficiência Intelectual ...	67
6.10	Território	71
6.11	Instituição	74

6.12	Trabalhadores	75
6.13	Apoiador	76
7	CRÔNICA DESCRITIVA E ANALÍTICA	78
7.1	Implantação do APD	78
7.2	Primeiro Momento da Roda de Saberes	84
7.2.1	Percepções sobre o Primeiro Momento das Rodas de Saberes.....	88
7.3	Segundo Momento da Roda de Saberes e os Trabalhadores	91
7.3.1	Ações de Educação Permanente em cada uma das Equipes.....	93
7.3.2	Encontros entre as equipes na sede do Programa da ASF: consolidação da Roda de Saberes	97
7.3.3	Percepções sobre o Segundo Momento das Rodas de Saberes.....	100
7.4	Terceiro Momento da Roda de Saberes: Técnicos e Acompanhantes	103
7.4.1	Um estudo de caso: limites e potenciais da Roda de Saberes.....	106
7.4.2	Roda de Saberes: autonomia, território e documento norteador.....	111
7.4.3	Percepções sobre o Terceiro Momento das Rodas de Saberes.....	115
7.5	Quarto Momento da Roda de Saberes: GT	118
7.5.1	Momento institucional.....	118
7.5.2	GT e a Metodologia Paideia.....	120
7.5.3	As Rodas de Saberes e a PNH.....	124
7.5.4	Percepções sobre o Quarto Momento das Rodas de Saberes e o Apoio.....	128
8	RESULTADOS	133
8.1	Território	137
8.2	Público Alvo	139
8.3	Trabalhador	142
8.4	Instituição	148
8.5	Apoio	151
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
	REFERÊNCIAS	157
	APÊNDICE	168
	ANEXOS	167

APRESENTAÇÃO

Formei-me Psicólogo em 2007, na cidade de Campinas e decidi deixar uma carreira de Recursos Humanos (RH) em empresas multinacionais, construída enquanto cursava a faculdade, para atuar com saúde pública após dois anos anteriores de estágio em serviços de saúde mental. Estes estágios foram supervisionados por um Psicólogo, gerente de um CAPS III Álcool e outras Drogas da cidade, que partilhou, em suas supervisões, conceitos e perspectivas de saúde pública, embasadas por diversos autores da área, entre eles o então Secretário de Saúde de Campinas, acadêmico e proponente de método de gestão democrática, o médico sanitário Gastão Wagner Campos.

Para quem vivenciava práticas verticalizadas de gestão, diante dessa experiência, o vislumbre do panorama da saúde pública pareceu atrativo a ponto de romantizá-lo, o que serviu de motivação para me mudar para São Paulo e buscar uma especialização em psicopatologia e saúde pública e desenvolver os primeiros trabalhos na área.

Em 2009 assumi a gerência de dois serviços de residência em terapêutica especial para egressos de hospitais psiquiátricos com deficiência intelectual e transtorno mental grave, com pouca autonomia e com laços familiares esgarçados ou inexistentes.

Durante este trabalho, experimentei diferentes estratégias para construir uma gestão democrática e participativa. A experiência mais marcante foi a advinda de reuniões bimensais com participação voluntária de funcionários e moradores, onde eram discutidas questões relativas ao funcionamento de serviço, incluindo a gestão financeira.

A partir 2010 atuei como Supervisor Técnico para o Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência (APD) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) até 2014, período que será abordado nesta dissertação. Será utilizado o termo *Supervisor Técnico* para se referir às ações que desempenhei como tal. A composição e natureza do APD será discutido em item específico desta introdução.

Os conceitos da proposta do Apoio PAIDEIA de gestão democrática, e outros, mais adiante elencados foram guias para a minha prática como *Supervisor Técnico*, pois a minha intenção era superar a gestão taylorista e o modelo assistencial¹ hegemônico de reabilitação junto às equipes sob minha responsabilidade e em minha própria prática profissional.

¹Modelo Assistencial é entendido como arranjo organizacional, envolvendo os aspectos que faça a mediação entre princípios ético-políticos e as práticas de saúde. Ou seja, é uma forma de organização das práticas de

Neste caminho defrontei-me com desafios ligados às nuances advindas das instituições, dos trabalhadores, dos territórios e do público alvo abrangidos pelo APD, além daqueles decorrentes de minhas características pessoais e de minha formação. Para enfrentá-los, busquei, em conjunto com os profissionais que compunham as equipes sob minha coordenação, organizar uma ferramenta, um dispositivo² de Educação Permanente que fosse participativo e democrático. Esse dispositivo foi denominado pelo conjunto com os trabalhadores do APD como **Roda de Saberes**.

Conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), entende-se aqui, por Educação Permanente uma ação educativa articulada a partir dos problemas enfrentados pelos profissionais no cotidiano de seus trabalhos e suas necessidades de aprendizagem. Desta forma, busca-se promover transformações na prática profissional, na própria organização do trabalho, mudanças institucionais e nas práticas de ensino, a partir das experiências e vivências dos profissionais (Brasil, 2009). Este conceito será discutido e aprofundado ao longo desta pesquisa.

Esta dissertação pretendeu descrever e analisar o processo de construção **Roda de Saberes** como um dispositivo de Educação Permanente construído no Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência (APD), na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP), no período de 2010 a 2014, as bases conceituais de que se apropriou e os formatos que assumiu ao longo de quatro anos - fruto de experimentações de seus participantes - suas potencialidades, seus limites e identificar princípios que auxiliem outros processos de Educação Permanente.

A **Roda de Saberes** recebeu este nome pelos seus componentes, inspirados nas experiências dos Clubes franceses³, é um dispositivo⁴ de Educação Permanente que reuniu profissionais de principalmente oito equipes do programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência (APD) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP). Trata-se de Programa integrado aos Núcleos Integrados de Reabilitação (NIR) e Centros Especializados em Reabilitação (CER), voltados para pessoas com deficiência intelectual em

saúde que equacionam os diversos recursos físicos, tecnológicos, políticos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (Campos, 2003).

² Pode-se compreender dispositivo como “uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical.” (Baremlitt, 2002, p. 135).

³ Os Clubes surgem em um contexto de experimentação nos hospitais psiquiátricos franceses como uma organização autogerida por pacientes e técnicos que promovia encontros, festas, passeios, feiras de produtos e organização do trabalho nesses hospitais (Amarante, 2007, p. 45).

⁴ Pode-se compreender dispositivo como “uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical.” (Baremlitt, 2002, p. 135).

situação de fragilidade e vulnerabilidade⁵, com o objetivo de favorecer a manutenção e fortalecimento dos vínculos familiares, aprimoramento do cuidado, prevenção de agravos, desenvolvimento de potencialidades, autonomia e, deste modo, evitar a institucionalização (São Paulo, 2012a).

Pretende-se também estudar as bases técnico-conceituais do dispositivo **Roda de Saberes**, construir uma crônica descritiva analítica da constituição desta experiência no Programa APD em suas diferentes fases e identificar princípios facilitadores de dispositivos democráticos de Educação Permanente.

⁵ A Vulnerabilidade é formada por múltiplos condicionantes que expõe pessoas e lugares. O comportamento pessoal, o contexto social (riscos econômicos, culturais e participação social, por exemplo) e programático, ou seja, o suporte social dado ao público em questão (Ayres et al., 1999).

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e ratificada pelo Brasil, em 2008, como emenda constitucional (Decreto Legislativo nº 186/2008 e 6959/2009), as pessoas com deficiência “têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas” (Organização Mundial da Saúde, 2012).

A OMS estima que 15% da população mundial - mais de um bilhão de pessoas - vive com algum tipo de deficiência (Organização Mundial da Saúde, 2012). Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (Organização Mundial da Saúde, 2012), essas pessoas enfrentam maiores obstáculos ao acesso à saúde, educação, trabalho e à participação social.

No Brasil, segundo o CENSO realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE em 2010, 23,9% da população tem algum tipo de deficiência, ou seja, aproximadamente 45 milhões de pessoas. Dentre essas pessoas, a maioria é de mulheres que referem alguma ou grande dificuldade em andar, enxergar, ouvir ou aprender, sendo que 4% destas auto mencionaram deficiência intelectual. Na cidade de São Paulo 127.548 pessoas alegaram possuir algum tipo e grau de deficiência intelectual (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Segundo a Associação Internacional de Estudos Científicos das Deficiências Intelectuais (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2007) entende-se por *Deficiência Intelectual* o estado notável de redução do funcionamento intelectual, significativamente inferior à média, associado a limitações de pelo menos dois aspectos do funcionamento adaptativo, são eles: comunicação, autocuidado, atividades de vida prática, habilidades sociais, utilização de recursos comunitários, auto-orientação, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

Na tentativa de atender às resoluções das Portarias Ministeriais, apresentadas no capítulo “Bases Conceituais”, atualmente observa-se algumas iniciativas tanto a nível estadual como em alguns municípios do país no sentido de criar uma rede⁶ de serviços para o atendimento de pessoas com deficiência (São Paulo, 2011, p. 3).

⁶O conceito de rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, mas coloca em questão como eles estão se relacionando. A rede deve ser produzida pelos entrelaçamentos que ocorrem entre

No município de São Paulo, o Censo apontou que dos 11.253.503 habitantes, 2.759.004 referiram apresentar pelo menos uma das deficiências investigadas, correspondendo a 24,52% da população, sendo que 127.548 destas com deficiência intelectual (Quadro 1.1).

Quadro 1.1 - Número e Percentual de pessoas que referiram alguma forma de Deficiência Intelectual na cidade de São Paulo, distribuídas pelas Coordenadorias Regionais de Saúde

Coordenadoria Regional de Saúde (CRS)	ALGUMA, GRANDE OU INCAPACIDADE DE APRENDER.	
	N	%
CENTRO-OESTE	13.534	10,6
LESTE	30.082	23,6
NORTE	25.533	20
SUDESTE	30.065	23,6
SUL	28.334	22,2
TOTAL	127.548	100

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Censo 2010.

Na cidade de São Paulo, de acordo com Portarias Ministeriais, serviços de reabilitação têm sido habilitados de forma gradativa desde 2002, conforme colocado no capítulo “Bases Conceituais”.

Entretanto, no que se refere à atenção à Deficiência Intelectual, a SMS se defrontava com problemas relacionados às situações de vulnerabilidade social dessa população, demandas judiciais advindas da população para que esses problemas se resolvessem e com dificuldades de oferecer opções de acesso aos serviços de saúde e apoio para a organização de redes de suporte, tendo em vista que, historicamente, essa população tem sido atendida por instituições filantrópicas, muitas através de associações de pais (São Paulo, 2012a). No bojo dessas questões é que o APD foi idealizado, com o propósito de instaurar um novo paradigma de atenção à saúde dessa população.

O Programa municipal, APD, veio fazer parte da rede de serviços voltada para a atenção à saúde da pessoa com deficiência, composta pelos NIR e CER do município de São Paulo e está voltado para pessoas com deficiência intelectual em situação de fragilidade e vulnerabilidade, com o objetivo de favorecer a manutenção e fortalecimento dos vínculos familiares, aprimoramento do cuidado, prevenção de agravos, desenvolvimento de potencialidades, autonomia e, deste modo, evitar a institucionalização (São Paulo, 2012a).

1.1 Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência (APD)

Até 2014, as vinte (20) equipes APD, estavam distribuídas em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde: 6 na CRS Sul, 2 na Centro-Oeste e 4 nas CRS Norte, Leste e Sudeste. No seu fazer cotidiano as equipes identificam parcerias, mobilizam e são mobilizadas por outros atores, trabalhando de forma muito próxima às pessoas com deficiência e suas famílias, tornando-se uma estratégia potente de suporte e mudança de paradigma, na medida em que instiga, articula saberes e práticas e promove reflexão com os diversos protagonistas⁷ das experiências de inclusão (São Paulo, 2012a).

Cada equipe atende até oitenta usuários e suas famílias. Conta com um Coordenador (Enfermeiro), um Psicólogo, um Terapeuta Ocupacional, um Assistente Administrativo e seis Acompanhantes de Saúde da Pessoa com Deficiência, que têm no mínimo o ensino fundamental completo e, preferencialmente, residem no território de abrangência da equipe. Esta equipe avalia cada pessoa e, com o foco na promoção de autonomia, elabora um Projeto Terapêutico Singular⁸ (PTS), construído em conjunto com o atendido e sua família. O atendimento acontece através de visitas domiciliares e de encontros no território, que permitem à equipe um maior contato com as várias dimensões da vida do usuário, facilitando as intervenções familiares, assim como a atenção ao cuidador. Neste sentido, o Documento Norteador do Programa (São Paulo, 2012a) estabelece um compromisso com o sujeito em sua singularidade e na promoção de sua inclusão.

O Programa contava com quatro Supervisores Técnicos que tinham principalmente as seguintes atribuições: acompanhar o trabalho desenvolvido pelas equipes; suscitar reflexões relativas ao trabalho desenvolvido, contribuindo para a identificação de novas formas de intervenção; desenvolver habilidades entre os profissionais; dar suporte e contribuir tecnicamente com as equipes no enfrentamento de situações complexas; desenvolver ações de educação permanente em saúde; entre outras. (São Paulo, 2012a).

⁷ Etimologicamente da palavra protagonista, é composta pelo equivalente a principal e disputa, em grego, portanto o que se coloca frente à disputa e a anuncia. É a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. “No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos e corresponsáveis pelo processo de produção de sua própria saúde”(Brasil, 2008a, p. 66).

⁸ O PTS, que será aprofundado no capítulo Crônica Descritiva e Analítica, é resultado da discussão coletiva de uma equipe que propõe condutas terapêuticas articuladas a demandas de saúde de um sujeito individual ou coletivo e pressupõe a participação do sujeito envolvido (Cunha, 2005).

1.2 A proposta da Roda de Saberes: as Bases Conceituais

No início do ano de 2010 este pesquisador foi contratado para a função de Supervisor Técnico do Programa com a tarefa inicial de colaborar para a própria implementação do programa na cidade de São Paulo. Participou dos processos de estruturação do programa, como: definições de objetivos, diretrizes, instrumentais, metas; seleção, recrutamento e integração de profissionais para os diferentes cargos; auxílio na composição de equipes e outras atividades. Foi responsável por oito equipes distribuídas pela zona norte e sul da cidade até novembro de 2014, quando foi transferido para outra função na **Instituição ASF**.

No início do trabalho percebeu as dificuldades que os novos grupos de trabalhadores sentiam para formar equipes, operar de forma cooperativa e integrada e intervir de forma potente nos casos atendidos.

Os trabalhadores poderiam ser elementos estratégicos para o trabalho do supervisor técnico, pois aportavam ao programa diferentes experiências, formações, concepções ideológicas, teóricas e práticas que tinham um potencial de agregação que favoreceria a consolidação do programa, entretanto, este pesquisador notou que isso pouco se deu. Ao contrário, conflitos e desalinhamentos eram constantes neste processo inicial, o que por vezes expunha fragilidades e abria espaço para uma gestão autoritária, que também se mostrou pouco eficaz. Alguns conflitos se velaram e ganharam força, equipes se desagregaram e trabalhadores ficaram desmotivados.

O público alvo do programa foi outro fator importante uma vez que se consideram as dificuldades das equipes em lidar com a complexidade dos casos e trabalhar com a perspectiva da interdisciplinaridade⁹ vida das pessoas que acompanhavam e seus os territórios de atuação. Foi considerado um aspecto relevante ao trabalho do programa, uma vez que se tratavam de regiões com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH¹⁰).

Nesse sentido, as esporádicas capacitações e treinamentos oferecidos pela ASF e pela SMS eram insuficientes. Soma-se a este cenário uma dificuldade de encontrar espaço e tempo

⁹ A interdisciplinaridade refere-se a uma forma colaborativa de trabalho que busca compor diferentes referenciais e conhecimentos em função da complexidade do cuidado em saúde, que considerando o corporativismo das especialidades, configura-se como um desafio para o desenvolvimento das práticas.

¹⁰ IDH é uma medida comparativa, elaborada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e é utilizada para classificar diferentes regiões. A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB (PPC) per capita, como um indicador do padrão de vida (United Nations, 2014).

para reflexão sobre a prática, uma vez que existem metas de atendimento para cada cargo do Programa.

Com isso não se questiona a necessidade capacitações técnicas e a dimensão tecnocientífica do trabalho, mas, considerando que a práxis¹¹ do cuidado em saúde não é uma simples aplicação de conhecimentos e que é necessária uma abertura para um encontro com o outro, que (re)constrói de identidades (Ayres, 2011), identifica-se a necessidade de propor outros modos de intervenção junto às equipes que possibilitem uma visão ampliada do campo (Carvalho; Ceccim, 2005).

Desde então, este pesquisador dedicou-se a desenvolver um papel que não se restringisse às ações de supervisão como fiscalização, mas que facilitasse a construção de espaços de reflexão, buscando favorecer a autonomia dos profissionais, catalisar processos democráticos e interdisciplinares de comunicação, de trabalho e de tomada de decisão e, por conseguinte potencializar suas capacidades intervenção (Peduzzi; Oliveira, 2009).

Dessa forma, entre 2010 e 2014, foi desenvolvida a **Roda de Saberes**, objeto desta pesquisa, que é um dispositivo de intervenção junto aos profissionais, acompanhantes e técnicos, que compõem as vinte equipes do Programa.

O conceito de “Apoio Paideia” na gestão em saúde¹² apresentado por Campos (2003) serviu como ferramenta estratégica, inspiração e baliza ao pesquisador, no exercício da função de Supervisor Técnico em seus diferentes aspectos, em especial na construção da “Roda dos Saberes”:

O Apoio Paideia reúne uma série de recursos metodológicos voltados para lidar com estas relações entre sujeitos de um outro modo. [...] procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais. Assim a avaliação e a supervisão deveriam envolver os próprios avaliados tanto na construção dos diagnósticos como na elaboração de novas formas de agir; ou seja, formas democráticas para coordenar e planejar o trabalho. Formas que aproveitem e considerem a experiência, o desejo e o interesse de sujeitos que não querem exercer funções típicas de gestão (Campos, 2003, p.86).

¹¹ A “práxis” é considerada por Freire (1978, 1997) como a ação-reflexão-ação verdadeiramente transformadora da realidade, sendo desse modo fonte de conhecimento reflexivo e de criação, que os seres humanos realizam de forma dialógica entre si e entre o mundo. Sem ela não é possível superar a contradição opressor-oprimido.

¹² A gestão em saúde remonta à tradição da administração sanitária que importou muitos conceitos e modos de operar do campo militar, especialmente para a erradicação de doenças. Atualmente busca-se superar a perspectiva restrita das teorias administrativas e procura-se ampliar e democratizar a gestão. Discute-se a gestão participativa, o controle social dos gestores pela sociedade civil e várias formas de cogestão em saúde (Campos, 2003).

Na proposta de Campos (2000) os coletivos possam ampliar a capacidade de lidar com saberes, poderes e afetos sem um roteiro rígido, mas com pontos de passagem que são percorridos conforme a situação em uma Cartografia¹³, referenciando Guattari (1992).

Guattari (1992) foi o protagonista de outro referencial da **Roda de Saberes**. Este dispositivo foi assim nomeado por seus componentes, inspirados nas experiências francesas de clubes. A sugestão veio após algumas participações de uma Psicóloga do Programa que estagiou em La Borde durante sua formação profissional.

A Clínica La Borde, que foi criada em meados de 1950, por Jean Oury e Félix Guattari, entre outros, utilizando a estrutura de um castelo do Vale do Loire, na comuna de Cour-Cheverny, quinze quilômetros ao sul de Blois, França. Neste local, a **Instituição** psiquiátrica funciona até os dias atuais como uma comunidade aberta, autogerida, ou seja, onde as decisões não são tomadas por uma instância externa, mas pelo coletivo e as divisões de trabalho seguem as preferências e as possibilidades de cada um (Guattari, 1992).

O outro referencial de clube vem do Hospital Saint-Alban. Fundado por François Tosquelles, por volta de 1950 na França, foi uma das mais bem-sucedidas experiências de reforma psiquiátrica em um movimento de desinstitucionalização¹⁴, embora não tenha superado totalmente o hospital psiquiátrico. Mas uma de suas maiores inovações foi o Clube Terapêutico, “uma organização autogerida por pacientes e técnicos que promovia encontros, festas, passeios, feiras de produtos internos, etc” (Amarante, 2007, p. 45).

Nessas experiências, os Clubes constituíram-se como um recurso essencial para a organização do serviço e por consequência para o aspecto terapêutico destes, caracterizados por uma rede de relacionamentos de organização democrática onde acontecem troca de saberes e afetos. A participação era espontânea e dependia unicamente do desejo pessoal de partilhar saberes, ou seja, demandar e oferecer habilidades e conhecimentos, o que evitava relacionamentos balizados por hierarquias (Moura, 2003).

Após algumas experimentações, a **Roda de Saberes** estruturou-se de forma semelhante. A participação não era obrigatória, pelo entendimento de que há a necessidade do profissional desejar envolver-se no processo e aceitar o convite. Entretanto, diferente das experiências dos Clubes Franceses, na Roda dos Saberes não havia o envolvimento direto de usuários do

¹³A cartografia pode ser entendida como um caminho errante, um método que busca desenvolver práticas de acompanhamento de processos e para isso se desvencilha de métodos rígidos que buscavam representar o objeto retirando-o de seu fluxo e separando-o do sujeito (Deleuze; Guattari, 1995).

¹⁴A desinstitucionalização se opõe ao sistema psiquiátrico centrado na assistência hospitalar e implantação de uma rede descentralizada de serviços de atenção à saúde mental com ações de cunho comunitário (Amarante, 2007).

programa. Entende-se que é um momento protegido para os trabalhadores, onde também se possa falar de angústias e dificuldades.

A frequência de ocorrência das Rodas era negociada segundo as possibilidades do mês, de forma a não afetar o planejamento do serviço e não sobrecarregar os profissionais.

As decisões relacionadas às Rodas de Saberes foram facilitadas a partir da organização, realizadas ao longo do processo de construção do dispositivo, de uma comissão ou Grupo de Trabalho (GT) eleito pelo coletivo e composto por profissionais com diferentes formações. Eram integrantes das equipes que também tinham por função reforçar as Rodas nos seguintes sentidos: continuidade, democratização, organização, apropriação pelos profissionais e interlocução com as equipes. Já foram colocados em pauta: Emprego Apoiado, Autodefensoria, Acompanhamento Terapêutico (AT), Autismo, sexualidade, diferenças e semelhanças dos territórios em que atuam e discussão de casos, entre outros temas.

A flexibilidade das Rodas permitiu, por exemplo, debates a partir de textos previamente lidos e filmes assistidos, uma abertura para que alguns profissionais da área da Saúde, externos ao Programa e do próprio APD, pudessem aprofundar sobre um tema de domínio, participar de palestras da Roda e discutir em Universidades, aproximando assim, os saberes acadêmicos à prática assistencial.

Os participantes contribuíam com suas experiências e saberes, o que poderia gerar o desdobramento da discussão a outros temas, gerando a necessidade de novos encontros.

Com o termo “Roda” pretende-se fazer uma referência ao método Paideia, uma representação da dimensão estética da democratização e da abertura a que se propõem as **Rodas de Saberes**, entendendo que os saberes são plurais e múltiplos, como também postula a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Brasil, 2007). Com base em Freire (1978), esta diretriz entende que os saberes são desenvolvidos no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e é a partir do contexto concreto/vivido que se pode chegar ao contexto teórico. O conhecimento seria uma produção histórico-social dos sujeitos e procura incorporar os modos de sentir, pensar e agir do grupo, que assim “subvertem a dominação e estabelecem o inédito viável” (Brasil, 2007, p. 6).

A **Roda de Saberes** se abre para a possibilidade de configurar-se como um dispositivo coletivo, flexível e dinâmico de “comunicação para maximizar a motivação para a troca de conhecimentos e habilidades”, envolvendo a produção de subjetividade (Peduzzi; Oliveira, 2009, p.177).

Portanto pretende-se aqui elucidar a experiência com intuito de colaborar com outros dispositivos e processos de Educação Permanente em Saúde que também almejem a

Interdisciplinaridade na construção do conhecimento dirigido às práticas assistenciais, a gestão democrática, a troca de saberes e a potencialização da capacidade de análise e intervenção de equipes de saúde, em especial de saúde da pessoa com deficiência através de pesquisa avaliativa desta experiência desenvolvida.

1.3 A Proposta de Pesquisa

Assim, essa pesquisa pretende refletir sobre o processo o desenvolvimento da **Roda de Saberes** ao longo de sua história, suas potencialidades e seus limites, e identificar princípios que auxiliem outros processos de Educação Permanente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Refletir sobre a experiência da **Roda de Saberes** enquanto um dispositivo de Educação Permanente no período de 2010 a 2014.

2.2 Objetivos Específicos

- Estudar as bases conceituais do dispositivo **Roda de Saberes**.
- Construir crônica descritiva e analítica da constituição da **Roda de Saberes** no Programa APD em suas principais fases durante o período de 2010 a 2014.
- Identificar e analisar os arranjos facilitadores dos **fatores estratégicos** da **Roda dos Saberes** enquanto dispositivo de Educação Permanente.
- Elaborar um folder para ser utilizado em processos de Educação Permanente.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA COLETA DE DADOS E ANÁLISE

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de investigação qualitativa, exploratória, avaliativa, por meio de Estudo de Caso, que pretendeu conhecer e analisar as potencialidades e limites do dispositivo **Roda de Saberes** por entender, como afirma Minayo (2004), que esse tipo de estudo nos permite a verificação de um universo de valores, de crenças e de significados.

O Estudo de Caso é uma metodologia de pesquisa consolidada, uma vez que, ao investigar situações particulares, pode identificar aspectos gerais e relacioná-los com outras situações convergentes. Esta metodologia de pesquisa adequa-se às situações singulares do fenômeno investigado e poderá levantar dados ricos da experiência com base empírica (Pope; Mays, 2005) e também pode contribuir para demonstrar os rumos tomados pela **Roda de Saberes** e como modificá-los (Minayo, 2008, p. 93).

A partir disso, em um caminho não linear de experimentação, um processo em aberto em que operam séries de inesgotáveis problemas e descobertas, buscou-se estabelecer relações entre a singularidade do caso e a coletivização desta experiência, conforme propõe Passos et al. (2009), através da identificação de **fatores estratégicos**, com base na bibliografia de referência, análise documental e, principalmente, percepções do pesquisador, conforme o item de Plano de Trabalho.

Os resultados obtidos por cada objetivo serão então relacionadas para construir uma reflexão das potencialidades e limitações do dispositivo **Roda de Saberes**. A análise final dos dados dessa pesquisa se dará de maneira reflexiva.

3.2 Plano de Trabalho

A – Estudo das bases conceituais do dispositivo **Roda de Saberes**.

- *Procedimentos de coleta de dados*

Levantamento na literatura científica dos autores e textos identificados como pertinentes ao estudo dos temas abordados na gênese e história da **Roda de Saberes**.

- *Procedimentos de análise de dados*

Foi realizado um estudo detalhado dos temas norteadores da proposta da **Roda de Saberes**. No decorrer da narrativa da proposta de Educação Permanente, sempre que um tema emergia, ele foi investigado e explorado na literatura, de forma a identificar sua natureza e coerência com a proposta em questão. Esse estudo subsidiou a análise dos dados empíricos.

A análise bibliográfica das atividades e dos temas abordados e os enfrentamentos e impasses frente às dificuldades do trabalho do Programa, originou a consideração de cinco **fatores estratégicos** do processo de Educação Permanente a serem discutidos ao longo da pesquisa:

- **Público Alvo**—modelo assistencial e características do atendimento à pessoa com deficiência intelectual em saúde;
- **Território** – referente às características territoriais que estão conectadas com o trabalho em saúde das Equipes APD;
- **Instituição**— relacionadas a diversas instâncias institucionais envolvidas no Programa, aos modelos de gestão e sua influência;
- **Trabalhador** – referente aos profissionais trabalhando diretamente na assistência do Programa;
- **Apoio** - interlocutor entre as áreas institucionais do Programa e as equipes, desencadeador e facilitador do dispositivo em questão, e fio condutor da crônica.

Estes itens serão abordados ao longo da crônica descritiva e analítica da **Roda de Saberes**.

B - Construção de crônica descritiva e analítica da constituição da **Roda de Saberes** no Programa APD em suas principais fases durante o período de 2010 a 2014.

- ***Procedimentos de coleta de dados***

Levantamento de documentação, registros, lista de presença, diário de campo e outros dados que se mostraram relevantes ao longo da coleta e construir crônica descritiva analítica da constituição do dispositivo **Roda de Saberes**.

Esses dados foram coletados mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Anexo A).

- ***Procedimentos de análise de dados***

O perfil dos participantes, os aspectos da dinâmica do trabalho em grupo, as formas de funcionamento, os diferentes momentos e as principais ações do dispositivo propiciaram a identificação de quatro momentos do dispositivo de Educação permanente Roda de Saberes, sobre os quais se construiu a crônica:

- Primeiro Momento da **Roda de Saberes**, onde o público alvo da ação foram os Supervisores de Equipe.
- Segundo Momento da **Roda de Saberes**, em que a ação foi direcionada aos Trabalhadores Técnicos.
- Terceiro Momento da **Roda de Saberes**, que englobou os Técnicos e Acompanhantes.
- Quarto Momento da **Roda de Saberes**, que teve a participação de todos os trabalhadores e a criação do Grupo de Trabalho.

C - Identificação e análise dos arranjos facilitadores dos fatores estratégicos da Roda dos Saberes enquanto dispositivo de Educação Permanente.

- ***Procedimentos de coleta de dados***

Considerando-se a descrição analítica da **Roda de Saberes** foram identificadas estratégias facilitadoras do processo de Educação Permanente.

- *Procedimentos de análise de dados.*

Através da crônica analítica foram identificados arranjos facilitadores dos fatores estratégicos no processo de Educação Permanente, à luz da bibliografia estudada. As “formas de fazer” técnico-conceituais dessa proposta de trabalho com os profissionais de saúde, serão oferecidas no item “Considerações Finais”.

D – Elaboração de um folder para ser utilizado em processos de Educação Permanente.

- *Procedimentos de coleta de dados*

Considerando-se os resultados da descrição analítica da **Roda de Saberes** foi organizado um folder baseado nas conduções facilitadoras dos **fatores estratégicos** do processo de construção do dispositivo de Educação Permanente.

- *Procedimentos de análise de dados*

As conduções facilitadoras foram colocadas de forma reflexiva e organizadas pelos **fatores estratégicos** para a divulgação de pontos que possam favorecer outros processos de Educação Permanente (Anexo C).

4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS NA PESQUISA

Esta pesquisa foi encaminhada ao(s) comitê(s) de ética pertinente(s) e os resultados serão fornecidos à SMS e às unidades participantes.

No Apêndice A é apresentada a autorização do gestor responsável pelo Programa Acompanhante da Pessoa com Deficiência (APD) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para a realização da pesquisa.

A socialização dos resultados à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e demais envolvidos será veiculada de forma impressa, por meio de apresentações em reuniões técnicas, artigos científicos e revistas especializadas.

5 O PROGRAMA APD

5.1 Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Rede de Atenção às Pessoas Com Deficiência Intelectual

O Sistema Único de Saúde ¹⁵ (SUS) garante acesso integral, universal e gratuito a toda a população do Brasil (Brasil, 2007).

Em São Paulo, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), gestora do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município, é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem promover, proteger e recuperar a saúde da população (Brasil, 2007).

Órgãos da Administração Direta, da Administração Indireta, Instituições conveniadas e contratadas compõe o SUS na cidade e são responsáveis pela implementação das diretrizes formuladas pela SMS, que também tem como atribuição a regulação do subsistema de saúde suplementar, ou seja, saúde privada (Brasil, 2007).

A regionalização é diretriz do Sistema Único de Saúde, que postula que a gestão dos serviços de saúde deve estar ligada a esferas locais do poder público e que as ações de saúde devem ocorrer nos **Territórios** de forma descentralizada, considerando suas características epidemiológicas e sociais (Brasil, 2007). Para a organização da gestão do SUS no município - de acordo com a Portaria nº 2.448, de 21 de outubro de 2011, que ratifica as estratégias de descentralização, territorialização e capilaridade da atenção e cuidado de qualidade em saúde - as regiões de São Paulo são organizadas em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) desde o segundo semestre de 2014, conforme figura 6.1. Anteriormente eram divididas em cinco CRS (São Paulo, [data desconhecida]).

¹⁵ Criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros e realiza por ano cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, amparado por um conceito ampliado de saúde, é um dos maiores e melhores sistemas públicos de saúde do mundo. Com tantas pretensões em um país complexo, os desafios do SUS, obviamente, são muitos e cabe ao Estado e à sociedade civil a identificação dos mesmos e a elaboração de estratégias de solucioná-los. Paralelamente à realização de consultas, exames e internações, o SUS também promove ações de promoção de saúde, como a educação da população de hábitos saudáveis e de prevenção, como campanhas de vacinação, além de prevenção de vigilância sanitária, como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos. A implementação do SUS representou uma democratização do modelo de saúde no país: a saúde passou a ser direito de todos, a promoção e a prevenção dos agravos a fazem parte do planejamento das políticas públicas e a atenção é oferecida de forma territorial (Brasil, 2007).

Figura 6.1 - Mapa da organização e distribuição das Coordenadorias Regionais de Saúde de São Paulo.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Fonte: São Paulo [data desconhecida].

Estas, por sua vez, são organizadas e subdivididas em núcleos mais locais e territorializado de gestão, as Supervisões Técnicas de Saúde (STS), conforme figura 5.2 (São Paulo, [data desconhecida]).

Na tentativa de atender às resoluções das Portarias Ministeriais, a SMS de São Paulo tem atuado de forma a integrar as redes de serviços de forma a atender às especificidades das pessoas com deficiência. Esta instância elaborou o Caderno de Orientações em Reabilitação que estabelece a “organização e estruturação da rede hierarquizada e regionalizada de atendimento em reabilitação” (São Paulo, 2011, p. 3).

Este documento institui o artigo 25 da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, de 2007, promulgada como Decreto 6.949, em agosto de 2009, referente à Saúde, que enfatiza a necessidade de assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços, incluindo os serviços de reabilitação, que estejam o mais próximo possível de suas comunidades (São Paulo, 2012a).

O documento também orienta os Núcleos Integrados de Reabilitação (NIR) e Núcleos Integrados de Reabilitação e Saúde Auditiva (NISA), em funcionamento desde 2004, consolidados pela Lei nº 14.671 em janeiro de 2008, e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com pelo menos um profissional da área de reabilitação¹⁶ em cada equipe desde 2009 e recentemente a habilitação de alguns profissionais em Centros Especializados de Reabilitação (CER) (São Paulo, 2012a).

Os NIR são referência no **Território** para as pessoas com deficiência que requerem cuidados de reabilitação, prevenção de deficiências secundárias, orientação à família e fornecimento de órteses e de meios auxiliares de locomoção. São 35 NIR nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) Leste, 7 na Sul, 8 na Norte, 7 na Sudeste e 3 na Centro-oeste (São Paulo, 2014).

Os NISAS totalizam 17, sendo 3 na CRS Leste, 4 na Sul, 3 na Norte, 4 na sudeste e 3 na Centro-Oeste e “são serviços de referência para o desenvolvimento de ações de saúde auditiva. Realizam diagnóstico, fornecimento e adaptação de aparelhos auditivos, acompanhamento e orientação” (São Paulo, 2013).

A constituição destes núcleos ocorreu de forma gradativa, a partir da pactuação regional de unidades a serem referência para ações de reabilitação, remanejamento de profissionais inseridos na rede, implementação de novos profissionais e estabelecimento de parcerias. Contou, ainda, com a implementação de materiais e equipamentos, adquiridos pelas Coordenadorias e Supervisões Técnicas de Saúde, parceiros e via convênios estabelecidos com o Ministério da Saúde nos anos de 2003, 2004 e 2006 (São Paulo, 2011).

¹⁶ Fisioterapeuta, Fonoaudióloga ou Terapeuta Ocupacional (São Paulo, 2012a).

O Ministério da Saúde criou em 2008 os NASF e atualmente são regulamentados pela Portaria nº 2.488 de 2011, os quais são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Estratégia Saúde da Família (ESF), fortalecendo as práticas em saúde nos **Territórios** sob responsabilidade das referidas equipes e para apoiar a consolidação da Atenção Básica no País.

Pretende-se habilitar ou construir 15 Centros Especializados em Reabilitação - CER na cidade de São Paulo (São Paulo, 2014). O CER é regulado pela portaria 835 de 2012 do Ministério da Saúde e é definido como um ponto de “atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva” (Brasil, 2013a).

O CER se insere em uma rede de serviços de saúde, sendo sua referência técnica e assistencial para as demandas relacionadas ao seu **Público Alvo** e, como os demais serviços de um **Território**, respondem à STS local.

5.2 Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência (APD)

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) vinha se defrontando com diversas demandas da população relacionadas às dificuldades encontradas no cuidado às pessoas com deficiência intelectual, decorrentes de situações de saúde agravadas, envelhecimento dessa população, seus pais e cuidadores, problemas no estabelecimento de redes de suporte para acesso e continuidade na atenção à saúde.

Uma destas demandas foi de um grupo de pais cujos filhos, com deficiência intelectual eram atendidos por instituições vinculadas à Secretaria Municipal de Educação. Esta passava por uma reformulação em que romperia convênio, parcial ou totalmente, com instituições que, além da educação especial, também acumulavam funções relacionadas à saúde e abrigo a seus atendidos.

Em resposta a estas solicitações, a Área Técnica da Pessoa com Deficiência da SMS buscou perspectivas de atenção que superassem a longa tradição de institucionalização e tutela na atenção à Pessoa com Deficiência Intelectual e objetivassem paradigmas de inclusão e da autonomia.

Assim, ao buscar um novo paradigma de atenção à saúde da pessoa com deficiência intelectual, a SMS criou em 2010 o Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência (APD).

Compondo as tecnologias assistenciais dos NIR e CER, o APD é voltado para pessoas com deficiência intelectual em situação de fragilidade e vulnerabilidade, com o objetivo de favorecer a manutenção e o fortalecimento dos vínculos familiares, aprimoramento do cuidado, prevenção de agravos, desenvolvimento de potencialidades, autonomia e, deste modo, evitar a institucionalização (São Paulo, 2012a).

Segundo o Documento Norteador (São Paulo, 2012a), o APD tem como base as diretrizes técnicas das Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB)¹⁷, de Humanização (PNH)¹⁸, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência¹⁹, os princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF²⁰) e do Acompanhamento Terapêutico (A.T.)²¹ (São Paulo, 2012a).

Cada equipe do APD é²² composta por um Supervisor de Equipe-Enfermeiro, um Psicólogo, um Terapeuta Ocupacional, um Fonoaudiólogo (inserido em 2014) seis Acompanhantes de Saúde da Pessoa com Deficiência, um Auxiliar Administrativo para cada duas equipes e um motorista. Um carro é disponibilizado a cada equipe para facilitar o processo de inclusão da pessoa atendida (São Paulo, 2012a).

O Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência integra-se às ações desenvolvidas pelo NIR e atua em **Território** definido, desenvolvendo ações nos domicílios,

¹⁷ A PNAB coloca o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, a acessibilidade e a coordenação do cuidado por meio da responsabilização entre equipes de saúde e populações, garantindo o vínculo e a continuidade do cuidado e promovendo a integralidade da atenção. Postula a equipe de saúde da família/núcleo de apoio à saúde da família - ESF/NASF como modelagem base e prioritária na expansão e consolidação da atenção (Brasil, 2014).

¹⁸ A PNH tem como princípios norteadores: trabalho em equipe interdisciplinar; valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social; corresponsabilidade na gestão e atenção; construção de redes cooperativas; construção de autonomia e protagonismo; democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente; controle social; entre outros (Brasil, 2008b).

¹⁹ Em 2012, foi instituída a rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS orienta a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência, e tem como objetivos ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência, promover a vinculação das pessoas aos pontos de atenção; e garantir a articulação e a integração destes pontos em Rede no território.

²⁰ A CIF descreve domínios de saúde e relacionados à saúde, aplica-se a todas as pessoas e traz componentes relacionados à funcionalidade e incapacidade, e também a fatores contextuais com o objetivo de proporcionar uma linguagem comum para a descrição da saúde e permitir a comparação de dados (Organização Mundial da Saúde, 2008).

²¹ O Acompanhamento Terapêutico é um dos dispositivos substitutivos aos manicômios que se insere no cotidiano do paciente, utilizado a presença e recursos pessoais e maneja o ambiente de forma a possibilitar experiências de vida que possam ser constitutivas e necessárias para o desenvolvimento ao sujeito em questão (Barreto, 1998).

²² Até fevereiro de 2016 o Programa continua atuando com suas premissas principais estabelecidas no Documento Norteador de 2012, e têm se expandido, com novas equipes pelo município.

na comunidade e em unidades de saúde. Utiliza uma efetiva articulação entres níveis assistenciais e os componentes das redes de saúde, considerando as referências e contra-referências estabelecidas, o que também favorece o reconhecimento pelo usuário da continuidade do cuidado em saúde (São Paulo, 2012a).

Para o desenvolvimento das atividades, as equipes mapeiam os recursos existentes na comunidade, uma vez que as ações de reabilitação propostas tem enfoque no cotidiano das pessoas que atendem e no **Território** em que habitam (São Paulo, 2012a).

O acesso ao Programa é preferencialmente via os serviços de atenção básica, principalmente Unidades Básicas de Saúde²³ (UBS), com a articulação do NASF, quando presente na unidade, mas também é referenciado por escolas, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), serviços de reabilitação e de saúde mental, pela própria comunidades e outras instâncias.

O atendimento sempre se inicia com a articulação entre as equipes do APD e as unidades básicas de referência do usuário para realização de visitas domiciliares compartilhadas por profissionais técnicos do Programa e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no caso de atuar junto com a Estratégia Saúde da Família (ESF) para cadastrar a pessoa com deficiência no Programa. Momento em que se preenche instrumental de registro com as principais informações, histórico e demandas do caso.

A partir do cadastro, é realizada uma nova visita pela equipe técnica do APD para uma avaliação inicial onde são analisados aspectos relativos às necessidades da pessoa, suas potencialidades, identificação de barreiras e facilitadores, fatores ambientais e pessoais, atividades que realiza, participação social e expectativas da pessoa e da família (São Paulo, 2012a).

De posse dessas informações, é elaborado um Projeto Terapêutico Singular (PTS) democrático e transversal²⁴, ou seja, sempre que possível é construído em conjunto com a pessoa atendida, família e demais serviços do envolvidos, englobando suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida e com o olhar para a funcionalidade²⁵ oferecido pela CIF, uma das

²³ As UBS realizam a atenção de uma população específica que está em um território definido e são o local prioritário de atuação das equipes de Atenção Básica, como as ESF. Desse modo, desenvolve-se Atenção à Saúde com alto grau de descentralização e capilaridade. Assumem, portanto, a responsabilidade sanitária e o cuidado das pessoas do território adscrito (Brasil, 2012).

²⁴ A transversalidade, Linha que corta ou que atravessa outra linha ou um plano, é entendida aqui como aumento do grau de abertura de conexão intra e intergrupos, isto é, a ampliação da grupalidade de diferentes pontos de atenção através do aumento de contato e comunicação, promovendo saltos de eficiência nas práticas de saúde (Brasil, 2008a).

²⁵ Funcionalidade “é uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais” (Organização Mundial de Saúde, 2003, p.20). Estes fatores são: funções do corpo, atividades e participação. de maneira similar, ao buscar uma forma de identificar e promover a potência das pessoas com Deficiência.

bases do APD pela diretriz de SMS, importante ferramenta para discussão da equipe (São Paulo, 2012a).

Herança das revoluções na Saúde Mental (reforma Psiquiátrica), o PTS é um conjunto de “propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe” (Brasil, 2008a, p. 15).

A PNH, através do PTS, busca superar a tendência dos serviços de saúde de trabalharem com diagnósticos que igualem os sujeitos e minimizam as diferenças. Portanto, no PTS a singularidade, as características únicas de cada pessoa atendida, são elementos centrais de articulação para definir hipóteses diagnósticas, metas a serem alcançadas, dividir responsabilidades e realizar reavaliações periódicas (Brasil, 2008a).

Outra diretriz da PNH, a Clínica Ampliada, utilizada pelas equipes APD, foca no sujeito de forma multidimensional, considerando os aspectos biomédico, social e psicológico, os diversos tipos de problemas e propostas de resolução, evitando a negação de um aspecto em detrimento do outro (Brasil, 2008a).

A Clínica Ampliada propõe um novo paradigma no modo de produzir saúde, “buscando integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional” (Brasil, 2009, p. 14).

A PNH propõe como instrumentos a Clínica Ampliada, PTS e as Equipes de Referência, como mecanismos resolutivos na abordagem de conflitos a partir da troca de saberes e poderes, na promoção de autonomia e independência dos sujeitos (Brasil, 2009).

Tais perspectivas orientam a proposta de intervenção que o Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência se dispõe a realizar no **Território** em que o sujeito circula, considerando a ausência de suporte²⁶ e/ou apoio que necessita (São Paulo, 2012a).

Mais que orientar, a equipe do programa APD desenvolve suas ações nos processos de cuidados em saúde e de inclusão com seus usuários, familiares e comunidade. Acompanha, por exemplo, em atendimentos de saúde, atividades de lazer e educação, auxilia na

Eles possuem uma interação dinâmica, concepção que busca a identificação e promoção da potência das pessoas (Organização Mundial de Saúde, 2008).

²⁶ Segundo a Teoria dos Suportes, de Verdugo (1994), a ênfase da intervenção no trabalho com todas as pessoas com deficiência está relacionada à potencialidade, singularidade e possibilidades, de forma que sejam oferecidas diferentes formas de apoio necessárias para fomentar a inclusão, a autonomia e a independência. Os suportes necessários podem ser classificados como: intermitente - apoio, quando necessário, caracterizado por sua natureza episódica. Limitado: apoios intensivos caracterizados por sua duração, por tempo limitado. Extenso - apoios caracterizados por sua regularidade e sem limitação temporal. Generalizado: apoios caracterizados por sua constância e elevada intensidade.

comunicação e na mediação de acordos, entre o usuário de Programa e estas instâncias, além de dar suporte às ações de empregabilidade (São Paulo, 2012a).

Para que esses processos conjuntos sejam possíveis, é necessário que um vínculo esteja estabelecido, em especial, entre o usuário e os profissionais da equipe. O vínculo é a principal ferramenta²⁷ ou instrumento para que o acompanhamento tenha potência e o processo desencadeado pelo PTS seja efetivo. Ele começa no processo de avaliação e se fortalece no decorrer do trabalho (São Paulo, 2012a).

Embora o PTS contemple o suporte às famílias, no decorrer do trabalho pode ser identificada a necessidade de se intensificar este apoio, especialmente porque as mudanças geradas com o aumento de autonomia da pessoa com deficiência mobilizam seus parentes. Nestas situações, a equipe técnica elabora, executa e articula estratégias de intervenção mais específicas, como atendimentos sistemáticos e grupos terapêuticos. Essas estratégias visam também sensibilizar a família ou cuidador quanto às mudanças que venham a surgir a partir da intervenção (São Paulo, 2012a).

São necessárias reuniões frequentes entre a equipe e os serviços do **Território**, constituindo-se um espaço propício para o matriciamento²⁸, responsabilização compartilhada e educação permanente. As equipes de APD participam ativamente de fóruns regionais de saúde, fóruns temáticos de saúde mental, reabilitação, integração de serviços, assistência social, educação, cultura de paz, garantia de direitos, trabalho e emprego, etc. Somados a estes espaços, no Controle Social identificam-se possibilidades de multiplicar as questões que permeiam o cuidado em saúde da pessoa com deficiência e a garantia de direitos, participando de Conselhos Gestores locais, de Conferências de Saúde, bem como, o apoio a usuários com deficiência intelectual a se elegerem para o conselho gestor de sua unidade (São Paulo, 2012a).

Todas as atividades do programa são registradas em prontuários e em instrumentos específicos, fornecendo subsídios para o monitoramento e acompanhamento das ações. Registros periódicos também são realizados nos prontuários das UBS de referência da moradia das pessoas atendidas (São Paulo, 2012a).

²⁷ Para Mehry e Feuerwerker (2009) o encontro com o usuário é mediado por “caixa de ferramentas tecnológicas” que possui o profissional de saúde que pode ser de equipamentos para diagnóstico e terapêutica (tecnologias duras), saberes clínicos e epidemiológicos (leves e duras) e relacionais (leves). Esta ultima possibilita captar a singularidade, o contexto, o universo cultural por parte dos usuários. A depender de como se combinam essas tecnologias temos diferentes modelos de atenção à saúde, ou assistenciais.

²⁸ Matriciamento ou apoio matricial é um processo de construção compartilhada, onde diferentes profissionais ou equipes trocam perspectivas, saberes e práticas, evitando hierarquias, para criar uma proposta de intervenção terapêutica desburocratizada (Brasil, 2011).

Antes da alta pelo programa o usuário passa por um período de monitoramento, no sentido de trabalhar o processo de preparação para a alta e desligamento gradual. Desta forma garante-se o alcance dos objetivos do PTS, a melhora na autonomia e o estabelecido suporte familiar e social, que são critérios para a efetivação da alta. O desligamento também pode ocorrer quando a equipe identifica indisponibilidade da família para a continuidade do atendimento, a mudança de região ou o óbito do usuário (São Paulo, 2012a).

Até 2014, as vinte equipes do APD atendiam em média 1415 usuários e 240 familiares por mês. Eram realizados em média 8270 atendimentos no domicílio, nos serviços de saúde ou no **Território** por mês, o que em média, equivale a seis atendimentos realizados a cada usuário do programa por mês (São Paulo, 2012a).

Até 2014 as equipes adotavam o nome de sua unidade de lotação ou STS de atuação - normalmente duas em cada unidade - e estavam distribuídas da seguinte forma, conforme figura 5.3.

Figura 5.3 - Mapa da organização e distribuição da lotação das equipes APD em São Paulo. Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Fonte: São Paulo (2012a).

- **CRS SUL 6 Equipes APD:** Santo Amaro 1, Santo Amaro2, Jd Marcelo 1, Jd Marcelo 2, Parelheiros 1, Parelheiros 2.
- **CRS NORTE 4 Equipes APD:** Tucuruvi 1, Tucuruvi 2, Freguesia do Ó 1 e Freguesia do Ó 2.
- **CRS LESTE 4 Equipes APD:** Nossa Senhora Aparecida 1, Nossa Senhora Aparecida 2, Tito Lopes 1 e Tito Lopes 2.
- **CRS SUDESTE 4 Equipes APD:** Vila Prudente 1 , Vila Prudente 2, Tatuapé 1 e Tatuapé 2
- **CRS Centro Oeste 2 Equipes APD:** Sé e Santa Cecília.

Para avaliar o processo de trabalho e o impacto das ações realizadas, o Programa é monitorado e acompanhado pelas instâncias da SMS através do processo de análise dos indicadores construídos em sua maioria com parâmetros numéricos. (São Paulo, 2012a).

Até 2014 estes indicadores eram: Proporção de pessoas atendidas por mês, por equipe; proporção de atendimentos dos acompanhantes por mês e por equipe em relação ao previsto; proporção de atendimentos da equipe técnica em relação ao previsto; proporção de atendimentos do psicólogo em relação ao previsto; proporção de atendimentos do terapeuta ocupacional em relação ao previsto; proporção de atendimentos do fonoaudiólogo em relação ao previsto; proporção de atendimentos realizados pelo enfermeiro em relação ao previsto; número de pessoas cadastradas/mês; número de pessoas avaliadas/mês; número de pessoas em projeto terapêutico singular/mês; número de pessoas em monitoramento/mês; número de altas/desligamentos/ mês; número de cuidadores atendidos; tempo médio de duração do atendimento; número de intervenções de acesso que repercutiram no atendimento e na permanência em serviços de saúde; educação; assistência social; lazer/convivência e trabalho; mudanças no autocuidado; vida doméstica; mobilidade; comunicação e relacionamento; dinâmica familiar; benefícios; acesso à saúde; lazer; educação e trabalho (São Paulo, 2012a).

Para auxiliar na construção e operacionalização da proposta de trabalho do programa APD, a SMS tomou como referência técnica e institucional a experiência exitosa do Programa Acompanhante de Idosos (PAI)²⁹ estabelecendo um contrato de parceria com a ASF para a implantação, devido ao acúmulo de experiência com o Programa Atendimento ao Idoso - PAI.

De 2010 a 2014 o APD foi executado exclusivamente pela Organização Social (OS) Parceira e Associação Saúde da Família (ASF), por meio do convênio nº 007/2010/SMS.G (São Paulo, 2012a).

5.3 Associação Saúde da Família e o APD

Com sede na cidade de São Paulo, a OS³⁰ ASF desenvolve trabalhos na área de saúde pública, em todo o Brasil. Participa de programas da atenção básica em parceria com

²⁹ O PAI teve início em 2006, e teve seu número de equipes expandido sucessivamente, consolidando-se como um Programa reconhecido pelos cuidados à pessoa idosa em situação de fragilidade e vulnerabilidade social (São Paulo, 2012b). Cada uma delas acompanha, em média, 100 idosos e é composta por médico, enfermeira, auxiliares, assistente social, assistente-administrativo, acompanhantes e motorista. O Programa visa, por meio de visitas e ações territoriais, promover “condições de autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade, na comunidade e na família, reafirmando o seu direito à vida, à saúde e à dignidade” (Associação Saúde da Família, 2005).

³⁰ A qualificação de Organização Social é concedida a entidades privadas, sem fins lucrativos, com atividades necessariamente de interesse da comunidade, para que esta possa receber determinados benefícios do Poder Público, como dotações orçamentárias, isenções fiscais, dentre outras possibilidades, mas principalmente para

Secretarias de Saúde angariando doações do setor privado, para a melhoria do atendimento à saúde nos **Territórios** em que atua e em colaboração para construção do SUS (Associação Saúde da Família, 2005).

A **Instituição** coopera com a formação de recursos humanos, monitoria e avaliação de programas e projetos, além de promover atividades educacionais como forma de divulgar os avanços técnicos e científicos (Associação Saúde da Família, 2005).

Atendendo à proposta da *Family Health International* (FHI) de desenvolver projetos de prevenção e controle da AIDS no Brasil, com recursos doados pela Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional (*United States Agency for International Development* – USAID), a ASF foi fundada em 1992 e até 1999 implantou centenas de projetos de intervenção e pesquisa nas áreas de saúde reprodutiva e na prevenção e tratamento da AIDS e de doenças sexualmente transmissíveis (Associação Saúde da Família, 2005).

É a partir de 2004 que os projetos desenvolvidos pela ASF voltam-se para a parceria com instâncias do SUS, inicialmente na implantação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Serviços Residências Terapêuticas³¹ (SRT) para pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos (Associação Saúde da Família, 2005).

Em 2012, a ASF administrava, em parceria com a SMS de São Paulo, mais de 50 unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF), dez unidades Atendimento Médico Ambulatorial³² (AMA) e cinco AMA Especialidades³³, dezessete Serviços de Residência Terapêutica (SRT), sete Centros de Atendimento Psicossocial³⁴ (CAPS), cinquenta equipes do Programa Ambientes Verdes Saudáveis³⁵ (PAVS), doze equipes do Programa de Atenção ao Idoso (PAI), vinte equipes do APD e o núcleo do Programa Agentes Idosos de Prevenção³⁶,

celebrar um Contrato de Gestão, um modelo de administração pública que pretende ser mais eficiente. Uma parceria entre o Poder Público e entidades privadas que possuam este título se destina supostamente a ampliar a autonomia gerencial, orçamentária e financeira ou para prestar variados auxílios bem como, fixar metas de desempenho na consecução de seus objetivos (Instituto Filantropia, 2015).

³¹ SRT são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não (Brasil, 2004a).

³² As AMAs são articuladas à rede de serviços, atendendo a demanda espontânea de agravos menores, absorvendo a demanda de baixa e média complexidade (São Paulo, 2009).

³³ Estas unidades Oferecer Assistência Médica Especializada em consultas e apoio diagnóstico (São Paulo, 2009).

³⁴ Os CAPS e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, oferecem atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, com cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, e assim substituir o modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2004b).

³⁵ Iniciado em 2005 na Secretaria do Verde e Meio Ambiente e absorvido em 2008 pela SMS, o programa atua junto as equipes de ESF, trabalhando a promoção de saúde e meio ambiente, construindo espaços locais saudáveis e sustentáveis com preservação e proteção ambiental (São Paulo, [data desconhecida]).

³⁶ O Projeto Agentes Idosos de Prevenção ao HIV/AIDS/DST é um projeto da Gerência dos programas PAI e APD da ASF que teve início em 2010 com o apoio do prêmio Talentos da Maturidade, promovido pelo Grupo Santander na categoria Programas Exemplares. Hoje conta com o apoio da Johnson & Johnson e da Secretaria

com cerca de 5.000 funcionários na cidade de São Paulo (Associação Saúde da Família, 2005).

Para colaborar com a SMS na gestão destes serviços a ASF conta com um corpo institucional que apoia as equipes no seguimento das diretrizes técnicas e políticas do SUS e dos serviços que administra, realiza a gestão de pessoas (seleção, contratação, acompanhamento e rescisão de contrato de trabalho das equipes), elabora e entrega à SMS relatórios mensais qualitativos e quantitativos e outras formas de prestação de contas, planeja e realiza atividades de educação permanente, além de estabelecer Supervisores Técnicos, integrantes do corpo institucional e articuladores dos serviços com conhecimento na área que realizam supervisão técnica sistemática, entre outras atribuições (São Paulo, 2012a).

Até 2014 a ASF possuía núcleos ou áreas gerenciais por programa ou tipo de serviço e que eram submetidos a uma coordenação geral. O novo programa APD foi absorvido pela área de gerencial do PAI, mas para isso foram negociados reforços institucionais, principalmente Supervisores Técnicos, com o objetivo de fortalecer a capacidade gerencial e técnica.

No Programa APD, os quatro Supervisores Técnicos tinham como função:

[...] acompanhar tecnicamente o trabalho desenvolvido pelas equipes; monitorar o desenvolvimento das ações dentro das diretrizes propostas, oferecendo suporte à construção dos processos de trabalho e constituição dos profissionais para trabalhar em equipe; suscitar reflexões relativas ao trabalho desenvolvido, contribuindo para a identificação de novas formas de intervenção e condução dos trabalhos; desenvolver habilidades entre os profissionais, acompanhar as estratégias de manejo e intervenção utilizadas com as famílias e usuários; dar suporte e contribuir tecnicamente com as equipes no enfrentamento de situações complexas, cuja intervenção e articulação necessária extrapolam a capacidade resolutive das equipes; desenvolver ações de educação permanente; acompanhar processos seletivos, de forma a colaborar na identificação de perfil técnico para o Programa; realizar e contribuir para a articulação com as diversas instâncias envolvidas no Programa, visando garantir o desenvolvimento das ações dentro do previsto; analisar tecnicamente as ações planejadas e sua relação com os indicadores estabelecidos, com vistas ao aprimoramento contínuo do trabalho; contribuir com a SMS na construção de instrumentos que avaliem o processo de trabalho, qualidade técnica e resultados do Programa; compilar informações das equipes e elaborar relatórios técnicos qualitativos e quantitativos (São Paulo, 2012a, p. 48).

Além disso, o corpo institucional da ASF elaborou em conjunto com a SMS, o plano de trabalho para a implantação do Programa (São Paulo, 2012a).

O corpo gerencial da ASF que havia implementado e conduzido o PAI, era, até aquele momento especializado na temática do envelhecimento, mas pouco familiarizado com o contexto da deficiência, gerando a expectativa com relação aos novos membros que os mesmos agregassem nesta área.

O Supervisor Técnico³⁷ foi um dos primeiros profissionais contratados para o programa no início de 2010. Posteriormente, foram contratadas mais duas Supervisoras Técnicas, uma com formação Fonoaudióloga e uma Psicóloga, ambas com atuações consolidadas na área da pessoa com deficiência, embora distintas, em associações de pais de pessoas com deficiência e no conselho da pessoa com deficiência, consecutivamente.

Em 2010, a equipe Institucional do Programa, na ASF, constituía-se de um Gerente, responsável pelo PAI e APD, e três Supervisores Técnicos, responsáveis pelas equipes, conforme quadro 5.1, além de quatro assistentes administrativos.

Esta estrutura organizacional básica prosseguiu até 2014, sofrendo alterações, como por exemplo, com a entrada e saída um quarto Supervisor Técnico ocasionando rearranjos de configuração sobre as equipes referenciadas pelos demais, o que não é um dado relevante para essa pesquisa.

³⁷ Que se trata do pesquisador.

Quadro 5.1 - Organograma APD

Gerencia do PAI e APD	Supervisor Técnico ³⁸	Equipe APD Freguesia do Ó 1
		Equipe APD Freguesia do Ó 2
		Equipe APD Jd Marcelo 1
		Equipe APD Jd Marcelo 2
		Equipe APD Parelheiros1
		Equipe APD Parelheiros2
		Equipe APD Tucuruvi 1
		Equipe APD Tucuruvi 2
	Supervisor Técnico	Equipe APD Sé
		Equipe APD Santa Cecília
		Equipe APD Santo Amaro 1
		Equipe APD Santo Amaro2
	Supervisor Técnico	Equipe APD Nossa Senhora Aparecida 1
		Equipe APD Nossa Senhora Aparecida 2
		Equipe APD Tito Lopes 1
		Equipe APD Tito Lopes 2
		Equipe APD Vila Prudente 1
		Equipe APD Vila Prudente 2
		Equipe APD Tatuapé 1
		Equipe APD Tatuapé 2

Fonte: ASF, 2014

Conforme quadro 5.1 e descrição de sua função, os Supervisores Técnicos transitavam entre os **Territórios** das equipes de sua Referência para acompanhar o trabalho desenvolvido, oferecer suporte, realizar interlocução de rede e participar de reuniões com as instâncias locais. Havia ainda um escritório central, sede da Gerência do Programa, na região central da cidade, em Higienópolis, onde cada Supervisor Técnico dispunha de uma estação de trabalho para desenvolver os processos administrativos que lhe cabiam, mas que ocupavam apenas uma ou duas vezes por semana, devido às várias demandas das equipes.

Entre a área técnica da SMS e os Supervisores Técnicos foi realizada a construção dos principais instrumentais básicos do programa, através da ficha de produção, cadastro, autorização de entrada na casa, desligamento, entre outros. Iniciando assim, um processo que

³⁸ Refere-se a pesquisador, enquanto Supervisor Técnico.

posteriormente incluiu a construção e o desenvolvimento de outros instrumentais, metas quantitativas, alinhamento dos processos de trabalho, **Público Alvo**, área de abrangência, dentre outras questões.

A relação hierárquica no programa, portanto se dava principalmente com as instâncias da ASF, na figura dos Supervisores Técnicos e da Gerência do Programa que estavam submetidos à Área Técnica da Pessoa com Deficiência, mas as equipes também respondiam às CRS e STS, com intermédio das instâncias da ASF.

A Educação Permanente, uma das atribuições do Supervisor Técnico, foi uma das mais exploradas ao longo do Programa, devido à necessidade constante de aprimoramento das práticas desenvolvidas.

A **Roda de Saberes**, objetivo de estudo desta pesquisa, é um dispositivo de Educação Permanente, aqui entendido como processo no âmbito institucional que estimula uma atuação reflexiva e ativa sobre a gestão e cuidado ofertados, como propõe Campos e Guerrero (2010).

A seguir, trataremos das bases conceituais que nortearam a constituição desse dispositivo utilizado junto às equipes de APD coordenadas e supervisionadas por esse pesquisador. Em um segundo momento analisaremos a influência desses conceitos epistemológicos na experiência viva da elaboração e implementação da **Roda de Saberes** no período de 2010 a 2014.

6 BASES CONCEITUAIS

6.1 Educação Permanente

A **Roda de Saberes**, objetivo de estudo desta pesquisa, é um dispositivo de Educação Permanente, aqui entendido como processos no âmbito institucional que estimulam uma atuação reflexiva e ativa sobre a gestão e cuidado oferecidos (Campos; Guerrero, 2010).

O reconhecimento da Educação Permanente (EP) como política em saúde se inicia em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores na área da saúde no Brasil através do Decreto nº 8.065, de 7 de Agosto de 2003 (Brasil, 2007).

Neste mesmo ano foi aprovado no Conselho Nacional de Saúde (CNS) a “Política Nacional e Desenvolvimento para o SUS, Caminhos para a Educação Permanente”, que Introduz a educação em serviço como política pública no SUS (Brasil, 2003b).

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Brasil (Brasil, 2003^a). Após sua avaliação e revisão, foi aprovada em 2007, a Portaria no. 1.996/07, que instituiu a condução da Política Nacional de Educação Popular em Saúde - PNEPS pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) formadas por representantes da gestão, atenção, ensino e controle social (Brasil, 2007).

As formações em serviço passaram por transformações conceituais ao longo de seu processo de construção, mas atualmente a EP é o conceito que se consolidou para se referir à formação contínua dos profissionais. O termo “educação continuada” era até recentemente utilizado, mas o Ministério da Saúde concluiu que dava margem para as “capacitações/prescrições” por serem caracterizadas como “uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização” (Brasil, 2009, p.43).

A PNEPS preconiza que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde devem ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e **Territórios** em que atuam. A política ressalta que as estratégias educativas surgem da prática como fonte de conhecimento

e de problemas, pautando o próprio fazer; colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias (Brasil, 2009).

Portanto, Educação Permanente pode ser considerada a estratégia de reestruturação dos serviços a partir da análise dos determinantes sociais e econômicos, da cultura institucional do serviço de saúde ao qual se insere, mas, sobretudo, de valores, conceitos e ideologias dos profissionais (Brasil, 2008a). E propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino-aprendizagem (Quintana et al, [data desconhecida]).

Educação Permanente é conceito estratégico para qualificação da gestão e da assistência, pois toma como matéria prima as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (Falleiro, 2014).

Para Ceccim (2005), a Educação Permanente em saúde constitui estratégia fundamental para as transformações do trabalho neste setor, para que ele seja lugar de crítica reflexiva, propositiva e compromissada, além de tecnicamente competente.

As políticas preveem que devem existir espaços de formação em serviço por meio da Educação Permanente que devem ser construídas pelas equipes de **Trabalhadores** e podem contar com o **Apoio** de outros profissionais ou outros elementos disponibilizados para tal (Brasil, 2007).

Referente à Educação Permanente para serviços de atenção à pessoa com deficiência, Bueloni et al. (2015) colocam que a experiência dos profissionais que atendem diretamente os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), somada à visão estratégica dos gestores em seus diferentes níveis de ação, possibilitam um melhor diagnóstico das necessidades de conhecimento de necessidades de aprimoramento nos diferentes **Territórios** em que se pretende atuar.

Para as autoras o processo ascendente de construção de um plano de Educação Permanente garante a tomada de consciência, posição e propositura com foco nas necessidades dos serviços e da população atendida, sendo possível desde então, o envolvimento dos participantes na efetivação da Rede de Cuidados para a Pessoa com Deficiência (MS 793/2012), que propõe a articulação da atenção às pessoas com deficiência entre os diversos serviços de saúde.

Para isso, as autoras se utilizaram da estrutura institucional existente na Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, composta por gestores da Secretaria Municipal de Saúde

(SMS) pelas interlocuções das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), das Supervisões Técnicas de Saúde (STS) e suas equipes das unidades de referência, os Centros Especializados em Reabilitação (CER), Núcleos Integrados em Reabilitação (NIR) e Núcleos Integrados de Saúde Auditiva (NISA), além de seus respectivos conselhos gestores, para compor um GT (Grupo de Trabalho) que participaram de oficinas para discussão dos conteúdos e de sua compilação.

Dychawy-Rosner et al. (2000) estudaram as necessidades percebidas por profissionais de centros dia para pessoas com deficiência e identificaram que estes trabalhadores de cuidado direto com os atendidos tem especial importância estratégica no sucesso do serviço em sua missão.

Estes autores constataram que os trabalhadores percebiam suas necessidades de suporte, supervisão e treinamento nas áreas de comunicação, adaptação, potencialização de habilidades e empoderamento, termo que se refere à consciência e ultrapassa a tomada de iniciativa e conhecimento individual, para superação de uma realidade em que um coletivo se encontra, principalmente relacionados a uma deficiência intelectual. Assim, concluíram que nesta área de cuidado é primordial que o gestor foque em processos de suporte aos profissionais para obter qualidade e eficiência.

Lisa e Linda (2012) problematizam que, dos profissionais de atuação direta às pessoas com deficiência, os médicos, por falta de treinamento, apresentam especial dificuldade nesta área, o que prejudica conduções destes casos em escala mundial. Entendendo estas inequidades, as instituições de ensino estadunidenses têm reforçado no núcleo de seus cursos, o estímulo à escuta da pessoa com deficiência, o entendimento de sua perspectiva sobre sua qualidade de vida e habilidades, para atuações centradas no paciente.

O estudo reforça a necessidade de se garantir práticas de ensino que reforcem o cuidado empático e efetivo a pessoas com deficiência.

Compton-Griffith et al. (2011) identificam uma dificuldade similar nos fisioterapeutas e detectam que, além da falta de experiência, é necessário um tempo extra para cuidar de pessoas com deficiência; apontando que os maiores desafios para sua prática residem na falta de: educação permanente, informação sobre a utilização de equipamentos e material bibliográfico de suporte.

Balogh et al. (2015) avaliam que a interdisciplinaridade é fundamental para o cuidado de adultos com deficiência intelectual, e que para esta se dê com qualidade, a Educação Permanente é uma ferramenta importante no âmbito de trabalhadores da atenção básica. A pesquisa interventiva mostrou que os profissionais submetidos a processos de Educação

Permanente teve êxito maior no cuidado destas pessoas em áreas sensíveis de suas vidas, que os trabalhadores controle, sem intervenção.

No APD a Educação Permanente deu-se de forma simultânea e dialogada com a própria estruturação do Programa, de forma a auxiliá-lo em sua formação e consolidação, conforme esta pesquisa aborda no item “Crônica Descritiva e Analítica”.

6.2 Paulo Freire e a Educação Popular em Saúde

Com conceitos alinhados à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde instituída por meio da Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007 e atualizada em 2012 pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), propõe importantes diretrizes norteadoras de participação social e possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as práticas de educação em saúde (Brasil, 2012).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde critica em seus documentos a concepção reducionista de educação positivista, cujas práticas são consideradas impositivas, prescritivas de comportamentos ideais, desvinculados da realidade dos sujeitos sociais, tornando-os objetos passivos das intervenções, muitas vezes, de forma preconceituosa, coercitiva e punitiva. Contudo, não se contrapõem nem ambicionam sobrepor-se ao saber científico, mas sim, agem de forma compartilhada, problematizam de forma aberta e dialógica com as práticas profissionais de saúde instituídas no SUS (Brasil, 2012).

Segundo o Caderno de Educação Popular e Saúde, esta se faz com a participação ativa das pessoas e “tem como ponto de partida do processo pedagógico o saber desenvolvido no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e, procura incorporar os modos de sentir, pensar e agir dos grupos populares, configurando-se assim, como Referencial básico para uma gestão participativa em saúde” (Brasil, 2007).

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde apoia-se em um movimento de autores com forte conteúdo crítico e social, denominada pedagogia crítica, que propõe uma conjunção de saberes, vivências e práticas para a transformação da situação de opressão e exclusão social existente em nossa sociedade (Brasil, 2007).

Um dos autores de maior expoente e mais referenciado é Paulo Reglus Neves Freire (Recife, 19 de setembro de 1921 — São Paulo, 2 de maio de 1997), educador, pedagogo e filósofo brasileiro, com grande influência na história da pedagogia mundial (Brasil, 2012).

Para Freire (1997), é a partir do contexto vivido com curiosidade, problematização, criatividade, o diálogo, a vivência da “*práxis*” e o protagonismo dos sujeitos que se pode chegar ao contexto teórico na busca da transformação social.

Na acepção freireana, o inédito-viável é uma palavra-ação que expressa com enorme carga afetiva, cognitiva, política, epistemológica, ética e ontológica, os projetos e os atos das possibilidades humanas. Uma palavra que carrega no seu bojo, portanto, crenças, valores, sonhos, desejos, aspirações, medos, ansiedades, vontades e possibilidades de saber, fragilidades e grandezas humanas. [...] Palavra na qual estão intrínsecos o desejo e o gosto de mudarmos a nós mesmos dialeticamente mudando o mundo e sendo por este mudado (Freire; Shor, 2008, p. 231).

6.3 Paulo Freire, Ética e Autonomia

A palavra "ética" vem do grego *ethos* e significa aquilo que pertence ao "bom costume" ou "portador de caráter". Segundo o dicionário Aurélio (Ferreira, 2012) é conjunto de regras e preceitos de ordem valorativa e moral de um indivíduo, de um grupo social ou de uma sociedade.

Conforme Espinoza, a ética diferencia-se da moral, pois, enquanto esta se fundamenta na obediência a costumes e hábitos recebidos, a ética se funda num modo de viver sinalizado pela alegria, uma Maneira de Viver conforme critérios de conduta imanentes ao próprio ser do desejo, da vida, da sociedade e da natureza (Deleuze; Guattari, 1976).

Em sua obra, Espinoza afirma que a felicidade consiste em compreender e criar as circunstâncias que aumentem a potência de agir e de pensar, proporcionando o afeto de alegria. Desta forma afirma-se a necessidade da própria natureza (*conatus*) e se ultrapassam as próprias condições da experiência condicionada pelo social ou pelo poder, na direção de uma experiência liberadora (Deleuze; Guattari, 1976).

A ética freireana fundamenta-se na construção de uma forma capaz de se relacionar com as pessoas e com a sociedade, de estar no mundo com os outros. Em sua ética, Paulo Freire, fundamenta a solidariedade e o respeito à dignidade e à autonomia humana (Oliveira, 2009).

Autonomia é a condição sócio-histórica de um povo ou pessoa que tenha se libertado, se emancipado, das opressões que restringem ou anulam sua liberdade de determinação (Freire, 1978).

Não há libertação que se faça com homens e mulheres passivas. É necessário conscientização, pensar por si, capacidade de guiar-se por princípios que concordem com a própria razão, e agir no mundo (Freire, 1978).

A libertação a que não chegarão pelo acaso, mas pela práxis de sua busca; pelo conhecimento e reconhecimento da necessidade de lutar por ela. (Freire, 1978, p. 32).

Paulo Freire propõe uma ética "fundada no respeito à dignidade e à própria autonomia do educando" (Freire, 1997, p. 11).

Embora a autonomia seja um atributo humano essencial, na medida em que está vinculada à ideia de dignidade, defendemos que ninguém é espontaneamente autônomo, ela é uma conquista que deve ser construída a partir das decisões, das vivências, da própria liberdade. E a educação deve proporcionar contextos formativos que sejam adequados para que os educandos possam se fazer autônomos (Freire, 1997).

6.4 Reabilitação e Autonomia

A palavra autonomia tem origem grega, derivada de “*autos*” ou próprio, e “*nomos*” referente à regra e autoridade, ou seja, “regra própria” ou “autoridade própria”. No dicionário Aurélio (Ferreira, 2012) autonomia é a faculdade de “se governar por si mesmo”, o que permite entender autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Autonomia, portanto, não se refere a uma forma de autossuficiência, nem a independência; segundo o dicionário, é a liberdade de qualquer sujeição e na área da deficiência, significa capacidade de ir e vir, de executar ações por si próprio.

Kinoshita (1996, p. 2) compreende a autonomia como a capacidade de se articular dentro de uma rede de dependências quantitativamente diversas e de forma ativa, “pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida”.

Reabilitar, então, somente terá sentido quando profundamente vinculado a um projeto de vida, em um movimento da pessoa com deficiência em conjunto com a equipe de reabilitação, que envolve a família e o bairro que reside, a comunidade, os serviços, os recursos e as empresas, buscando a inclusão por meio de atividades valorizadas socialmente (Rocha, 2006).

Entretanto, conforme constatou Nallin³⁹ (1992 apud Rocha, 2006), as instituições de reabilitação também podem funcionar como um núcleo de exercício de poder de técnicos sobre pacientes, em uma função social de perpetuação de exclusão, ao adotar, por um lado posições filantrópicas, nos antigos moldes asilares e segregadores; e por outro, abordagens tecnicistas de normatização corporal.

Rocha (2006), em uma leitura espinosiana, coloca que este modelo assistencial hegemônico de reabilitação, como é chamado por ela, está centrado no combate às imperfeições e paixões tristes, afecções⁴⁰ diminuidoras de força de vida (*conatus*⁴¹), que surgem no corpo, tido como patológico e passivo, no caso das pessoas com deficiência. Ao fazer isso, este modelo explora estas paixões tristes de forma tirânica, já que estes afetos só podem ser revertidos com base em um oposto, positivo e de mesma intensidade.

Neste sentido, a proposta alternativa de reabilitação, ao contrário, reforça que as paixões positivas centram-se na saúde e na alegria, ao apostar nas potencialidades do sujeito para que este conquiste sua autonomia necessariamente singular e potencializadora de *conatus*.

Nas diversas formas de olhar e lidar com a deficiência ou com os modelos assistenciais atuais estão a segregação, a exclusão social e a manutenção das condições de vulnerabilidade social às propostas que preveem autonomia e participação social dos sujeitos que convivem na sociedade moderna de forma paradoxal, muitas vezes em disputa. Observa-se que, mesmo com militância e marcos legais, as propostas inclusivas ainda não se enraizaram no cotidiano de muitos espaços sociais, especialmente no que se refere à deficiência intelectual (São Paulo, 2012a).

Entretanto, mesmo em se tratando de propostas inclusivas, é necessário observar a natureza das mesmas. Inclusão e exclusão são conceitos polissêmicos e ambíguos. Por isso mesmo, a relação entre eles não é tanto a de oposição, mas algo muito mais intrincado, que aponta para uma problemática social maior (Sawaia, 1999).

³⁹ Nallin A. A reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos. Análise de representação do discurso [dissertação de mestrado]. São Paulo, 1992. Universidade de São Paulo. 282p.

⁴⁰ Mudança ou alteração do corpo produzida por ele mesmo ou por outro (Chauí, 1999).

⁴¹ Termo derivado do latim para definir esforço, refere-se a tendência espontânea à auto-conservação, o impulso para persistir em sua natureza, o esforço de permanecer vivo (Chauí, 1999).

A sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão. Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico (Sawaia, 1999, p.8).

A inclusão e a exclusão, portanto, têm a mesma substância e formam um par indissociável que se constitui na sua própria relação. Ou seja, a inclusão remeteria a um modo de vida inferiorizado, degradante, explorado e, por vezes, sem acesso a direitos humanos básicos e que estão condicionados à reprodução do sistema capitalista, não como falha dele (Sawaia, 1999).

Este pesquisador concorda com a posição de Sawaia (1999, p. 23) que afirma que “ser otimista é acreditar na potencialidade do sujeito de lutar contra esta condição social e humana, sem desconsiderar a determinação social”. Esta aposta na força de vida em sua luta contra o poder sobre a vida é a aposta na autonomia (Pelbart, 2003).

6.5 O Conceito de Autonomia na Visão de Campos

Para Campos, a autonomia é estabelecida como um dos objetivos essenciais da política, da gestão e da produção de saúde. Assim, os serviços de saúde deveriam ser concebidos para produzir, de forma conjunta, autonomia em seus trabalhadores e usuários (Campos; Domitti 2007).

Autonomia não seria o oposto da dependência, mas a forma ativa de se lidar com a sua rede de dependência. Não como um valor absoluto, como a noção de saúde, mas em um processo dinâmico sempre relativo ao próprio sujeito, instituições, comunidades e padrões históricos e sociais em questão. Sendo assim, não haveria uma autonomia dada, ou seja, ela deveria ser descoberta em seu exercício de forma singular (Campos, 2006).

A capacidade de um sujeito exercitar-se de forma ativa com sua rede de dependências supõe o acesso e uso da informação de maneira crítica. Ou seja, a ampliação da autonomia de uma pessoa depende sempre da ampliação de sua capacidade de compreender e de agir sobre o mundo e sobre si mesma. O sujeito autônomo, portanto é o da reflexão e da ação (Onocko; Campos, 2007).

Ressalta que os trabalhadores e usuários sempre têm algum grau de autonomia, mesmo em situações e contextos desfavoráveis como comumente acontece, imprimidos por gestores autoritários e processos hierárquicos. Assim, o autor propõe um novo modelo gerencial,

entendido como forma de gerir equipes e seus processos de trabalho, mais democrático, que deve favorecer e promover a construção dos maiores coeficientes de autonomia e de liberdade possíveis para as pessoas e instituições (Campos, 2006).

6.6 Metodologia PAIDEIA

Segundo Campos (1991) no SUS não foi desenvolvida uma cultura voltada para a organização dos processos de trabalho ou mesmo formas de gestão que considerassem a especificidade da produção de serviços de saúde, segundo seu interesse público.

Relacionando a um processo de aplicação da lógica neoliberal vivido pelo país desde a década de 60 do século XX, para o autor, as formas de gestão adotadas foram as mesmas dos processos de capitalização e de empresariamento que vinham acontecendo nas outras áreas de produção de bens e serviços, reforçando o corporativismo, a fragmentação e a alienação do trabalho em saúde com consequências desastrosas para o SUS (Campos, 1991).

A Teoria Geral da Administração, o taylorismo em particular, administra pessoas como instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade, com o objetivo explícito de disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe a autonomia e a iniciativa crítica e coloca o poder de forma centralizada em chefes com função de supervisão controle e domesticação dos funcionários (Campos, 2003).

Para o autor, vive-se hoje momentos de gestão mais participativa, como no Planejamento Estratégico Situacional ou no sistema de Qualidade Total (Campos, 1998), mas que não chega a alterar o sistema de gestão dos serviços de saúde.

Portanto, para o autor, o desafio foi inventar um modelo de gestão que respondesse às exigências do próprio modelo de atenção sugerido pelo SUS, assegurando suas diretrizes, que surgisse como alternativa aos processos fragmentados de gestão do trabalho, e por consequência, de atenção a saúde. Que respondesse, portanto a uma dupla tarefa: assegurar o cumprimento do objetivo primário em questão, produzir saúde, e estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, autonomia e conseqüentemente, de realização profissional.

Neste sentido, o autor entende que é necessário combinar a democratização institucional com a capacidade operacional, eficiência e compromisso; que algum grau de centralização vertical se faz necessário, até por que a autogestão, diferentemente do que postula os analistas

institucionais, não somente seria inatingível (irrealizável), como seria também indesejável. Um autogoverno implicaria em descompromisso com o interesse alheio e poderia adquirir características exclusivistas e excludentes, como sugeriu Campos (2003) a partir de Deleuze e Guattari (1976).

Pensando em velhas utopias, Campos recorre à cultura grega, baseada na democracia direta dos cidadãos. Elabora este conceito de democracia como a possibilidade de criar espaços de discussão ampliada, de participação e decisão coletiva sobre os assuntos da *polis*. Dos processos produtores de sujeitos-cidadãos, grupos capazes de impor resistência às determinações adversas do meio. Refletindo novas utopias, vislumbra equipes capazes de lidar com os saberes estruturados sem permanecerem presas em suas rígidas cadeias de controle (Campos, 1992).

Assim, o Método PAIDEIA de Campos evoca a ideia da Grécia clássica de desenvolvimento integral das pessoas, presente no sistema de educação e formação educacional desta cultura, que incluía diversos temas, áreas de estudo e artes, mas inicialmente a palavra significava simplesmente “criação dos meninos”, já que Paideia é um desdobramento da palavra *Paidos* que significa “criança”.

Pensado para a gestão democrática de trabalhadores da saúde, o método procura pensar possibilidades, poderes e limites da intervenção em Coletivos e Sujeitos. Para isso, assim como PNEPS e Política Nacional de Educação Popular em Saúde, Campos (2003) aposta no protagonismo das pessoas envolvidas nos processos de cogestão para a produção de valor de uso. Ou seja, este é um método de gestão do trabalho, que tem como pressuposto a construção da democracia organizacional, e que tem como objetivo “aumentar a capacidade de análise e intervenção” dos coletivos (Campos, 2003).

Para o autor o conceito diretor do método é o da Cogestão, ou seja, uma gestão onde todos decidem, em negociação permanente, tendo em vista outras instâncias, desejos, interesses e perspectivas: “Diferente da Autogestão, o conceito de Cogestão partiria do princípio de que não haveria poder, nem dominação absolutos, mas sempre relativos e em relação com outros graus de poder e de dominação”, assim como também não há liberdade e autonomia total de Sujeitos concretos, somente existem em coeficientes (Campos, 1998, p. 868).

Campos (2003) entende que a transformação das práticas assistenciais é favorecida se o modelo de gestão for coerente com a proposta, uma vez que a finalidade deve estar articulada com seus processos mediadores. Portanto, os modelos de gestão e de assistência, que envolvem técnicas e políticas, são mutuamente influenciados e determinados (Campos, 2003).

Então, compreende Campos (2000) uma indissociabilidade entre os processos técnicos, políticos e administrativos do trabalho de uma **Instituição**. Concepção transformada em princípio da Política Nacional de Humanização (PNH) e também adotada nesta pesquisa (Brasil, 2013c).

Tendo como referência que as finalidades da gestão e do trabalho são as de atender aos usuários e melhorar suas condições de saúde, a realização profissional dos **Trabalhadores** e a reprodução social da **Instituição**, qualquer mudança desejada deve afetar necessariamente estas mesmas dimensões (Campos, 2003).

Esta metodologia propõe o estabelecimento de um contrato entre os participantes do coletivo que se queira trabalhar, uma vinculação e um acordo entre os participantes, sejam eles profissionais, gestores, organizações e/ou usuários. A segunda diretriz é a de que os temas surjam do próprio grupo, fruto do encontro entre os vários desejos e perspectivas ali presentes, mas que sejam submetidos a uma avaliação em Roda. O terceiro passo seria a elaboração de um Projeto de Intervenção em conjunto, ou em Roda, com os diferentes atores envolvidos, a partir dos temas levantados, com análise de contexto, definição de diretrizes e análise de resultados. Campos (2003) ainda pontua a importância do comprometimento da equipe de saúde, enfatiza a intersetorialidade resolutiva para as ações do Projeto e ressalva que a educação em saúde também deve ser uma forma de fortalecer a capacidade de análise e de intervenção dos participantes.

O método PAIDEIA busca enfrentar as noções, presentes em qualquer **Instituição**, de que os saberes devem ser discutidos pelos sabidos e especialistas, de que os poderes e interesses só podem ser discutidos pela alta cúpula institucional e de que afetos e sentimentos devem ser excluídos da organização. Sua proposta é que os coletivos possam aprender e ampliar a capacidade de lidar com estas três questões, saberes, poderes e afetos, de forma flexível, respeitando nuances contextuais (Campos, 2000).

A Metodologia PAIDEIA de Gestão abarca as várias disputas de poder e polaridades sempre que operam em qualquer serviço de saúde (modelos de atenção, divisão de trabalho, atribuição de responsabilidades, dentre outras), entendendo que estas contradições nunca teriam sínteses definitivas, mas sim, soluções provisórias que recolocariam o antigo conflito em novos patamares e que apenas os reporia com novas características (Campos, 1998).

Essa metodologia gerencial dialética não pretende eliminar conflitos, mas criar espaços onde eles podem ser explicitados e trabalhados considerando as várias perspectivas envolvidas, pois estas enriqueceriam o processo e os sujeitos. Campos (1998) entende que

Freud (1996), Gramsci (1976, 1978) e Sartre (1963) já teorizaram, cada um a seu modo, sobre este processo de negociação permanente do Sujeito com seu entorno.

Melhoria no grau de envolvimento e de compromisso das equipes com profissionais mais realizados, sendo e sentindo-se criadores dos modelos testados; os espaços de trocas e intercâmbio de saberes criam um sistema informal de Educação Permanente; crescimento da capacidade de ouvir e expor críticas, para aceitar derrotas, estabelecer negociações e consensos; e melhoria da relação das Equipes de Saúde com os usuários e seus familiares, são todas vantagens do método defendido por Campos (1998).

Algumas experiências baseadas na metodologia foram implantadas: pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) do município de João Pessoa (Bertussi, 2010) e de Campinas (Domitti, 2006); pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde nos Estados do Rio de Janeiro, Alagoas, Minas Gerais (Rio de Janeiro, 2013); pela Fundação Estatal Saúde da Família; pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde; pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e município de Salvador (Falleiro, 2014); e mais recentemente, em 2016, o método está oficialmente em implementação na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Para Campos e Castro (2014) a metodologia Paideia acontece no processo dinâmico do coletivo, mediante prática reflexiva, que é percorrida conforme a situação, em uma Cartografia, como proposto por Guattari (1992).

6.7 A experiência Francesa de Organização Institucional por Meio dos Clubes

Guattari (1990) foi o protagonista de outro referencial da **Roda de Saberes**. Este dispositivo foi assim nomeado por seus componentes, inspirados nas experiências francesas de clubes.

Os clubes franceses nascem do movimento da psicoterapia institucional, através da renovação psiquiátrica surgida na França, na época da Segunda Guerra Mundial.

A Psicoterapia Institucional questiona estereótipos no campo de atuação da saúde mental, incluindo a distinção de pacientes e profissionais de saúde, a cura, a doença e sua relação com o meio social, propondo uma vertente de trabalho que se preocupa com a ambiência e com as relações menos hierarquizadas nos serviços de saúde mental (Moura, 2003).

Durante a Segunda Guerra, mais particularmente no período compreendido entre 1940 e 1944, na ocupação alemã, a França sofreu restrições e a situação da população era de extrema penúria, incluindo-se os hospitais psiquiátricos onde cerca de 40% dos doentes mentais morreram de fome (Moura, 2003)

Entretanto, mesmo neste contexto o Hospital Saint-Alban, fundado por François Tosquelles, na França, outra experiência de reforma psiquiátrica (Moura, 2003).

Este hospital passou a acolher diversos refugiados, de diferentes contextos sociais, econômicos e profissionais, incluindo membros da resistência francesa e outros que sofriam a perseguição política. Fruto dessa heterogeneidade e da crise vivenciada aconteceu em Saint-Alban a constituição de uma cultura coletiva e inovadora em mobilização para a superação da crise e do próprio objetivo inicial do hospital (a relação com a psicose) que envolvia os trabalhadores, mas também toda comunidade ao seu redor, produzindo um efeito claramente positivo na evolução do quadro de vários pacientes (Moura, 2003).

Uma de suas maiores inovações foi o Clube Terapêutico, “uma organização autogerida por pacientes e técnicos que promovia encontros, festas, passeios, feiras de produtos internos, dentre outros” (Amarante, 2007, p. 45).

Moura descreve a experiência como um dispositivo que funcionava como um Coletivo, onde toda reunião ou oficina, além de cada objetivo explícito, tinha também a função de facilitar uma adaptação ativa à realidade, ou seja, uma proposta terapêutica. Este processo de adaptação ativa à realidade “pressupõe a elaboração de ansiedades que nele emergem, e que as reuniões do Clube Terapêutico eram, portanto, ocasiões para manifestação de transferências, contratransferências, demandas, desejos e fantasias”, ou seja, afetos que revelam o processo psicótico, metabolizam novas configurações a ele e revelavam suas melhores possibilidades de manejo (Moura, 2003).

O momento da França do pós-guerra era de reavivamento da esperança de reconstrução da sociedade em novos patamares civilizatórios o que foi acompanhado de grandes mobilizações no campo da saúde, especialmente na saúde mental, com marcos em 1945 e 1947, as duas jornadas psiquiátricas nacionais. O Foco do debate era a substituição dos sistemas asilares dos hospitais psiquiátricos, com suas estruturas carcerárias e de segregação, por novas organizações para que se aproximassem terapeuticamente ao máximo da vida dos doentes. A Psicoterapia Institucional, as psicoterapias de grupo e o Clube Terapêutico, pareciam possibilitar essas novas organizações, gerando grande interesse no meio, embora não tenham conseguido construir formas de desinstitucionalização (Moura, 2003).

Nesse contexto a Clínica La Borde, foi criada em meados de 1950, por Jean Oury e Félix Guattari, entre outros, utilizando a estrutura de um castelo do Vale do Loire, na comuna de *Cour-Cheverny*, quinze quilômetros ao sul de Blois, França. Neste local, a **Instituição** psiquiátrica funciona até os dias atuais como uma comunidade aberta, radicalmente democrática, ou seja, onde as decisões não são tomadas por uma instância externa, mas pelo coletivo, onde os pacientes se misturam aos estagiários e aos funcionários, e as divisões de trabalho seguem as preferências e as possibilidades de cada um (Guattari, 1992).

Mas a construção deste modelo gerou resistência de profissionais e pacientes que se apegavam às funções e relações preconcebidas e cristalizadas, como já previa a Psicoterapia Institucional. Um emaranhado de ateliês, atividades e reuniões, especialmente o Clube dos Saberes, se desenvolveram para organizar e pensar o trabalho e circulação de todos os envolvidos na **Instituição** por diferentes funções e papéis, ampliando a apropriação e o conhecimento do trabalho (Guattari, 1992).

Inspirado pelo Clube terapêutico, O Clube dos Saberes é um dispositivo com organização democrática, constituído de redes de saberes entendidos como conhecimentos e habilidades, que intervêm nos serviços de saúde, flexibilizando identidades profissionais, papéis e postos institucionais ao favorecer a circulação ou rodízio de tarefas e ao dispor o saber no jogo das relações interpessoais (Borges, 2009).

Guattari destaca que os diversos dispositivos, incluindo o Clube de Saberes, presentes na experiência da **Instituição** voltada aos cuidados em saúde mental, proporcionaram às pessoas atendidas, condições que favoreceram o estabelecimento de relações mais saudáveis com outros e com si mesmas. Como resultado, obteve a ampliação, apropriação e conhecimento do trabalho na **Instituição** em uma reinvenção permanente (Guattari, 1992).

Borges (2009) trabalha, em seu mestrado, a experiência do Clube de Saberes em um hospital psiquiátrico de São Paulo, afirmando que a iniciativa nasce do entusiasmo e de certa ingenuidade, ao apostar na autonomia, nas singularidades, no saber como riqueza humana e na cogestão. A experiência gerou certo grau de incômodo na **Instituição**, isolando a ação e colocando-a no limite entre a transgressão e o poder de ampliação de possibilidades (Borges, 2009).

Nessas experiências o Clube dos Saberes era considerado um recurso terapêutico essencial, caracterizado por uma rede de relacionamentos e com uma organização democrática, onde a troca de saberes e os afetos acontecem. Neste caso, a participação era espontânea e dependia unicamente do desejo pessoal de partilhar saberes em reciprocidade, ou seja, demandar e oferecer habilidades e conhecimentos, o que evitaria relacionamentos

balizados por hierarquias e sua função era organizar as pertencas e as relações entre as pessoas que a ele afluíssem, procurando adquirir certa estruturação e, ao mesmo tempo, garantindo um grau de flexibilidade para que a participação e o convívio entre as pessoas pudessem ser frutíferos (Moura, 2003).

Segundo Moura (2003), estes dois eixos, estruturação e flexibilidade, são o principal desafio à existência de um clube, assim como para qualquer organização. Se houver uma hegemonia da estruturação, a liberdade de participação e de expressão acaba por ficar comprometida. Por outro lado, se houver uma predominância demasiada da flexibilidade corre-se o risco de não conseguir manter uma consistência mínima para que as pessoas possam localizar-se e manter laços satisfatórios.

Moura (2003), ressalta que “...um dos grandes desafios de um clube, como também o de um equipamento de saúde mental ou o de uma empresa, qualquer que seja ela, é justamente o equilíbrio, sempre incerto e relativo, entre estes dois eixos” (p. 78).

6.8 Roda de Saberes

Nos quatro anos de sua existência a **Roda de Saberes**, passou por um processo constante de reinvenção e baseou-se principalmente na metodologia Paideia, aprofundando seus conceitos e buscando arranjos singulares para estes.

Porém, a participação voluntária e aberta e desafios semelhantes, como os citados por Moura (2003), também levaram à identificação do dispositivo com o Clube dos Saberes. Após algumas participações, uma Psicóloga do Programa APD que estagiou em La Borda durante sua formação profissional, sugeriu o nome dado ao dispositivo de Educação Permanente, objeto de estudo desta pesquisa, a **Roda de Saberes**, porém com a alteração de “de” por “dos”. A ideia por trás desta mudança é a que não se trata de um reduto de propriedade dos saberes, como o nome Clube dos Saberes pode sugerir, mas com a proposta de um dispositivo onde saberes estão em roda, em relação de igualdade.

A composição do nome “**Roda de Saberes**”, definida pelos seus participantes, demonstra aspectos importantes da sua elaboração e constituição. Profissionais de diferentes categorias e níveis de escolaridade, em seus encontros, apropriaram-se dos conceitos da metodologia Paideia e do Clube dos Saberes, amadurecendo assim, uma proposta singular de Educação Permanente dirigida às necessidades detectadas no seu trabalho cotidiano.

As dificuldades enfrentadas pelas equipes e pelo Supervisor de Técnico foram abordadas na **Roda de Saberes** e através delas o dispositivo se modificou. Portanto, nesta pesquisa foram identificadas cinco principais dimensões para estes desafios e entendeu-se que se tratavam, na realidade de **fatores estratégicos**, ou seja, aspectos contextuais e intrínsecos ao trabalho do Programa de forma especialmente relevante para o resultado deste e para a Educação Permanente: **Público Alvo, Território, Instituição, Trabalhador e Apoio**.

6.9 Público Alvo Abordado pelo APD: Pessoas com Deficiência Intelectual

Um dos principais assuntos abordados no dispositivo em questão: o **Público Alvo** do programa, que era a pessoa com deficiência, suscitava angústias e dificuldades em profissionais que, embora lidassem diretamente com este público, conheciam pouco dos eventos que determinaram as formas de exclusão encontradas por eles. Esse aspecto foi explorado nas ações de Educação Permanente do Programa, como a **Roda de Saberes**.

Aristóteles, em sua obra “A Política”, Livro VII, Capítulo XIV, 1335b afirma “Quanto a rejeitar ou criar os recém-nascidos, terá de haver uma lei segundo a qual nenhuma criança disforme será criada” (Gugel, 2007, p. 63). Em uma sociedade que exaltava corpo e mente como ideais, as pessoas com deficiência eram mortas ou deixadas à sua própria sorte, ou seja, abandonadas ao relento, até a morte (Aranha, 1979; Pessotti, 1984).

Com o advento do Cristianismo, a deficiência intelectual foi entendida como algo sobrenatural, como consequência do pecado e, pela lógica cristã, essas pessoas deveriam sofrer para expurgá-los (Aranha, 1979). A Inquisição, através de textos como *DIRECTORIUM INQUISITORUM*, de Nicolau Emérico, enfatizou o entendimento das diversidades como demoníacas, sacrificando milhares de pessoas tidas como hereges, endemoniadas e adivinhas. Entre eles, loucos e pessoas com deficiência intelectual (Aranha, 2003).

Na Europa do século XVII, sobretudo na França, os hospitais, que até então eram grandes hospedagens de caráter religioso, converteram-se em instituições com função de ordem social, dando origem aos chamados Hospitais Gerais, que confinavam aqueles que, de alguma forma, ameaçavam ou envergonhavam a sociedade, entre eles, pessoas com deficiência (Amarante, 2007).

A apropriação do Hospital pelos médicos deu-se partir do século XVIII, com a Revolução Francesa e o Capitalismo Mercantil. Em nome de um novo saber, “ele (médico) tornou-se o detentor máximo do poder hospitalar” (Amarante, 2007, p. 25), mas, de fato, não alterou a qualidade excludente desta **Instituição**, pelo contrário, intensificou e ratificou a exclusão dando a ela caráter terapêutico, sendo ele o novo inquisidor, tinha poder sobre a vida e a morte nos manicômios. Assim, as pessoas com deficiência passaram a ser consideradas como pessoas que deveriam ser cuidadas e tuteladas à parte do mundo (Rocha, 2006). Ideia ainda presente em algumas instituições especializadas (São Paulo, 2012a).

Esquirol (1722/1840) diferenciou, pela primeira vez, a demência (doença mental) da amência (deficiência mental). Em suas palavras, o primeiro é louco, o segundo é idiota (Pessotti, 1984).

Jean Gaspard Itard (1774/1838) foi médico e reeducador de surdos-mudos. Tornou-se pioneiro da Educação Especial de deficientes intelectuais sendo considerado precursor da chamada Medicina Moral (Pessoti, 1984).

A Medicina Moral endossou as práticas das Grandes Instituições, entendendo que, através da modificação dos hábitos, a loucura e a oligofrenia seriam curadas. Concebia-se que estas patologias seriam provenientes de hábitos incorretos, estímulos e falta de educação devida. Este ponto determina a prática dentro das instituições totais, como os hospitais psiquiátricos e grande parte dos serviços, onde a disciplina, a tutela e a punição permeavam toda a rotina imposta aos internos (Foucault, 1999).

Com a Medicina Moral de Itard (1801) caberia um trabalho de educação para suprir as ‘carências’ das pessoas com deficiência, de forma a proporcionar uma relação “adequada com o ambiente” (Pessotti, 1984, p.23). Esta concepção influenciará toda uma classificação diagnóstica que ainda utiliza termos com retardado mental ou oligofrenia e a divide no nível dependente/custodial, treinável/adestrável ou educável, como a própria CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Na CID-10 o chamado Retardo Mental (F70-F79) refere-se à parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, da linguagem, da motricidade e do comportamento social. O retardo mental pode vir acompanhado de outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independente (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Sassaki (1999) relaciona a Medicina Moral e a Educação Especial, que fundamentam práticas de grandes instituições de atenção à pessoa com deficiência até os dias atuais. Na ideologia da normalização, também denominada Paradigma de Serviços, o indivíduo com deficiência precisava ser preparado por instituições, financiadas pelo poder público ou privado, para se tornar o mais adaptado e normal possível para só então, ser integrado à sociedade (São Paulo, 2012a).

Após as duas Grandes Guerras Mundiais, movimentos que buscavam a defesa dos direitos humanos e a integração das minorias foram intensificados. São exemplos disto o movimento antipsiquiátrico (que influenciou os processos de reforma psiquiátrica), o feminismo, a liberação sexual e, entre outros, o movimento das pessoas com deficiências físicas (São Paulo, 2012a).

Importante destacar que a partir da década de 1970 muitas discussões em torno das condições, direitos e propostas para as pessoas com deficiência se expandiram com conquistas relevantes, em decorrência das lutas dos movimentos sociais das pessoas com deficiência (Rocha, 2006).

Em 1975, a ONU aprovou a “Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência”, onde enfatizava o direito do respeito à dignidade humana e o de desfrutar uma vida decente, tão normal e plena quanto possível e que suas necessidades especiais fossem levadas em consideração durante o planejamento econômico e social da sociedade.

A Constituição de 1988 assegura os direitos da Pessoa com Deficiência nos diferentes setores e campos sociais (Brasil, 1988).

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, estipula a concessão e manutenção dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC), definidos no art. 203 da Constituição Federal para idosos e pessoas com deficiência (Brasil, 2003c).

Em Junho de 1994, dirigentes de mais de oitenta países se reuniram na Espanha e assinaram a ‘Declaração de Salamanca’, um dos mais importantes documentos de compromisso de garantia de direitos educacionais às pessoas com deficiências (Brasil, 1994).

Utilizado oficialmente pela ONU em 1995 durante o Simpósio “Deficiência Intelectual: Programas, Políticas e Planejamento para o Futuro” realizado pela Organização das Nações Unidas em Nova York, o termo Deficiência Intelectual vem sendo utilizado especificamente para referir-se ao funcionamento do intelecto, na tentativa de colaborar com o campo político e teórico e afastar-se de termos difusos e depreciativos, diferenciando-o dos transtornos mentais e tencionando o cuidado a partir da verificação de apoios necessários e de transformações sociais para garantir inclusão social (Sassaki, 2007).

Em 1999 o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro, regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, e dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Deficiente, que consolida as normas de proteção e estabelece cotas percentuais de pessoas com deficiência nas empresas de acordo com o número de funcionários (Brasil, 2007).

A Declaração de Madri, de 2002, é o primeiro documento internacional a trazer a frase "Nada Sobre Pessoas com Deficiência, Sem as Pessoas com Deficiência", numa versão mais explícita do lema "Nada Sobre Nós, Sem Nós". Neste mesmo ano a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência é instituída com o objetivo de organizar e respaldar a atenção à saúde desta população (Brasil, 2002).

Em outubro de 2004 foi aprovado o documento Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual que reafirmou direitos, especialmente à autonomia (Sasaki, 2007) e pelo Decreto de 25 de agosto de 2009 foi promulgada a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007 (Brasil, 2009).

Em 2011 o decreto Nº 7.612 instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – “Viver sem Limite” com diretrizes intersecretariais. Mais recentemente, o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/GM Nº 793 de 2012 que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde – “Saúde Sem Limite”, revalidando a importância do cuidado compartilhado por meio da atenção integral à saúde (Brasil, 2013a).

Em 2015, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais à pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania, é instituída a Lei Brasileira Nº 13.146 de Inclusão da Pessoa com Deficiência ou Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Através destes marcos institucionais recentes foi difundido o Paradigma de Suportes ou da Inclusão, adotado pela presente pesquisa, que propõe enfoque nas potencialidades das pessoas com deficiência e na responsabilidade da sociedade em oferecer suportes e acessibilidade em todos os seus âmbitos para que esta parcela da população possa alcançar maior grau de gerenciamento de sua própria vida e assim a autonomia, em convivência com as demais pessoas, transitando em recursos da comunidade e ocupando os diferentes espaços, ampliando seu **Território** (Aranha, 2003).

Atualmente, as diversas formas de olhar e lidar com a deficiência convivem com propostas de segregação e de exclusão social, de internação em instituições especializadas de inclusão social, que preveem a participação social, autonomia e eliminação de barreiras

atitudinais. Em relação a esta última, observa-se que suas propostas ainda não se enraizaram no cotidiano de muitos espaços sociais, especialmente no que se refere à deficiência intelectual (São Paulo, 2012a).

Sendo assim, a forma como as equipes entendem o **Público Alvo** influencia no modelo assistencial e é esta relação que se coloca para esta pesquisa.

6.10 Território

O **Território** é entendido como uma força viva de relações, algo além da área geográfica, uma área delimitada como o *locus* de ação, o *locus* de vida das pessoas (Saraceno, 2001).

Para Santos (1979) o **Território** é construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma gama de atores que territorializam suas ações através do tempo em consonância com cada sociedade. Na sociedade globalizada, **Território** é o palco da proliferação do capital, espaço apropriado por seus agentes através da divisão social do trabalho.

A ideia de **Território** transitará do político para o cultural, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e ao afeto entre as pessoas. **Território** é onde as relações sociais são projetadas, materializando as articulações estruturais e conjunturais a que os indivíduos ou os grupos sociais estão historicamente submetidos, tornando-se intimamente relacionado ao contexto e ao modo de produção vigentes (Moken et al., 2008).

São Paulo é a cidade mais populosa do Brasil, do continente americano, e é a sétima cidade mais populosa do planeta. Desde 1960, o município mais populoso do Brasil, com cerca de 20 milhões de habitantes, é a oitava maior aglomeração urbana do mundo e distribuída de forma heterogênea, conforme figura 6.1 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Figura 6.1 - Mapa dos distritos de São Paulo por densidade demográfica

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010).

O município representa, isoladamente, 11,5% de todo o PIB Brasileiro e 36% de toda a produção de bens e serviços do estado de São Paulo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Apesar de ser considerado o centro financeiro do país, São Paulo apresenta também um índice de negócios ligados à economia informal considerado alto pelo Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade - IETS (2006) e cerca de 10% dos paulistanos vivendo abaixo da linha de pobreza segundo dados da prefeitura do município (São Paulo, 2001).

Os núcleos originais da cidade apresentam-se verticalizados, no centro; são caracterizados pela presença de edifícios comerciais e as periferias desenvolvem-se, de forma geral, com edificações de dois a quatro andares, que correspondem a uma distribuição de

bairros domicílios periféricos com tendência a apresentar Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixos quanto mais distantes do centro conforme figura 6.2.

IDH é uma medida comparativa, elaborada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e é utilizada para classificar diferentes regiões. A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, condições de saúde, educação e PIB (PPC) per capita, como um indicador do padrão de vida (United Nations, 2014).

Figura 6.2 - Mapa dos distritos de São Paulo por IDH, de acordo com o Atlas Municipal de 2001

Fonte: São Paulo (2001)

A cidade tem o décimo quarto maior IDH do estado e o 28º do Brasil, mas a sua distribuição na cidade não é homogênea. Os distritos mais centrais em geral apresentam IDH superior a 0,9, como no caso do distrito de Moema que tem o melhor índice (0,961), gradualmente diminuindo à medida que se afasta do centro, até chegar a valores de cerca de 0,7 nos limites do município. Marsilac tem o pior índice da cidade, 0,701 (São Paulo, 2001).

Historicamente, a área central, especialmente a localizada entre os rios Pinheiros, Tietê e Tamanduateí, é o local onde se concentra quase a totalidade da elite econômica da cidade, bem como os investimentos e o planejamento urbano por parte do poder público. As populações de mais baixa renda, em função do custo de vida, foram pressionadas dessas áreas

e obrigadas a ocupar regiões periféricas do município, mais desprovidas de infraestrutura (São Paulo, 2001).

Considerando que o indicador utilizado, o IDH, relaciona-se às condições de vida das pessoas e como consequência, ao acesso destas à educação, saúde e assistência social, entre outros, aqui se entende que a questão **Territorial**, também se relaciona com a rede de serviços de caráter público dos **Territórios**.

O APD está organizado para atender as populações tanto periféricas como centrais da cidade. A região do extremo sul – que abrange Parelheiros, Capela do Socorro, Grajaú, Capão Redondo e Campo Limpo - e do extremo norte, onde as ações desenvolveram-se em Pirituba, Perus, Freguesia do Ó, Brasilândia, Cachoeirinha, Casa Verde, Tucuruvi e Tremembé, eram territórios de atuação de equipes de referência do Supervisor Técnico.

6.11 Instituição

As **instituições** têm composições lógicas que, conforme a forma e o grau de formalização adotados, configuram-se em leis ou normas, por exemplo, e quando não estão enunciadas de maneira explícita, pautam regularidades de comportamentos (Baremblytt, 2002).

As **instituições** são instâncias de saber que compõem as relações sociais e organizam espaços e limites, já que estão vinculadas às práticas sociais, às relações dos sujeitos entre si e aos grupos, além do virtual, imaginário e simbólico, resultado de um processo histórico e dialético (Lourau, 1996).

Quando há uma prevalência do instituído, as instituições e seus estabelecimentos capturam os processos de subjetivação⁴² singulares, impondo-lhes seu próprio modelo através da centralidade do poder, do saber, do dinheiro, do prestígio, da disseminação da culpa. Por outro lado, quando as forças instituintes emergem, tem-se a possibilidade da produção de novos agenciamentos, novas composições e arranjos próprios de subjetividades livres e desejanças (Baremblytt, 2002, p.27).

As diferentes instâncias e culturas institucionais envolvidas no Programa influenciaram no modelo de gestão, que para esta dissertação está intimamente com o **Fator Instituição**,

⁴² Por subjetivação refere-se a construção processos de produção singulares de subjetividade por parte do indivíduo ou do grupo, de produção de si mesmo como sujeito (Baremblytt, 2002).

desenvolvido no interior das equipes e nos rumos das **Rodas de Saberes** como descrito no item “Crônica Descritiva e Analítica”.

6.12 Trabalhadores

Há, no trabalho em saúde, uma especificidade que se aproxima do artesanato. Esta característica há muito tempo é discutida, desde Aristóteles - que a chama de práxis - e que exige, além de um domínio técnico, uma disponibilidade de entender o universo subjetivo do usuário, e qualquer tentativa de automatizar este trabalho vai contra a sua própria natureza (Campos, 2003).

A grandeza da missão SUS, sua precariedade, as indicações políticas para cargos de coordenação de serviços e o trabalho “alienado” - submisso e acrítico - contribui, não só para a rotatividade dos profissionais, como também para o desgaste e a frustração dos **Trabalhadores**. Estes fatores contribuem ainda, para a progressiva desresponsabilização dos mesmos, o que implica em perigo para os usuários (Brasil, 2010).

A esse quadro acrescentem-se a desvalorização dos **Trabalhadores** de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento em processos de educação permanente, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários (Brasil, 2010).

Segundo Moura (2003) os **Trabalhadores** da saúde se defrontam cotidianamente com os limites e imposições do âmbito **Institucional**, ao mesmo tempo em que nos vemos às voltas com as questões do tratamento propriamente dito.

De um lado, temos os aspectos relacionados aos procedimentos, rotinas administrativas e financeiras, com suas tarefas muitas vezes repetitivas, atreladas aos objetivos, metas e indicadores quantitativos e qualitativos de produtividade, protocolos, portarias, normas, projeções, e assim por diante. De outro, estamos mergulhados nas questões da clínica, com toda a sua turbulência, imprevisibilidade e o fracasso da maioria das diferentes tentativas de antecipação (Moura, 2003, p.23).

Os **Trabalhadores** buscam rotinas e sua generalização para intervir no real, mas são desafiados pela multiplicidade dos processos, a imprevisibilidade do cotidiano e a impossível generalização dos casos (Moura, 2003).

6.13 Apoiador

O **Apoio** Paideia de Campos (2003), inspiração do Supervisor Técnico, desde a sua inserção no Programa, refere-se à articulação de coletivos com troca de saberes, poderes e afetos, e a geração de maiores graus de autonomia, que para o desenvolvimento da **Roda de Saberes** se configurou como **fator estratégico**.

Campos propõe o **Apoio** Paideia de forma complementar à já tradicional supervisão, planejamento e coordenação, ou à atuação de um consultor, ou mesmo, a de um profissional com seus pares. O tipo de **Apoio** que interessa a este trabalho, o Institucional, seria produção de análise e transformação dos processos de trabalho e dos modos de relação entre sujeitos em uma organização (Campos, 2003).

A palavra apoiar tem como sinônimos: dar **Apoio** a, aprovar, amparar, defender, favorecer, sustentar, firmar, encostar, fundar, fundamentar, arrimar-se e prestar auxílio mútuo, Segundo o Dicionário Aurélio (Ferreira, 2012). No contexto organizacional **Apoio**, refere-se ao papel exercido por agentes que assumem posicionamento subjetivo, ético e político de acordo com uma metodologia. Os objetivos dos arranjos de **Apoio** Institucional devem ser comprometidos com o aprimoramento dos processos de trabalho e das relações exercidas entre os sujeitos (Falleiro, 2014).

O Termo Apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apoia sustenta e empurra ao outro. Sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe objeto da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo (Campos, 2003, p.87).

Este novo lugar caracteriza-se como o referencial pedagógico para a formação em saúde, com uma postura que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão, partindo do pressuposto de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, considerando a indissociabilidade entre gestão e atenção, entre clínica e política; e reconhecendo que a gestão produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder de trabalhadores e usuários das organizações (Campos, 2003).

Para isso ele propõe uma metodologia que possui dez recursos: o primeiro é construir espaços democráticos de coletivo, ou seja, Rodas; o segundo é submeter às relações de saberes, poderes e afetos à análise da roda; o terceiro seria a inclusão da produção de valor de

uso⁴³ externa ao grupo, a perpetuação da **Instituição** e a produção subjetiva dos profissionais apoiados, ou seja, dos aspectos organizacionais que o autor denominará tríplice finalidade, nos trabalhos de gestão; o quarto: valorizar as demandas da roda e sugerir ofertas externas a ela de forma dialética; o quinto: apoiar o grupo de profissionais para que estabeleçam vínculos e comprometimentos com os respectivos usuários e com o contexto social; o sexto: “pensar e fazer junto com as pessoas e não em lugar deles” (Campos, 2003, p. 99); o sétimo: buscar a ampliação de espaços onde se aplique o método; o oitavo: os grupos poderão exercer a crítica e desejar mudanças; nono: o **Apoiador** poderá realizar suas atividades sem a necessidade destas ações serem sempre discutidas previamente na roda; décimo: o bom **Apoio** acontece quando o **Apoiador** também se permite ser apoiado pelo grupo em questão (Campos, 2003).

O **Apoio** Institucional é estratégia facilitadora do método Paideia quando trabalha seus recursos de forma complementar à já tradicional supervisão, planejamento e coordenação, atuação de um consultor, ou mesmo, de um profissional com seus pares (Campos, 2003).

Na educação permanente em saúde, a contribuição do **Apoio** Institucional se faz na medida em que este provoca mudanças nas práticas, avanços na forma de lidar com situações do cotidiano e fomenta a reflexão com o objetivo de aumentar a capacidade de intervenção sobre a realidade e para isso funciona tanto como um espelho, inclusive reconhecendo os valores do grupo, tanto como uma voz que traz experiências e saberes de fora do grupo e expressar propostas de mudança (Campos; Castro, 2014).

Para Campos e Castro (2014) a formação do **Apoiador** Institucional acontece no processo dinâmico de apoiar um coletivo, mediante prática reflexiva dessas práticas sem metodologia rígida, mas com pontos de passagem que são percorridos conforme a situação, em uma Cartografia.

As estratégias apontadas por Bueloniet al. (2015), como o GT, a perspectiva interdisciplinar e a relação direta destas ações com a eficiência dos serviços onde a Educação Permanente se desenvolveu, são aspectos presentes nesta pesquisa sobre a **Roda de Saberes**. As reflexões sobre o caminho percorrido para a construção deste dispositivo são as que se seguem.

⁴³O conceito marxista de Valor de Uso, é entendido aqui como a capacidade potencial para atender uma demanda social, pela produção de bens ou serviços, como a saúde; com a ressalva de que ela não é entendida como mercadoria, mas como direito (Campos, 2003)

7 CRÔNICA DESCRITIVA E ANALÍTICA

Todo apoiador minimamente sábio descobre que somente se consegue apoiar quando nos autorizamos a ser apoiados pelo grupo a quem pretendemos ajudar. Um bom dirigente dirige e é dirigido, comanda e é comandado por aqueles com quem trabalha.” (Campos, 2003, p.102).

Esta crônica se destina a descrever e analisar a história da **Roda de Saberes** em quatro diferentes momentos, que foram assim entendidos pelas mudanças de configuração. No primeiro momento só participaram os Enfermeiros das equipes de Referência do Supervisor Técnico e com presença obrigatória. No segundo, com presença voluntária de técnicos destas equipes. No terceiro com técnicos e acompanhantes destas equipes e presença voluntária. No quarto momento o convite foi aberto a todas as equipes do programa e foi composto um GT com trabalhadores eleitos pelas equipes para facilitar o processo de Educação Permanente do dispositivo.

Para apresentar e compreender esta experiência é necessário abordar seus diferentes contextos, ligados aos cinco **fatores estratégicos**, ao longo de 2010 a 2014 que influenciaram estas formatações. Estes fatores são, inevitavelmente, influenciados pela perspectiva do Supervisor Técnico, posição que este pesquisador ocupou nesta experiência.

Sendo esta uma pesquisa qualitativa, leva-se em consideração a perspectiva do próprio pesquisador, que não a nega, mas a coloca em questão, já que o próprio objetivo desta dissertação é auxiliar outros processos de Educação Permanente facilitadas por **Apoiadores**, sem que se esqueça que o **Apoio** é uma função, não cargo, sendo possível que qualquer trabalhador assuma este papel.

7.1 Implantação do APD

Logo após a contratação dos Supervisores Técnicos, em junho de 2010, diversas demandas foram solicitadas pela SMS para que o início do atendimento pelo Programa fosse iniciado. Cabe ressaltar que estas demandas não vinham da Área Técnica, que sempre colaborou muito com o Programa, mas de instâncias acima, ligadas à gestão da SMS.

Uma das tarefas iniciais foi a contratação dos novos profissionais que constituiriam as equipes, iniciando pelos profissionais de nível superior e posteriormente os acompanhantes. A

equipe institucional da ASF organizou-se para responder ao prazo apertado determinado pela SMS para a seleção, recrutamento e início do trabalho. Entretanto muitos profissionais foram contratados sem experiência ou conhecimento aprofundado na área da pessoa com deficiência, **Público Alvo** do Programa.

Como apontaram Compton-Griffith et al. (2011), em se tratando de cuidado a pessoas com deficiência, a falta de experiência dos **Trabalhadores** é um dos maiores desafios para sua prática.

Assim que contratados, em julho de 2010, os **Trabalhadores** foram enviados às unidades sede das equipes com um documento que apresentava o programa e solicitava uma sala para a acomodação. Muitas destas unidades (NIR) não foram previamente avisadas da chegada das equipes, embora os representantes das STS e CRS houvessem sido chamados meses antes para uma reunião com SMS para discutir esta chegada. Entretanto mesmo as unidades que tinham ciência desta chegada, não conheciam a data que isto aconteceria, o que, invariavelmente gerou transtornos para todos os envolvidos.

As unidades não conseguiram disponibilizar infraestrutura às equipes. Várias equipes ficaram longos períodos sem sala, sem ter onde se reunir, onde armazenar materiais, pertences pessoais ou um lugar para descansar da intensa rotina de visitas no **Território**. Em alguns casos as equipes conseguiram sala, mas em condições difíceis, apertadas, sem privacidade, sem cadeiras ou móveis, sem ventilação, dentre outras dificuldades.

Houve resistência, questionamento, desconfiança e dificuldade dos **Territórios**, seus moradores (como vizinhos e pais), e suas redes de serviços (principalmente dos profissionais das UBS) em entender a proposta do APD.

Vários profissionais de saúde e equipes de saúde da família pensaram que o Programa seria uma sobreposição ao NASF, uma manobra de campanha política, uma concorrência ou invasão em **Territórios** dominados por outras OS, entre outras questões.

O conceito de rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo **Território**, mas coloca em questão como eles estão se relacionando. A rede deve ser produzida pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos e políticas num dado **Território**, ou seja, é uma rede heterogênea que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes (Brasil, 2009).

Mas durante a implementação e início do APD a relação em rede foi desafiadora. Alguns **Territórios** não foram receptivos com as equipes. A chegada dos profissionais do APD suscitou conflitos e, em alguns casos, aconteceram mudanças de equipe de **Território**, o que gerou situações de desgaste nos **Trabalhadores**.

Havia diversas instâncias **Institucionais** envolvidas com o Programa, mas pouca clareza sobre quais eram as suas responsabilidades, limites e atribuições, especialmente em relação à STS, à Gerencia dos NIR nos quais as equipes APD estavam lotados e à ASF. A influência das **Instituições** será abordada ao longo desta pesquisa e é considerada um **fator estratégico** em seu desenvolvimento.

Assim que as equipes foram contratadas e instaladas, em agosto de 2010, o cadastramento do maior número possível de pessoas no Programa foi outra demanda da SMS, sob ameaça de extinguir o programa.

As áreas de abrangência não estavam definidas e havia uma orientação de que não era o momento de discutir essa questão, portanto as equipes foram se cadastrando dentro de um processo sem planejamento, configurando áreas territoriais de abrangência extensas e sem consonância com a **Territorialização** definida pelas equipes de saúde existentes; além de gerar expectativas entre as equipes e famílias, que após a implantação das metas, não puderam ser atendidas por estarem distantes das unidades de referência das equipes.

Pressionadas, as equipes saíram ao **Território** em um processo de mapeamento dos recursos disponíveis, como equipamentos de assistência social, de educação, lazer, esporte, cultura, entre outras. Com isso entraram em contato com a realidade destes **Territórios**, em sua maioria, conflituosa, marcada com adstrições locais, espaços onde a circulação era permitida pelo poder paralelo, e outros onde era necessário se vincular a lideranças para negociar a entrada.

Os **Territórios** de atuação do programa eram, em sua maioria, socialmente vulneráveis e apresentavam baixos índices de desenvolvimento. É o caso das regiões onde atuaram as equipes sob responsabilidade do Supervisor Técnico, como a de Capão Redondo com IDH de 0,782, Brasilândia com 0,769, Grajaú com 0,754, Parelheiros com 0,747. 96 e de Marsilac com 0,701, sendo estes últimos os mais baixos índices do município, o que significa menor acesso das pessoas moradoras destes **Territórios** a equipamentos do estado que atuariam para garantir seus direitos (São Paulo, 2001).

Segundo a PNEPS, quanto menor o IDH, maiores as barreiras sociais a serem enfrentadas para o atendimento à saúde da população e para a formação e desenvolvimento dos **Trabalhadores** da saúde (Brasil, 2009).

O encontro dos **Trabalhadores** técnicos com o **Território** foi especialmente desafiador. Em sua maioria eram de classes sociais diferentes dos moradores destas regiões. Estes **Trabalhadores** sentiram dificuldades em transitar por estes espaços com diferentes culturas e regras.

Portanto, o **Território** demonstrou ser um importante elemento para o trabalho das equipes e nesta dissertação ele é considerado um **fator estratégico** para a construção da **Roda de Saberes**.

As equipes já haviam iniciado os atendimentos, mas ainda havia um alinhamento impreciso sobre qual seria de fato a configuração do programa, o trabalho que seria desenvolvido, os desafios que seriam enfrentados e o papel dos profissionais, incluindo o do próprio Supervisor Técnico, o que abria a possibilidade para o entendimento de que devesse se aproximar a função de **Apoiador**, mas também causava incertezas no ambiente **Institucional**.

O Documento Norteador do Programa só foi lançado em 2012. Na época, havia disponível apenas um documento conciso construído para a aprovação do início do projeto, elaborado pela SMS, que estabelecia vinte equipes em São Paulo com a proposta de atender, em ações de inclusão social e autonomia, adultos jovens com Deficiência Intelectual que tivessem família, mas que estivessem em situação de vulnerabilidade social e dentro da área de abrangência do programa. A inclusão e a autonomia eram os dois conceitos base colocados, embora não tivessem uma fundamentação e aprofundamento, ou seja, eram diretrizes genéricas.

Portanto o modelo assistencial não estava definido e os profissionais ainda possuíam entendimentos incipientes sobre o **Público Alvo** do programa, pessoas com deficiência intelectual, aspecto que, combinados, comprometiam a realização dos seus objetivos.

Cada **Trabalhador** trazia consigo diferentes experiências e formações. Havia aqueles que contavam com experiências em serviços de saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica, e os com experiência em manicômios. Os que tinham experiência em ESF e os que nunca tinham trabalhado na saúde pública. Os que haviam se formado com base em paradigmas hegemônicos e os que dispunham de bases conceituais alternativas. Os que tinham construído uma trajetória em reabilitação e os que nunca tinham convivido com pessoas com deficiência. Esta diversidade, ao invés de acrescentar recursos ao programa gerou diversos conflitos e disputas de modelo dentro das equipes, dificultando o trabalho integrado.

Cabe destacar que essas pessoas têm sofrido inúmeras formas de preconceito, exclusão, segregação social ao longo da história da sociedade ocidental e práticas assistencialistas e tutelares que ainda nos dias de hoje, influenciam os modelos assistenciais (Rocha, 2006), presentes nas formações de alguns dos **Trabalhadores** do APD.

As equipes começaram a entrar em contato com diversos casos complexos que estavam “represados” pela falta de um serviço que os atendesse, especialmente em famílias disfuncionais, em cárcere privado e outras violações de direito, como situações de violência física, sexual e psicológica, negligência e exploração, além dos importantes limites fisiológicos. Muitas vezes estes envolviam deficiências profundas e/ou múltiplas, hábitos bizarros⁴⁴ e comorbidades, como transtornos psíquicos ou uso de drogas.

Conforme Relatório Mundial sobre a Deficiência, “Pessoas com Deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, menor participação econômica e taxas de pobreza mais elevadas”. Em parte, isto decorre de barreiras arquitetônicas, atitudinais e de comunicação, que impedem sua participação plena, eficaz e igualitária na sociedade. Assim, ambientes inacessíveis produzem desvantagens ao criar barreiras à participação e inclusão (Organização Mundial da Saúde, 2012).

O fator **Público Alvo** influenciou de forma importante a **Roda de Saberes**, que é o objetivo desta pesquisa e é considerado demanda e pauta desta. Assim, considera-se que ele é um **fator estratégico** que será retomado ao longo desta crônica.

Para os Supervisores Técnicos deste momento **Institucional** inicial do Programa era necessário entender o contexto, conhecer melhor as pessoas, as diversas e diferentes instâncias envolvidas no trabalho e consequentemente buscar os arranjos mais interessantes em relação a elas.

Ao mesmo tempo que havia pouca clareza sobre as diretrizes do trabalho, as demandas das esferas hierarquicamente superiores, sempre com prazos curtos, pressionavam os **Trabalhadores** a utilizar sua máxima capacidade produtiva.

Como as ações do programa aconteciam quase que totalmente nestes grandes **Territórios** (nas residências, escolas, parques e serviços de assistência social, entre outros) a possibilidade de acompanhamento destas ações era difícil.

Quando a SMS começou a cobrar metas de atendimento para cada cargo do Programa, isso dificultou ainda mais a oportunidade de espaço e de tempo para a reflexão sobre a prática. As metas eram muito requeridas pelos Supervisores de Equipe que por vezes as utilizavam como ferramenta de controle dos **Trabalhadores**, aqui considerados como **fator estratégico** por serem os agentes em atuação direta com os usuários do programa.

⁴⁴A CID-10 classifica pelo código F63, dentro da categoria de Distorções da personalidade e do comportamento adulto, os Transtornos dos hábitos e dos impulsos, sendo utilizada para vários comportamentos inadaptados persistentes e repetidos. A pessoa repetidamente não consegue resistir a impulsos que a levam a adotar este comportamento. Há um período de tensão seguido de uma sensação de alívio quando da realização do ato (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Campos (2000) identifica três elementos fundamentais que constituem as pretensões de controle sobre o **Trabalhador**: redução do espaço para reflexão e decisão autônoma durante a execução das tarefas, como se o gestor soubesse, e assim determinasse, a melhor forma de realizá-las; o gestor tendia a ver-se como um instrumento disciplinar, como se sua função se restringisse a corrigir o que estava sendo feito fora das normativas; e o discurso gerencial dominante tendia a conceber somente uma visão do ser humano, onde este tenderia a comportar-se segundo seu interesse imediato independente do contexto ou de sua história social.

No APD, quando havia, a gestão autoritária se mostrou ineficaz. Os conflitos que inicialmente eram velados, posteriormente ganharam força, as equipes se desagregaram e os **Trabalhadores** ficaram desmotivados. Outras equipes encontraram rapidamente formas de denunciar ou sinalizar o que ocorria, sendo que estas muitas vezes acabavam se blindando contra novos Supervisores de Equipe.

Considerando o histórico da atenção à pessoa com deficiência intelectual, a falta de experiência dos profissionais na área, as dificuldades da formação de equipe em saúde, o trabalho em rede, o foco no **Território**, a formação de um programa ainda por ser inventado, as dificuldades e a insegurança dos profissionais e da rede seriam naturais.

Mas essas dificuldades exigiam alinhamento entre as equipes APD, colocavam uma pressão extra nas reuniões ou discussões de caso com os demais serviços da rede que muitas vezes as expunham e continuavam a ocorrer mesmo com as capacitações oferecidos pela ASF e pela SMS neste período inicial da implantação do Programa.

Era necessário construir, descobrir ou inventar as funções e processos de trabalho dos profissionais e do próprio programa, propor outros modos de intervenção junto às equipes que possibilitassem uma visão ampliada do campo (Carvalho; Ceccim, 2005), ou seja, buscar a práxis, o encontro dos saberes e da prática. A práxis do cuidado em saúde não é uma simples aplicação de conhecimentos técnico-científicos, é necessária uma abertura para um encontro⁴⁵ com o outro que (re)constrói identidades, ou seja, um encontro entre sujeitos, que descobrirão juntos como o técnico e o prático se equacionam na vida (Ayres, 2011).

Lisa e Linda (2012) priorizam o estímulo a escuta à pessoa com deficiência, cuidado empático e efetivo, para atuações centradas na pessoa.

Campos (2003) entende que a transformação das práticas assistenciais só é possível se o modelo de gestão for coerente com a proposta, uma vez que a finalidade deve estar articulada

⁴⁵ No encontro ocorrem trocas de afetos tristes ou potentes, ou seja, que reforçam ou não nosso *conatus*, é desta perspectiva sobre o encontro que trabalha esta pesquisa (Chauí, 1999).

com seus processos mediadores. Portanto, os modelos de gestão e de assistência, que envolvem técnicas e políticas, são mutuamente influenciados e determinados (Campos, 2003).

Desse modo, pareceu necessário favorecer outras formas de trabalho em equipe e gestão, mais integrais, interdisciplinares e democráticas, que propiciassem esta práxis do cuidado em saúde. Afinal, seria contraditório pedir aos **Trabalhadores** que favorecessem a autonomia de sujeitos sem que eles próprios tivessem autonomia ou sem que fossem tratados como sujeitos.

O Supervisor Técnico entendia que estas questões também eram de sua responsabilidade, mas não tinha clareza de como realizar isso. Seria necessário também inventar, descobrir ou construir, em um processo de tentativa e erro, qual deveria ser a função do Supervisor Técnico, de forma que também deixasse a insegurança para buscar formas de gestão diferentes das autocráticas hegemônicas e apostar em experiências de gestão mais transversais (Campos, 2003).

Durante a atuação dos Supervisores Técnicos, uma das coisas que se tinha clareza é que estes deveriam desenvolver formas de intervenção para auxiliar as equipes e que a Educação Permanente era uma de suas atribuições. Naquele momento, a intervenção junto às Supervisoras de Equipe parecia o mais adequado. Desta iniciativa nascia o que viria a se tornar a **Roda de Saberes**, o que nos leva a considerar que a atuação do Supervisor Técnico como **Apoiador** foi um **fator de dimensão estratégica**; por sua aproximação com o conceito, como já abordado na “Apresentação” e nas “Bases Conceituais”.

7.2 Primeiro Momento da Roda de Saberes

Tendo em vista as formas autoritárias de gestão que dificultavam a troca de opiniões entre os demais **Trabalhadores** de equipe, e que por consequência empobrecia as conduções dos casos e PTS; no segundo semestre de 2010, o Supervisor Técnico identificou que os Supervisores de Equipe (Enfermeiros) seriam o foco estratégico de intervenção porque estavam na posição de liderança das equipes, tinham uma responsabilidade diferenciada e alguns vinham apresentando dificuldades na gestão de pessoas.

A presença dos Enfermeiros passou a ser expressamente solicitada pelo Supervisor Técnico. As reuniões, que aconteciam no **Território** de atuação das equipes (principalmente na unidade de saúde), tinham uma pauta previamente definida pelo Supervisor Técnico, que

abordava os assuntos de forma expositiva-dialogada, ou seja, eram abordados os conteúdos de cada pauta e seguidas por uma discussão do grupo.

Em outubro e dezembro de 2010, o papel dos Supervisores de Equipe foi discutido. Alguns destes profissionais apresentavam dúvidas sobre como deveria ser sua atuação tanto no que diz respeito ao modo de interagir com o **Público Alvo**, e com os **Trabalhadores**, o que permitia uma problematização potente, inclusive para aqueles Enfermeiros que não se sentiam confortáveis em colocar suas dúvidas nas reuniões, normalmente quem mais apresentava dificuldades. Assim, por trazer reflexões, trocas de vivência e novas ferramentas conceituais a partir da experiência do trabalho, as reuniões foram ganhando aspectos de Educação Permanente (Brasil, 2014).

O PTS foi discutido diversas vezes durante os dois encontros, na tentativa de que entendessem a necessidade dele ser construído em conjunto com a família e a equipe; isso implicaria em uma postura menos diretiva e mais dialogada dos funcionários envolvidos em relação aos atendidos e também entre si mesmos (Brasil, 2009).

Alguns Enfermeiros demonstravam muita ansiedade ao lidar com os casos, com as posturas mais rígidas e intervencionistas, além de uma preocupação excessiva com critérios para o atendimento de novos casos. Nestas reuniões, houve a tentativa de oferecer-lhes mais recursos para lidar com esta angústia, promover um olhar mais para a funcionalidade e menos para a rigidez dos diagnósticos, entender a necessidade de se respeitar o tempo de cada caso e a natureza do trabalho que requeria um modelo assistencial baseado na autonomia e respeitando as escolhas dos usuários e suas famílias. Aqui se coloca uma questão importante: estruturas horizontais de assistência e gestão são mais favoráveis à potencialização da capacidade de produção de saúde, por parte da equipe (Brasil, 2009) e para a própria equipe. Este entendimento foi sendo construído ao longo deste trabalho.

Naquele momento, considerava-se importante o entendimento da reponsabilidade dos Enfermeiros frente à equipe e às demais instâncias envolvidas no trabalho, bem como a incorporação de aspectos técnicos e gerenciais mais democráticos e participativos. Entende-se que o gestor, que também é um trabalhador, tem uma responsabilidade diferenciada; ele deve conquistar a liderança, procurar potencializar as capacidades dos demais **Trabalhadores**, favorecer a cooperação e trabalhar sempre para a sua equipe (Peduzzi; Oliveira, 2009).

Em seguida, entre janeiro e março de 2011, através de uma sequência de três reuniões, o Supervisor Técnico pautou a questão da gestão democrática com os Supervisores de Equipe

tendo como base os conhecimentos que tinha a respeito do método Paideia, de Campos (2003). Tratava-se de uma tentativa de instaurar um processo de sensibilização.

Assim, foram lidos e discutidos textos sobre o assunto e que abordavam modelos de gestão do trabalho, com críticas ao taylorismo e propondo o método da roda. Era a primeira vez que a maioria dos Enfermeiros tinha contato com o material, que foi introduzido até o final do primeiro semestre de 2011, quando uma pausa nestas reuniões ocorreu em função de demandas institucionais ao Supervisor Técnico.

Como exemplo, os processos de Educação Permanente promovidos pelos Supervisores Técnicos com o objetivo de discutir as questões familiares, explorando as recentes mudanças no conceito de família, de dinâmica familiar, a história da pessoa com deficiência, e outras questões fundamentais para o trabalho do programa como a CIF.

Ao final destes processos, no segundo semestre de 2011 o programa já havia sido implantado; grande parte de seus instrumentais, metas, processos de trabalhos e rotinas já estavam estabelecidos. As equipes haviam conseguido se estabilizar nas unidades e **Territórios**, especialmente graças a ajuda da Área Técnica de SMS, de CRS e, em alguns casos, também da STS.

No âmbito **Institucional** o programa estava ampliando olhares e formas de cuidado: flexibilizando critérios das pessoas a serem atendidas; olhando sua funcionalidade; criando grupos terapêuticos e dispositivos que buscavam a convivência e inclusão capazes de descobrir novas formas de intervenção com familiares e de produzir olhares mais sistêmicos. As equipes promoviam suas próprias discussões e capacitações sobre aspectos do trabalho; membros do programa participavam de congressos de saúde, enquanto articulações intersecretariais eram realizadas pelas diversas instâncias do programa. Constantemente se discutia sobre a importância de equacionar as metas quantitativas e a qualidade dos atendimentos no programa. .

Já havia um maior conforto dos profissionais em suas funções, um alinhamento e base maiores, além disso, a relação entre a gerência da ASF e entre a área técnica da SMS também estavam em um momento mais propício, fruto da realização de visitas, por estas instâncias, a todas as equipes e a pelo menos um caso atendidos por elas, com boa avaliação e valorização do trabalho do programa.

Portanto, em julho de 2011, o Supervisor Técnico entendeu que estas condições **institucionais** eram oportunas para aprofundar a discussão com os Supervisores de Equipe, entendendo que havia uma probabilidade menor de ser questionado pela SMS, mas ainda assim, continuava a fazê-las sem divulgação.

Discutiu-se sobre a indissociabilidade do técnico, político e administrativo (Campos, 2003). Suscitou-se com isso a seguinte reflexão: para que o APD atinja seu objetivo final de produzir autonomia às pessoas atendidas, seria necessária uma coerência em cada um destes três níveis, ou seja, se a política da autonomia atravessasse o Modelo de Gestão e o Modelo de Assistência (Campos, 2003).

Os profissionais foram incentivados a retomar leituras dos textos compartilhados, buscar e compartilhar outros, além de participar de cursos, palestras, simpósios e eventos como forma de desenvolvimento. Estas participações, assim como a divulgação dos eventos por parte do Supervisor Técnico começaram a ficar bastante frequentes.

No período seguinte, posicionamentos e conduções compatíveis com os assuntos discutidos foram solicitados aos Supervisores de Equipe. Nas avaliações de desempenho anuais da **Instituição** e em outros momentos de discussão individual, foram apontadas as dificuldades aos profissionais que se julgava necessário.

Em agosto de 2011, em uma tentativa de sensibilizar, acolher e confortar estes Enfermeiros, o Supervisor Técnico promoveu um encontro entre estes para assistir a um filme e com direito a pipoca e refrigerante. O filme tratava da relação entre um norte-americano com autismo de alto funcionamento e uma menina australiana que trocavam correspondências.

A ideia era oferecer espaço de reflexão e principalmente de cuidado a estes profissionais em um momento de pressão. Com a implantação de novas metas, estes Enfermeiros sofriam pressão de todas as instâncias (ASF, SMS, CRS, STS, Gerência do NIR, **Trabalhadores** e Familiares de atendidos) principalmente dos **Trabalhadores** das equipes e dos próprios Supervisores Técnicos, mas esta iniciativa se mostrou pouco potente; alguns Supervisores de Equipe questionaram a própria relevância daquele momento, ou seja, indicando que o encontro fora uma perda de tempo.

Após este encontro o Supervisor Técnico decidiu suspender os outros encontros e refletir sobre o modelo deste dispositivo de Educação Permanente.

7.2.1 Percepções sobre o Primeiro Momento das Rodas de Saberes

Os temas trabalhados no Primeiro Momento da **Roda de saberes** foram: **Instituição, Público Alvo e Trabalhadores e Apoio**, conforme apresentados no Gráfico 8.1. O gráfico apresenta esses temas em relação ao número de participantes, nas diferentes datas.

Gráfico 8.1 - Temas discutidos no Primeiro Momento da Roda de Saberes e número de participantes por encontro

Fonte: listas de presença e diário de campo entre 2010 e 2014.

O intuito desta intervenção era instrumentalizar os Supervisores de Equipe através de reuniões de discussão, e consequentemente, que as equipes se colocassem diante do **Público Alvo**, da família dos acompanhados, da rede de serviços do **Território**, da STS e da CRS de forma mais estratégica, alinhada e consistente. Fortalecer a capacidade de planejamento e organização destes profissionais, tendo em vista a implementação das primeiras metas e indicadores do programa. Os Supervisores de Equipe deveriam conquistar sua liderança, potencializar as capacidades dos **Trabalhadores**, favorecer a cooperação e trabalhar para a sua equipe como um facilitador, o que implicaria em melhores intervenções com os usuários (Peduzzi; Oliveira, 2009).

A escolha de uma intervenção somente com estes **Trabalhadores** - Supervisores de Equipe - também foi influenciada pelas tensões **institucionais** – como a exercida pela Coordenação de SMS, que enfatizava a produtividade dos atendimentos, pois assim as equipes não parariam o atendimento. Somente um profissional se ausentou das equipes e, com isso, o risco de ser questionado pela ação foi minimizado. Ainda assim, certa dose de cautela era necessária, por isso o Supervisor Técnico não divulgou estes encontros no âmbito **institucional**; essa abordagem não desafiou o organograma do programa, pois envolveu somente Supervisores de Equipe e Técnico, outra facilidade do modelo frente ao momento **institucional**.

Além disso, as reuniões possibilitaram que o Supervisor Técnico tivesse um escopo maior de intervenção, estreitasse relações com os Supervisores de Equipe e que criasse um espaço sem tantas tensões, que eram consequência de incertezas no nível **institucional**.

As reuniões com os Supervisores de Equipe e Supervisor Técnico foram necessárias e eficazes no seu objetivo de orientar, alinhar e responsabilizar. Os **fatores estratégicos Público Alvo** e **Trabalhadores** foram trabalhados durante a discussão indireta nos seis encontros iniciais e direta no sétimo, no sentido de que o manejo **Institucional** e gerencial (principal **fator estratégico** abordado) deveria promover autonomia aos **Trabalhadores** e por consequência, às pessoas atendidas, como descrito. Mas justamente nesse sentido, ao abordar a prática de gestão de forma mais aprofundada, atingiram um limite, uma vez que a disputa de modelos tomou o lugar da reflexão.

Os Supervisores de Equipe eram bastante coesos entre si, a minoria que se identificava ideologicamente com o conteúdo das reuniões demonstrava não querer se indispor com os demais. É provável que esse arranjo tenha favorecido uma postura defensiva, frente a aspectos que se desenvolveram nestes encontros interpretados como ameaçadores pelos Enfermeiros.

Os episódios das equipes se fragmentando e dos Supervisores de Equipe que conduziam seus trabalhos de forma autoritária diminuíram consideravelmente, mas ainda ocorriam, o que levou o Supervisor Técnico a refletir sobre sua forma de intervenção até ali realizada e buscar se aprofundar nos conceitos do método Paideia.

A principal razão dessas reuniões serem pouco eficientes em seu objetivo de favorecer a gestão democrática residia na inconsistência fundamental de todo o processo: discutia-se a gestão democrática de forma autoritária. A presença obrigatória e as pautas definidas previamente contradiziam o próprio conteúdo das discussões.

O Supervisor Técnico notou que ele próprio havia atuado de forma diretiva e intervencionista, tentando controlar a atuação dos Supervisores de Equipe. Assim, de forma geral, as reuniões revelaram uma disputa de modelos que suscitou uma resistência mútua que dificultou o processo nos objetivos de construir uma base teórica, técnica e política.

Para Freire (1997) o educando criaria sua própria educação, fazendo ele próprio o caminho, e não seguindo um já previamente construído. Assim, Freire propõe uma prática educativa em dialética com a realidade, ou seja, a educação dever ocorrer de forma dialogada entre o educador e o educando, onde haja uma articulação entre a vivência das pessoas e os conteúdos estudados.

Esta noção Freireana é adotada como base conceitual nesta pesquisa. Contudo o Supervisor Técnico, o **fator estratégico Apoiador**, com domínio incipiente deste conceito e sem saber como operacionalizá-lo, buscou formas ineficazes de fazê-lo, sendo ele próprio o educando, mas também limitando esta experiência.

Como o próprio método Paideia coloca, há uma indissociabilidade entre os processos assistenciais, políticos e os administrativos do trabalho em saúde (Campos, 2000). Concepção transformada em princípio da Política nacional de Humanização (PNH) e também adotada nesta pesquisa (Brasil, 2013c).

Assim, se quisesse favorecer aspectos assistenciais e gerenciais tendo como política a humanização e a democracia, seria necessário que se agisse através destes mesmos princípios.

Era necessário rever a concepção e a metodologia destas intervenções, buscar por materiais, textos e conceitos que pudessem mostrar caminhos mais interessantes e eficientes. Priorizando sempre o campo com que havia mais familiaridade e que também fazia mais sentido: o da gestão democrática via método Paideia.

7.3 Segundo Momento da Roda de Saberes e os Trabalhadores

No segundo semestre de 2011 os novos grupos de **Trabalhadores** ainda apresentaram dificuldades em constituírem-se em equipes, em operar de forma cooperativa e integrada, assim como em trabalhar com a perspectiva da interdisciplinaridade e em intervir de forma potente nos casos atendidos. A Política Nacional de Humanização (PNH) coloca que a formação dos **Trabalhadores** da saúde está distante do debate e da formulação da política pública de saúde, o que gera processos de trabalho fragmentados (Brasil, 2010).

Balogh et al. (2015) avaliam a interdisciplinaridade é fundamental para o cuidado de pessoas com deficiência intelectual, mas este conceito e prática, ou seja, esta práxis, tem importância ressaltada para todas as áreas da saúde, segundo a PNH (Brasil, 2010).

A interdisciplinaridade se faz fundamental para a criação de PTS efetivos, pois implica em uma responsabilização conjunta de **Trabalhadores**, ampliação das possibilidades de construção de vínculo com os usuários dos serviços, comunicação e atuação conjunta e de forma colaborativa, de profissionais de distintas formações. O trabalho interdisciplinar depende também de certa disposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado; pressupõe ainda a adesão a um paradigma que pense o processo saúde, doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico (Domitti, 2006).

Entretanto, os **Trabalhadores** envolvidos pareciam querer remediar sua insegurança buscando se firmar onde se sentiam mais confortáveis, ou seja, nas características, conteúdos, práticas e técnicas, inclusive de gestão, próprias de sua formação profissional, o que reforçava processos de trabalho fragmentados, dificuldades de comunicação e disputa de modelos, o que abriu espaço para gestões autoritárias em várias equipes, principalmente naquelas em que os Supervisores de Equipe (enfermeiros) vinham de vivências desta ordem.

Uma dificuldade na condução de casos também demonstrava relação com a insegurança de alguns profissionais. Por vezes, estes promoviam tutela, não autonomia, assumindo posturas diretivas e intervenções que misturavam questões pessoais, principalmente morais, quando lidavam com os usuários.

Na sociedade capitalista, imediatista, de alta velocidade e intensidade, é difícil conceber que as pessoas têm seu próprio ritmo, que os resultados de um PTS nem sempre são explícitos, que os processos nem sempre tem a continuidade que se espera, que as

expectativas e o envolvimento demasiado por parte dos **Trabalhadores** podem atrapalhar na condução dos casos (Moura, 2003).

Os autores da PNH identificam estas dificuldades como despreparo dos **Trabalhadores** em lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde pressupõe, e sustentam que isto está ligado à presença de modelos de gestão centralizados e verticais, que desapropriam o **Trabalhador** de seu próprio processo de trabalho (Brasil, 2008a).

Em algumas equipes as informações relacionadas ao trabalho, prontuário, tendências institucionais e solicitações de SMS não eram acessíveis a todos. Os prontuários eram segmentados entre os diferentes cargos do Programa e Acompanhantes e por vezes, eram desvalorizados pelos demais **Trabalhadores**.

A PNH (Brasil, 2010) propõe compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos **Trabalhadores** da saúde, estimulando processos de Educação Permanente e, portanto, os **Trabalhadores** são considerados fundamentais, de dimensão estratégica para a construção da **Roda de Saberes**.

O medo, a insegurança, a frustração e, por vezes, até um descrédito com o próprio trabalho eram trazidos recorrentemente pelos profissionais nas reuniões de discussão de caso com o Supervisor Técnico.

Estas reuniões com a equipe técnica - que se referiam ao Supervisor de Equipe, Psicólogo e TO de cada equipe - foram realizadas desde o início do APD, pelos Supervisores Técnicos, sendo esta uma de suas atribuições, e se mostraram essenciais para a realização desta função (São Paulo, 2012a), conforme relatado no capítulo “O Programa APD e a constituição da Roda de Saberes”.

Normalmente, estas reuniões eram solicitadas pelas equipes quando estas sentiam seus recursos esgotarem ou quando estavam em dúvida sobre qual condução tomar em um determinado caso. Nestas ocasiões o Supervisor Técnico teria conhecido o caso em uma visita domiciliar anterior à discussão, que por sua vez ocorria na unidade de lotação do programa.

Nesses momentos era possível ter acesso a como era o relacionamento e a dinâmica entre a equipe, como estavam pensando e desenvolvendo o seu trabalho e quais eram as dificuldades na condução de casos, no trabalho conjunto com outros serviços da rede de saúde e intersecretarial e na comunidade. Ou seja, estas reuniões levantavam demandas que possibilitavam frentes de intervenção sempre atualizadas para a equipe, para o Supervisor Técnico e até para outras instâncias acima deste.

Essas eram oportunidades de nomear os desafios, trabalhá-los e acolher os profissionais. A angústia era concebida como algo saudável, tendo em vista a gravidade e a complexidade

dos casos atendidos. Era necessário reforçar a continência destes profissionais, confortá-los, apoiá-los e oferecer-lhes alternativas.

Esse trabalho só era possível porque ao longo do trabalho, o Supervisor Técnico foi criando vínculo e entrosamento com as equipes, ou seja, havia troca de afeto. Este vínculo era importante por possibilitar uma troca mais fluida com os integrantes, especialmente aqueles mais abertos à reflexão, conforme propõe a metodologia Paideia (Campos, 2000).

O Supervisor Técnico vinha com um olhar privilegiado para pensar sobre a condução desses casos e o modelo assistencial exercido pela equipe porque não havia feito parte desse cotidiano e tinha um suposto saber projetado em si pelos **Trabalhadores**, em razão de sua posição **Institucional**. Desta forma, sua fala tinha um peso diferente da dos técnicos que realizavam estas discussões ou matriciamentos diários com os acompanhantes e que às vezes também participavam deste momento. Normalmente, os técnicos apoiavam estas propostas do Supervisor Técnico que poderiam apontar novos caminhos de condução dos casos ou reforçar os já discutidos em supervisão, em um processo de **Apoio** mútuo.

Entretanto, no que se refere à forma de gestão da equipe, as possibilidades de intervenção nestas reuniões eram limitadas porque não tratavam diretamente da gestão de equipe, e porque nas equipes em que a gestão era autoritária, os casos e os assuntos a serem discutidos eram escolhidos com antecedência pela liderança local, para fossem evitadas discussões sobre a gestão, além dos próprios profissionais serem orientados a não abrir espaço a este tema.

7.3.1 Ações de Educação Permanente em cada uma das Equipes

Inspirado nestes momentos, o Supervisor Técnico entendeu que o campo com estes **Trabalhadores** técnicos seria mais produtivo para ações de Educação Permanente. Assim, em outubro de 2011, tiveram início novos encontros que pretendiam conduzir os processos internos de cada equipe, rumo a uma gestão democrática e à consolidação de uma base conceitual para o desenvolvimento da práxis, já que os **Trabalhadores** se sentiriam mais apropriados, empoderados e respaldados para promover e até cobrar este modelo de gestão.

Os encontros aconteceram nas unidades de lotação, entre setembro e novembro de 2011, com cada uma das equipes técnicas, ou seja, Supervisor de Equipe, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional, sob responsabilidade do Supervisor Técnico, além da presença ocasional de Acompanhantes.

Institucionalmente, nesta ocasião, já existia uma confiança entre Gestor dos programas da ASF e os Supervisores Técnicos, fruto de trabalho realizado até ali, que permitia uma amplitude nas ações, embora estas não fossem ainda divulgadas por preocupação de que a validade destas pudessem ser questionadas por instâncias **Institucionais** superiores, como SMS que continuava a pressionar para que o atendimento às equipes ocorresse sem interrupções, mesmo que fossem breves e de Educação Permanente.

Diferente da tentativa de intervenção com os Supervisores de Equipe, nesta nova experiência a ideia era utilizar uma metodologia menos diretiva, com falas expositivas, mas oferecer pautas e discuti-las de forma participativa.

Os encontros eram realizados nas salas das equipes ou em locais próximos às unidades, como bibliotecas ou parques, o que privilegiava uma aproximação à realidade do **Território** e tomava todo um período, normalmente a manhã, de acordo com a possibilidade da agenda de cada equipe.

O objetivo da primeira rodada de encontros era favorecer a construção de uma base conceitual sobre a qual seria possível construir e aprofundar conteúdos relacionados ao modelo gerencial e institucional. Assim, foram discutidos os aspectos já abordados com os Supervisores de Equipe como a inseparabilidade dos aspectos técnico, político e administrativo do trabalho, especialmente para pensar sobre conceitos e terminologias utilizadas no cotidiano (Campos, 2003).

Algumas equipes utilizavam com frequência termos como “adaptação” e “adequação” para propor PTS; “retardo” e “idade mental” para falar em Deficiência Intelectual; “teimosos” e “preguiçosos” para se referir a usuários que tinham um tempo maior para responder às propostas, ofertas e intervenções terapêuticas das equipes; “desestruturadas” para qualificar famílias com arranjos singulares; “hipersexualizados”, para se referir à expressão da sexualidade de pessoas atendidas, entre outros exemplos de utilização de palavras sem uma reflexão sobre a relação delas com modelos assistenciais, ou sobre qual modelo o Programa assumiria.

Portanto foi favorecida a reflexão de que toda terminologia está ligada a uma determinada visão de mundo, a um modelo assistencial, a uma política de assistência, a um

corpo teórico e a um momento histórico, quem nem sempre estavam claros às pessoas que utilizavam esses termos (Jakobson, 1969).

Dessa forma, seria importante remontar às ligações das terminologias utilizadas para pensar se faziam sentido à equipe e se tinham compatibilidade com os objetivos do programa.

Nesse movimento, os participantes entenderam que as terminologias utilizadas pelas equipes eram constructos de momentos históricos, algumas, como as anteriormente exemplificadas, relacionadas às grandes instituições e a movimentos teóricos como a Medicina Moral, conforme Sasaki (1999) refere.

Ainda que isso não estivesse claro nas esferas **Institucionais**, o Supervisor Técnico colocou que a gestão democrática seria compatível com os objetivos do programa, especialmente o de promover autonomia por favorecer competências dos funcionários que consequentemente, potencializariam a autonomia dos usuários. Isso se configuraria de diversas formas práticas, exemplos disso seriam: as informações relacionadas ao trabalho deveriam ser acessíveis a todos; os prontuários não deveriam ter partes separadas para os Técnicos e para os Acompanhantes; e os Acompanhantes deveriam ser especialmente valorizados por estarem mais próximos aos casos.

Em outubro de 2011, o Supervisor Técnico realizou novamente encontros em cada uma das equipes de sua referência e em um segundo momento com os profissionais técnicos, que teve como objetivo favorecer que os **Trabalhadores** entrassem em contato com polaridades técnicas e políticas relacionadas com o trabalho realizado, através reflexões sobre modelos assistenciais distintos e sobre as tensões entre eles.

Observa-se que somente dois anos mais tarde foi lançado o Documento Norteador, que continha um aprofundamento dos princípios do APD, como a CIF. Portanto, neste momento o Supervisor Técnico trabalhou com os recursos teóricos que tinha mais domínio - a área da saúde mental - por entender que continha coerência com a lógica da inclusão e da autonomia, as únicas bases conceituais oficiais que o programa tinha nesse momento.

Pautou-se na lógica manicomial, que, além do confinamento de pessoas com sofrimento psíquico em manicômios, diz respeito a uma série de posturas, olhares, maneiras de encarar o usuário dos serviços públicos de saúde, ou seja, um modelo assistencial e gerencial que prioriza a doença em detrimento da pessoa doente, e que norteia relações **institucionais**, interprofissionais e interpessoais, sempre fragmentadas e hierárquicas (Oliveira, 2009).

Discutiu-se que a lógica manicomial está impregnada na sociedade. Elas se expressam através de um desejo de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar a vida (Lavrador; Barros, 2001). Trata-se, pois, de uma cultura manicomial de uma

sociedade doente e excludente, que se faz presente em nossos manicômios mentais (Pelbart, 1990).

Em oposição à lógica manicomial, a lógica da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, não se refere somente à substituição de leitos nos manicômios, por serviços territorializados e abertos. Além da crítica a toda a lógica manicomial, a reforma propõe relações mais integradas entre os profissionais, com atuações mais ampliadas e integradas e com menos hierarquia, ou seja, equipes mais transversais. O paciente passa a ser visto como pessoa com direitos, a doença passa a ser vista como um estado de saúde, e o terapeuta deixa a prepotência para assumir uma postura de igualdade para com o sujeito usuário do serviço (Oliveira, 2009).

Foi discutida a importância de identificar onde estas práticas manicomiais aconteciam no cotidiano de cada equipe e transformá-las. Ainda seria necessário fazer uma revisão periódica, pois a lógica manicomial está sempre nos atravessando e influenciando, daí a ideia de que o caminho mais fácil leva ao manicômio.

A criatividade e a abertura se fariam necessárias então para inventar e reinventar práticas, tanto de equipe quanto de manejo de casos. Para isso os **Trabalhadores** foram convidados a pensar em formas de construir estratégias de Educação Permanente transversais às equipes, para responder aos temas que mais as mobilizavam, conforme a demanda das reuniões de supervisão de casos, como a questão da sexualidade, agressividade, família, e o papel da equipe, seus limites e possibilidades frente aos casos desafiadores e a rede pouco continente de serviços.

Em novembro de 2011, no terceiro e último momento desta configuração, as equipes foram convidadas a ler o texto “Contratualidade e Reabilitação Psicossocial” de Kinoshita (1996). O autor utiliza o termo reabilitação psicossocial para definir o objetivo do trabalho no contexto da reforma psiquiátrica, de criar condições para a participação efetiva no intercâmbio social em um processo que ele denomina de aumento do poder contratual do usuário dos serviços (Kinoshita, 1996).

Além de apresentar um caso para ilustrar suas propostas, o autor inverte o senso comum, colocando que a maior autonomia estaria no aumento das relações de dependência. Ou seja, já que não há autossuficiência, a situação de dependência de poucas relações é restritiva e isso diminui a autonomia (Kinoshita, 1996).

Nesse momento, ao polarizar modelos assistenciais, a intenção era oferecer uma perspectiva conceitual da linha da reforma psiquiátrica, com olhares e ações que favorecessem a autonomia de forma radical. Pretendeu-se, ainda, sondar posicionamentos mais claros

relacionados aos modelos assistenciais e instigar reflexões mais elaboradas especialmente na condução de casos.

Grande parte dos **Trabalhadores** havia vivenciado o trabalho em instituições onde o poder hierárquico estava ligado principalmente à disciplina e ao controle, como coloca Campos (2003) no modelo taylorista de gestão, ou no modelo manicomial, como coloca Oliveira (2009) e ligados a um modelo de assistência hegemônico em reabilitação, como coloca Rocha (2006). Entretanto também havia aqueles com formações alinhadas ou compatíveis com os modelos assistenciais alternativos de reabilitação (Rocha, 2008) ou de reabilitação psicossocial (Kinoshita, 1996) e que já vinha tentando trabalhar nesta perspectiva.

Nesse processo, portanto, parte dos **Trabalhadores** reconheceu o objetivo das ações propostas pelo Supervisor Técnico, participaram ativamente e se sentiram fortalecidos, vendo a possibilidade de ter suas propostas de trabalho reconhecidas.

Entretanto, o Supervisor Técnico sentia que esta ação de Educação Permanente poderia ser ainda mais democrática. Um novo passo, dado a partir destes encontros locais, foi buscar a coerência na possibilidade Freireana dos participantes definirem os assuntos a serem abordados e seus próprios caminhos de aprendizagem (Freire; Shor, 2008).

Ao final desses encontros que aconteceram em cada uma das equipes, os profissionais solicitaram a continuidade do processo com encontros entre representantes de todas as equipes técnicas para a discussão de outros textos ou conteúdos.

7.3.2 Encontros entre as equipes na sede do Programa da ASF: consolidação da Roda de Saberes

Em uma sequência de três encontros, ao menos dois representantes de cada uma das seis equipes que era responsável o Supervisor Técnico, se reuniram pela manhã na sede institucional do Programa na ASF em Higienópolis, em uma sala grande e ampla no piso inferior da casa, apelidada de “Sala de Padra” pela decoração de algumas paredes.

Muitos profissionais não se conheciam, já que alguns que haviam ingressado no Programa após a sua implantação, mas mesmo os profissionais que já tinham tido algum contato não o tinham aprofundado. Portanto estes também foram momentos de vinculação e

troca afetiva entre os profissionais, o que facilitou a troca de experiências e a articulação dos conteúdos abordados com os casos que ocorriam espontaneamente.

Os **Territórios** de atuação das equipes tinham diferentes características populacionais, epidemiológicas, urbanísticas, culturais, etc. Portanto, nas discussões articulavam-se as características territoriais com os casos e temas abordados.

Isso possibilitava a troca de experiências, de conduções exitosas, mas também de fracassos e dificuldades, pois foi possível acolhê-los, pensar em conjunto sobre eles e oferecer diferentes olhares, com formações distintas das dos **Trabalhadores** que atuavam em locais diferentes e em equipes com características diferentes.

Os temas abordados eram determinados pelos participantes em decisões coletivas, fruto da discussão das necessidades identificadas no trabalho. A questão da sexualidade foi abordada no primeiro encontro (em dezembro de 2011), seguida da Autodefensoria⁴⁶ (abril de 2012) e Deficiências Múltiplas (maio de 2012).

Um exemplo disso, o encontro sobre Deficiência Múltipla, foi motivado pelo início de atendimento de diversos casos de usuários com deficiências múltiplas graves por decisão judicial, em um processo que havia fechado instituições totais, onde essas pessoas passavam o dia ou moravam, não realizavam atividades externas e tinham um cotidiano restrito, inclusive aos leitos.

Esse **Público Alvo** era uma novidade para a maioria dos **Trabalhadores** do programa, o que gerava novas inseguranças, dúvidas e angústias. Não havia clareza, nem mesmo na **Instituição** do Programa, de qual era o papel deles e do programa no atendimento a pessoas com comprometimentos desta gravidade.

Uma das TO do programa com experiência no trabalho com esse público foi convidada pelo grupo a falar sobre o tema e com isso houve trocas da ordem dos poderes, ou seja, era uma **Trabalhadora** compartilhando seus saberes com profissionais de diversos níveis hierárquicos, inclusive maiores, discutindo e sanando dúvidas.

O Supervisor Técnico entendeu que seria interessante dar mais visibilidade institucional, com uma lista de presença e nota em relatório mensal do programa à SMS, pois diferente dos encontros anteriores, este havia definido um objetivo que estava em consonância com as esferas **Institucionais** por colaborar para a instrumentalização de profissionais para o atendimento desta nova demanda ao Programa.

⁴⁶ A Autodefensoria ao processo ético e político de autonomia e participação de pessoas portadoras de deficiências, na medida em que se engajam pessoalmente na luta pela defesa de seus direitos, tomando suas próprias decisões a respeito de suas vidas, reivindicando voz e espaço para expressar suas ideias, desejos, expectativas e necessidades (Glat, 2009).

De forma geral, durante esta discussão os conhecimentos técnicos foram pautados sobre as principais patologias deste novo **Público Alvo**. O normal e patológico foram relativizados tendo em vista a singularidade de cada sujeito, favorecendo a construção de um modelo assistencial alternativo de reabilitação. Nesse sentido, ressaltou-se a necessidade de ética na relação com os usuários, para que a moral de cada um não interferisse no trabalho que se configurava no respeito ao desejo e direito do usuário, mas que pudesse favorecê-lo (Glat, 2009).

Os **Trabalhadores** favoreceram as discussões, trouxeram novos elementos a estas, fomentaram, aprofundaram e auxiliaram nas reflexões. Portanto, o objetivo de que estas reuniões tivessem um caráter democrático indicou estar próximo, através da participação ativa nas discussões. Foram dadas muitas devolutivas positivas, afirmando a necessidade destes momentos de reflexão, a relevância dos assuntos abordados e a forma de fazê-lo.

Os Supervisores de Equipe também se mostraram mais dispostos. Estavam em conversas com profissionais de outras formações em uma discussão fluida, em uma dinâmica que diluía a hierarquia. Alguns se sentiram à vontade a ponto de apresentar dúvidas, o que ampliou a possibilidade de diálogo e troca entre os demais profissionais, não só no contexto destas intervenções, mas no cotidiano da equipe, favorecendo gestões menos centralizadas e equipes mais interdisciplinares.

Ao final de um dos encontros uma Psicóloga falou sobre sua experiência de estágio em La Borde, uma clínica psiquiátrica francesa, uma das protagonistas dos clubes franceses.

Identificando desafios semelhantes, a Psicóloga do Programa, sugeriu o nome dado ao dispositivo de Educação Permanente, objeto de estudo desta pesquisa, a **Roda de Saberes**.

Segundo ela, os encontros que estavam ocorrendo coincidiam com o que tinha vivenciado em seu estágio, pois eram caracterizados por uma rede de relacionamentos, de organização democrática onde aconteciam troca de saberes e afetos. A participação era espontânea e dependia unicamente do desejo pessoal de partilhar saberes em reciprocidade, ou seja, demandar e oferecer habilidades e conhecimentos, o que evitaria relacionamentos balizados por hierarquias. Assim, naquele momento, a Psicóloga sugeriu o nome de **Roda de Saberes**, que favorecia a ideia de igualdade entre os diferentes saberes e teve a aprovação dos presentes.

7.3.3 Percepções sobre o Segundo Momento das Rodas de Saberes

As seis ações de Educação Permanente nas unidades totalizaram 108 (cento e oito) participações de **Trabalhadores**. Em cada uma das três primeiras ações, foram realizados oito encontros, um com cada equipe técnica de Referência do Supervisor. Nas outras três ações, os encontros aconteceram com as equipes reunidas e também contou com 54 (cinquenta e quatro) participações, conforme gráfico 7.2, que também mostra a frequência dos encontros do segundo momento da **Roda de Saberes**, bem como os meses que não ocorreram.

Gráfico 7.2 - Temas discutidos no Segundo Momento da Roda de Saberes e número de participantes por encontro

Fonte: listas de presença e diário de campo entre 2010 e 2014.

Referente ao **fator estratégico Apoiador**, neste momento da **Roda de Saberes** o Supervisor Técnico entendeu que seria necessário facilitar as dinâmicas de forma a articular as falas em relação aos objetivos propostos a cada encontro e instigar as pessoas mais caladas, devido ao número de pessoas ser maior que nos encontros anteriores.

Dessa forma, o trânsito da conversa circulou livremente entre os diferentes aspectos do trabalho e não era o intuito do Supervisor Técnico intervir em seus rumos, mas sua fala foi recorrente e ocupou um espaço além do necessário. Estava empolgado com aquele momento de trocas mais horizontais, de conhecer mais profundamente como cada um daqueles **Trabalhadores** pensava, de aprender e de refletir com eles sem ter de chegar a um objetivo definido.

Posteriormente, com a criação do Grupo de Trabalho (GT) da **Roda de Saberes**, a ser abordado no Item 7.5, os **Trabalhadores** colocaram que esta abertura causava certa angústia em alguns dos participantes porque estes muitas vezes tinham dificuldade em organizar internamente os conteúdos.

Buscando evitar relacionamentos balizados por hierarquias, mas ao mesmo tempo tendo que organizar as relações entre as pessoas que a ele afluíssem era, segundo Moura (2003), o principal desafio de um Clube dos Saberes. Com esta busca, tentou-se oferecer modelos de gestão que fugissem dos arranjos **Institucionais** hierárquicos, especialmente quando se abordou características das **instituições** totais, ou manicomialais que poderiam ser facilmente reproduzidas em outros serviços de saúde, mesmo com propostas mais arrojadas de atenção.

Os **Trabalhadores** se manifestaram positivamente a respeito e falaram sobre a importância daqueles momentos para uma reflexão sobre a prática, a troca de experiências, **Apoio** mútuo e compartilhamento. Diversas vezes estes profissionais relataram que levaram esses elementos debatidos na **Roda de Saberes** nas discussões de casos para sustentar propostas de PTS.

O **Território** foi abordado nas discussões, principalmente, no formato de trocas de experiências e manejos ligados ao tema, que iniciaram um processo de desmistificaram das realidades locais.

O **Público Alvo** foi abordado intensamente neste momento e o aprofundamento da discussão demonstra a evolução das equipes, que iniciaram um processo de reflexão e, assim, de paulatino alinhamento conceitual. Com 26 (vinte e seis) presentes ao último encontro, sobre deficiências múltiplas, teve a maior participação, indicando a relevância do tema para os **Trabalhadores**.

Seguindo a Política de Educação e Desenvolvimento do SUS, a **Roda de Saberes**, neste segundo momento buscou favorecer a criação de um espaço para que os “profissionais de nível técnico tivessem, ao longo do tempo e de sua inserção nos serviços de saúde, a oportunidade de refletir criticamente sobre o cotidiano, sobre as práticas assistenciais e gerenciais” (Brasil, 2009, p. 29).

Os **Trabalhadores** técnicos eram quem oferecia ferramentas de lida e condução de casos no cotidiano das equipes e a soma destas ofertas de fato configuravam o modelo assistencial do ADP. Este processo se mostrou importante para o início de um processo de construção de bases conceituais comuns entre eles.

Mas os técnicos também chamaram a atenção para a importância da participação dos Acompanhantes, já que também apresentavam dificuldades e que haviam sido convidados na última **Roda de Saberes**, sobre deficiências múltiplas, com importantes contribuições.

Mesmo com as capacitações iniciais que introduziram os principais conceitos, a prática trazia dúvidas básicas de forma recorrente entre os **Trabalhadores**, principalmente entre os Acompanhantes. Dúvidas como: o que é Deficiência Intelectual; como identificá-la; qual a diferença com a Saúde Mental; como é a sexualidade e a agressividade de pessoas com esta deficiência; o que é normal e o que é o patológico; o que é o SUS; quais são seus princípios; como entrar na casa de uma pessoa atendida; o que é um projeto terapêutico; qual o papel do Programa; entre outras.

O cargo de Acompanhante não exige ensino médio ou experiência e sua rotatividade era maior que as dos técnicos. Portanto, no processo de seleção e contratação de pessoas, buscavam-se aquelas que tinham uma sensibilidade para o tema da deficiência, alguma vivência nos cuidados destes. Após sua contratação os profissionais que entraram depois das grandes capacitações iniciais passavam por um processo de seguir outros Acompanhantes mais experientes e técnicos, de tirar suas dúvidas com a equipe e com a supervisão mais próxima.

Como estes são os profissionais mais próximos aos usuários, os que acompanhavam de fato o cotidiano dos atendidos, os que tinham contato com todas as questões familiares e **Territoriais**, mas ao mesmo tempo não tinham uma formação específica, muitas vezes apresentavam uma angústia paralisante e demandavam dos técnicos de instruções precisas, de preferência operacionais, que resolvessem os complexos problemas que encontravam nas casas.

As equipes se defrontaram com casos extremamente desafiadores, que mobilizavam profissionais e mesmo equipes inteiras, fazendo-as perder força de intervenção ou até

paralisando-as. Casos de violência, abuso sexual, negligência super proteção, cárcere privado, comportamento bizarro, envolvimento com o crime organizado, etc.

É preciso ressaltar que cada equipe realizava em média 135 visitas por mês – individualmente ou em duplas, de profissionais técnicos ou acompanhantes, dependendo de cada caso - de no mínimo uma hora cada. Cada equipe atendia até oitenta usuários e cada Acompanhante atendia por volta de dez usuários, ou seja, cada usuário recebia em média quase duas visitas por semana. Assim, estes **Trabalhadores** se inseriam no cotidiano de **Territórios**, famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade social com intensidade.

Em relação a isso, o Supervisor Técnico (ou **Apoiador**) indicou o limite de sua práxis e automatismo, com resquícios do modo de gestão tradicional, por não perceber a importância da participação dos Acompanhantes. Assim, neste momento, onde o objetivo era favorecer mudanças no modelo assistencial e de gestão, o **Apoiador** foi fator que influenciou limitando a força dos encontros, já que a não percebeu de início que a participação dos Acompanhantes traria novas perspectivas sobre o trabalho no Programa e a democratização de poderes, de forma mais contundente.

Desde então as **Rodas dos Saberes** incluíram os Acompanhantes, inaugurando um novo momento do dispositivo.

7.4 Terceiro Momento da Roda de Saberes: Técnicos e Acompanhantes

Com a exposição do último processo no ambiente **Institucional** da ASF, os demais Supervisores Técnicos, inclusive do PAI, demonstraram interesse, até porque cada um também estava experimentando e desenvolvendo dispositivos de Educação Permanente com suas equipes de referência.

Era um momento **Institucional** mais propício para a discussão com os demais Supervisores Técnicos e foi naquele momento que este pesquisador se deu conta de que a **Roda de Saberes** tinha aspectos importantes de Educação Permanente, tema que buscou aprofundamento.

Uma das Supervisoras Técnicas do PAI compartilhou com o Supervisor Técnico um projeto de Educação Permanente que havia iniciado para a área dos Programas PAI e APD na ASF. Este, por sua vez, o concluiu e o compartilhou como uma proposta.

O projeto era uma tentativa de englobar os diferentes momentos e formatos de Educação Permanente existentes nos programas: as ações desenvolvidas por cada equipe, por cada Supervisor Técnico, em conjunto e durante as capacitações institucionalizadas com todas as equipes, promovidas com a SMS - de forma a equacionar uma lógica que as organizasse. Para tanto, o projeto previa ações no nível local: que acontecia no interior de cada equipe; regional: momentos com mais de uma equipe; e geral: capacitações com todas as equipes APD ou PAI.

Esses três níveis estariam relacionados, mas manteriam sua independência. Cada eixo poderia realizar ações de Educação Permanente conforme suas demandas e possibilidades. Estas capacitações poderiam ser levadas para os eixos regionais e/ou geral. Da mesma forma, capacitações gerais poderiam e deveriam ter desdobramentos regionais e/ou locais, com membros das equipes replicando as capacitações aos demais.

Sendo assim, propunha-se um fluxo de temas e conteúdos entre os três eixos. Este fluxo de temas e conteúdos entre as instâncias regionais e geral seria principalmente facilitado pelos Supervisores Técnicos do programa.

O projeto foi bem recebido pelos demais Supervisores Técnicos, mas não foi oficializado. Havia uma área de desenvolvimento na ASF, que favorecia a realização de grandes encontros entre as gerências da **Instituição** e outros processos institucionais, mas que encontrava dificuldades de concretizar a criação destes núcleos mais locais em razão de um arranjo **institucional** centralizado e segmentado em áreas programáticas. Em uma reunião com a área, o Supervisor Técnico compartilhou o projeto, mas a discussão não prosseguiu.

Uma das razões para isso foi o início de um processo intenso de elaboração do Documento Norteador do Programa APD neste período, o que também impossibilitou temporariamente a realização de novos encontros da **Roda dos Saberes**.

O último ano daquela gestão municipal foi 2012, assim, a Área Técnica da Pessoa com deficiência da SMS disparou este processo na tentativa de garantir que o Programa preservasse suas características à mudança que viria no ano seguinte, já que a própria Área Técnica não sabia se permaneceria a mesma.

O processo de construção deste documento foi realizado de forma conjunta entre a Área técnica e a área Gerencial da ASF e havia o desejo de envolver diretamente os **Trabalhadores** da assistência nesta construção, mas como o tempo era curto, os Supervisores Técnicos fizeram a comunicação com as equipes, escutando e discutindo com as equipes e trazendo isso ao ambiente de construção do documento, o que demandou muito trabalho.

Esse momento **Institucional** e a elaboração deste documento foi uma oportunidade valiosa para estabelecer as bases conceituais do programa, que surgiram como a síntese de um

processo de debate entre as diversas tendências conceituais presentes no corpo institucional e nas equipes.

Em relação ao **Público Alvo**, os Supervisores Técnicos, membros da Área Técnica e o Gerente do Programa na ASF se debruçaram sobre a construção conjunta de uma perspectiva da história da pessoa com deficiência intelectual, necessária para ser uma das bases do documento.

Todo o Programa foi rediscutido e repensado com base nos três anos de experiência e conhecimento, sistematizando questões caras ao Programa, mas que ainda não estavam estabelecidas: Definição do programa, objetivos, **Público Alvo**, instrumentais, critérios de elegibilidade e alta; Metodologia e operacionalização; Perfil dos profissionais; Atribuições da equipe; Parâmetros de monitoramento, avaliação e metas; Área de abrangência; Responsabilidades das diferentes instâncias relacionadas ao programa, como a SMS, **Instituição** Parceira, CRS, STS, unidade de lotação, família dos usuários, da equipe e da Supervisão Técnica das instituições parceiras; além de sondar perspectivas futuras para o trabalho.

Toda essa discussão consolidou uma base comum entre os envolvidos, conheceu-se mais como cada um pensava, fortaleceu-se a relação entre eles e configurou-se um grande avanço para todo o programa. O programa também havia passado por uma avaliação positiva durante esse processo.

O acúmulo adquirido pelos Supervisores Técnicos nos dispositivos de Educação Permanente, como a **Roda dos Saberes**, foram utilizados para contribuir neste processo ao estabelecer como bases a PNH, a PNAB, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, RAS, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, CIF e AT (São Paulo, 2012a).

O trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar foi estabelecido como diretriz através dos documentos bases eleitos, assim como premissas de ações da reabilitação na comunidade, de ações no **Território**, de foco a autonomia, dentro de uma lógica emancipatória e de uma crítica à lógica tutelar, entre outros aspectos importantes para o fortalecimento do alinhamento do modelo assistencial foram consolidados.

O Documento Norteador (São Paulo, 2012a) foi finalmente concluído, oficializado e divulgado em um grande evento no final do ano com a presença de todos os **Trabalhadores** do programa, representantes das CRS e STS, dos outros programas da área gerencial da ASF e parceiros da rede de atuação das equipes.

Nesse evento, primeiramente foram expostos dados sobre os Serviços de Reabilitação no município assim como os programas existentes e pessoas atendidas. Foi exposto o referencial teórico que respalda o Documento Norteador e um breve resumo de seu conteúdo. Foi apresentado vídeo com fotos e frases selecionadas pelos profissionais das equipes, que contextualizaram o significado do material para os demais presentes.

O evento também contou com a presença do diretor do filme “Colegas”⁴⁷, Marcelo Silva Galvão, que exibiu um trecho e conversou com os presentes sobre a experiência de realizar o filme com atores com deficiência intelectual.

Uma das maiores influências e vitórias, do Supervisor Técnico⁴⁸, neste processo de construção do Documento Norteador foi o estabelecimento oficial do modelo de gestão democrática ao Programa e colocado explicitamente nas atribuições do Supervisor de Equipe e do Supervisor Técnico, que reforçou esta prática (São Paulo, 2012a).

O processo de construção do Documento Norteador teve um impacto positivo no Supervisor Técnico em questão, que se sentiu respaldado para desenvolver suas ações e sustentar institucionalmente a iniciativa da **Roda de Saberes** e junto às equipes.

A partir de então, o Supervisor Técnico assumiu definitivamente o dispositivo enquanto processo de Educação Permanente, oficializou em relatórios oficiais do programa, iniciou a elaboração de listas de presenças e de divulgação, independente do objetivo dos encontros.

7.4.1 Um estudo de caso: limites e potências da Roda de Saberes

Como era rotineiro, uma das equipes solicitou a presença do Supervisor Técnico para uma discussão de caso de um usuário recebido pela equipe por uma demanda da comunidade que se incomodava com ele e que não tinha vínculos com serviços de saúde, ou de qualquer outro setor. A equipe vinha apresentando uma dificuldade além do comum neste caso especialmente complexo.

Tratava-se de um garoto, por volta dos seus 14 anos, morador de uma região vulnerável do extremo sul da cidade de São Paulo, que apresentava muitas dificuldades no convívio com sua família, comunidade e escola (da qual havia sido expulso), causando o seu isolamento.

⁴⁷ Prestes a ser lançado o filme bem humorado apresenta a história de três amigos com deficiência intelectual que fogem de uma instituição para descobrir outras possibilidades de vida.

⁴⁸ Aqui se refere a este Pesquisador, mas que também contou com o suporte e a concordância dos demais.

Desafiador e provocador, em uma família pouco continente e pouco afetiva, com o início do atendimento o menino buscava na equipe suas referências, no entanto sem deixar de testá-los.

A equipe havia entrado em contato com a UBS e o NASF de referência que já haviam realizado tentativas de manejo deste caso e sua família, mas desistiram e não viam possibilidades de intervenção, portanto, negaram-se realizar uma nova tentativa em conjunto com o APD.

Durante a discussão do caso com o Supervisor Técnico foi difícil oferecer novas possibilidades de ação e entendimento à equipe. Em função desta intensidade da demanda a equipe sugeriu que o caso fosse discutido na **Roda de Saberes** com objetivo de ampliar a discussão sobre o **Público Alvo** do Programa entre as equipes.

Assim, após a pausa de três meses dedicada à elaboração do Documento Norteador que o momento **Institucional** solicitou, houve dois encontros, em novembro e em dezembro de 2012, da **Roda de Saberes** entre representantes das equipes APD de Referência deste Supervisor Técnico, que agora reforçava o aspecto totalmente voluntário da participação e incluía os Acompanhantes.

Explicava-se que as listas de presença serviam somente para comprovar a realização da ação e não para controle. Em ambos os encontros, o debate foi direcionado para a apresentação do caso por profissionais da equipe responsável, seguida da discussão de recursos teóricos, referências para se pensar na prática do programa.

Ao apresentar o caso, os profissionais da equipe em questão estavam agitados. Discorreram com rapidez e intensidade sobre seus comportamentos estereotipados, como quando dizia ser o “homem-rato” arrastando-se no chão da escola, enquanto a equipe tentava sensibilizar os professores a auxiliá-los em seu processo de reinserção naquele recurso. Narraram suas manipulações de uma forma pouco ponderada, colocando com gravidade o episódio que vendeu pó de giz de lousa aos colegas de escola dizendo ser cocaína ou quando dava diferentes informações para diferentes membros da equipe, requisitando-os constantemente – ao olhar da equipe o adolescente fazia isto para conseguir colocar-se no lugar de vítima e burlar os limites colocados pela equipe.

Sobre seu comportamento desafiador e sexualizado, exemplificaram que agarrava as profissionais, em sua maioria mulheres, de forma invasiva. Gritava com a mãe, batia no irmão menor e contava à equipe, sobre sua agressividade. E assim foi relatado também sobre sua família pouco continente, sobre as ameaças de começar a trabalhar para o tráfico de drogas local, que também o ameaçava, quando este jogava lixo na casa dos vizinhos, por exemplo.

A hipótese diagnóstica, assim como a leitura geral do caso, não era consenso entre toda a equipe e a maioria deles oscilava em seu posicionamento, hora entendendo-o simplesmente como um manipulador, que enganava a todos a seu próprio gosto, hora como alguém com um grave transtorno mental.

A equipe falou sobre as diversas tentativas de inclusão, de lida e de intervenção com o usuário, sua família, sua comunidade e com a rede de recursos e serviços do **Território**, que de fato haviam sido muitas, e que haviam se esgotado, sem sucesso. A exceção era a Psicóloga, que enxergava avanços, êxitos e apostas ainda possíveis, mas que pouco conseguiu se colocar. O Supervisor Técnico tentou ampliar este ponto e possibilitar uma discussão mais aprofundada entre os presentes, mas ao fazer isso sentiu que a equipe queria concluir a apresentação do caso, precisava expor suas angústias e que não deveria impor uma condução ao encontro, pois não faria sentido com a proposta da **Roda dos Saberes**.

Os membros da equipe tomaram, assim, todo o tempo restante do encontro, sem que propusessem novas possibilidades de condução e sem que houvesse chance dos demais presentes articularem reflexões sobre o caso, muito menos propor saídas à equipe, o que, a princípio era o objetivo daquele encontro, deixando um clima pesado entre os participantes.

Era nítido que a equipe precisava falar sobre como vinham se dedicando e tentando de todas as formas ajudar aquele usuário. Ao mesmo tempo, ficou claro que a equipe estava tão mobilizada que não conseguia abrir espaço para a fala dos demais, o que refletia resistência, que já transparecia na supervisão de caso com o Supervisor Técnico, mesmo com o genuíno movimento da equipe de pedir ajuda para encontrar outros caminhos possíveis para o caso.

Vale ressaltar, que esta era uma equipe muito dedicada, uma das quais se diferenciava pelo afinho contínuo e confiança tenaz na potência do seu próprio trabalho e da tecnologia leve⁴⁹ do Programa na condução dos casos, mas que, talvez até por isso, resistisse a devolutivas e se sentia impotente frente à situação deste caso.

O Supervisor Técnico sugeriu, então, a realização do segundo encontro para discussão do caso com base em referências teóricas que oferecessem recursos para a equipe e para os demais participantes, entendendo que aquele era um dos muitos casos complexos atendidos pelas equipes. A psicóloga da equipe, de formação psicanalítica, sugeriu um capítulo do texto “Privação e Delinquência” de D. W. Winnicott (2005).

⁴⁹ As tecnologias leves facilitam a troca de afetos, a produção do vínculo entre trabalhadores e usuários na produção do cuidado. Tecnologias leves são tecnologias relacionais que possibilitam a produção de relações intersubjetivas (Merhy; Feuerwerker, 2009).

Os profissionais rodiziavam na participação da **Roda de Saberes**, o grupo era sempre composto por diferentes pessoas, mas como o caso já havia sido apresentado, foi solicitado aos presentes que participassem novamente do encontro seguinte, para que pudesse haver uma discussão mais proveitosa.

Assim, os mesmos participantes retornaram em dezembro para o novo encontro da **Roda de Saberes**, mas da equipe de Referência do caso, somente a TO e a Acompanhante compareceram, algo a ser retomado nas Percepções sobre o Terceiro Momento das Rodas de Saberes.

Winnicott (2005) relaciona a tendência antissocial à privação, um problema específico no desenvolvimento da criança, onde esta vivencia um abandono marcante, o que provocaria uma agressividade direcionada ao ambiente, já que ele lhe deve algo. Entende os atos antissociais como uma reação sadia a um contexto hostil, vínculos familiares frágeis e poucos continentes, como um pedido de ajuda, um sinal de esperança, pois contém uma expectativa de resposta. Neste movimento, o adolescente estaria ainda em uma tentativa de testar a permanência das figuras dos profissionais, revivendo os vínculos parentais, para assim vincular-se com segurança.

Ser confrontado por um adolescente exige firmeza do adulto, em estar preparado para ver e ouvir insultos, ser testado na sua autoridade. O desafio do confronto, rebeldia, ironia, inconformismo do adolescente vão sempre existir, uma vez que é um momento de amadurecimento e de encontro de si mesmo (Winnicott, 2005).

Os presentes foram articulando os conceitos ao caso oferecidos pelo texto com o **Apoio** do Supervisor Técnico para que a discussão não se perdesse. Assim, foram suscitados aspectos do comportamento do adolescente que indicavam vinculação e pedido de socorro. A inteligência e o potencial do usuário foram ressaltados, mesmo que ele as exercesse de forma disfuncional, lembrando do episódio em que vendeu pó de giz aos colegas. A continência da equipe foi exaltada, lembrando que ela era necessária a este caso, mas que estava se colocando como a única salvação ao caso, por isso foi sugerida a possibilidade da equipe trabalhar para o fortalecimento da família deste usuário, para que esta também fosse continente. Sugeriu-se que a mãe, que apresentava suas próprias dificuldades de inserção social e autocuidado, também fosse acompanhada pela equipe.

As principais reflexões se voltaram sobre a utilidade do diagnóstico e o motivo pelo qual a equipe se preocupava com isso, provocando novamente a discussão sobre o normal e o patológico, abordada no primeiro encontro entre as equipes técnicas, mas também foi apontado que esta necessidade poderia indicar uma reação da equipe frente à angústia que

lhes suscitava o caso, na tentativa de projetá-la⁵⁰ como diagnóstico, ao invés de nomeá-la. Com tamanha mobilização dos profissionais, refletiu-se sobre a dificuldade de não envolver os próprios conteúdos e sentimentos pessoais.

As ações da equipe foram reconhecidas de forma a valorizar os seus esforços, já que os presentes detectaram diversos avanços no adolescente que demonstrava estar mais organizado e continente, muito embora continuasse a perder oportunidades, como a de ser incluído na escola, por seu comportamento desafiador, o que no final das contas, prejudicava a ele próprio, o que evidenciava que a questão da manipulação se ampliava em uma necessidade de ajuda.

A TO e a acompanhante da equipe participaram das reflexões durante a discussão de forma construtiva e trouxeram mais uma situação. O Usuário havia perguntado a Acompanhante de referência se ela fazia sexo, o que deixou a profissional desconcertada e suscitou uma longa discussão entre os presentes sobre qual seria a resposta e condução correta frente a isso. A maioria concordou que seria devolver a pergunta, tentando entender o sentido da pergunta para o usuário.

O debate seguiu sobre outras situações desafiadoras para os profissionais, como quando o usuário pede ao Acompanhante que compre algo para ele e sobre qual deveria ser o posicionamento correto nesse caso. O Supervisor Técnico, porém, questionou a concepção de certo ou errado diante destas situações inesperadas, mas que fazem parte do cotidiano do acompanhamento de usuários no Programa.

No seu entender, era possível pensar nestas situações de forma mais processual, menos exigente e que permitisse experimentações, lembrando Gracia⁵¹ (2009, apud Zolboli, 2010) que coloca duas posturas frente à situação de conflitos de valores na prática em saúde: a Dilemática, que se pauta em uma eleição racional de distintas possibilidades, entendendo que uma delas seria a mais correta e a Problemática, onde se entende que não necessariamente há uma correta, que o processo de discutir e descobrir de forma conjunta é mais interessante, pois o “foco está muito mais no caminho que na meta” (Gracia, 2009 apud Zolboli, 2010, p.47).

Assim, como os presentes estavam fazendo, estes autores entendem que a partir de uma tentativa individual de responder a questões Dilemáticas, nasce um processo coletivo de

⁵⁰Projeção é um mecanismo de defesa no qual os atributos pessoais de determinado indivíduo ou coletivo, comumente pensamentos inaceitáveis ou indesejados, são atribuídos a outra(s) pessoa(s), a fim de reduzir a ansiedade (Freud, 1895).

⁵¹Gracia D. Deliberación Moral. El Papel de las metodologías ética clínica [material didático de curso]. Madrid: Universidad Complutense; 2009.

abordagem Problemática, onde se abre um leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica (Gracia, 2009 apud Zolboli, 2010).

A equipe iniciou o trabalho de fortalecimento da família, oferecendo novas possibilidades de circulação, vinculação e atividades (inclusive de trabalho), através de interlocução com outros serviços do **Território**. Da mesma forma, a articulação com outros serviços de saúde foi retomada e projetos compartilhados de cuidado foram iniciados.

Teve início o acompanhamento da mãe pela equipe, propiciando um melhor autocuidado e autoconfiança, o que melhorou a possibilidade dela se relacionar com o filho. Este, por sua vez, conseguiu novos avanços na sua relação com a comunidade e com a família, ainda que continuasse a testar a permanência das pessoas próximas.

A discussão de caso indicou ser potente para o aprofundamento da discussão sobre o **Público Alvo** e, conseqüentemente do modelo assistencial, especialmente quando era espontaneamente trazida durante a discussão de outros temas, mas quando era o foco da discussão demonstrou ser uma dinâmica que poderia favorecer que a equipe de referência se sentisse exposta, o que provocaria reatividade, caso não houvesse uma confiança mútua entre os membros do grupo. Como os participantes eram sempre diferentes, a **Roda de Saberes** tinha esse limite quanto a formação completa de um grupo propriamente dito.

As reuniões de supervisão de caso continuaram a ocorrer entre o Supervisor Técnico e as equipes, em suas unidades de lotação, onde se sentiam mais seguras de expor suas dificuldades. Um projeto desenvolvido em parceria com a Associação Paulista de Terapia Familiar (APTF) também desenvolvia este trabalho em lócus, portanto ao Supervisor Técnico a metodologia de apresentação de caso na **Roda de Saberes** foi abandonada.

7.4.2 Roda de Saberes: autonomia, território e documento norteador

Pensando que a práxis do Programa é atravessada pela ética da autonomia, e na inseparabilidade do modelo Assistencial e de Gestão, no final de 2012, o Supervisor Técnico convidou os presentes à **Roda de Saberes** que tinham interesse em dar início a um processo de intercâmbio onde os membros de uma equipe acompanhavam um dia da rotina de outra, e onde as equipes teriam autonomia para se organizar.

A partir das discussões de caso, esta possibilidade surgiu com o objetivo das equipes trocarem conhecimentos, realidades territoriais, casos, recursos facilitadores e de dificuldades

e outros aspectos do trabalho que auxiliassem no acúmulo de ferramentas aos profissionais que potencializassem suas ações.

O Supervisor Técnico declarou a todos que conseguiria contribuir para as discussões de caso, lançar mão de recursos, identificar possibilidades e manejos por que transitava por diferentes **Territórios**, equipes e casos, o que lhe favorecia a absorção de experiências e lhe dava um lugar privilegiado, que proporcionava a ampliação do seu olhar, mais externo e com menos envolvimento direto.

Com os **Trabalhadores** vivenciando esta posição privilegiada eles puderam contribuir com a condução dos casos e a primeira roda, em janeiro de 2013, foi uma oportunidade de trocar percepções sobre o processo.

De forma geral, os profissionais que visitaram outras equipes se surpreenderam com as dificuldades que cada uma delas tinha de superar cotidianamente e isso os fez repensar sobre a sua própria postura diante destes desafios, já que, quando isolados nas equipes eles muitas vezes se sentiam como os únicos que enfrentavam adversidades. As experiências de intercâmbio eram discutidas também em reuniões de equipe com os demais.

A dificuldade com os outros equipamentos de serviços do **Território**, de transitar por ele e de estabelecer conexões em rede, foi recorrente nas falas dos profissionais que haviam realizado o intercâmbio, assim como a dificuldade dos usuários em responsabilizar os familiares e ainda a dificuldade que as equipes enfrentaram por não ter espaços apropriados nas unidades que estavam lotadas.

Aos profissionais presentes, muitas mães de pessoas atendidas, apresentavam apatia e negligência em relação aos cuidados necessários, assim como a rede de serviços, especialmente os de saúde e de assistência social, que em muitos casos, já haviam estigmatizado⁵² o caso como insolúvel quando o APD entrou no caso. Segundo os **Trabalhadores**, o trabalho do programa muitas vezes era interpretado pelos serviços como uma insistência incômoda.

Discutiu-se que as redes não estavam dadas, que era necessário tecê-las e aquecê-las constantemente. Sob esta perspectiva, o APD também acompanha os serviços, motiva, favorece possibilidades e potencialidades à rede (São Paulo, 2012a).

⁵² Goffman (1988) designa estigmatizante qualquer característica, visível ou não, considerada pela sociedade como incompatível com o seu quadro de expectativas. Este quadro é construído sob a identidade social virtual, ou seja, as categorias acerca dos atributos considerados naturais, normais e comuns do ser humano. Assim, as pessoas tendem a não atribuir respeito e consideração o que comumente gera no estigmatizado um ódio contra si mesmo e a tentativa de corrigir-se.

O processo de intercâmbio continuou ocorrendo até o início do ano seguinte e trouxe a necessidade de discutir o Documento Norteador (São Paulo, 2012a), pois se entendia que era importante que todos os **Trabalhadores** das equipes se apropriassem dele e de suas diretrizes.

Alguns frequentadores da **Roda de Saberes** iniciaram processos locais de discussão do documento em Educação Permanente que foram trazidos e dialogados com a **Roda de Saberes**, pois estes representantes das equipes faziam uma ponte entre os dois dispositivos, levando e trazendo reflexões, dúvidas, críticas, perspectivas e opiniões.

Esse processo demonstrou ser importante para a apropriação do dispositivo e do Documento Norteador, estabelecendo uma base conceitual sólida para o desenvolvimento do modelo assistencial, com profissionais referenciando-os em seus cotidianos, práticas, discussões de caso e com a rede.

Notoriamente os acompanhantes, que já vinham se apropriando dos conceitos e termos técnicos utilizados no cotidiano do trabalho, atingiram ainda novos patamares. Tão empoderados e apropriados, não foram poucos os episódios em que Acompanhantes argumentaram com profissionais técnicos, inclusive médicos de outros serviços de saúde, quando estes tinham falas ou posturas estigmatizantes em relação aos usuários. Houve casos de Acompanhantes que apresentaram o programa em outros serviços do **Território** - prática normalmente reservada à equipe técnica - e em eventos de práticas bem sucedidas com seus trabalhos.

Durante o ano de 2013 houve três encontros da **Roda de Saberes** sobre o Documento Norteador do Programa - onde discutiu-se inclusive suas metas - e quatro outros sobre temas relacionados, disparados pelo estudo do documento, como cuidando do cuidador e emprego apoiado.

Um desses encontros contou com a entrada de mais duas equipes que o Supervisor Técnico assumiu da região norte do município e que trabalhavam de formas distintas, com isso, houve uma troca intensa entre as equipes sobre as diferentes realidades territoriais que as equipes do Programa encontravam, assim como a configuração das redes, dificuldades e facilitadores, ferramentas e recursos, semelhanças e diferenças no cotidiano da cada equipe.

Outro encontro que merece destaque aconteceu em julho. Quando uma das equipes da norte sugeriu a participação da **Roda de Saberes** no Seminário de Saúde Mental, promovido pela PUC/SP e pelo Fórum de Reabilitação das STS Freguesia do Ó/Brasilândia e Casa Verde/Cachoeirinha/Limão, com o tema: “Íntimas utopias. Processos psicóticos, arte e clínica. Diálogos com Jean-Claude Polack”.

Jean Claude Polack, Médico Psiquiatra francês que atuou em experiências de Reforma Psiquiátrica Francesa no final da década de 70. Esta oportunidade foi extremamente interessante especialmente pelo fato do palestrante ter trabalhado na Clínica de La Borde com Félix Guattari e Jean Oury durante alguns anos, a partir de 1976, atuando inclusive nos Clubes de Saberes (Pontifícia Universidade Católica, 2013), que deram subsídio e nome à **Roda de Saberes**.

Jean Claude falou sobre sua entrada em La Borde, como conheceu os ilustres fundadores, como trabalhavam, como se posicionavam e suas experiências diárias com os pacientes. Segundo Jean, o modelo assistencial tinha a Psicanálise como base epistêmica e os fundamentos do materialismo histórico para a organização gerencial. Contou como abrigavam fugitivos na época da guerra entre a França e Argélia, mesmo sendo extremamente arriscado, por seus posicionamentos políticos radicalmente contra a política externa francesa. Também em função do engajamento dos **Trabalhadores**, contou que ajudavam as mulheres a praticar abortos quando elas tinham esta necessidade e numa época em isso era ainda uma prática proibida na França.

Jean falou ainda sobre a clínica que experimentavam, de convivência, liberdade e cidadania, sobre o trabalho compartilhado, de forma que, em conjunto com a convivência, desapareciam distinções entre pacientes e terapeutas, práticas ousadas mesmo atualmente. Havia uma radicalidade no trabalho da assistência na gestão que se prestava ao transformador, ao ousado e ao humano.

Após a palestra, durante a discussão com a plateia, o grupo da **Roda de Saberes** conseguiu falar sobre o dispositivo, seus objetivos, sua proposta, suas conquistas e suas inspirações, que incluía La Borde. Ainda que com a barreira da língua e problemas na tradução, Jean parabenizou admirado o grupo, inclusive mostrando interesse em saber mais sobre a experiência. Teve o reconhecimento e interesse também dos professores da Universidade que vieram procurar o grupo após o encerramento do evento.

Havia algo de especial nesse fato da **Roda de Saberes**, a de que o evento se deu com um dos poucos representantes vivos da experiência que havia inspirado o dispositivo.

Aquele encontro da **Roda de Saberes** era com Jean Claude, um encontro que marcava profundamente os participantes do dispositivo, dava a sensação de que a ousadia que em muitos momentos foi necessário esconder, agora ganhava notoriedade, reconhecimento, autenticidade e a aprovação da maior autoridade possível. Sentia-se parte dessa corrente, desta linha de pessoas que arriscaram, que ousaram e que revolucionaram. O evento foi emocionante e motivador para todos os que participaram.

7.4.3 Percepções sobre o Terceiro Momento das Rodas de Saberes

Nessa sequência de encontros deste terceiro momento das Rodas de Saberes, e a partir deles, as equipes e o Supervisor Técnico organizaram cafés da manhã como um ritual de acolhimento, o que favoreceu a conversa informal e a integração entre os **Trabalhadores**, proporcionando um momento leve e descontraído, mesmo para quem havia acabado de atravessar a cidade.

Outro ritual adotado nestes encontros foi iniciar a discussão retomando sua missão de espaço democrático, de troca de saberes, de participação voluntária e de ser um dispositivo dos **Trabalhadores**, com o objetivo, inclusive, de que se chegar ao ponto onde não fosse mais necessária a função de um facilitador, ou **Apoiador**, para que o dispositivo ocorresse.

Do ponto de vista **Institucional**, um dos avanços se deu com a inserção definitiva da **Roda dos Saberes** nos relatórios oficiais do programa SMS, pelo Supervisor Técnico, explicando que se tratava de uma oportunidade de circular saberes, experiências, vivências, dificuldades, recursos, ideias, afetos e poderes. Um espaço aberto para as equipes, uma forma de subjetivação, inspirada na experiência de La Borde, que dispunha de um dispositivo semelhante. Colocou-se o cunho democrático fundamental e a participação voluntária, e que naquele mês havia sido realizada discussão sobre as políticas de saúde que subsidiavam o trabalho do Programa. Esta ação não só colocava uma evolução no processo dialogado da **Roda de Saberes** com a **Instituição**, mas também, uma maturidade do próprio dispositivo que tinha seu funcionamento e princípios mais claros e estabelecidos.

A questão das metas, outra dimensão **Institucional** e cara aos **Trabalhadores** ocuparam um espaço nas discussões da **Roda de Saberes**. Era uma pauta bastante controversa nos demais espaços de discussão do programa, mas não neste. Ali os **Trabalhadores** puderam colocar-se de forma queixosa sem que isso fosse interpretado de maneira negativa, pelo contrário, eram acolhidos, ouvidos, discutidos, mas também convidados a propor outras formas de medir os resultados do APD, o que gerou propostas de formas de organização do processo de trabalho que equacionassem a delicadeza característica do programa com as metas e de outros indicadores que eram levados à gerência do programa. Esta reflexão sobre o próprio trabalho desenvolveu crítica e uma maior apropriação deste pelo **Trabalhador**.

Nessa relação que a **Roda dos Saberes** produziu entre **Trabalhadores** e Supervisor Técnico ou **Apoiador**, identificou-se que a forma singular de cada reunião do dispositivo tinha relação com o encontro entre as pessoas que ele agenciava. Havia as mais produtivas e

outras menos, assim, o Supervisor Técnico não deveria tomar para si a responsabilidade sobre isso, o que também impediria que os **Trabalhadores** se apropriassem do dispositivo.

Na dimensão da **Instituição** de um modelo de gestão democrático, as iniciativas e ações do Supervisor Técnico/**Apoiador**, especialmente a proposta de intercâmbio entre as equipes, foi resultado de um trabalhoso processo interior ainda em curso, que busca emancipar-se de seus próprios manicômios mentais, do apego a lugares hierárquicos, com o objetivo de desconstruir o papel e a imagem de Supervisor, e assim utilizá-lo de forma emblemática para favorecer a transformação do modelo assistencial e gerencial nos seus campos de influência (Oliveira, 2009).

Assim, o Supervisor Técnico/**Apoiador** implicou-se radicalmente no processo de cogestão, democratizou este lugar e desconstruiu seu próprio suposto saber hierárquico, favorecendo, também, a desconstrução do mito de meritocracia.

A meritocracia é incremento da ideologia neoliberal individualista, onde tudo será responsabilidade e atributo da capacidade e da eficiência individual. No neoliberalismo, forma hegemônica de subjetividade em nosso mundo, o cotidiano é esvaziado politicamente; as relações de opressão, as explorações, as diversas formas de dominação são invisibilizadas e atribuídas ao **Território** do psicológico, portanto o fracasso e o sucesso são considerações individuais associadas ao bem e ao mal (Coimbra; Leitão, 2003). Desta forma, o Supervisor Técnico buscou aproximar sua atuação do **Apoio** Paideia de Campos (2003).

Esse novo método de exercício da gestão busca superar as formas tradicionais de se estabelecer relações e de se exercitar as funções gerenciais. Funções de dirigente ou de liderança devem sair do lugar de dirigente-titular, suposto-sabido e todo-poderoso, saltar para colegiados com função operacional, interna às organizações, numa relação construtiva entre sujeitos em pé de igualdade, mesmo com saberes, poderes e papéis distintos (Campos, 1998).

Conforme gráfico 8.3 – nele também se vê o número de participantes, as datas e a frequência dos encontros do terceiro momento da **Roda de Saberes** - o **Público Alvo** foi pautado em sete de dez encontros. Com isso, as discussões de caso nas equipes se aprofundaram e os manejos de caso foram mais bem sucedidos, para isso, houve o envolvimento de menos questões e referências pessoais, como o moralismo.

Gráfico 7.3 - Segundo Momento da Roda de Saberes – de novembro de 2012 a fevereiro de 2014. Pausas e Encontros ocorridos com número de participantes (colunas) por data e assunto

Fonte: listas de presença e diário de campo entre 2010 e 2014.

Assim, os **Trabalhadores** também se empoderaram de novas tecnologias e se apropriaram de conceitos que aumentaram a possibilidades de discussão com outros serviços de saúde e de construção de rede no **Território**.

A vivência de diferentes **Territórios** e, com isso, a ampliação da capacidade de circulação por eles foi favorecida aos **Trabalhadores** pelo processo de intercâmbio iniciado neste momento da **Roda de Saberes**.

7.5 Quarto Momento da Roda de Saberes: GT

7.5.1 Momento institucional

No início do segundo semestre de 2013 o APD havia se consolidado como um programa bem sucedido na rede de serviços de saúde, com participação ativa em seus **Territórios** e reconhecimento do trabalho pelos outros serviços. As instâncias de SMS, CRS e STS referenciavam o programa e sua forma de trabalho como modelo a ser seguido pelos demais em reabilitação e saúde mental. Convidavam o programa para discutir os principais temas em pauta e para contribuir nos processos de Educação Permanente. Os dispositivos de participação social das regiões, os conselhos gestores, já conheciam o programa e o referenciavam, mesmo sendo ele pequeno em comparação com as demais redes de serviços.

Esse panorama e a influência da nova gestão municipal favoreceram uma rediscussão dos cargos de Supervisão Técnica nos gerenciais das OS. O termo **Apoiador** foi adotado, substituindo o anterior, que tinha o intuito inicial de diminuir a tensão entre este e as STS, mas que também possibilitou que fosse discutido o modelo de **Apoio** Paideia ou **Apoio** Institucional no programa, o qual este pesquisador, que já tinha familiaridade e vinha buscando se apropriar mais ajudou a pautar. Para esta pesquisa o termo **Apoiador** também será adotado daqui em diante em substituição de Supervisor Técnico.

O processo de discussão favoreceu intercâmbios, discussões e aprofundamentos entre os, agora, **Apoiadores** do Programa, fundando um novo momento na equipe gerencial, ainda mais coeso e com mais cooperação e alinhamento.

Com a nova gestão, os projetos ministeriais começaram a substituir aqueles sem financiamento federal, os estaduais e principalmente os municipais, na área de reabilitação não foi diferente.

Nesse ano iniciou-se um processo de habilitação dos NIR e NISA, da em CER e o início do processo de construção de outros destes serviços que garantiam 15 CER na cidade de São Paulo (São Paulo, 2014).

O posicionamento da SMS era que o APD não seria desabilitado e sim incorporado à política do CER. Seria uma equipe do CER que faria o trabalho de **Território**, de inclusão e de comunidade. Assim, manteria suas principais características, se integraria mais ao serviço

de sua lotação e expandiria seu **Público Alvo**, passando a atender mais fortemente sob a ótica da funcionalidade, o que favoreceria o fortalecimento da rede de reabilitação local.

O corpo gerencial do Programa na ASF entendia que isso era positivo e que fazia sentido, tendo em vista a importância da não segmentação da atenção e a articulação com outros serviços no **Território** de atuação das equipes, ou seja, a integralidade, a **Territorialização** e as redes de atenção à saúde (Brasil, 2009).

Ao final desse ano começou a se clarear e se delinear para o corpo **Institucional** da ASF uma discussão sobre um processo de reconfiguração de contratos e **Territórios** de OS para o estabelecimento de uma nova forma de parceria com o intuito de recuperar o caráter público da gestão da saúde do município.

Para isso, a SMS se propunha fazer um processo de concorrência de OS por região. Abriria um chamamento para as diferentes parceiras disputarem abertamente, com a melhor proposta de um Contrato de Gestão de **Territórios** delimitados, normalmente coincidentes com as STS, regido por regras, parâmetros, custos, metas de atendimento e indicadores de qualidade. Objetivos que trariam maior controle social, transparência e governabilidade sobre o trabalho executado pelas OS contratadas.

Até aquele momento a cidade era marcada por regiões com a atuação de distintas OS, mas algumas atuações específicas eram transversais e não adscritas a um **Território** específico pela razão de algumas OS terem características diferentes. Ou seja, as OS que tinham uma expertise na gestão de Hospitais e serviços de alta complexidade, acabavam administrando unidades deste tipo por toda a cidade, outras com um corpo e história institucional voltado a serviços de Saúde Mental e outras especialidades administravam vários destes serviços pela cidade.

Ao Corpo **Institucional** do Programa, esta parecia uma proposta interessante, já que era notório que algumas Organizações tinham uma liberdade questionável que comprometia os princípios do SUS no trabalho executado. Da mesma forma em relação a uma maior **Territorialização** da atuação das OS, pois isso possibilitaria maior trabalho em rede entre os serviços de saúde, algo notadamente sofrível até aquele momento.

Porém, no caso do Programa que estava presente em todas as CRS e com equipes nos diferentes extremos da cidade, na melhor das hipóteses, significaria que a Gestão do Programa APD na ASF perderia a maior parte das equipes, mais precisamente quinze. Ou seja, mesmo no caso da **Instituição** ganhar o chamamento nos **Territórios** em que já vinha atuando com a maioria dos serviços, a ASF manteria apenas cinco das equipes APD sob sua gestão, o que colocava o futuro do corpo **Institucional** dos Programas na OS em risco.

Isso, segundo o entendimento do **Apoiador** na época, se configurava uma situação ambígua. A nova gestão municipal vinha propondo processos positivos, o Programa estava sendo ainda melhor avaliado, estava mais maduro e com **Trabalhadores** buscando mais processos de formação, ao mesmo tempo em que estaria em risco, tendo em vista a delicadeza da perspectiva, do modelo assistencial e política que a equipe institucional da ASF, em parceria com a área técnica da SMS, conseguiu construir, mas que ainda tinha certa fragilidade, tendo em vista a juventude e tamanho do programa.

Ao **Apoiador** pareceu o momento de radicalizar com a **Roda de Saberes**. Se havia antes uma postura mais tímida para se abordar temas polêmicos, agora era a hora de arriscar ainda mais.

7.5.2 GT e a Metodologia Paideia

Tendo em vista a inseparabilidade entre o político, o técnico e o administrativo (Campos, 2003), os frequentadores da **Roda de Saberes** foram convidados pelo **Apoiador** a fazerem parte de um Grupo de Trabalho (GT), ou uma comissão de **Trabalhadores** que se responsabilizariam pelo dispositivo e facilitariam a interlocução entre as equipes e o dispositivo no levantamento de demandas e no desencadeamento de ações locais de Educação Permanente em Roda. Considerando os dez recursos da Paideia de Campos (2003), os aspectos citados relacionam-se ao primeiro, sexto e sétimo recurso da metodologia.

Esse grupo configurou-se com diversos **Trabalhadores** ao longo de 2014, incluindo Acompanhantes e **Apoiadores**, além de técnicos, que decidiram se encontrar em distintos lugares da cidade como uma forma de ocupar e transitar por ela, mas também de agenciar, algo que os membros relacionavam com a **Roda de Saberes** por esta proporcionar encontros de diversos elementos, como de distintos modos de viver, que possibilitavam micro transformações para a produção de sentido (Deleuze; Guattari, 1995).

O Agenciamento diz respeito aos processos pelos quais formas de subjetividade são produzidas, a confluência de fatores que produzem sentido, de forma indissociável a práticas concretas e relações de poder. O Agenciamento faz passar uma multiplicidade na outra que põe em jogo, em nós e fora de nós, as populações, as diferenças, os **Territórios**, os devires, os

afetos, os acontecimentos e relações constituídas no e pelo registro social (Deleuze; Guattari, 1976).

Já nos primeiros encontros os membros pactuaram o funcionamento do GT. Era um dispositivo aberto, com participação de pessoas diferentes, de diferentes equipes, onde seriam aceitos novos membros que desejassem participar e sua participação deveria ser espontânea e dentro das possibilidades de cada um, como a própria **Roda de Saberes**.

A Metodologia Paideia propõe o estabelecimento de um contrato entre os participantes do coletivo que se queira trabalhar, uma vinculação e um acordo entre os participantes, sejam eles, profissionais, gestores, organizações e/ou usuários (Campos, 2003).

O GT pactuou uma série de acordos de funcionamento, sob o qual agiu durante sua existência, o ano de 2014:

- Todas as decisões eram democráticas, fruto do consenso coletivo ou da maioria numérica, os **Apoiadores** eram ali, portanto, apenas mais um membro.
- As reuniões tinham poder deliberativo para legitimar as decisões que eram tomadas a cada encontro, independente do quórum.
- A cada encontro, os presentes elaboravam ata que era então divulgada aos integrantes do GT para facilitar a comunicação e a ciência de todos.
- Identificaram que a **Roda de Saberes** tinha uma plasticidade de momentos diretivos e outros abertos frente ao objetivo de cada encontro, coube ao GT identificar cada momento.
- Os membros do GT que quisessem, se rodizariam no papel de facilitador de cada encontro.
- Os membros assumiram a responsabilidade de interlocução entre as equipes e a **Roda de Saberes**.
- O dispositivo era um espaço de reflexão e cuidado do trabalhador, mas que influenciava na eficiência destes nas conduções do caso, o que se aproxima do terceiro e quinto recurso da metodologia.
- As rodas se abriram à participação de **Trabalhadores** de todas as equipes do programa.
- As pautas não seriam simples respostas às demandas das equipes, mas síntese delas com as análises e ofertas do GT.

- A cada **Roda de Saberes**, os profissionais realizavam balanço, articulando-o ao planejamento da próxima, em um processo contínuo de experimentação e análise.
- E concensuou-se que o objetivo da **Roda de Saberes** seria o de alcançar o máximo de gestão democrática possível, nela e nas equipes, através dela.

Assim, o GT da **Roda de Saberes** constituiu seu funcionamento de maneira que era possível relacioná-la à diretriz da metodologia Paideia, onde os temas deveriam surgir do próprio grupo, fruto do encontro entre os vários desejos e perspectivas ali presentes, mas que fossem submetidos a uma avaliação em Roda. E ainda outra: a elaboração de um Projeto de Intervenção em conjunto, que seria a própria **Roda de Saberes** (Campos, 2003).

Estes componentes criaram um grupo nas redes sociais e um grupo de mensagens em um aplicativo de celular e assim iniciaram uma conversa diária sobre o cotidiano do trabalho, divulgavam materiais, ideias, textos, eventos e cursos. Um dos primeiros eventos a serem divulgados foi a Semana Nacional de Humanização de 2014, na qual a **Roda de Saberes** se inscreveu, por decisão do GT.

Além disso, criaram um e-mail do GT para a comunicação direta com as equipes, desvinculando a **Roda dos Saberes** ao **Apoiador**. A formação do GT foi oficializada através de um e-mail enviado às equipes e cada membro do grupo conversou sobre isso com as respectivas unidades.

Uma das grandes contribuições do GT foi que seus membros traziam valiosas devolutivas dos **Trabalhadores** sobre o dispositivo que recebeu mudanças, conforme o oitavo recurso da metodologia. Uma das primeiras colocações foi a de que alguns membros das equipes não se interessavam pela **Roda de Saberes**, pois muitas vezes a terminologia e as palavras não eram entendidas.

O grupo considerou que a discussão poderia acontecer de forma a assumir que os presentes conhecessem todos os conceitos trabalhados, mas também afirmou a necessidade de fazer uso contextualizado de termos técnicos, juntamente com a apropriação coletiva destes termos como forma de aumento de contratualidade social e das ferramentas conceituais dos participantes. Assim inscreveu-se um passo metodológico aos encontros: pactuar que os presentes devessem perguntar sempre que não estivessem entendendo alguma palavra ou termo.

Outra devolutiva de alguns membros era que alguns encontros ficavam sem solução, que não motivava os participantes para o trabalho e gerava angústia.

Esta foi mais uma provocação valiosa ao grupo que refletiu sobre o dispositivo que agencia encontros entre as pessoas, o que pode gerar afetos negativos (Chauí, 1996).

Foi colocado que tudo na vida contemporânea, tem um objetivo, uma meta, um lugar pré-determinado a se chegar. Para os demais participantes, com a **Roda de Saberes** não haveria este lugar a se chegar, talvez apenas a própria reflexão, que favoreceria um maior acolhimento e leveza dele.

Mas todos ponderaram que deveria ser encontrado um equilíbrio entre a abertura total para a discussão e a orientação dela, justamente algo que Moura (2003) chama a atenção no Clube dos Saberes. Chegou-se à conclusão que seria necessário reforçar o fechamento dos encontros ao realizar uma devolutiva sobre o que foi produzido em cada um deles.

A partir destas devolutivas, apresentação de cada participante, as **Rodas de Saberes** convencionou que: Não haveria saberes maiores, somente diferentes, é um espaço de troca entre todos os saberes (da vida, acadêmicos, práticos, técnicos, entre outros); Em caso de qualquer dúvida, o participante deveria perguntar sem hesitar; todos deveriam se expressar e respeitar-se; o dispositivo era democrático, portanto um momento onde se busca deixar os cargos e hierarquias de fora; cada **Roda de Saberes** era fruto do encontro entre os presentes, portanto a responsabilidade por ele era compartilhada; e os presentes levavam para as suas respectivas equipes as reflexões que cada presente considerar válidas.

Após cada **Roda de Saberes** foi feito um fechamento, com os presentes colocando suas impressões referentes ao momento, de que forma estas impressões correspondiam a uma expectativa inicial e, no encerramento, um balanço dos principais pontos trabalhados e agradecimento pela participação, incentivando que os conteúdos fossem repassados às equipes.

Estes incrementos metodológicos se mostraram eficientes já nos primeiros encontros. As discussões contaram com participações mais variadas e o número de pessoas frequentando a roda aumentou 53%.

As sensações trazidas pelos membros do GT provinham da vivência direta entre o trabalho do programa com seus casos, em seus **Territórios** e em seus contextos institucionais, que eram colocadas em discussão e análise pelo grupo.

Assim, o GT também facilitava a aproximação com o que de fato ocorria nas equipes, funcionando como uma rede capilarizada viva e sensível, importante para direcionar ações da **Roda de Saberes** relevantes aos **Trabalhadores** que viessem ao encontro de demandas atualizadas, muitas vezes ainda não nomeadas.

7.5.3 As Rodas de Saberes e a PNH

A primeira angústia trazida pelo GT estava relacionada às incertezas quanto ao rumo do APD e de sua continuidade. Os questionamentos e incertezas quanto ao futuro, os boatos relacionados às mudanças da nova gestão e o momento **Institucional**. Os membros desabafaram estas demandas e se acolheram, mas também puderam refletir sobre as diversas adversidades que o APD já havia atravessado e concluíram que o melhor seria transformar angústia em movimento.

Portanto em um dos primeiros encontros da **Roda de Saberes** facilitado pelo GT discutiu-se que a angústia tem relação com a totalidade do Ser e da existência humana e que ela reflete sua dimensão ontológica, pois remete à totalidade da existência como Ser no mundo. Ao dar uma direção a ela os homens movem e projetam-se, desvelando em sua plenitude (Chauí, 1996. p. 9).

Fruto do trabalho do GT, o dispositivo criou um ambiente de confiança e conforto onde a conversa fluiu e nela couberam todas as angústias, afecções, afetos e reflexões. Os presentes conseguiram se apoiar, acolher e cuidar mutuamente em uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo, o que deu a este encontro um aspecto especialmente intenso de cuidado ao cuidador (Brasil, 2008b).

Em Abril de 2014, a **Roda de Saberes** participou da Semana Nacional de Humanização com dois encontros, onde O GT assumiu, coletivamente e apresentou as diretrizes da PHN suas relações com o dispositivo e com o trabalho do Programa.

No primeiro abordou-se que a Política Nacional de Humanização (PNH) traz em seu bojo a necessidade iminente de provocar inovações nas práticas gerenciais e de produção de saúde, “reconhecendo e potencializando métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos... com vistas à atenção integral, resolutiva e humanizada” (São Paulo, 2012a).

As experiências dos Programas PAI e APD trazem consigo a necessidade de criar espaços flexíveis para a reflexão, construção de saberes e manejos e trocas de experiências, angústias e perspectivas diante dos “imprevistos esperados” gerados no encontro com os **Territórios** e vidas singulares marcadas por trajetórias de exclusão.

Os membros do GT perguntaram aos participantes como conseguir com que todos os **Trabalhadores** envolvidos nos programas se sentissem responsáveis por construir um cotidiano onde não houvesse tarefas pré-determinadas, mas que se comprometessem com a produção de intervenções significativas e resolutivas.

A discussão caminhou para o compartilhamento de experiências, a retomada das diretrizes de cada serviço, ações na articulação dos serviços, envolvimento de diferentes espaços promotores de inclusão com o questionamento sempre presente relacionado a qual uso e qual lugar ocupa cada espaço de inclusão para que não seja uma nova exclusão maquiada.

Um dos membros do GT colocou a **Roda de Saberes** como um espaço potente para a construção coletiva dos PTS, com olhares próximos e distanciados, o que permite aprofundamento da reflexão e visualização de outros aspectos. Segundo a profissional possibilitou resgatar dimensões da estratégia do PTS para dar luz à construção de outros, no cotidiano do trabalho, às vezes fadados à natural reprodução improdutiva.

No final do encontro os participantes ainda foram convidados a pensar sobre outras dificuldades que surgiam na realidade do trabalho cotidiano de cada participante na construção do saber e do fazer: quais as estratégias adotadas e quais sonhadas.

Os **Trabalhadores** colocaram várias questões em pauta, dificuldades e possibilidades frente a uma rotina exigente de trabalho, mas também colocaram seus sonhos do que poderia ser diferente, exercitando a reflexão na tentativa de achar um ponto de encontro entre o ideal e o real.

Conforme combinado, um Psicólogo membro do GT, realizou fechamento e promovendo a devolutiva dos participantes e articulando-a, algo que foi repetido em todos os encontros da **Roda de Saberes** desde então.

Na segunda participação na Semana Nacional de Humanização, a Psicóloga que havia sugerido o nome da **Roda dos Saberes**, mas como já havia se desligado do Programa, foi convidada a participar, trazendo intensas reflexões do seu mestrado relacionadas à PNH, de Biopolítica, da vida na cidade e da vivência no trabalho do APD.

Embasada na PNH e em Fabio Araújo (2005), Lima (2013) nos convidou a uma ruptura.

[...] romper com a psicologia da clínica Klinos, que se debruça sobre o outro do alto de sua verdade e voltada para a sobrevalorização da intimidade psicológica e os preceitos universalistas. Afirmo a clínica enquanto Kliname, voltada para os desvios, o que emerge de proliferações da diferença e de comprometimento ético com as políticas públicas. O que cria a experiência do desvio é sempre um esbarrão, um tropeço, o surgimento de uma nova paisagem, um novo olhar. [...] A força está na postura ética, estética e política que aprendemos a imbuir em todas nossas ações, ideologias e micropolíticas (Lima, 2013, p. 118).

Encontros irremediavelmente produtores de saúdes e subjetividades. Saúde que não é só cura ou ausência de doenças, mas produção e afirmação de vida e diferenças. Subjetividades que são constantemente as possibilidades de diferir-se, a invenção e criação de si, do mundo, de mundos no mundo (Lima, 2013, p. 47).

Para Lima (2013) o trabalho do APD trata da clínica que se faz na cidade: becos, ruas, metrô, trens, ônibus, praças e avenidas. Considera, ainda, as várias dimensões das pessoas que trabalham no APD: mãe, profissional, filha, estudante, amiga, dona de casa, irmã, amante, etc.

Uma aposta com o indivíduo e seus familiares ou cuidadores, uma afirmação de que não há naturalidades, e sim construções cotidianas que fazem do impossível, possível. Como acompanhante, empresto desejo e coragem e o outro me devolve ousadias. Desta forma, ocupando os espaços, convivendo com os modos diversos de existência, criando novas políticas e resistências... (Lima, 2013, p 47).

Muitos Acompanhantes se colocaram, mesmo sendo sua primeira participação no espaço. Houve um movimento coletivo de “desnaturalização” do cotidiano de cada um presente, do trabalho e de questões sociais a ele relacionadas.

Dando sequência ao tema da PNH, o GT organizou um encontro da **Roda de Saberes** sobre Ambiência. Dividiram a grande roda em quatro grupos com um membro do GT cada um, que agenciou estímulos sensoriais ao grupo: som, cheiros, morfologia, textura e cores. Após a experiência do grupo com os estímulos, abriu-se novamente a grande roda e os presentes trocaram as sensações abordando de que maneira são afetados por esses estímulos no cotidiano das equipes, como interferem negativamente ou positivamente enquanto elementos que constituem a ambiência, o que se adota como estratégia para melhorar nossa condição de trabalho e o que pode ser construído e como se lida com este tema nos atendimentos.

Sobre a questão do acolhimento, a **Roda dos Saberes** promoveu dois encontros em junho e setembro de 2014. Destaca-se a de junho que utilizou uma metodologia ligada ao mundo dos negócios, o World Café, conforme decisão do GT.

Os presentes foram distribuídos em quatro mesas e discutiram uma de quatro perguntas elaboradas pelo GT sobre acolhimento. Em 20 minutos, os participantes mudavam de mesa, ficando apenas sentado um membro do GT com o objetivo de passar as informações para os próximos que se sentassem. Essas rodadas se repetiram por quatro vezes o que possibilitou

que todos os participantes discutissem cada uma das perguntas. Ao final, todos se agruparam em plenária e compartilharam o que foi gerado de conhecimento em cada mesa (Corrigan, 2015).

Em outubro de 2014 discutiu-se a questão do matriciamento. Novamente os presentes foram divididos em pequenos grupos para discutirem sobre o tema, onde a discussão transitou pelos conceitos, opiniões, vivências, discussão de casos, alegrias e tristezas de forma singular em cada um deles. Após as discussões os grupos apresentaram-se de formas muito distintas, divertidas e inusitadas: músicas, teatros e desenhos foram compartilhados com os demais.

Em dezembro, GT planejou a realização de um encontro de fechamento do ano. Convidaram pessoas da rede de serviços e instâncias (STS, CRS, SMS) para compor uma mesa sobre a visão do trabalho das equipes e do Programa. As tarefas foram divididas e atividades programadas, entretanto todas as aceleradas mudanças em curso no campo institucional e político interferiram na possibilidade de organização do encontro.

Ao **Apoiador**, o novo momento **Institucional** implicava em um novo trabalho, ele havia sido transferido de área em novembro.

Frente ao processo de mudanças na gestão da saúde municipal e aos chamamentos regionais, a ASF estava se reconfigurando, com os membros das equipes **Institucionais** sendo enviados para compor novas equipes regionalizadas, com **Apoiadores** dividindo-se não pelos programas ou setores, mas pelos **Territórios**, referenciando todos os programas presentes naquela adscrição, com o objetivo de articular, compor e tecer redes que potencializassem a capacidade instalada dos serviços, considerando as demandas características do **Território**, gerando mais acesso e uma produção de cuidado com maior integralidade.

Novas atribuições, novas relações, embates, disputas, tensões, novos campos técnicos, políticos e práticos diferentes, demandavam esforços para a adaptação, aprendizado e construção deste novo lugar. Ao mesmo tempo, a mudança tão abrupta trazia sentimentos contraditórios ao **Apoiador**: motivação com a nova proposta, preocupação com o futuro do APD.

Em dezembro, o último encontro da **Roda de Saberes** teve o privilégio de contar com a presença de representantes da área técnica da pessoa com deficiência de SMS, CRS Sul, STS Cachoeirinha, Santo Amaro e Campo Limpo, sendo que esta última representante compôs uma mesa com a presença com o Gerente do CAPS infantil da STS Capela do Socorro e Fisioterapeuta do NASF da STS Casa Verde, além da própria área técnica da SMS.

Cada convidado da mesa colocou suas impressões sobre a trajetória do APD, o convívio com as pessoas, o trabalho conjunto, o impacto do programa na cidade, etc. Em seguida a discussão fluiu entre os convidados dentro das pactuações tradicionais da **Roda de Saberes**.

Os encontros geravam sentimentos avessos ao **Apoiador**, de forma tumultuada pelos afetos, pelas tantas presenças importantes e pelas expectativas em relação ao futuro.

Após este encontro o GT manteve a comunicação enquanto tal durante mais alguns meses e tentou reunir-se para planejar novos encontros, mas o momento **Institucional** foi se tornando cada vez mais difícil, muitas equipes foram transferidas a outras OS. Assim, os profissionais foram demitidos da ASF e aqueles que queriam continuar precisaram passar por processo seletivo, por vezes submetendo-se a salários menores.

Durante o processo de reorganização das **instituições**, alguns membros do GT foram demitidos, alguns passaram por momentos difíceis e até adoeceram, mas com o tempo todos prosseguiram suas carreiras. Parte se recolocou fora dos programas PAI e APD, sendo que alguns, fora da ASF e alguns mantêm contato, dizendo como buscam criar novos dispositivos de Educação Permanente, com objetivo de estabelecer modelos de assistência e gestão democráticas.

7.5.4 Percepções sobre o Quarto Momento das Rodas de Saberes e o Apoio

No gráfico 7.4 pode-se ver o número de participantes e a frequência dos encontros do quarto momento da **Roda de Saberes** que ocorreu entre março e dezembro de 2014.

Gráfico 7.4 -Temas discutidos no Quarto Momento da Roda de Saberes e número de participantes por encontro

Fonte: listas de presença e diário de campo entre 2010 e 2014.

A grande contribuição do GT para as **Rodas de Saberes** abre um novo momento do dispositivo, mais forte e efetivo, o que foi confirmado pela percepção dos próprios membros do GT.

Após um encontro da **Roda de Saberes**, uma Supervisora de Equipe que compunha o GT, colocou no grupo de uma rede social: “A repercussão do encontro de hoje foi muito boa na equipe Tucuruvi! As meninas que foram conseguiram trazer para a reunião de equipe a empolgação pelo tema que foi desenvolvido na Roda. E também trouxeram a importância da Roda para cada uma delas. Muito bom! Parabéns pessoal!” (SIC).

Com o dispositivo potencializado pelo GT, as constantes incitações e reflexões sobre as metas do Programa ganharam concretude, os **Trabalhadores** haviam se tornado ativos inclusive nesta questão, onde se sentiam tão passivos e impotentes. O **Apoiador** e suas equipes vinham construindo novos indicadores para serem somados aos antigos e para que fossem analisados os aspectos mais qualitativos do trabalho desenvolvido, mas sem que se configurassem como metas. Naquele momento isso foi pautado junto à Coordenação Geral, foram inclusive expostos à SMS para apreciação e foram bem recebidos.

Os acordos pactuados nas primeiras reuniões foram importantes para o bom funcionamento do GT, mas impactaram positivamente principalmente na **Roda dos Saberes**, possibilitando, maior continuidade e coerência entre os assuntos discutidos, as metodologias adotadas e uma ampliação de experimentações.

No caso do encontro sobre acolhimento com World Café, em junho de 2014, o **Apoiador** era contra a escolha desta metodologia, foi voto vencido e chegou a pensar que o GT distorceria a proposta do dispositivo.

De fato, nessa ocasião foi quando se obteve mais devolutivas positivas dos participantes. Naquele momento, alguns Acompanhantes falaram que foi a melhor edição da **Roda de Saberes**, pois conseguiram apreender a discussão que foi facilitada pela divisão em grupos menores, prática que foi adotada desde então.

Mesmo em relação ao **Apoiador** a devolutiva foi que, ao servir o bolo e café aos presentes, este “acolheu mais”. Este papel foi o que lhe coube, já que não assumiu nenhuma função de facilitação dos encontros, mas naquele momento do processo, isso efetivamente desmistificou o lugar **Institucional**, tornou esta figura do **Apoiador** mais acessível e humana, conforme a própria devolutiva.

Esse episódio mostra a necessidade de democratização do poder **Institucional**, que chegou a um momento propício, onde a construção de protagonismo e integração dos **Trabalhadores** resulta na autonomia dos coletivos.

Em seus oito encontros, conforme gráfico 8.4, este momento representou uma possibilidade mais forte de tencionar os participantes do dispositivo em se implicarem em processos democratizantes, pessoal e coletivamente, já que radicalizou estes aspectos em seu próprio processo de fazer.

Ainda fica clara a concepção de que a **Roda de Saberes** comportava o teste e experimentação com diferentes metodologias, pois ela se ancora em objetivos mais amplos do que a forma de condução de um encontro. A própria possibilidade de experimentação demonstra, com a força deste episódio, ser muito mais importante para o dispositivo do que a metodologia aplicada ao encontro, respeitando o processo pelo qual passa o coletivo e seus princípios fundamentais. Ou seja, este precisa estar fortalecido e maduro como tal, o que envolve um entendimento das possibilidades democráticas de gestão.

Mas esta percepção só foi possível frente ao **Apoio** que o GT pode oferecer ao próprio **Apoiador**, algo que Campos (2003) coloca no décimo recurso de sua metodologia, onde coloca que o bom **Apoio** acontece quando este também se permite ser apoiado pelo grupo em questão.

Estabelecendo relação ao Método Paideia, estes acordos possibilitaram ao GT ousar e experimentar além do que o **Apoiador** teria tentado, em uma práxis que se mostrou mais eficiente e mais transformadora.

Através das avaliações, análises e modificações a cada encontro da **Roda de Saberes**, o GT facilitou esta concepção Freireana de ação-reflexão-ação em níveis cada vez mais complexos (Freire, Shor, 2008).

Em relação ao **fator estratégico, Trabalhadores**, uma Psicóloga, membro do GT, disse que os encontros reverberavam mais nas equipes. Segundo ela todos os **Trabalhadores**, principalmente as acompanhantes de sua equipe querem comparecer aos encontros. “A palavra circula a partir da horizontalidade. Com isso as pessoas conseguem entrar neste movimento da roda” (SIC).

O GT colocou em questão as motivações que levaram cada participante a frequentar a **Roda de Saberes** naquele contexto e utilizou o espaço para aprofundar discussões complexas do cotidiano do trabalho, como espaço para desabafos, crises, refúgio e fortalecimento mútuo.

Os representantes de uma das equipes da região norte da cidade compartilhou sua experiência com os demais e, como haviam se apropriado do tema e modelo, reproduziram na equipe um dispositivo inspirado na **Roda de Saberes**.

Nesse sentido, vários dos presentes reproduziram as **Rodas de Saberes** locais, respondendo ao sétimo recurso da Paideia, o de reprodução do método, com impacto no

cotidiano do trabalho das equipes que vinham conseguindo articular as discussões sobre as duas práticas cotidianas, aos manejos de caso e aos processos de trabalho. Algo verbalizado pelas equipes no cotidiano.

Segundo um de seus membros, o GT “[...] deu muita vida à roda. O GT é uma roda dentro da Roda” (SIC). Como um núcleo potencializado, além de organizar e conduzir a **Roda de Saberes**, o GT articulou esta às equipes, favoreceu - de forma capilar - os fluxos de informações, demandas, impressões, dificuldades e devolutivas, colocadas em análise pelo coletivo. Facilitou a replicação de conteúdos e métodos locais e desencadeou processos de **Apoio** nas respectivas equipes.

O GT não representou uma instância superior aos demais **Trabalhadores**, pois trabalhou para as equipes e para a **Roda de Saberes**. Assim os integrantes do GT foram formados **Apoiadores**, já que segundo Campos (2003) o **Apoio** pode se dar entre pares em rodízio ou mútuo. Desta forma foi possível progredir na sofisticação dos conceitos e de maior análise crítica do cotidiano do trabalho das equipes.

Os resultados disso, segundo os membros do GT, também se verificava nas equipes. As reuniões de equipe vinham sendo conduzidas de forma coletiva, não eram mais momentos em que somente o Supervisor de Equipe dava orientações, informes e estabelecia escalas.

O **Público Alvo**, outro **fator estratégico**, foi menos pautado neste momento, conforme Gráfico 8.4, sendo apenas abordado indiretamente e na articulação de conteúdos trabalhados a casos atendidos por parte dos participantes. É possível que isso indique que o processo de Educação Permanente tenha gerado demandas diferentes, pois conseguiu responder à demanda anterior e, sendo assim, que o **Público Alvo** foi menos necessário porque as equipes estavam mais seguras no trabalho com este.

O GT, que se encontrava em espaços de distintos **Territórios** demonstra uma apropriação deste pelos seus membros, agindo ativamente, em um agenciamento dos espaços. O **fator estratégico, Território**, foi abordado principalmente na reunião sobre acolhimento e trabalho de forma mais qualificada, abordando a forma de atuação deste sobre os **Trabalhadores** e usuários do Programa. Os processos de intercâmbio, que continuaram a ocorrer também favoreceram este trabalho.

Nesse novo e estimulante momento em que o foco está mais na rede, espera-se que o Programa não seja esquecido, nem se perca ou que se extinga, mas que mantenha sua característica de ousadia, de atendimento de qualidade e com uma prática não hegemônica, na saúde pública, de inclusão.

8 RESULTADOS

No Documento Norteador do Programa, de 2012, a SMS reconheceu o APD como um programa exitoso: “Ao longo do tempo o Programa amadureceu e descobriu a potência de suas ações em saúde, para além de transformações na pessoa e família, na rede de serviços da cidade” (São Paulo, 2012a, p. 59).

O Documento coloca que as diversas ações realizadas, pautadas na participação nos diversos espaços, constituição de laços, protagonismo, autonomia e inclusão social da pessoa com deficiência contribuiu sensivelmente para a articulação da rede de serviços, tanto da saúde, como de outros setores (São Paulo, 2012a).

Para a SMS (São Paulo, 2012a), o Programa possibilitou a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual e suas famílias, por meio da intervenção singular em domicílios, na comunidade e em unidades de saúde.

No final de 2015 a SMS iniciou a construção de um novo documento norteador, aprofundando as bases anteriormente estabelecidas e conhecimentos adquiridos durante os anos de existência do APD, além de situá-lo não mais como programa, mas como estratégia de atenção às pessoas com deficiência intelectual no município.

Para este pesquisado, o conhecimento contido nas duas versões de Documentos Norteadores e êxito do Programa é resultado do esforço coletivo de suas diferentes esferas, incluindo os frutos de diversas ações de Educação Permanente, dentre elas a **Roda dos Saberes**, que facilitaram a transformação das questões vividas no trabalho pelas equipes do APD em possibilidades de aprendizado, conforme prevê a Política Nacional de Educação Permanente (Brasil, 2007).

Campos (2003) coloca que a educação em saúde também deve ser uma forma de fortalecer a capacidade de análise e de intervenção dos **Trabalhadores**. Embora sem seguir passo a passo, a **Roda dos Saberes** seguiu metodologia Paideia em seus principais aspectos.

Em seu processo, a **Roda de Saberes** construiu espaço para a democratização de poderes e saberes, envolvendo a troca de afetos (Campos, 2003), em quatro movimentos sucessivos de aprofundamento e ampliação, inclusive conceituais, especialmente por parte do **Apoiador**, mas também por todos os participantes, que implicavam em reformatações do dispositivo e consolidaram a singularidade desta experiência.

Os diferentes movimentos foram:

- Primeiro Momento da **Roda de Saberes**, onde o **Público Alvo** da ação foram os Supervisores de Equipe.
- Segundo Momento da **Roda de Saberes**, em que a ação foi direcionada aos **Trabalhadores** Técnicos.
- Terceiro Momento da **Roda de Saberes**, que englobou os Técnicos e Acompanhantes.
- Quarto Momento da **Roda de Saberes**, que teve a participação de todos os **Trabalhadores** e a criação do Grupo de Trabalho.

Ao longo deste processo, durante 2010 e 2014, a **Roda de Saberes** promoveu 31 encontros e contou com 543 participações, conforme Gráficos 7.1, 7.2, 7.3 e 7.4.

Entre 2010 e 2014, a **Roda de Saberes** percorreu um caminho errante conforme a situação, sem um roteiro definido. O dispositivo se apropriou de aspectos do Clube de Saberes, como o caráter voluntário da participação, a flexibilização de identidades profissionais, o cambio de profissionais entre equipes e ao dispor o saber no jogo das relações interpessoais (Borges, 2009).

Como Borges (2009) afirmou, a iniciativa nasce do entusiasmo e de certa ingenuidade, especialmente da esperança de contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, **Trabalhadores** da saúde e usuários (Brasil, 2009).

Através do método Paideia, maior subsídio da experiência, buscou construir condições favoráveis para a reflexão sobre a atuação dos sujeitos no mundo e atuar na disputa por modelos no plano político-social; no campo da análise institucional com a emergência de subjetividades; na contribuição para a educação permanente e, finalmente, na instância da gestão propriamente dita (Campos, 2000).

Essa busca sem caminhos pré-fixados se deu como uma ‘cartografia’ no dizer de Guattari (1992), com pontos de passagem mais do que itens organizados segundo uma hierarquia rígida. A forma de percorrê-los variou conforme o momento: algumas rotas escolhidas pelo próprio grupo, em conformidade com os temas demandados pela própria equipe; outras ofertadas por agentes externos (Campos, 2000, p. 208).

A experimentação com diferentes metodologias também demonstra este processo cartográfico, pois o dispositivo se ancora em objetivos mais amplos do que a forma de condução de um encontro.

A **Roda de Saberes**, portanto se configura como projeto, um devir, um dispositivo vivo, se desconstruindo e se reconstruindo em um processo dialético, sem um lugar previamente definido a se chegar, mas com conceitos bases e perspectivas norteadoras.

Para Guattari (1992) há tecnologias institucionais para modelagem e serialização da subjetividade que fazem com que as funções e as capacidades sejam utilizadas e docilizadas, mas existem movimentos de resistência que produzem singularizações, modos de viver que escapam aos processos de captura das máquinas capitalistas de produção de subjetividade.

Foucault (1979) reforça esta ideia ao tomar o conhecimento como intervenção, como possibilidade de criação de novos modos de existência, de subjetividade e de vida. Neste âmbito se travará um embate entre a dominação e a exploração sobre a vida, a biopolítica e poder da vida, a biopotência. É neste último que se aposta na proposta da **Roda dos Saberes**, no poder do encontro, de afetar e ser afetado e com isso se reinventar (Pelbart, 2003).

Para Espinosa (1957), gerado pelos encontros, os afetos impregnam a existência humana, ocorrem simultaneamente no corpo e na mente e podem aumentar ou diminuir nossa potência de agir. A potência é entendida como condição para se atingir a liberdade, já que representa a possibilidade que cada indivíduo tem de ser, de se afirmar e de se expandir. Ao selecionar os encontros regula-se a variação de potência de se perseverar em sua própria natureza, constituindo-se uma ética, em modos singulares de viver, que desafiam a moral dominante, que combate a servidão e a tirania. (Espinosa, 1957).

Buscou-se nas Rodas de Saberes abertura, experimentação, flexibilidade e a troca de afetos em um processo que possibilitou “[...] uma ‘revolução molecular’, quer dizer, de uma reinvenção permanente” (Guattari, 1992).

Mas cabe ressaltar que este processo dialógico não ocorreu sempre de forma ascendente, tendo sofrido diversos desvios, por influenciados **fatores estratégicos**, que aconteciam junto com o processo de construção da **Roda de Saberes**.

Pelo menos um dos cinco **fatores estratégicos** foi abordado em cada um dos trinta e um encontros da **Roda de Saberes**, conforme Gráficos 7.1, 7.2, 7.3 e 7.4, fundamentando sua relevância: Público Alvo (PA) 19 vezes, Território (Ter) 16 vezes, Instituição (Inst.) 12 vezes, Trabalhador (Trab.) 8 vezes e Apoiador (Ap.) 6 vezes, conforme gráfico 8.1.

Gráfico 8.1 - Número de encontros em que os Fatores Estratégicos foram abordados na Roda de Saberes

Fonte: listas de presença e diário de campo entre 2010 e 2014.

Ao identificar os arranjos facilitadores dos **fatores estratégicos** busca-se estabelecer relações entre a singularidade do caso e a coletivização desta experiência de forma cartográfica. A investigação cartográfica se apropria da palavra do campo da Geografia para referir-se ao traçado de mapas processuais de um **Território** existencial, relativiza as formas instituídas de verdade, e valida investigações que se produzem a partir de sucessivos movimentos de autorreflexão. Assim, valoriza subjetividade no campo da pesquisa, que deixa de estar ligada apenas aos domínios da representação, da interioridade e passa a ligar-se visceralmente aos conjuntos sociais (Passos et al., 2009).

Portanto, os arranjos facilitadores, aqui sistematizados e apresentados, pretendem oferecer auxílio a profissionais que desejam implementar processos semelhantes de Educação Permanente que privilegiem mudanças democráticas e interdisciplinares no modelo assistencial e gerencial. Com isso, não se pretende direcionar, mas compartilhar o que foi possível aprender nesta experiência prática e de busca por ferramentas conceituais para facilitar novas experiências, assim como Campos e Guerrero (2010, p.54) colocam:

Nada aprendemos com aquele que nos diz: faça como eu. Nossos únicos mestres são aqueles que nos dizem 'faça comigo' e que, em vez de nos propor gestos a serem reproduzidos, sabem emitir signos a serem desenvolvidos no heterogêneo (Campos; Guerrero, 2010, p. 54).

Espera-se que os arranjos facilitadores possam auxiliá-los a navegar pelos **fatores estratégicos**, intrinsicamente relacionados entre si, entendendo que são formas úteis de ler o terreno, atentando e respeitando as suas características e a do veículo, ou seja, as dos protagonistas e das ferramentas que dispõem. São flexíveis e adaptáveis a estas singularidades.

Para auxiliar na fundamentação destes arranjos buscou-se dados junto ao corpo institucional do Programa para que servissem de indicadores na avaliação do sucesso do dispositivo em questão. Ressalva-se que estes dados estão possivelmente relacionados a uma série de fatores, sendo admissível somente estabelecer uma relação provável de relação entre **fatores estratégicos** e seus arranjos facilitadores, que será exposto ao longo deste capítulo.

8.1 Território

Para Kastrup (2001) habitar um **Território** implica em explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele, colocando-se em relação fluxos diversos: técnicos, cognitivos, políticos, comunicacionais e afetivos.

O processo de **Territorialização** relaciona-se, ainda, a dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica do trabalho em saúde (Ceccim, 2005).

Assim, nos processos da **Roda de Saberes** buscou-se desterritorializar saberes hegemônicos e práticas vigentes para estender à construção de um estar democrático e transversalizado no campo de saberes e de práticas interdisciplinares da saúde produtoras de singularidades, papel dos dispositivos de Educação Permanente, conforme Ceccim (2005).

Discussões relacionadas ao tema **Território** foram pautadas em 52% das discussões da **Roda de Saberes** e nas duas com maior número de participantes: em abril e dezembro de 2014, conforme Gráficos 7.1, 7.2, 7.3 e 7.4 e 8.1.

As peculiaridades, entranhas, culturas e vicissitudes do **Território**, sempre singulares, carregavam intensidades: da urbanização às regras de trânsito; dos cachorros soltos às cobras que apareciam nas unidades; das estradas de terra às vielas apertadas; dos barracos aos sítios, o **Território** marca, imprime no corpo dos **Trabalhadores** sua assinatura. Com essas marcas vivas, habitar, ou **Territorialização** - seja como moradia, seja como local de trabalho - resulta de uma corporificação do conhecimento de ocupar e transitar, que quando trocado pode ser ampliado e potencializado (Ceccim, 2005).

Durante a realização deste processo na **Roda de Saberes**, foi possível perceber que o tema do **Território** era pautado espontaneamente, trazido à tona por relações entre os conceitos e o vivido com cargas intensas a começar pelo transporte deles até o local da reunião. No primeiro e no segundo momento da **Roda de Saberes**, o **Território** foi abordado apenas uma vez, demonstrando que havia uma necessidade inicial de discussão sobre o **Público Alvo** do Programa. Com os **Trabalhadores** mais experientes e confortáveis com o tema, já no terceiro momento, o **Território** foi abordado em nove de dez encontros e no quarto momento, o tema apareceu em cinco de oito ocasiões, conforme Gráficos 8.1, 8.2, 8.3 e 8.4.

Dessa forma, a discussão sobre tema do **Território** foi acolhida e facilitada pelo **Apoiador** do dispositivo, como colocado por Ceccim e Feuerwerker: “Todos os que entram na roda têm poderes iguais sobre o **Território** de que falam” (2004, p.59), objetivos e subjetivos.

Com isso, conforme colocam Ceccim e Feuerwerker (2004) a Educação Permanente pôde se inscrever como uma potência inovadora através do agenciamento de múltiplos elementos em movimento de desterritorialização e reterritorialização que produziram novos fluxos de desejo, de afetos, de sentidos e de ser, ou seja, de devires, que possibilitaram mudanças na atuação dos **Trabalhadores** de saúde e invenção de modos no cotidiano vivo da produção dos atos de saúde no **Território**.

Como resultado, o agenciamento na **Roda de Saberes** não se deu apenas nos elementos sensoriais, como descrito no encontro sobre PNH e Ambiência, mas nos elementos **Territoriais**. As reuniões do GT e o processo de intercâmbio de **Trabalhadores** entre as equipes mostraram que podem oportunizar encontros em novos lugares, conhecer regiões, ocupar espaços, expandir horizontes, agenciamentos mútuos entre equipes, usuários e recursos **Territoriais**. A relação com outros serviços, muitas vezes desafiadora, apareceu de forma recorrente nas discussões da **Roda de Saberes**, em que o **Território** foi pautado, abrindo campos de discussão e entendimento dos papeis, perspectivas e possibilidades de cada serviço e explorar novas formas de articulação.

Para Ceccim (2005), o processo de **Territorialização** na Educação Permanente colabora para a construção da integralidade, da humanização e da qualidade na atenção e na gestão em saúde, com um sistema e serviços em rede capazes de acolhimento, responsabilidade compartilhada, resolutividade de PTS e desenvolvimento da autonomia dos usuários atendidos, suas famílias e comunidades.

Feuerwerker (2014) coloca que a reconfiguração dos poderes (políticos, técnicos e administrativos) e suas **Institucionalidades** que atuam sob as redes de serviços, exige operar com dispositivos que possibilitem repensar os espaços das relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, como fez a **Roda de Saberes**. Além disso, ao **Apoiador**, pareceu importante que cada ator repensasse sobre os próprios poderes, a fim de se colocar de forma mais disponível e aberta para articular a rede de serviços, que de outra forma poderia se paralisar em resistências mútuas.

É possível que este trabalho tenha favorecido as 6.018 inclusões que o APD efetivou de usuários em serviços e recursos do **Território** entre 2011 e 2013, segundo os dados do Programa.

O Documento Norteador coloca que a intervenção terapêutica sistemática e presencial no domicílio viabilizou a construção de novas possibilidades de existir no mundo e contribuiu para que o potencial de desenvolvimento do usuário continuasse ao longo da vida e de sua atuação (São Paulo, 2012a).

As trocas comunicativas facilitadas pelo Programa ao atender seus usuários, possibilitou a experiência de convivência e o sentimento de pertencimento à comunidade e **Território** por estes (São Paulo, 2012a).

Por meio de articulação com a rede, sensibilização e quebra de estigmas relacionados ao olhar da incapacidade, o APD propiciou o alinhamento da rede de atenção à pessoa com deficiência, compartilhando a responsabilidade no **Território** entre os serviços e equipamentos (São Paulo, 2012a).

O **Território**, como **Fator Estratégico** para a **Roda de Saberes** potencializou a atuação dos **Trabalhadores**, inclusive com o **Público Alvo**, por favorecer a apropriação da rede e de conhecimentos mais transversalizados.

8.2 Público Alvo

Os usuários e familiares apontam que o modelo assistencial desenvolvido pelo APD favoreceu o reconhecimento de valores e potencialidades e com isso o resgate e construção de suas identidades, que é elemento fundamental para que possam ser reconhecidos como pessoas, incluídos no contexto familiar, aceitos e que participem de diversos espaços. Neste sentido, o Programa ofereceu o suporte para a incorporação de um patamar qualitativamente

superior ao atendimento à pessoa com deficiência, **Público Alvo** do Programa, no âmbito municipal (São Paulo, 2012a).

O documento norteador baseia-se na Política Nacional da Pessoa com Deficiência para estabelecer ao modelo assistencial do APD, a garantia de acesso e de qualidade aos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (São Paulo, 2012a).

A escolha por um determinado modelo assistencial pressupõe ideias condizentes de saúde e as formas de geri-las, dos direitos em nossa sociedade, das relações sociais e como elas foram produzidas, da produção da política e dos modos de governar e da relação entre os **Trabalhadores** e os usuários de qualquer serviço de saúde. Todas essas questões são críticas ao modelo do SUS e a sua sustentação, para qualificar o cuidado e otimizar recursos. Também porque, conforme coloca Feuerwerker (2014, p. 71):

[...]interferem na produção ou desprodução da resistência à medicalização e ao modelo hegemônico; contribuem ou obstaculizam a mobilização e aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS .

As discussões relacionadas à pessoa com deficiência, às características de seu atendimento e os possíveis modelos assistenciais foram abordados em 62% dos encontros da **Roda de Saberes**, com 371 participações, ou seja, 68% do total, conforme Gráfico 9.1.

Assim, esse foi o **Fator Estratégico** que mais trouxe participantes à **Roda de Saberes**, a temática do **Público Alvo** demonstrou ser a mais instigante ao trabalhador, quando, já em maio de 2012 trouxe 26 pessoas em um período onde a média era de 16 participantes por encontro.

Os casos complexos e de difícil manejo apareceram trazendo angústias e frustrações, mas também possibilitando o espaço para acolhê-las sem censura, e processá-las no coletivo, onde todos disponibilizavam seus recursos. Da mesma forma, Moura (2003) coloca que a elaboração de ansiedades que emergem dos **Trabalhadores** no Clube Terapêutico revelavam suas melhores possibilidades de cuidado aos mesmos.

Este processo foi referido por **Trabalhadores**, tanto em devolutivas sobre a discussão do caso na **Roda de Saberes** - em que foram acolhidos e instrumentalizados - quanto à discussão de casos em suas equipes - quando se lembraram dos recursos e instrumentos compartilhados durante a **Roda de Saberes** e os utilizaram para a elaboração de PTS e lida.

Considerando o formato das **Rodas de Saberes** - que, em sendo abertas, com a participação das pessoas que pudessem e quisessem se reunir em cada data, sempre agenciavam encontros entre profissionais diferentes - os encontros de novembro e dezembro de 2012 demonstraram que as discussões sobre casos devem ser realizadas preferencialmente de forma espontânea, sem tomar a pauta de forma programada. Assim, as pessoas que colocam sua dificuldade na lida de algum caso, o faz verdadeiramente como um pedido de ajuda, o que evita resistências e propicia o estabelecimento de relações de cuidado.

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da assistência permite pensá-la de forma crítica e processar novas formas de intervenção. Nesta dinâmica, da arquitetura do organograma, emerge a dinâmica da roda, a noção de gestão colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, colocando todos como “participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva” (Brasil, 2009, p.10). Portanto, no processo coletivo, representado esteticamente na roda, o sucesso e o fracasso são compartilhados e a boa ideia de um dos participantes se incrementa com a colaboração dos demais, se tornando automaticamente do grupo, o que pede generosidade e favorece o espírito de grupo.

Assim, como todo espaço coletivo, o grupo também se configura como um campo político. Incorporando linhas de subjetivação, há disputas de força, mas as linhas podem se reconfigurar mais facilmente em um tecido que sempre se tece com novos fios, compondo estampas mais coloridas. Assim as pessoas que mais têm tempo de participação devem ter paciência com quem chega questionando caminhos já percorridos, seja no GT, seja na **Roda de Saberes** propriamente dita e fazer disso uma oportunidade de aprofundamento, de reflexão e de reafirmação ou mudança.

Como para as autoras Bueloni et al. (2015) o GT foi ferramenta importante para o processo ascendente de construção de um plano de Educação Permanente, sendo possível propositura com foco nas necessidades dos serviços e do **Público Alvo** e da efetivação de diretrizes cuidados a pessoa com deficiência.

O favorecimento da troca de saberes, articulação que cabe principalmente aos **Apoiadores** do dispositivo, o GT, através do compartilhar do acúmulo dos **Trabalhadores** participantes, demonstra motivá-los e instrumentalizá-los. Portanto, metodologias que valorizem os saberes dos profissionais e que indiquem ser potencializadoras deste processo como aconteceu especialmente nos encontros de maio de 2012 e de 2014, com a criação do GT, devem ser priorizadas.

Como possível resultado destes arranjos observou-se uma maior efetividade das equipes que participaram com frequência das Rodas de Saberes, indicando uma resposta ao objetivo da metodologia Paideia, proposta por Campos (2003) de fortalecer a capacidade de análise e de intervenção dos participantes do coletivo.

Segundo dados do Programa, o Total de desligados de todas as 20 equipes até dezembro de 2014 (fim da **Roda de Saberes**) somaram 2.257. Destes, 1.233 (54,6%) foram desligados por alta. Ou seja, atingiram os objetivos propostos pelo PTS com melhora na autonomia e suporte familiar e social estabelecido (São Paulo, 2012a).

As 8 equipes que frequentaram **Roda de Saberes** com maior intensidade tiveram 746 desligamentos, sendo 483 (64,74%) de altas. Comparado com as equipes que não participaram do dispositivo ou participaram menos, que tiveram um percentual de 48,5% de altas, verifica-se proporcionalmente uma diferença de 32% a mais de altas.

As equipes APD da Freguesia do Ó, tiveram um aumento de 22% na proporção de altas após agosto, mês em que iniciaram sua participação no dispositivo em questão.

Este resultado positivo das equipes que participaram das Rodas de Sabres pode estar relacionado com a eficácia deste dispositivo como potencializador do trabalho das equipes, algo que Balogh et al. (2015) também constataram em pesquisa interventiva onde profissionais sob Educação Permanente obtiveram êxito diferenciado no cuidado de pessoas com deficiência em áreas sensíveis de suas vidas.

Dychawy-Rosner et al. (2000) reforçam esta ideia ao colocar a importância do gestor, aqui **Apoiador**, promover em processos de suporte aos profissionais para obter qualidade e eficiência nesta área de cuidado, ou seja, na produção de valor de uso para terceiros, os usuários, um dos pressupostos do Método Paideia, no que Campos (2003), tríplice finalidade.

Outro pressuposto para Campos (2003) é a produção social e subjetiva dos próprios **Trabalhadores**, o trabalho para o sujeito, favorecendo a própria existência social e vida significativa.

8.3 Trabalhador

A grande motivação da educação permanente é o **Trabalhador** seu trabalho e sua contribuição para atenção à saúde da população (Brasil, 2009).

Discussões diretamente relacionadas ao **Trabalhador** representaram 26% do total, mas, na verdade eram o foco de toda a ação, entendendo que a relação entre este e o **Público Alvo** é tal, que suas condições de trabalho influenciarão nas possibilidades de intervenção (Campos, 2003).

Mudança nos modelos de atenção e gestão, considerando sua indissociabilidade, não acontecem sem a valorização dos **Trabalhadores** e as relações sociais no trabalho.

Conforme a PNEPS (Brasil, 2009) propõe, a **Roda de Saberes** buscou processos de educação que se fizessem a partir da problematização do processo de trabalho de forma ascendente, ou seja, a partir das demandas levantadas pelos **Trabalhadores**, que se relacionavam as necessidades de saúde das pessoas atendidas por eles, buscando gerar a integração das práticas profissionais, que se dessem de forma mais colaborativa e transversal.

A proposta aberta da **Roda de Saberes**, que favorecia a troca espontânea entre diferentes saberes sem hierarquizá-los, gerou incômodos nos profissionais, especialmente no terceiro momento, quando o **Apoiador** buscou se despir do papel de facilitador, por duas razões: uma, a ser retomada no item **Apoio**, retoma a procura sempre incerta do equilíbrio entre estrutura e abertura, como aponta Moura (2003). A outra razão seria o desafio de uma proposta colaborativa de trabalho com responsabilidade compartilhada, considerando o corporativismo das especialidades existente nos processos de formação dos profissionais, como apontam Peduzzi e Oliveira (2009).

Guattari (1992) sinalizou que a construção de um modelo aberto de trabalho gerou resistência de profissionais que se apegavam a funções e relações pré-concebidas e cristalizadas.

Uma acompanhante disse certa vez em um dos encontros do GT que em sua função as pessoas sofrem porque “há fonoaudiólogos, psicólogos, TO, enfermeiras, etc. que dão a ideia de hierarquia de saberes. Mas os acompanhantes sentem que na **Roda de Saberes** o assunto aprofunda tanto, que agora sentem que também têm o que falar” (SIC).

Como o Clube dos Saberes, o dispositivo em questão se desenvolveu para pensar o trabalho, oferecendo formas mais ampliadas de apropriação do conhecimento e cuidando das angústias por de trás da resistência.

Fruto das diferentes experimentações do dispositivo, as conversas contemplaram todas as angústias, afecções, afetos e reflexões. Os participantes se apoiaram, acolheram e cuidaram mutuamente, o que deu à **Roda de Saberes** um aspecto especialmente intenso de cuidado ao cuidador (Brasil, 2008b).

O cuidado e a angústia estão intimamente relacionados. Através da angústia o ser do homem mostra-se como cuidado. Cuidar é um fenômeno ontológico fundamental, isto é, no fenômeno do cuidado o homem preocupa-se com o seu próprio existir e com o existir em geral. Isto porque o homem está no mundo com os outros, o que lhe permite a abertura para a convivência (Chauí, 1996).

Este processo de cuidado mútuo pode estar refletido no número 56% menor de afastamentos do trabalho por motivo de doença. Segundo informações do Programa, onze **Trabalhadores** foram afastados em 2014, ano em que este pesquisador teve acesso, sendo três das oito equipes mais participantes da **Roda de Saberes**. Destes três **Trabalhadores**, dois se afastaram após novembro do mesmo ano, quando as mudanças institucionais já estavam se delineando, a transferência do **Apoiador** já havia ocorrido e o dispositivo caminhava para seu último encontro. O que permite inferir influência do momento **Institucional**, a ser explorado no item **Instituição** deste capítulo, mas também indica que a **Roda de Saberes** possibilitava um cuidado efetivo ao **Trabalhador** evitando alguns adoecimentos.

Para a melhora das condições de trabalho, considerando não só as concretas, mas também as subjetivas, a PNH (Brasil, 2009) tem como diretriz a valorização dos **Trabalhadores** através do favorecimento da participação na gestão e do investimento no processo de qualificação, o que o mantém motivado.

Para operacionalizar esta valorização, as trocas de saberes, independente do nível acadêmico ou da formação profissional, as discussões abertas e pautas democraticamente escolhidas, características da **Roda de Saberes**, se mostraram fundamentais.

Campos (2003) propõe o estabelecimento de um contrato entre os participantes do coletivo que se queira trabalhar. Os pactos estabelecidos a cada encontro, como o de perguntar se há alguma dúvida; de que todos têm o mesmo lugar de saber e poder; que devem se colocar, respeitando-se; que a responsabilidade pelo encontro é compartilhado e que o fechamento de cada encontro, revendo brevemente as questões levantadas, foram formas estratégicas de condução das rodas para sua efetividade. É importante que estes acordos emergjam dos próprios **Trabalhadores** e suas necessidades.

A metodologia Paideia propõe que os temas surjam do próprio grupo. Adotada na **Roda de Saberes**, as demandas que emergiram dos próprios encontros entre os vários desejos e perspectivas presentes nas equipes seus representantes foram privilegiadas (Campos, 2003). Esta condução se mostrou importante não só para a valorização dos **Trabalhadores**, mas para

que o dispositivo fosse ao encontro das necessidades reais de suporte, ou seja, para a eficiência do dispositivo.

Segundo Freire (1978) as estratégias adotadas devem servir para desenvolver o pensamento crítico e dialógico, ou seja, em que o diálogo é recurso indispensável para o processo de educação, de forma que, todos devem ter direito à fala em uma relação de respeito mútuo, a fim de possibilitar um espaço de participação coletiva e fazer compreender a realidade do trabalho e promover estratégias adequadas para a produção de novos conhecimentos em busca da mudança, onde as pessoas passam se emancipar conjuntamente, numa perspectiva transformadora de reflexão-ação.

Nesse sentido, a criação do GT foi condução especialmente facilitadora. A formação de um GT de forma voluntária propicia a aproximação e envolvimento das pessoas mais dispostas para tal.

As pessoas interessadas tinham formações e perfis diferentes, mas o que as levavam a buscar esta inserção era a necessidade de pensar sobre o cotidiano do trabalho e colaborar para isso.

Isso permitiu que funcionassem como facilitadores da **Roda de Saberes**, potencializando seus objetivos ao capilarizar seu alcance, reverberar as questões abordadas localmente, ao levantar demandas, ao dar devolutivas sobre encontros, ao humanizar as relações e processos e ao influenciar a mudanças dos modelos de assistência e gestão.

Esta potencialização do dispositivo pode ser vista pelo aumento de 55% no número de participantes (de uma média de 13 para 29 por encontro) após o início do GT. O número total de participantes também foi superior ao dos momentos anteriores – conforme gráfico 8.2 – mesmo com um número menor de encontros, conforme gráfico 8.3.

Gráfico 8.2 - Número de participantes nos diferentes momentos da Roda de Saberes

Fonte: listas de presença e diário de campo entre 2010 e 2014

Gráfico 8.3 - Número de encontros realizados em cada momento da Roda de Saberes

Fonte: listas de presença e diário de campo entre 2010 e 2014.

Esse resultado indica que o envolvimento direto de **Trabalhadores**, com as diferentes formações e cargos na organização do trabalho é importante para a adesão a dispositivos de educação permanente, sendo este mais potente que o investimento realizado em somente um cargo, como no primeiro momento da **Roda de Saberes**. Esta tendência também demonstra ser eficaz na organização do cotidiano das equipes na medida em que se envolveu os **Trabalhadores** nas decisões estratégicas do trabalho, algo favorecido pelo GT.

Assim, para o GT o Projeto de Intervenção conjunto, objetivo do método Paideia, era a própria **Roda de Saberes**, mas também a ultrapassava, com a reverberação de suas ações nas equipes.

Representando bem os diversos aspectos envolvidos no dispositivo, principalmente os **Trabalhadores**, um dos membros do GT escreveu no grupo da rede social: “Queridos, fico super feliz a cada vez que consigo acessar o computador com calma e vejo que o GT e as rodas estão se sustentando de um jeito cada vez mais criativo, inovador e potente! Para mim esse é um espaço de possíveis e faço o mesmo clamor de Deleuze: ‘Um pouco de possível, senão eu sufoco!’. Para mim, o GT é um dos espaços privilegiados de reflexão profunda, criação, acolhimento, fortalecimento coletivo e cooperação” (SIC).

A afetividade que envolvia os membros do GT fica evidenciada nesta colocação. O afeto e o espaço proporcionados na **Roda de Saberes** abriam novas possibilidades de relação com o trabalho e com os demais **Trabalhadores**, possibilidades de experimentações em que envolviam, não uma tarefa ou um papel, mas o ser de cada um, pela possibilidade de acolhimento de conteúdos e significados internos. Estes conteúdos compartilhados e otimizados pelas colaborações dos demais levava a um processo de fortalecimento coletivo.

Assim, o GT assumiu o dispositivo, agregando a ele suas vivências diretas, ampliando sua potência. Seus membros intensificaram as trocas entre o dispositivo e as equipes. A troca nesse núcleo era ainda mais intensa e construtiva. Isso levou a um processo de construção de uma frente dentro do programa com representantes em cada equipe, de pessoas que fundiam perspectivas diferentes e poucas vezes equacionáveis, como a de **Trabalhador** e de gestor, possibilitando também esta ampliação de perspectiva ao **Apoiador**.

Partindo dos conceitos centrais do **Apoio** Paideia de Campos (2003), que reforça especificamente que o método deve se reproduzir, gerar novas rodas e **Apoios** e que este pode se dar mesmo entre pares, os membros do GT se tornaram **Apoiadores** de processos de trabalho mais democrático, na medida em que tencionavam suas equipes para isso e facilitavam a criação de dispositivos locais do método da roda.

Na experiência de Campos e Guerrero (2010) os envolvidos no processo de Educação Premente apontaram, com maior frequência, necessidade de obter embasamento teórico para as vivências da prática de trabalho e principalmente, de trocar experiências. Segundo os autores os intervalos para o café propiciaram momentos de conhecer melhor o companheiro de turma e os desafios dele no trabalho.

Na **Roda de Saberes** o café da manhã, que iniciava os encontros, também demonstrou ser momentos interessantes de integração entre os profissionais, bem como de acolhimento celebrativo, favorecendo as trocas e discussões que se seguiriam.

Os intercâmbios e rodízios entre as equipes foram outra condução estratégica para favorecer trocas entre os **Trabalhadores**. A **Roda de Saberes** acontecia quando havia um consenso que não iria sobrecarregar o **Trabalhador**, isso parece ser importante porque há serviços em que os profissionais são excessivamente convocados para capacitações, sobrecarregando-os por um lado, e por outro, a própria capacitação cai em descrédito. A este pesquisador parece que, nestas situações, a **Roda de Saberes** diferencia-se pela possibilidade de ser um convite e por ser algo construído pelos próprios componentes.

Segundo Ceccim e Ferla (2009), na Educação Permanente, o **Apoiador**, ao lançar mão da estratégia de troca e intercâmbio, do “estranhamento” e da “desacomodação” com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar, para ativar coletivos em processos de mudança, deve considerar que todos (inclusive ele) são, ao mesmo tempo, educandos e educadores; **Apoiadores** e apoiados.

Entretanto um dos limites do dispositivo foi a falta de devolutivas claras e resultados concretos aos **Trabalhadores** enquanto o dispositivo estava em funcionamento, algo que talvez seja um dos sentidos desta pesquisa.

Retomando a tríplice finalidade de Campos (2003), além da produção de valor de uso e de subjetivação dos **Trabalhadores**, o método Paideia também objetiva a manutenção da **Instituição**, próximo item a ser discutido.

8.4 Instituição

Segundo a PNH, mudanças no modelo de atenção que não se farão sem mudanças no modelo de gestão (Brasil, 20010).

Com esta convicção a **Roda de Saberes** buscou disputar o modelo gerencial em curso, especialmente no seio das equipes sob responsabilidade do **Apoiador**, mas também no âmbito institucional, ao trabalhar em si os conceitos democráticos e participativos de gestão. Neste sentido buscou-se coerência entre as propostas de Educação Permanente e as políticas de transformação do ponto de vista da atuação do **Apoiador**.

Segundo a PNEPS (Brasil, 2009) os processos de Educação Permanente apresentam maior dificuldade quando as aprendizagens têm menor relação com as habilidades técnicas individuais e mais a ver com mudanças em dinâmicas complexas, tais como o estilo de liderança ou a tomada de decisões, ou mudanças culturais.

A questão é particularmente crucial quando o que se procura são mudanças nos modelos de atenção e participação, o que representa uma transformação nas regras do jogo das **Instituições** (Brasil, 2009).

Borges (2009) coloca que sua experiência de Clube de Saberes, que apostou na autonomia, nas singularidades, no saber como riqueza humana e cogestão, gerou certo grau de desconforto na **Instituição**, isolando a ação colocando-a no limite entre a transgressão e a potência da ampliação de possibilidades.

Da mesma forma, o Método Paidéia possui implicações com um determinado modo de fazer a gestão em saúde e pensar as práticas de atenção. Na **Roda de Saberes**, ao se tomar como objetivos de um processo de educação, buscou-se a ampliação do grau de autonomia dos **Trabalhadores** de saúde, a prática da gestão compartilhada e a interação dos membros das equipes na construção do projeto de ação. Mas Campos e Guerrero (2010) apontam que para isso é necessário atentar-se à identidade (ou não) de propósitos com os gestores, sob o risco de levar relações conflituosas para o interior dos serviços. Da mesma forma, nesta experiência, foi importante saber analisar e compor com o momento e com as características **Institucionais**.

Assim, frente aos aspectos políticos, as diretrizes e objetivos da gestão que está no poder, deve-se achar as brechas e argumentações para explorar os aspectos favoráveis aos objetivos do dispositivo.

Os aspectos relacionais entre as diferentes instâncias de poder, como entre as chefias envolvidas, a OS - considerando sua missão institucional -, a SMS, STS, CRS, conselhos gestores e outros serviços e parceiros do **Território**, devem ser observados de forma a estabelecer vínculos frutíferos e cooperativos. Deve-se mostrar a eficácia e importância dos dispositivos que se queira implementar, através de dados verificáveis, a fim de abrir campos de atuação, assim como respeitar e esperar momentos menos favoráveis. Importante colocar que a **Instituição** favoreceu a **Roda de Saberes** com liberdade de atuação e confiança no trabalho desenvolvido.

Os aspectos do próprio serviço, como metas e objetivos do programa, devem ser respeitados e, se possível aproveitados. É importante salientar que o Documento Norteador do

Programa incorporou contribuição do **Apoiador**, explicitando que a gestão no APD deve ser democrática (São Paulo, 2012a).

Nenhum destes aspectos impede a realização de questionamentos ou disputas, mas é necessário que se saiba avaliar as condições para isso e, principalmente como fazê-los, sendo fundamental deixar claro propósitos construtivos, de melhoria do serviço em questão e da atenção à população.

A **Roda de Saberes** parou em momentos **Institucionais** menos propícios, como em 2012, a maior pausa do dispositivo, conforme Gráfico 8.2, por demandas **Institucionais**, no caso, a construção do Documento Norteador. Em 2013 observa-se que em setembro, outubro e dezembro, assim como fevereiro do ano seguinte não houve encontro do dispositivo, o que demonstra a influência do momento **Institucional** de incertezas. O que é reforçado pela PNH que coloca que o “clima” de trabalho nas equipes afeta diretamente a potência do trabalho dos profissionais de saúde, independente de outras variáveis (Brasil, 2008a).

Já partir de março de 2014, frente ao momento contextual, a **Roda de Saberes** se abre às demandas dos **Trabalhadores** e suas angústias, ofertando cuidado sem deixar de abordar questões do trabalho. Com isso foi possível aumentar a frequência de encontros em 39% em relação aos dois anos anteriores. Entretanto o fim do dispositivo também se deu por fatores relacionados ao fator **Institucional**, reafirmando sua importância.

A questão do poder **Institucional** em saúde leva a se considerar a gestão e seus estilos como uma variável importante na Educação Permanente para a criação de possibilidades de se chegar a uma estratégia de mudança que reconheça o **Trabalhador** como elemento-chave na melhoria da qualidade do serviço (Quintana et al.,[data desconhecida]).

Buscando criar um espaço de Análise **Institucional**, como coloca Campos (2003), o dispositivo discutiu diretamente esta questão em 39 % dos encontros, ou seja, doze.

Um possível indicador da efetividade deste processo, acessível a este pesquisador, foi dado de 2014, que mostra que as oito equipes com maior participação nas **Rodas de Saberes** tiveram oito demissões, das trinta e quatro ocorridas neste ano, representando uma diferença de 76%. Outro dado revelador é que durante os quatro anos houve quatro processos trabalhistas no Programa, sendo que nenhum foi por parte de profissionais que atuaram nas equipes com maior participação no dispositivo.

É importante destacar que o desafio da roda, em lugar da verticalidade, representação das suas implicações estéticas, impõe não apenas a mudança na estrutura, mas na concepção do poder na **Instituição** de saúde e de sua condução, neste caso, especialmente referente à questão do **Apoio** (Campos, 2000).

8.5 Apoio

Os demais **fatores estratégicos** e seus arranjos facilitadores estão relacionados entre si, certamente, da mesma forma, o **Apoiador**, que talvez ocupe uma posição mais central. Esta perspectiva é sob a qual a pesquisa se edifica e se direciona, já que pretende auxiliar outros processos de Educação Permanente. O assunto foi abordado diretamente em 16% dos encontros. Conforme Campos (2003), o **Apoiador** deve colocar-se em questão na **Roda de Saberes**.

Referendado pela experiência do dispositivo em questão, a PNH, influenciada por Campos, coloca sobre a atuação do **Apoiador**:

Não se trata de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários (Brasil, 2010, p.10).

O **Apoiador** busca mudanças nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os **Trabalhadores** e as relações sociais no trabalho (Brasil, 2010).

Na experiência da **Roda de Saberes** identificou-se que o **Apoiador** não pode ser um elemento a mais do corpo **Institucional** da organização ou seguir cegamente suas diretrizes e comprar acriticamente suas políticas. Mas mediar as relações com os profissionais da ponta, evidenciando cada perspectiva dos distintos atores envolvidos, buscando manter a crítica e as referências ideais, mas também o pragmatismo, transformando resistências inócuas em possibilidade de mudança.

O dispositivo favoreceu a troca de pontos de vista uma vez que eram todos abordados de forma horizontal, permitindo ao participante transitar sobre eles e configurar uma nova figura do contexto.

A Educação Permanente em Saúde, segundo Ceccim (2005, p. 976), “constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente”.

Por esse aspecto a **Roda de Saberes** foi uma extensão e potencialização da função de **Apoio**, servindo-lhe ainda de espaço de aprendizagem. A Educação Permanente apresenta-se como a principal ferramenta do **Apoiador** para promover inovações na gestão do SUS, mudanças de práticas na gestão e no cuidado em saúde, ampliação da capacidade de reflexão

e de análise dos coletivos, mas também para tornar possível a sua própria formação no cotidiano do seu processo de trabalho (Falleiro, 2014).

Entretanto, o processo dialógico da **Roda de Saberes** não ocorreu sempre de forma ascendente, uma vez que sofreu diversos retrocessos, por inabilidade do **Apoiador** que também descobria como realizar sua função, equacionando aos princípios que acreditava em relação aos conceitos que dispunha - ou seja, sua práxis - que acontecia junto com o processo de construção da **Roda de Saberes**.

Para Campos (2003) o **Apoiador** sustenta e empurra o outro, e em decorrência, é sustentado e empurrado pela equipe foco da intervenção. A formação do **Apoiador** Institucional acontece no processo dinâmico de apoiar um coletivo, mediante prática reflexiva dessas práticas (Campos; Castro, 2014).

Queixas e críticas são muito comuns em espaços onde os **Trabalhadores** da área da saúde têm possibilidade de colocarem-se sem persecutoriedade. A isso os dispositivos de Educação Permanente devem ser abertos com tranquilidade por parte do facilitador, que este também fique persecutório. Não há obrigação de uma resposta a elas, algo que pode parecer necessário ao Supervisor, mas o **Apoiador** pode favorecer a compressão de aspectos da questão ou dos contextos, por vezes ignorados ou desconhecidos. Com honestidade em relação a isso, os participantes muitas vezes desconstróem visões maniqueístas, estereis e abrem-se possibilidades onde são chamados a propor, a criar alternativas. Ou seja, o **Apoiador** utiliza os desafios e tensões do cotidiano como matéria-prima ao facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas (Brasil, 2008a).

A partir deste estudo de caso entende-se que o **Apoiador** deve ter a tranquilidade e confiança para desconstruir o papel e a imagem de Supervisor, cabe a ele saber como despir-se do lugar de poder, sem que seja subjugado, mas que possa utilizá-lo de forma emblemática para favorecer a transformação da forma de trabalho e a cultura hierárquica nos seus campos de influência.

Portanto há uma utilização deste poder, de forma subversiva, sendo que este irá diluir-se no grupo e em alguns momentos rodiziar pelo coletivo, especialmente no GT. É importante que se conduza este processo, passando de Supervisor à facilitador até o momento que este deixar de ser necessário, quando o grupo já consegue sustentar-se de forma aproximada a autogestão. É importante salientar que este processo, se dá nos dispositivos coletivos, que são ferramentas para o **Apoiador**, potencializando-o, sendo que este não perde seu papel em suas demais atribuições cotidianas.

Para Falleiro (2014) os arranjos de **Apoio** Institucional desenvolvem-se de forma muito singular em cada organização, em razão de suas características inovadoras, algo que Campos (2003) também coloca, ao afirmar que o caminho para a construção do **Apoio** se dá seguindo uma metodologia flexível, de acordo com o contexto.

Mas há qualidades básicas para o **Apoiador**, segundo Bertussi (2010). Ele deve ser articulador e ao produzir conexões, agregar colaborações a elas. Deve ser educador, ao tomar o mundo do trabalho como matéria prima para o aprendizado de forma propositiva e generosa, assim, evitando reproduzir a relações de opressão. Deve escutar e observar o cotidiano, os movimentos das equipes e seus contextos, sempre aberto à escuta. Deve facilitar processos em que as pessoas consigam exercer toda a sua potência e dar evidência disso. E deve articular interesses para a formação de comuns (Bertussi, 2010).

Dessa forma, o aprender e o ensinar incorporam-se no cotidiano das organizações e do trabalho tendo como referência as necessidades das pessoas (**Trabalhadores**, gestores ou usuários), colocando-as como protagonistas dos processos de mudanças em suas realidades (Falleiro, 2014).

A ingenuidade citada por Borges (2009), refere-se aqui, não à falta de capacidade de analisar e responder assertivamente às forças, poderes e vicissitudes da realidade, mas à crença nas pessoas e em seu poder de vida, no seu melhor, na biopotência, na linguagem de Pelbart (2003).

Para Freire (1980) o diálogo não pode existir sem um profundo amor pelo mundo e pelos homens. Querer transformar realidades e atuar para isso, não é possível sem estar impregnado de amor, que é ao mesmo tempo o fundamento do diálogo e o próprio diálogo.

A partir de Freire (1980), este pesquisador entende que é reconhecendo o melhor do outro que se pode favorecer o exercício desse melhor, ao outro e a si mesmo.

Na relação de dominação-opressão não há um interesse mútuo, mas um egoísmo que impede a relação dialógica, pois poderá gerar imposição. O amor, naturalmente traz consigo a humildade ao invés de arrogância, e esta humildade é imprescindível na relação dialógica (Freire, 1980).

Assim sendo, Freire (1980) diz que é proveitoso debater-se sobre as possibilidades de caminhos a serem trilhados em busca da emancipação que requer um estabelecimento de uma relação dialógica adequada.

A **Roda de Saberes** tem potencial emancipatório pela diretriz do método Paideia de se reproduzir o método, ou seja, os envolvidos são incentivados a favorecer a criação de coletivos em outros espaços.

Entendendo que se trabalha com sujeitos ao invés de objetos, agindo conscientemente e incluindo outros na proposta de interação dialógica, é possível uma multiplicação de agentes de transformação, o que apressará as mudanças esperanças trazidas pela Educação Popular (Freire, 1980).

A ingenuidade, a amorosidade, a humildade e a relação dialógica são necessárias nestas experiências que apostam na autonomia, nas singularidades, no saber como riqueza humana e cogestão. Elas carregam algo de transgressão e implicam em certo risco, especialmente de se tornar uma ação inócua e do **Apoiador** colocar seu trabalho em cheque, pois são ações que radicalizam esses valores no seio de **Instituições** que poucas vezes acompanham ou reconhecem positivamente a iniciativa, que pode gerar, na verdade, incômodo.

Sem querer elogiar Prometeu - que socializou o fogo do conhecimento aos humanos, para depois ser castigado, tendo seu fígado devorado - mas ainda menos conformado a ser Sísifo - que carrega enormes blocos de pedras montanha acima só para vê-los rolar montanha a baixo eternamente - este pesquisador, frente à experiência aqui descrita, está convicto que potencializar as ações produtoras de autonomia só faz sentido favorecendo a autonomia destes produtores. Da mesma forma, é com a gestão democrática, com a Interdisciplinaridade, com a ética, ou o pilar que se esteja trabalhando. Ou seja, o modelo ou método da ação tem de estar diretamente relacionado ao objetivo dele: mesma ética, mesmos princípios.

Quando o gestor quer otimizar os recursos instalados para a produção de mais e melhor saúde, é necessário considerar a saúde dos **Trabalhadores** e promover mais e melhores condições de trabalho, por exemplo. Esta coerência, esta práxis, deve estar presente na Educação Permanente ou em qualquer outra intervenção que se queira realizar.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que há outras apreensões e opiniões sobre o dispositivo abordado, entretanto aqui não se pretende esgotar a experiência descrita através de uma única perspectiva, mas explorá-la de forma a compartilhar aprendizados.

Conclui-se que há necessidade de ações em Educação Permanente para profissionais de saúde, baseado na eficácia das ações desenvolvidas na **Roda de Saberes**, observada através da qualidade e intensidade da participação dos **Trabalhadores** nos encontros e na mudança do perfil das práticas cotidianas das equipes.

O **Apoio** PAIDEIA procura pensar possibilidades, potências e limites da intervenção em coletivos e sujeitos, apostando no devir, no protagonismo e na produção de graus maiores de autonomia, na mobilização de pessoas, saberes e tecnologias, para promover mais e melhor saúde (Campos, 2003).

Portanto, o **Apoio** alicerçado no pressuposto da Educação Permanente, promove o protagonismo dos **Trabalhadores**, estimula a sua criatividade e propicia um campo fértil de produção de conhecimento em suas vivências marcadas por fracassos, sucessos, dificuldades e aprendizados.

Este pesquisador continua a incentivar, favorecer e promover gestão democrática nos redutos em que atua e a utilizar o ferramental adquirido durante a experiência da **Roda de Saberes** em unidades de sua referência, como UBS, CAPS e AMA, apresentando bons resultados, o que demonstra sua eficiência em outros contextos.

O produto desta pesquisa se encontra no Anexo C e procura trazer reflexões sobre os **fatores estratégicos** que coletivizam os aprendizados desta experiência singular para colaborar com outras iniciativas similares.

Entretanto, considera-se que o momento político deste ano apresenta intensos retrocessos das conquistas sociais em todos os campos. A tristeza e decepção que emergem neste momento dialogam com o que Eduardo Galeano apontou em entrevista a Sílvia Tendler no filme *Utopia e Barbárie*⁵³:

⁵³ O filme *Utopia e Barbárie* é um documentário de 50 minutos, lançado em 2005, dirigido por Sílvia Tendler, com texto de Sílvia Tendler e Tânia Fusco, pesquisa de imagens de Miguel Lindenberg, mixagem e sonoplastia de Bernardo Gebara, trilha sonora de Pedro Paulo Alvarenga e distribuição de Caliban Produções Cinematográficas. Mais informações em: <http://www.revistacinetica.com.br/utopiaebarbarie.htm>.

Com muito sangue, com muitas lágrimas, aprendemos que o tempo da história não é o nosso tempo. Aprendemos que a história é uma senhora lenta, caprichosa, às vezes louca, complicada e misteriosa. E que não nos dá muita atenção. Que não nos obedece. Porque o tempo da história é um tempo infinitamente mais largo que o tempo da vida de cada de um de nós.

O avanço do modelo neoliberal de desenvolvimento, o enxugamento dos gastos nas áreas sociais está se agravando, assim como o desmanche das funções público-estatal e pública da sociedade civil, prejudicando o SUS e outros setores político-sociais (Santos, 2005).

A nomeação de cargos estratégicos no SUS por pessoas com histórias e interesses incompatíveis com a concepção de saúde como direito e propostas de emendas constitucionais que preveem cortes orçamentários a investimentos sociais, como o SUS, indicam o que está por vir. Neste contexto, este pesquisador se pergunta qual o sentido de tanto esforço para a construção desta dissertação, fruto de uma experiência real, que busca compartilhar, na esperança de fortalecer práticas dentro de uma lógica de saúde como direito, de práticas contra-hegemônicas e de construção de uma sociedade fundada em valores humanistas. E mais, se pergunta qual será o futuro que resta àqueles que acreditam na possibilidade de um mundo mais justo.

Mas assim como estas perguntas chegam, chega também a reflexão inspirada pelo companheiro de luta, Adalberto Costa⁵⁴: Lá onde parece que tudo está perdido e não há mais esperança é onde a potência de mudança é mais intensa... É preciso mudar, construir uma ética, uma estética e uma política que promova a vida e evite o aniquilamento: incluir a diferença, a singularidade e, assim, diferenciar-se, é mais que desejável, é preciso (informação verbal).

Uma amostra disto é que este pesquisador, frente ao momento político do país, ampliou os grupos virtuais de conversa, que foram do GT da **Roda de Saberes**, utilizando-os para discussão de centenas de **Trabalhadores**, acadêmicos, usuários e militantes do SUS, como um canal de mobilização e resistência.

Portanto, como coloca Falleiro (2014), é preciso mais pesquisas que abordem práticas contra-hegemônicas. Neste estudo, buscou-se apresentar formas de aplicação dos conceitos bem conhecidos - o *como fazer* -, e de como catalisar os aprendizados, individuais e coletivos das práticas. Talvez essas experiências democráticas e coletivas possam apresentar caminhos possíveis para reinvenções necessárias ao campo e saídas do cenário atual.

⁵⁴ Informação fornecida por Adalberto Costa em 2016.

REFERÊNCIAS⁵⁵

Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Definition of intellectual disability. Washington, DC; 2007. [citado 20 dez. 2013]. Disponível em: www.aaidd.org.

Aranha MSF. A deficiência através da história. Trabalho e Emprego: Instrumento de construção da identidade Pessoal e Social. São Paulo: SORRI-BRASIL; 2003. (Série Coleção Estudos e Pesquisas na Área da Deficiência, Vol. 9).

Aranha MSF. Overview of the rehabilitation movement in the United States and proposals for an extended model in Brazil. Carbondale. Illinois: Rehabilitation Institute, Southern Illinois University; 1979.

Araújo F. Um passeio esquivo pelo acompanhamento terapêutico: dos especialismos clínicos à política de amizade [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2005.

Associação Saúde da Família (ASF). São Paulo; 2005. [citado 7 mar. 2015]. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.org/>.

Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011. p. 49-83.

Ayres JRCM, França Junior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.

Balogh R, Wood J, Lunskey Y, Isaacs B, Ouellette-Kuntz H, Sullivan W. Care of adults with developmental disabilities: Effects of a continuing education course for primary care providers. Can Fam Physician. 2015 Jul; 61 (7): e316-23.

Baremblytt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5ª ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.

⁵⁵ De acordo com estilo Vancouver.

Barreto KD. Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com D. Quixote e Sancho Pança. São Paulo: Unimarco, 1998.

Bertussi DC. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde [tese na Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina; 2010 [citado 20 ago. 2016]. Disponível em: http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2012/07/Bertussi_Tese.pdf.

Borges, FBM. O clube dos saberes no hospital: análise institucional de uma intervenção. [dissertação de mestrado]. São Paulo; Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2009.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Educação. Declaração de Salamanca 1994. [citado 20 ago. 2015]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1060. Política nacional de saúde da pessoa com deficiência, em 5 de junho de 2002. Brasília, DF; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Brasília, DF; 2010. (Cadernos HumanizaSUS; vol. 2).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Residências terapêuticas o que são, para que servem. Brasília, DF; 2004a.

Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.^a ed. Brasília, DF; 2008a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília, DF; 2008b.(Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF; 2009. [citado 12 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa Com Deficiência. Manual de ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das oficinas ortopédicas. Brasília, DF; 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Oficinas ortopédicas: orientações para elaboração de projetos (construção, reforma e ampliação). Brasília, DF; 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização. Brasília, DF; 2013c.

Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo De Apoio À Saúde Da Família. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano, Vol. 1. Brasília, DF; 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n 39).

Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF; 2011.

Brasil. Ministério da saúde. Introdução da educação em serviço como política pública no SUS. 2003a. [citado 15 jun. 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Política nacional para a integração da pessoa deficiente. Brasília, DF; 2007.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 8.065. 2003b. [citado 15 jan. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei orgânica da assistência social. Brasília, DF; 2003c.

Bueloni EE, Tedesco MR, Almeida SMVT. Processo de construção de um plano de educação permanente e rede de cuidados a pessoa com deficiência – uma experiência do município de São Paulo. São Paulo: SMS; 2015.

Campos GW. Um método para análise e cogestão dos coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

Campos GWC, Guerrero AVP. Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. 2a ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

Campos GWS. O anti Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública. 1998; 14(4):863-70.

Campos GWS. Efeito Paideia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. TrabEduc Saúde. 2006 jan-mar; 4(1): 23-47.

Campos GWS. A reforma da reforma: repensando a saúde [tese]. Campinas, Universidade Estadual de Campinas; 1991.

Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Campos GWS, Castro CP. Apoio institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde. Trab. Educ. Saúde. 2014 jan-abr; 12(1):29-50.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007 fev; 23(2):399-407.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciências Saúde Coletiva [Internet]. 2005 out-dez [citado 5 fev.2016];10 (4): 975-86. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010420>.

Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu). 2005 fev; 19(16):161-8.

Ceccim RB, Ferla AA. Educação permanente em saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009 [Internet] [citado 6 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionário/verbetes/w/edupersau.html>.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Rev Saúde Coletiva*. 2004; 14(1):41- 65.

Chauí MS. *A Nervura do Real: imanência e liberdade em Espinosa*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

Chauí MS. Vida e Obra. In: Heidegger Vida e Obra. São Paulo: Nova Cultural; 1996. P.5-10. (Coleção Os Pensadores).

Coimbra C, Leitão MB. Das essências às multiplicidades: especialismo psi e produções de subjetividades. *Psicol Soc*. 2003 jul-dez;15(2):6-17.

Compton-Griffith KN, Cicirello NA, Turner A. Physical therapists' perceptions of providing services to adults with childhood-onset neuromotor disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2011 Feb. 31(1):19-30. doi: 10.3109/01942638.2010.529006. Epub 2010 Dec 21.

Corrigan C. Category Archives "World Cafe". 2015. [citado 16 set. 2015]. Disponível em: <http://www.chriscorrigan.com/parkinglot/category/world-cafe/>.

Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2005.

Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs, capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1995.

Deleuze G, Guattari F. *O anti-Édipo: esquizofrenia e capitalismo*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

Domitti ACP. Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na Atenção Básica de saúde [tese] [Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2006 [citado 27 abr. 2014]. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_888_possiveldialogocomateoria.pdf.

Dychawy-Rosner I, Eklund M, Isacson A. Direct care staff's need for support in their perceived work role in day activities units. Lund: Lind University, Department of Clinical Neuroscience; 2000.

Espinosa B. Ética. 3º ed. São Paulo: Atena; 1957.

Falleiro LM. Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

Ferreira ABH. Dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Editora Positivo; 2012.

Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

Foucault M. História da loucura na idade clássica. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1999b.

Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3ª ed. São Paulo: Cortes & Moraes; 1980.

Freire P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 1997.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1978.

Freire P, Shor I. Medo e ousadia: o cotidiano do professor. 12.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2008.

Freud S. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess, rascunho H. Paranoia. In: Freud S. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago; 1996. vol. 1.

Glat R. Somos iguais a vocês: depoimento de mulheres com deficiência mental. Rio de Janeiro: 7Letras; 2009.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora LTC; 1988.

Gramsci A. Maquiavel, a política e o estado moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1976.

Gramsci A. Concepção dialética da história. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1978.

Guattari F. As três ecologias. Tradução Maria Cristina F. Bittencourt. Campinas: Papirus; 1990.

Guattari F. Caosmose: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.

Gugel MA. Pessoas com deficiência e o direito ao trabalho. Florianópolis: Obra Jurídica; 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2010 [citado 03 jan. 2014]. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170&id_pagina=1).

Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade. Estudo sobre a economia informal em São Paulo; 2006. [citado 03 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.iets.org.br/projeto/estudo-sobre-a-economia-informal-em-sao-paulo>.

Instituto Filantropia. Organizações sociais. São Paulo; 2015. [citado 26 dez. 2015].

Disponível em:

http://www.dialogosocial.com.br/organizacao_social_os_e_os_contratos_de_gestao-s485-1.html

Jakobson R. Linguística e comunicação. São Paulo: Cultrix; 1969.

Kastrup V. Aprendizagem, arte e invenção. *Psicol Estud*. 2001; 6(1):17-25.

Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta AMF, organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 55-9. (Saúde Loucura, 10).

Lavrador MCC, Barros MEB, organizadores. Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Lima PTA. Trajetos na cidade. Cartografias de saúde e subjetividade [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

Lisa II, Linda ML. Training physicians about caring for persons with disabilities: “Nothing about us without us!”. *Disabil Health J.* 2012 Jul;5(3):136-9. doi: 10.1016/j.dhjo.2012.03.003. Epub 2012 Apr 17.

Lourau R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes; 1996.

Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Novas tecnologias e saúde*. Salvador; EdUFBA; 2009.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Minayo MCS, organizador. Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

Monken M, Peiter P, Barcellos C, Iñiguez Rojas L, Navarro MBMA, Gondim GM, et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Carvalho A, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. [citado 12 jun. 2045]. Disponível em: http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_3.pdf.

Moura AH. Psicoterapia institucional e o Clube dos Saberes. São Paulo: Hucitec; 2003.

Oliveira WF. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Cad Bras Saúde Mental.* 2009 out/dez;1(2):48-61.

Onocko RC, Campos GWS. Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Ackerman M, Drummond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec; 2007. p. 669-88.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde Para a Família de Classificações Internacionais. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde Coordenação. Cássia Maria Buchalla, tradutora. São Paulo: Editora da Universidade São Paulo; 2008.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre deficiência 2011. Tradução Lexius Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcP; 2012.

Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa, intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009.

Peduzzi M, Oliveira MAC. Trabalho em equipe multiprofissional. In: Martins MA, organizador. *Clínica médica*. Barueri: Manole; 2009. vol. 1, p. 171-8.

Pelbart PP. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: Lancetti A, organizador. *Saúde e loucura 2*. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 130-8.

Pelbart PP. *Vida capital ensaios de biopolítica*. São Paulo: Ed. Iluminuras; 2003.

Pessotti I. *Deficiência mental: da superstição a ciência*. São Paulo: EDUSP; 1984.

Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2º ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Pró-Saúde. Íntimas utopias. Processos psicóticos, arte e clínica. Diálogos com Jean-Claude Polack. 2013. [citado 17 jan. 2016]. Disponível: http://www.pucsp.br/prosaude/agenda/eventos/dialogos_jean_claude.html.

Quintana EB, Roschke MAC, Ribeiro ECO. Educação permanente processo de trabalho e qualidade de serviço na saúde [data desconhecida]. [citado 07 fev. 2016]. Disponível: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/EDUCACAO_PERMANENTE_PROCESSO_DE_TRABALHO_E_QUALIDADE_DE_SERVICO_NA_SAUDE.pdf.

Rio de Janeiro. *Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2013.

Rocha EF. *Reabilitação de pessoas com deficiência*. São Paulo: Roca; 2006.

Santos M. *Espaço e sociedade*. Petrópolis: Vozes; 1979.

Santos NR. Trajetória da efetivação do SUS: impasses e tendências da gestão pública. In: Pessoto U, Castro I, Kayano J, Junqueira V, Rocha J, Boaretto R, Cortizo C, organizadores. *O público e o privado na saúde*. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 101-10.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica da Pessoa com Deficiência. São Paulo; 2011. *Caderno de Orientação Técnica*.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área da Saúde da Pessoa com Deficiência. Documento norteador Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência. São Paulo; 2012a. [citado 03 jan. 2014]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/deficiencia/APD.pdf>.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Documento norteador Programa Acompanhante de Idosos. São Paulo; 2012b.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Diretrizes Técnicas. AMA Especialidades. São Paulo; 2009.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. NIR & NISA Folder, 2014. [citado 18 maio 2014]. Disponível em: 23 de maio de 2014
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/deficiencia/folder_NIR_NISA.pdf.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura inaugura Centro Especializado de Reabilitação em M'Boi Mirim. São Paulo; 2013. [citado 02 maio 2014]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=163031>.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. [data desconhecida]. [citado 08dez. 2015]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pavs/index.php?p=25407.

São Paulo. Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo. Atlas municipal. São Paulo; 2001. [citado 02 dez. 2015]. Disponível: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/trabalho/informacoes/atlas_municipal

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

Sartre JP. Crítica de la razón dialéctica. Buenos Aires: Losada; 1963.

Sassaki RK. Deficiência intelectual e inclusão. Rev Nac Reabil. 2007 jan.-fev;54:8-11.

Sassaki RK. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 3ª ed. Rio de Janeiro: WVA; 1999.

Sawaia B, organizador. As armadilhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes; 1999.p. 8; 23.

United Nations. Human Development Report 2014. [citado 24 jul. 2014]. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-2014>.

The World Café. Sobre a metodologia. [data desconhecida]. [citado 08 out. 2015]. Disponível em: <http://www.theworldcafe.com/>.

Verdugo MA. El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR. Ciclo Cero. 1994; 25(3):5-25.

Winnicott DW. Privação e delinquência. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

Zolboli ELCP. Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2010.

APÊNDICE A - Termo de Autorização do Estudo do Dispositivo de Educação Permanente “Roda de Saberes”

Prezado gestor, este programa está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “**RODA DE SABERES’: REFLEXÕES SOBRE UM DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**”. Seu objetivo é investigar sobre o dispositivo de Educação Permanente intitulada *Roda dos Saberes*, do Programa Acompanhante da Pessoa com Deficiência (APD), da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo em parceria com a Associação Saúde da Família e seus impactos. Trata-se de pesquisa de mestrado profissionalizante inserida no *Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da USP*, sob a orientação da Profa. Dra. Eucenir Fredini Rocha do Depto. de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP.

É um estudo qualitativo, exploratório e avaliativo com base na metodologia do Estudo de Caso, com três objetivos específicos: **O1.** Estudar as bases conceituais do dispositivo *Roda de Saberes*. **O2.** Construir crônica descritiva e analítica da constituição da *Roda de Saberes* no Programa APD em suas diferentes fases no período de 2010 a 2014. **O3.** Identificar e analisar as estratégias facilitadoras da *Roda dos Saberes* enquanto dispositivo de Educação Permanente.

Para tanto, pretende-se realizar uma análise dos documentos de registro das atividades da *Roda de Saberes* desenvolvido junto ao Programa APD no período de 2010 a 2014, à luz da bibliografia pertinente ao objeto de estudo. Pretende-se, assim, obter uma análise reflexiva e crítica do dispositivo desenvolvido no campo da Educação Permanente de profissionais de saúde e apresentar um documento com as estratégias exitosas, fundamentadas em suas bases epistemológicas, técnicas e éticas. Esse produto, caracterizado como dispositivo de Educação Permanente deverá ser socializado, de maneira que poderá ser utilizado e testado em outras situações de trabalho em saúde. Os resultados poderão ser divulgados em congressos, seminários, reuniões técnicas de trabalho ou revistas de estudo de saúde.

A atividade de pesquisa oferece riscos mínimos à segurança física, social e moral dos usuários, trabalhadores e gestores das instâncias envolvidas direta ou indiretamente à *Roda de Saberes*, pois será mantido o anonimato dos atores em todo o processo de análise dos documentos e de elaboração das conclusões. Haverá uma devolutiva dos resultados aos profissionais e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, ao fim da pesquisa.

Prezado gestor sinta-se à vontade para autorizar ou não este convite e estará garantido o seu direito de deixar de participar do estudo a qualquer momento, caso queira, sem que isso implique em prejuízos para si, seus funcionários e usuários. O senhor e qualquer um dos envolvidos terão acesso às informações levantadas na pesquisa de documentos a qualquer momento durante o estudo, se assim desejar.

A recusa em participar da pesquisa não acarretará prejuízo algum ao Programa, ao senhor, profissionais de saúde ou qualquer outro envolvido direta ou indiretamente ao dispositivo *Roda de Saberes*.

O “Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da USP”, na pessoa da Profa. Eucenir Fredini Rocha, orientadora responsável pela pesquisa, coloca-se à disposição para acolher possíveis sofrimentos, dúvidas, e demandas do senhor, de seus funcionários e usuários relacionados e gerados pela realização da pesquisa, enquanto esta durar.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação relacionado a esta pesquisa e seus aspectos éticos, favor entrar em contato com o pesquisador responsável:

EUCENIR FREDINI ROCHA CPF: 012044778 92 (orientador/responsável)

email: eucenir@usp.br

Depto de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. da FMUSP

Rua Cipotânea, n. 51, 1º andar, sala 03

Cidade Universitária - São Paulo – SP

CEP 05360-160

Fone: (11)3091 7457 ou 309 17454

FELIPE GARGANTINI CARDARELLI (mestrando/pesquisador executante)

CPF 32390020860

email: fe_carda@yahoo.com

COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Av. Dr. Arnaldo, 455

Cerqueira César - São Paulo - SP

CEP: 01246-903

Fone/Fax: 55+11+3061-8004

E-mail: cep.fm@usp.br

Identificação do Gestor das equipes do Programa APD:

Nome: Carlos Lima Rodrigues

Documento de Identidade nº: 12.855.036-3

Sexo: M (X) F () Data de Nascimento: 24/03/1960

Endereço: Rua Bela Cintra, 339, ap. 84

Bairro: Consolação

Telefone: (11) 964860607

Eu, abaixo assinado, estou esclarecendo sobre os objetivos do estudo e concordo em autorizar o estudo do dispositivo “Roda de Saberes” por meio do levantamento de dados e do Diário de Campo como foi apresentado anteriormente.

São Paulo, 01 de Julho de 2015.

Assinatura do Gestor
Responsável

**Assinatura do Pesquisador
Responsável**

**Assinatura do Pesquisador
Executante**

ANEXO A – Demissões 2014

MOTIVO	ADMISSÃO	TÉRMINO	UNIDADE	FUNÇÃO
PEDIDO NÃO DESCONTAR	04/11/2010	09/01/2014	APD NOVO HORIZONTE	ACOMPANHANTE
PEDIDO DESCONTAR	03/09/2012	10/01/2014	APD SANTA CECILIA	ACOMPANHANTE
PEDIDO TRABALHADO	19/08/2011	17/01/2014	APD TATUAPE	ACOMPANHANTE
PEDIDO DESCONTAR	06/05/2010	10/02/2014	APD PARELHEIROS	PSICOLOGO
PEDIDO TRABALHADO	15/03/2011	19/03/2014	APD NIR VILA PRUDENTE	ACOMPANHANTE
PEDIDO DESCONTAR	06/09/2013	11/03/2014	APD TATUAPE	ACOMPANHANTE
TERMINO	07/02/2014	23/03/2014	APD PARELHEIROS	ACOMPANHANTE
DISPENSA	09/08/2012	22/04/2014	APD JD MARCELO	ACOMPANHANTE
TERMINO	16/12/2013	08/04/2014	APD STO AMARO	PSICOLOGO
PEDIDO DESCONTAR	07/11/2012	07/04/2014	APD TATUAPE	PSICOLOGO
PEDIDO TRABALHADO	01/07/2013	31/05/2014	APD JD MARCELO	ACOMPANHANTE
PEDIDO NÃO DESCONTAR	01/11/2012	12/05/2014	APD JD MARCELO	SUPERVISOR DE EQUIP.
DISPENSA	01/12/2011	17/06/2014	APD SÉ	ACOMPANHANTE
DISPENSA	17/05/2010	17/06/2014	APD VILA PRUDENTE	ACOMPANHANTE
DISPENSA	18/05/2010	18/06/2014	APD SANTA CECILIA	ACOMPANHANTE
DISPENSA	18/05/2010	07/07/2014	APD TATUAPE	ACOMPANHANTE
JUSTA CAUSA ABANDONO	13/05/2010	10/07/2014	APD VILA PRUDENTE	ACOMPANHANTE
TERMINO	17/07/2014	18/08/2014	APD VILA PRUDENTE	ACOMPANHANTE
PEDIDO DESCONTAR	01/08/2014	04/08/2014	APD JD MARCELO	FONOAUDIOLOGO
DISPENSA	12/07/2012	14/08/2014	APD N. SENHORA APAREC	ACOMPANHANTE
DISPENSA	18/05/2010	06/08/2014	APD NIR TATUAPE	ACOMPANHANTE COMUNITÁRIO
DISPENSA	06/05/2010	14/08/2014	APD N. SENHORA APAREC	ACOMPANHANTE
TÉRMINO	17/04/2014	14/08/2014	APD VILA PRUDENTE	ACOMPANHANTE
DISPENSA	19/05/2010	20/08/2014	APD CASA VERDE	AC
PEDIDO NÃO DESCONTAR	17/03/2011	18/08/2014	APD VILA PRUDENTE	ATA
DISPENSA	02/01/2013	01/09/2014	APD UBS SÉ	AC
TERMINO EXP.	13/08/2014	26/09/2014	APD TITO LOPES	FONOAUDIOLOGO
TERMINO EXP.	13/08/2014	26/09/2014	APD N. S. APARECIDA	FONOAUDIOLOGO
TERMINO EXP	01/08/2014	29/10/2014	APD SÉ	FONOAUDIOLOGO
PEDIDO NÃO DESCONTAR	01/08/2014	29/10/2014	APD FREG Ó	FONOAUDIOLOGO
PEDIDO NÃO DESCONTAR	11/04/2013	01/10/2014	APD SÉ	ACOMPANHANTE
PEDIDO NÃO DESCONTAR	18/04/2013	16/10/2014	APD SANTO AMARO	ACOMPANHANTE
TERMINO EXPERIENCIA	07/10/2014	19/11/2014	APD SÉ	AC
PEDIDO TRABALHADO	03/05/2010	09/12/2014	APD NIR VILA PRUDENTE	TO

ANEXO B - Afastados 2014

Unidade organizacional ▼	Posição ▼	Entrada ▼	Tipo de ausência ou presença ▼	Início ▼	Fim ▼
APD Freguesia do O	Acompanhante Comunitario	21.09.2010	Auxilio Doença Sup. 15 di	10.09.2014	13.12.2014
APD NIR Parelheiros	Terapeuta Ocupacional	03.05.2010	Auxilio Doença Sup. 15 di	07.11.2014	24.01.2015
APD NIR Santo Amaro	Acompanhante Comunitario	17.05.2010	Auxilio Doença Sup. 15 di	03.05.2014	12.08.2014
APD NIR Santo Amaro	Aux Tec Adm II	01.07.2010	Auxilio Doença Sup. 15 di	15.10.2014	25.10.2014
APD NIR Parelheiros ADM	Aux Tec Adm II	01.07.2010	Auxilio Doença Sup. 15 di	10.11.2014	10.03.2015
APD NIR Santa Cecília	Terapeuta Ocupacional	03.05.2010	Auxilio Doença Sup. 15 di	27.01.2014	16.03.2014
APD NIR Santa Cecília	Acompanhante Comunitario	06.05.2010	Auxilio Doença Sup. 15 di	25.03.2014	03.05.2014
APD NIR Tatuape	Acompanhante Comunitario	18.05.2010	Auxilio Doença Sup. 15 di	19.02.2014	22.08.2014
APD NIR Tatuape	Acompanhante Comunitario	03.09.2012	Auxilio Doença Sup. 15 di	31.05.2014	09.02.2015
APD UBS NSra Aparecida	Acompanhante Comunitario	18.05.2010	Auxilio Doença Sup. 15 di	02.12.2014	07.02.2015
APD UBS Sé	Acompanhante Comunitario	01.11.2011	Auxilio Doença Sup. 15 di	11.07.2014	18.08.2014

ANEXO C - Produto- Folder

- apoiar um coletivo, mediante prática reflexiva dessas práticas.
- «Como o Apoiador deve mediar as relações com os profissionais da ponta e da instituição, evidenciando a perspectiva dos distintos atores envolvidos».
 - «Como os arranjos de Apoio desenvolvem-se de forma singular em cada organização, preservando a humanidade, a crença nas pessoas e em seu poder de vida».
 - «Como manter a crítica e as referências ideais, mas também o pragmatismo».
 - «Como o dispositivo de EP pode gerar extensão e potencialização da função Apoio e ainda servir-lhe de espaço de aprendizagem».
 - «Como ter tranquilidade e confiança para desconstruir o papel e a imagem de Supervisor, para utilizá-lo de forma emblemática para favorecer a transformação do formato de trabalho e a cultura hierárquica nos seus campos de influência».
 - «Como é que, ao reconhecer as potências, pode-se favorecê-las».
 - «Como o modelo ou método da ação tem de estar diretamente relacionado ao seu objetivo: mesma ética, mesmos princípios».
- Quer saber mais? Dividas? Aqui está uma Bibliografia interessante para você se aprofundar:
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS. Volume 2. Atenção Básica. Brasília - DF 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS. Gestão Participativa e Coesão. 2.ª edição revista. 4.ª reimpressão. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF. 2009
- Ceccini, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 10 out./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010420>>. Acesso em: 05 fev. 2016.
- Campes, G. W. S. Saúde Pública. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Freire, P. Pedagogia do Oprimido. 5 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1978.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS. Volume 2. Atenção Básica. Brasília - DF 2010.
- Campes, G. W. S. e Castro C.P. Apoio Institucional. Saúde Como Estratégia Para Educação Permanente Em Saúde. Triab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 29-50, jan./abr. 2014.
- Falsetto, L.M. Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática. Rede UNIDA. 1ª EDIÇÃO Porto Alegre, 2014
- Cardanelli, Felipe Garguini. "Roda de saberes": reflexões sobre educação permanente em saúde e seus processos de apoio; Dissertação de Mestrado, orientador Exceur Fredini Rocha -- São Paulo, 2016.
- Rocha EP. Realização de pessoas com deficiência. São Paulo: Rocha, 2006.

1. Já considerou que o território de atuação das equipes que se queira trabalhar deve ser considerado?

WAMOS CONVERSAR SOBRE:

- As peculiaridades, entranhas, culturas, vicissitudes e singularidades.
- Como o território marca, imprime no corpo dos trabalhadores, sua assinatura. Suas marcas vivas, a natureza do habitar nesse território, natureza do local de trabalho e como ela se manifesta no corpo do trabalhador.
- Qual a relação entre o território, processo de habitar e a dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica ou do trabalho em saúde.
- Como podemos, nos processos de EP, desterritorializar os saberes hegemônicos e práticas vigentes para estender a construção de um estilo democrático e transversalizado no campo de saberes e de práticas interdisciplinares da saúde produtivas de singulares e de autonomia
- A relação a outros serviços e o entendimento dos papéis, perspectivas e possibilidades de cada serviço para construir novas formas de articulação.

2. Você pensou sobre a importância do Público Alvo atendido pelas equipes no EP?

WAMOS CONVERSAR SOBRE:

- Como a escolha por um determinado modelo assistencial pressupõe ideias condizentes de saúde e as formas de gerenciá-la, dos direitos em nossa sociedade, das relações sociais e como elas foram produzidas, da produção da política, dos modos de governar e da relação entre os trabalhadores e os usuários de qualquer serviço de saúde.
- Como a educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da assistência pode ser um espaço de elaboração de pensamentos críticos e processamento de novas formas de intervenção.
- Como a consideração sobre afetos e sentimentos presentes nas relações dos profissionais das equipes pode potencializar a capacidade de efetividade do trabalho desenvolvido.

3. O que você pensou sobre os trabalhadores, foco do dispositivo e como eles influenciam na sua condução?

WAMOS CONVERSAR SOBRE:

- Como valorizar os trabalhadores através das ações de educação permanente.
- Como a mudança nos modelos de atenção e gestão, considerando sua indissociabilidade, não acontecem sem a valorização dos trabalhadores e as relações sociais no trabalho.
- Como as propostas democráticas de EP, que valorizam a

participação efetiva do trabalhador, a constituição e troca de

saberes, sem hierarquização pode fortalecer o trabalho da equipe.

- Como elaborar estratégias que desenvolvam o pensamento crítico e dialógico, para que todos tenham direito à fala em uma relação de respeito mútuo, a fim de possibilitar um espaço de participação coletiva.

- A criação de um Grupo de Trabalho que lhe ajude na condução de um dispositivo. A formação de um GT de forma voluntária propicia a aproximação e o envolvimento das pessoas mais dispostas para tal e potencializa a permeabilidade do dispositivo, facilitando-o.

- Como fazer para que o afeto e o espaço da Educação Permanente possam abrir novas possibilidades de relação com o trabalho e entre os trabalhadores;

- Como possibilitar experimentações e acolhimento de conteúdos em um processo de fortalecimento coletivo.

- Como as formas mais concretas de acolhimento, como um café da manhã ou lanche podem ser momentos de integração entre os profissionais, favorecendo as trocas e as discussões que se seguem.

- Como os intercâmbios e rodízios entre as equipes, setores, áreas e funções podem favorecer trocas entre os trabalhadores.

- Como é importante os encontros de EP quando há um consenso de que não há sobrecarregar o trabalhador.

- Como estabelecer pactos a cada encontro. É importante que estes acordos emergem dos próprios trabalhadores e suas necessidades.

4. Como você está lidando com as instituições nas quais está inserido?

WAMOS CONVERSAR SOBRE:

- Como as mudanças no modelo de atenção não serão realizadas sem mudanças no modelo de gestão.

- Como analisar e compor com o momento e características institucionais e achar as brechas para explorar os aspectos favoráveis aos objetivos do dispositivo.

- Como estabelecer vínculos frutíferos e cooperativos para mostrar, através de dados verificáveis, a eficácia e a importância dos dispositivos que se queira implementar.

- Como aproveitar os aspectos do próprio serviço, como metas e objetivos do serviço para o processo de Educação Permanente.

- Como avaliar as condições para entrar em disputas e, principalmente, como fazê-las, sendo fundamental deixar claro os propósitos construtivos, de melhoria do serviço e da atenção em saúde.

5. Como você está pensando em apoiar o dispositivo de EP?

WAMOS CONVERSAR SOBRE:

- Como o Apoiador busca mudanças nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco a produção de saúde e o processo de trabalho, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho.

- Como a formação do Apoiador acontece no processo dinâmico de