UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUANA PINHO DE MESQUITA

A educação permanente em saúde para a institucionalização de uma rede-rizoma

RIBEIRÃO PRETO

2016

LUANA PINHO DE MESQUITA

A educação permanente em saúde para a institucionalização de uma rede-rizoma

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, políticas e saberes em saúde

Orientador: Silvia Matumoto

RIBEIRÃO PRETO

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.

Mesquita, Luana Pinho de
A educação permanente em saúde para a institucionalização de uma rede-rizoma. Ribeirão Preto, 2016.
154 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.
Orientador: Silvia Matumoto

1. Educação Permanente em Saúde. 2. Análise Institucional. 3.Pesquisa-intervenção. 4.Cartografia. 5.Rede de atenção materno infantil.

MESQUITA, Luana Pinho de

A educação permanente em saúde para a institucionalização de uma rede-rizoma

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Dirce e Wilson (in memoriam).

Ao Rodrigo, que me acompanha todos os dias, aquele que escolhi e que me escolheu para trilhar caminhos e sonhar.

AGRADECIMENTOS

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo por abrir as portas para a realização deste trabalho.

À CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – pelo financiamento deste trabalho através da bolsa de demanda social.

À FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo financiamento do Projeto PPSUS.

Aos integrantes do Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha do DRS III de Araraquara, pela construção conjunta dos dados desta pesquisa-intervenção, pelo aprendizado significativo e pelo empenho com a Rede Cegonha.

À querida Silvia, por aceitar me orientar e pelas horas dedicadas a esta pesquisa e à minha orientação. Agradeço por compartilhar comigo e por me incentivar em cada passo dado durante esses anos, por cada sugestão e por me fazer hoje uma pessoa diferente; levo comigo o que aprendi, seu sorriso e seu abraço fraterno.

À Cinira, pelo incentivo em me aventurar pela língua francesa e por este universo que é a Análise Institucional, por abrir as portas da sua casa, por dividir seu saber, pelas palavras de incentivo, pelo carinho.

Ao Professor Gilles Monceau, Universidade de Cergy-Pontoise, França, pela supervisão e dedicação ao grupo de pesquisa do PPSUS, pelas sugestões dadas no Exame de qualificação e pelo exemplo de analista institucional.

À Professora Patrícia Alonso, Universidade de Limoges, pelas contribuições ao projeto de pesquisa no exame de qualificação, pelas conversas em francês.

Aos meus queridos amigos de pós-graduação e da vida, que me acompanharam e me deram apoio durante esses anos, Flávio, Karemme, Lucila, Karen, Fabiana, Fabrine, Michele, Juliana, pela companhia, pelos momentos de aprendizado, pelas trocas, pelas caronas, pelo apoio e incentivo.

Ao Wilson e à Soraya, pela amizade, pela confiança, por me ensinarem que o trabalho construído junto é que dá sentido às nossas ações, obrigada por estarem presentes em tantos momentos e neste, em especial.

Aos amigos que fiz durante a pesquisa, trabalhadores e pesquisadores do DRS III de Araraquara: Mônica, Cris, Vera, Maria Teresa, Mary, obrigada por estarem presentes.

À Márcia, Adriana, Cássia, Maria Lúcia, professoras da UFSCar e à Larissa, companheira de pesquisa no GCR, agradeço o apoio e a parceria.

À Maria do Carmo, professora da Faculdade de Medicina, pelos momentos marcantes de aprendizado no GCR.

À Zezé Clapis, pela oportunidade de formação no Programa PAE, e aos alunos da graduação pelos momentos vividos juntos.

À Zezé Bistafa e à Silvana Mishima, pelo exemplo de profissionais que lutam pela saúde coletiva, pelas reflexões e aprendizado nas disciplinas.

À Prof.ª Ângela Capozzolo, por aceitar fazer parte deste momento compondo a banca avaliadora desta dissertação.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-graduação, em especial à Shirley e à Flávia, pela paciência e disposição em nos auxiliar.

Ao Rodrigo, meu companheiro, que me ensina e com quem aprendo diariamente, obrigada por brindar a vida comigo.

À tia Ana e ao tio Alcione, pelo incentivo em conquistar os sonhos, pelos ensinamentos e pelas palavras que tornam tudo cada vez mais possível. Aos meus queridos primos Pedrinho, Laurinha, e à pequena Helena, e ao Paulinho e à Isabela, que sempre me acolhem onde quer que estejam.

Aos meus primos e companheiros em Ribeirão Preto durante o mestrado, Luisinho e Jaque, que sempre estiveram ali para me dar aquele abraço e dividir as angústias do dia a dia.

Aos meus tios Zozó e Paulo, pelos sorrisos e pela inspiração, seja pelo equilíbrio da vida, seja pelo amor pelo mar, seja pela poesia. E com vocês agradeço aos meus primos Pablo, Diogo e Débora, pela amizade, e às crianças João Henrique e Manuela, que ainda está na barriga, pela inspiração.

À minha prima Nina, companheira irmã que sempre me recebe de braços abertos, obrigada pela força de sempre, pela alegria e pelo amor.

À minha tia Emilce e ao meu tio Dechichi, por estarem sempre por perto e por fazerem nossos fins de semana se encherem de carinho e afeto, o que importa é estarmos juntos.

Aos meus primos Ranyery, Priscilla e à pequena Giovanna, Daniela e Aluísio, Marcela e Otelo pelo aconchego familiar, pelas palavras sempre sinceras e pelo incentivo em seguir em frente.

À minha avó Francisca, pelo amor e pelo colo, obrigada por suas orações, e à minha tia Jô, pela alegria de viver, pelo sorriso solto que me inspira, pelo carinho de tia.

À Marlene, minha sogra, que nos ensina a lutar pelo que desejamos, à Larissa, minha cunhada e ao Roberto, pela paciência e amizade, ao Leandro, meu cunhado, e à Camila, pela ajuda e pela compreensão.

Aos amigos Marcella, Marina e Gustavo, Rafael e Kathleen, Fábio e Camila, Lucas e Mara, Rafael e Cátia, Pedro, Olívia e Pedrinho pela amizade, por festejarem sempre a vida conosco, pelo apoio e pelo carinho.

RESUMO

MESQUITA, L. P. **A educação permanente em saúde para a institucionalização de uma rede-rizoma**. 2016. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2016.

Esta dissertação é resultado de uma pesquisa-intervenção cuja produção de dados ocorreu com o Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha (GCR) no DRS III de Araraquara – SP, parte do Projeto de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS): *O processo de implantação da rede de atenção à saúde materno infantil no DRS III de Araraquara*: a atenção básica como ordenadora da atenção em rede. Nosso objetivo foi compreender este coletivo como espaço de Educação Permanente em Saúde (EPS) para a institucionalização dessa Rede, e também caracterizar a EPS no território de abrangência deste DRS, compreender suas fragilidades-potencialidades e também os processos de EPS produzidos no interior do GCR para a implementação da Rede Cegonha (RC), diante de desafios como a redução da morbimortalidade materno infantil e o atendimento integral e humanizado a mulheres e crianças. Esta pesquisa qualitativa compreendeu a análise de documentos e a pesquisa-intervenção, utilizando método cartográfico, e a produção dos dados ocorreu no ano de 2014 com os integrantes do GCR e outros pesquisadores PPSUS. As análises tiveram como referenciais o Processo de Trabalho em Saúde e conceitos do movimento institucionalista, das correntes da Análise Institucional e da Esquizoanálise. Esta pesquisa de cunho cartográfico explorou o contexto sócio-histórico da EPS e da RC no DRS III e paisagens que compõem o mapa do aprendizado no que chamamos Rede-rizoma, entremeadas por análises de implicações e aprendizados na experiência, tanto de construção da pesquisa como da RC. Nos planos do rizoma houve momentos de aprendizado significativo, ecos nos municípios, interferências da pesquisa-intervenção, dentre outros componentes de tessitura da rede que envolveram seus atores, seus pontos de conexão, de tensão, de apoio. Nesse emaranhado quente e frio, interessou-nos explorar as singularidades do encontro e os movimentos de forças instituintes e do instituído com o compromisso de entender a EPS como ferramenta de trabalho para a institucionalização da RC. Percebemos a existência de microprocessos de institucionalização disparados no cotidiano do GCR, caracteristicamente paralisantes e mobilizadores, como a importância da participação social, ainda tímida, as tensões com a imobilidade municipal, as fragilidades-potencialidades dos recursos humanos e financeiros, e também resultados que refletem em alargamento e participação de novos atores, cooperação intermunicipal, fortalecimento dos Grupos Condutores Municipais da rede cegonha e uma gestão estadual disposta a deflagrar processos de formação participativos. Trata-se de movimentos que se revelaram em implicações de múltiplas bifurcações e em processos de EPS que se fazem de forma mutante, conformando a rede-rizoma.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Análise Institucional. Pesquisa-intervenção. Cartografia. Rede de atenção materno infantil.

ABSTRACT

MESQUITA, L. P. **Permanent Education in Health for the institutionalization of a net-rizhome.** 2016. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

This dissertation resulted from a intervention-research which data production took place with the Regional Conductor Group of the Stork Network (GCR) in the DRS III of Araraquara - SP, part of the research project for the National Health System (PPSUS): The maternal and child health care network deployment process in the DRS III Araraquara: primary health care ordering the network care. Our purpose was to understand this collective as a Permanent Education in Health (EPS) space for the institutionalization of this Network, and also characterize the EPS in the DRS territory, understand their fragilities-potentialities and also the EPS processes produced inside the GCR for the implementation of RC, in face of challenges such as reducing child and maternal mortality and the comprehensive and humanized assistance to women and children. This qualitative research included the analysis of documents and the intervention-research using cartographic method which data production occurred in 2014, with members of the GCR and other PPSUS researchers. The analysis had as referential, the Work Process in Health and concepts of the Institutionalist Movement, from Institutional Analysis and Schizoanalysis currents. This cartographic research explored the EPS and RC socio-historical contexts in the DRS III and some landscapes that make up the learning map in what we call Net-rhizome, permeated by implication analysis and learning experience, both from research and RC construction. In the rhizome plans there were moments of meaningful learning, echoes in the municipalities, research-intervention interferences, among other weaving network components involving its actors, its connection, tension and support points. In this hot and cold tangle, we were interested in explore the uniqueness of the meeting and the movement of instituting forces and the instituted with the commitment to understanding the EPS as a tool for the RC institutionalization. We realized the existence of institutionalization microprocesses triggered in the GCR characteristically paralyzing and mobilizers, as the importance of social participation, even timid, tensions with municipal immobility, the fragilities-potentialities, human and financial resources, as well as results that reflect in enlargement and new actors participation, inter-municipal cooperation, strengthening of Municipal Conductor Groups and a state management willing to trigger participatory educational processes. Movements that have proven in multiple bifurcation implications and EPS processes in mutant forms conforming the net-rhizome.

Keywords: Permanent Education in Health. Institutional Analysis. Research-intervention. Cartography. Maternal and child care network.

RESÚMEN

MESQUITA, L. P. **La educación permanente en salud para la institucionalización de un Red-rizoma.** 2016. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Esta disertación es el resultado de una investigación de intervención, cuya producción de datos ocorrió con el *Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha* (GCR) no DRS III de Araraquara – SP, parte del *Projeto de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde* (PPSUS): El proceso de implantación de la red de atención de salud materno infantil en el DRS III de Araraquara: la atención básica como coordinadora de la atención de la red. Nuestro objetivo fue comprender este colectivo como espacio de *Educação Permanente em Saúde* (EPS) para la institucionalización de esta red, y también caracterizar la EPS en el territorio de cobertura de esta DRS, comprender sus fragilidades-potenciales y también los procesos de EPS producidos en el interior de el GCR para la implementación de la *Rede Cegonha (RC)*, frente estos desafíos como la reducción de la morbimortalidad materno infantil y la atención integral y humanizada a las mujeres y niños. Esta investigación cualitativa conto con el análisis de documentos y la investigación-intervención, utilización del método cartográfico y a producción de datos ocurrió en el año de 2014 con los integrantes de el GCR y otros investigadores PPSUS. Los tuvieron como referencia el proceso de trabajo en salud y conceptos de movimiento institucionalista, de las corrientes del análisis institucional y del esquizoanálisis. Esta investigación cuyo cartográfico exploro el contexto socio-histórico de la EPS y de RC en DRS II y paisajes que compone el mapa de aprendizaje el cual llamamos Rede-rizoma, intercaladas por análisis de implicaciones y aprendizajes en la experiencia, tanto de la construcción de la investigación como de la RC. En los planes do rizoma hubo momentos de aprendizaje significativo, eco en los municipios, interferencias de la investigación-intervención, entre otros componentes de la tesitura de la red que envuelven sus actores, sus puntos de conexión, de la tensión, de apoyo. En ese enmarañado caliente y frío, no intereso explorar las singularidades del encuentro y los movimientos de las fuerzas instituintes y de lo instituido con el compromiso de entender la EPS como herramienta de trabajo la institucionalización de la RC. Percibimos la existencia de micro procesos de institucionalización disparado en el cotidiano del GCR, característicamente paralizantes y movilizadores, como la importancia de la participación social, aunque tímida, las tensiones con la inmovilidad municipal, la fragilidad de los potenciales de los recursos humanos y financieros, y también resultados que reflejan el alargamiento y participación de nuevos actores, cooperación intermunicipal, fortalecimiento de los Grupos Conductores Municipales de la Red Cegonha y una gestión estadual dispuesta a generar procesos de formación participativos. Movimientos que se revelan en implicaciones de múltiples bifurcaciones e en procesos de EPS que hacen de la forma mutante, conformando la rede-rizoma.

Palabras-clave: Educación Permanente en Salud. Análisis Institucional. Investigación-intervención. Cartografía. Red de atención materno infantil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

AGAR - Ambulatório de Gestação de Alto Risco

AI - Análise Institucional

CDQ-SUS - Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o Sistema Único de Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CES - Conselho Estadual de Saúde

CGR - Colegiados de Gestão Regional

CIES - Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

CIR - Comissões Intergestores Regionais

CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil

CMMI - Comitês Municipais de Mortalidade Materna e Infantil

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

COSEMS – SP - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo

CsO - Corpo sem Órgãos

DEGES - Departamento de Gestão da Educação do Ministério da Saúde

DNCR - Departamento Nacional da Criança

DRS III - Departamento Regional de Saúde III de Araraquara

EERP-USP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

EPS - Educação Permanente em Saúde

ETSUS - Escolas Técnicas do SUS

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FORP-USP - Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

GCM - Grupos Condutores Municipais da Rede Cegonha

GCR - Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha

GM - Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

InovaSUS - Concurso Prêmio InovaSUS Gestão da Educação na Saúde

MS - Ministério da Saúde

NIES - Núcleo de Integração Ensino Serviço de Araraquara

NV - Nascidos Vivos

OECD - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico dos Países Europeus

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAREPS - Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNEPS - Polítca Nacional de Educação Permanente em Saúde

PPSUS – Pesquisa para o SUS

PSE - Programa Saúde na Escola

PTS - Processo de Trabalho em Saúde

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RC - Rede de atenção materno infantil ou Rede Cegonha

RS - Regiões de Saúde

SES-SP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISPRENATAL WEB – Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UNESP-Araraquara - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Flho” câmpus de Araraquara

USP - Universidade de São Paulo

VER-SUS - Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO 15

2 PAISAGENS QUE COMPÕEM A REDE-RIZOMA 22

2.1 A institucionalização da saúde materno infantil no Brasil 23

2.2 Educação Permanente em Saúde 29

2.3 O Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha 37

3. OBJETIVOS 41

3.1 Geral 41

3.2 Específicos 41

4 MARCO TEÓRICO 43

4.1 O Processo de Trabalho em Saúde, a Análise Institucional e a Educação Permanente em Saúde no Processo de institucionalização da Rede Cegonha. 43

5 PERCURSO METODOLÓGICO 50

5.1 Hódos-méta 50

5.2 Quem é o Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha? 51

5.3 A Análise de Documentos 53

5.4 Pesquisar-intervir 55

5.5 O Desafio de Cartografar 56

5.6 Procedimentos éticos 58

5.7 Conhecendo o contexto: O DRS III, a Rede Cegonha e o GCR 58

5.8 A Rede Cegonha e o DRS III 59

5.8.1 O Pré-natal 60

5.8.2 A Mortalidade Materno Infantil 61

5.8.3 A Sífilis Congênita 63

5.8.4 O Dar à luz – O momento do Parto 64

5.8.5 O GCR – um espaço de gestão e de EPS 65

6 CONSTRUINDO O CENÁRIO DA EPS NO DRS III 68

6.1 A EPS na Rede-rizoma 69

6.2 Parceria ensino-serviço 71
6.3 No caminho das práticas 71
6.4 Potencialidades-Fragilidades: Nós críticos, Atravessamentos e Disputas na RC 73

7 PAISAGENS QUE COMPÕEM O MAPA DO APRENDIZADO 80
7.1 Os Planos do rizoma 81
7.2 Cenas de minha aproximação à pesquisa-intervenção 82
7.3 Cenas de minha aproximação com o campo e cenário da pesquisa, um momento de aprendizagem no trabalho 84
7.4 Aprendizagens em ato - O caso SISPRENATAL WEB 85
7.5 E por falar em Educação Permanente em Saúde 87
7.6 Ecos nos municípios 96
7.7 A pesquisa e suas interferências 100
7.8 Tecendo a rede 106
7.8.1 E quem tece essa rede? 111
7.9 Pontos de tensão na rede 115
7.10 Repetir para ver o que é singular 123

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 129

REFERÊNCIAS 133

APÊNDICE 150

ANEXOS 153

Apresentação

1 APRESENTAÇÃO

Apresentarei aqui alguns caminhos trilhados como pesquisadora e como pós-graduanda, que correspondem à minha inserção na Saúde Coletiva, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP) e na pesquisa, composição que culminou na produção do projeto de pesquisa intitulado: "O grupo condutor regional como espaço de educação permanente em saúde para institucionalização da rede de atenção materno infantil".

Para isso, sinto a necessidade de falar de minha implicação com esta construção. A noção de implicação na Análise Institucional, um dos referenciais teóricos de escolha nesta pesquisa, relaciona-se com as contradições com que ela trabalha, ou seja, em uma lógica dialética oposta a de outros movimentos científicos que pregam neutralidade, que se desvela em não implicação ou desimplicação (LOURAU, 1993). Dessa forma, a implicação é expressa no campo de coerência desse referencial teórico como a preocupação em compreender o lugar que nós ocupamos neste mundo, analisando-o. Muitas vezes, os atores implicados, em duplo ou triplo papel, neste caso trabalhadores de saúde, pesquisadores em saúde e analistas, têm que se colocar em análise, uma tarefa que exige coragem e uma postura crítica e aproximação a nós mesmos, o que pode ser doloroso e árduo. Assim, podemos dizer que as pessoas estão, a todo o momento, implicadas nas instituições e com as instituições, e, mesmo que seja difícil analisar essa implicação, ela é importante para compreender a interseção entre analistas institucionais e analisados, por exemplo. A análise de nossas implicações pode ter distintas dimensões e permite deixar ver o porquê de nossa interação com o objeto de pesquisa mesmo antes de nosso primeiro contato (BAREMBLITT, 2002). Portanto, considerarei adiante alguns pontos analíticos de minha implicação com o objeto de estudo, a educação permanente em saúde em coletivos que zelam pela qualidade da saúde prestada a mulheres e crianças.

Primeiramente é preciso explorar minha múltipla inscrição neste processo de formação cartográfico, como aluna de pós-graduação e pesquisadora em formação, como profissional de saúde, como cidadã e como mulher, filha, sobrinha, neta. Essa múltipla inscrição deve ser analisada em pesquisas do gênero cartográfico indagando o modo pelo qual eu tomo o objeto de pesquisa e, ao mesmo tempo, indaga o modo como a minha atividade fez-se no processo, nas trilhas de um caminho docente-pesquisador (BARROS; SILVA, 2013). Essa indagação é também intrínseca aos conceitos da Educação Permanente em Saúde, cujo foco é a problematização do nosso cotidiano, do nosso fazer em saúde.

Neste caso, as atividades de pesquisa nas quais estive envolvida durante o Mestrado, primeiro o Projeto de Pesquisa para o SUS (PPSUS), que teve por objetivo "acompanhar e analisar o processo de implantação da rede de atenção à saúde materno infantil no Departamento Regional de Saúde III de Araraquara (DRS III), tendo a atenção básica como ordenadora da atenção em rede", e este outro, em que pretendi analisar o Grupo Condutor Regional como espaço de Educação Permanente em Saúde para Institucionalização da Rede Cegonha, mesclam as bases de referenciais teóricos que exigem do aprendiz cartógrafo uma postura de alteridade, autoconceito e autocrítica que ampliam a visão sobre as finalidades e os sentidos das ações, falas e, mais ainda, do não-dito e do não-declarado verbalmente nesse coletivo gestor, e também nos pesquisadores e em mim.

Minha implicação carrega muito de minhas origens e personalidade, traz um pouco da vontade de ser educadora, da vontade de ter liberdade, de ser Roraimense, um pouco do sabor e da calmaria do Norte, e um pouco de outros lugares do mundo, da minha família, de pessoas com quem vivi e convivi. E muito do sonho de transformação de uma realidade onde se incluam as diferenças de cor, de etnia, de desejos de viver. Minha implicação também passa por uma miscigenação de raças, branca, negra e índia, e de vontades e crenças que me dão fôlego para enfrentar os desafios que trazem as mudanças, e nelas encontrar novos significados. Implico-me com uma Educação que pode trazer transformação e pode trazer sentidos que agucem a nossa criatividade e nosso querer estar no mundo, que seja capaz de mudá-lo para melhor, fazê-lo sorrir.

Outras origens a explorar estão na minha formação como profissional de saúde e a atuação como dentista em diferentes espaços onde existiam coletivos de gestão da saúde. Primeiramente, a vivência no Subsistema de atenção à Saúde Indígena no Parque Indígena do Xingu, por meio do projeto de formação acadêmica nominado Projeto Huka Katu, a FORP-USP (Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo) no Xingu, durante a graduação. O Xingu aproximou-me da grande roda, onde as lideranças indígenas reuniam-se para ali decidirem coletivamente as ações a serem realizadas com a comunidade, onde senti a força da mulher indígena e a beleza nos olhos das crianças, lugar onde vivi a Saúde Coletiva. Em um segundo momento, na atenção básica, no Programa Saúde da Família em São Carlos-SP, durante a Residência em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal de São Carlos, tive a oportunidade de "com-viver" dois anos com a Equipe da USF Antenor Garcia, zona periférica da cidade de São Carlos, num aprendizado incessante sobre Território, Família, Necessidades de Saúde, Vínculo, Feira da Saúde, Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal, Acolhimento. A expressão "com-viver" tem

um sentido a mais do que apenas viver com ou junto, tem uma ligação importante entre subjetividades, que se emaranham e entrelaçam guiadas por um objetivo comum, um desejo comum, de viver a vida de forma saudável. Aqui mora o desejo, no estímulo à autonomia e na busca pela garantia de direitos ao acesso humanizado e o cuidado integral à saúde. E, nesse movimento de "com-viver", também havia gestantes, grupo de gestantes, trabalhadoras gestantes, usuárias gestantes, adolescentes gestantes, gestoras gestantes. E não poderia esquecer-me do "com-viver" com as crianças, grupo de crianças, grupo de puericultura, ciranda, gincana, sorrisos. E aprender a "com-viver" também tem um pouco de "é preciso aprender a ser só", como na música de Gilberto Gil, aprender a ser, a viver, a encarar a si mesmo e a respeitar a história e encarar os desafios da vida, ao mesmo tempo junto, mas, ao mesmo tempo, só vivendo consigo mesmo.

Pélbart (2006), em uma Conferência denominada "Como viver só", na 27ª Bienal de São Paulo, fez um contraponto com o título da Bienal "Como viver junto", retratando o quanto nossa vontade de estar junto é, na verdade, uma vontade de estar só, uma busca pela solidão. Este autor citou, nessa ocasião, uma fala de Deleuze que marca um pouco esse sentimento e essa busca: "O problema não é que nos deixam sós, é que não nos deixam suficientemente sós", fala que representa muito dessa necessidade de querer estar só e lidar com este estar só.

Nessa minha caminhada entre coletivos, outra experiência moveu-me, aquela com a comunidade Guarani Mbyá do Pico do Jaraguá, São Paulo, onde trabalhei por um ano e o grupo de mulheres representava um importante coletivo gestor na comunidade, de mulheres guerreiras de um povo esquecido no pé da montanha capaz de promover mudanças, de fortalecer, mesmo que de forma sutil, uma comunidade que precisa ser olhada, percebida. O com-viver foi triste, mas esperançoso de não ver mais mortes e ver mais sorrisos. Todo esse processo de formação colocou-me diante de inquietações em relação às dificuldades enfrentadas no contexto do Sistema Único de Saúde, de um lado pelas mães e crianças e a família no anseio de uma atenção de qualidade, e, de outro, pelos profissionais de saúde em atender às famílias, diante da responsabilidade de operar o processo de trabalho em saúde na perspectiva da integralidade.

Dessa forma, coloquei-me na posição de aprendiz cartógrafa para habitar este novo território de encontros de subjetividades no Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha (GCR) para implementação desta Rede. Considero o GCR e seus processos formativos como um mapa móvel e que o processo de trabalho em pesquisa cartográfica deve, portanto, englobar a análise da atividade do cartógrafo no processo de pesquisa, já que a atividade da

pesquisa transforma o pesquisador e o campo (BARROS; SILVA, 2013), e, ao mesmo tempo, este é transformado. Essa interação é o cerne da pesquisa-intervenção, e esse movimento é reflexo de um processo de educação em que "embora diferentes entre si, quem forma se forma e re-forma ao for-mar, e quem é formado forma-se e forma ao ser formado" (FREIRE, 1996, p. 12) num processo permanente de ir e vir, autoconstrução e construção do outro.

E como pesquisar um objeto em seu processo? Para construir o caminho a ser percorrido na pesquisa, o aprendiz cartógrafo deve, então, escolher as pistas para a criação e invenção do hodos-metá, sentido diverso do habitual "méta-hodos". O método anuncia a existência de um caminho (hódos) predeterminado para alcançarem-se algumas metas, com rigor metodológico exigido de forma sistematicamente rígida (PASSOS; BARROS, 2009a), com riscos de anular a criatividade e a inventividade do pesquisador em seu processo de formação. No entanto tive de lidar com esse efeito e dispus-me a explorar novos horizontes, um novo jeito de fazer pesquisa, e, assim, desfazer-me de muitos instituídos em mim.

Ainda em minha trajetória, como aprendiz cartógrafa, inseri-me no grupo de pesquisadores responsável pelo Projeto de Pesquisa para o SUS (PPSUS): *O processo de implantação da rede de atenção à saúde materno infantil no DRS III de Araraquara*: a atenção básica como ordenadora da atenção em rede em setembro de 2013. Minha pesquisa é parte integrante desse projeto aprovado no edital FAPESP/PPSUS 2012/51827-0 (MATUMOTO et al., 2013). A aproximação a esse novo ambiente de trabalho exigiu intensas leituras sobre o referencial teórico-metodológico proposto, interação com o grupo e apropriação do objeto de pesquisa, além da preparação para entrada no cenário de pesquisa. Outros movimentos que compõem a minha formação dizem respeito à programação das reuniões mensais do GCR ao longo do ano de 2014 e o planejamento de estratégias de engajamento com os participantes.

Nesse percurso acadêmico, fez parte o delineamento do projeto de pesquisa para ingresso no Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, cuja proposta inicial teve como intenção explorar a Educação Permanente em Saúde (EPS) em nível municipal, suas práticas de gestão e formação. No entanto o processo de formação docente-pesquisador auxiliou-me a repensar minha prática (de pesquisa e de profissional de saúde) a partir da habitação no território, na vivência com o GCR, da reflexão sobre a atividade de pesquisa junto com a orientadora, com o grupo de pesquisadores e com o assessor Gilles Monceau durante as oficinas de análise, num processo de assimilação, significação e ressignificação de conceitos, preconceitos e instituições que me guiam. Minha participação em disciplinas com os colegas e os professores também contribuiu para o entendimento daquele espaço, o GCR,

como um espaço inovador e com potencial para gerar processos formativos de Educação Permanente em Saúde. O projeto de pesquisa modificou-se, e parti para outro caminho, outro *hódos*: como ocorrem os processos formativos no GCR? Quais suas potencialidades e fragilidades e como contribuem para o processo da institucionalização da Rede de Atenção Materno Infantil? O *hódos* indicou-me a direção para outras metas, e o foco dessa imersão no campo de intervenção teve seus reflexos disparados no processo. Aprendi com os enfrentamentos dos nós críticos, o manejo da situação grupal na perspectiva participativa a fim de garantir maior vínculo com os participantes da pesquisa, e como acessar o comum heterogêneo, praticando a transversalidade, para atuação mais engajada naquele coletivo. O envolvimento com os trabalhadores no campo de pesquisa e com os demais pesquisadores do grupo PPSUS também colaborarou de forma significativa nessa trajetória de estudos, investigação e ação.

É preciso esclarecer, ainda, que os escritos nesta dissertação são elaborados com base em uma experiência, a experiência em uma pesquisa-intervenção na qual vivi a experiência de cartografar. A cartografia apresentou-me suas pistas, e, ao longo do texto, essa perspectiva vai desvelando-se em sua narrativa. A narratividade expressa-se em uma escrita mais livre daquela apresentada no modo hegemônico das pesquisas qualitativas em que é preciso desfazer-se de muitos preconceitos, muitos dos quais instituídos em nós. A escrita desenvolve-se de forma mais flexível, ela exige uma postura ético-estético-política que envolve a desmontagem do texto (PASSOS; BARROS, 2009b), sua análise em diferentes ramificações, abrindo cada vez mais saídas, como uma rede, como um rizoma, cujo conceito abordaremos mais adiante.

Leva em consideração, também, a minha implicação, minha abertura para conhecer e deixar-me conhecer, por isso esclareço ao leitor que farei uso da primeira pessoa do singular ao referir-me a processos vividos com a Educação Permanente, como aprendi pelo saber da experiência, como muitas vezes fugi de meu território, ou não. E, também, a primeira pessoa do plural para referir-me a processos vividos com os integrantes do GCR, com os demais pesquisadores do PPSUS, seja em campo, seja nas oficinas de análise e com a orientadora durante esse percurso.

A cartografia é apresentada por meio de planos: na introdução do tema, conheceremos as paisagens que compõem a Rede-Rizoma, como a institucionalização da saúde materno infantil no Brasil; a EPS como perspectiva e como política; aspectos gerais e particulares da EPS no campo de estudo, o DRS III. Também iniciaremos nossa viagem pelo cenário de

estudo, o GCR e pela EPS em outros coletivos de gestão, demarcando, então, os caminhos que percorremos para delinear os objetivos desta investigação.

Em seguida, abordarei os referenciais teóricos e metodológicos utilizados que representam as diferentes lentes que utilizei para observar as paisagens no GCR: o referencial teórico do Processo de Trabalho em Saúde, conceitos da Análise Institucional, e a Educação Permanente em Saúde e seus princípios, lentes que me auxiliaram na compreensão dos Processos de institucionalização na Rede Cegonha (RC).

Ainda, fará parte desta dissertação a descrição do percurso metodológico nesta pesquisa qualitativa em saúde o *hódos-metá* que se delineou, a análise de documentos, que teve papel importante no reconhecimento do território que habitei durante a produção da pesquisa-intervenção, a pesquisa-intervenção e suas prerrogativas, e o método utilizado: a cartografia, e seus desafios. A partir de então, seguem-se planos de análise que compõem o acompanhamento de processos de institucionalização na Rede-rizoma. Dentre eles, há uma aproximação ao contexto do DRS III, da RC e da EPS em seu território, apontando fragilidades e potencialidades e, por fim, planos que compõem a vivência no GCR com o desenho de paisagens que compõem o mapa do aprendizado, entremeados por análises de implicações e aprendizados na experiência de construção da RC. Esperamos que esses mapas desenhados aqui possam abrir possibilidades de aprendizado também em vocês, leitores.

_____*Paisagens que Compõem a Rede-Rizoma*

2 PAISAGENS QUE COMPÕEM A REDE-RIZOMA

Para adentrar o universo cartográfico, convidamos o leitor a conhecer alguns planos e paisagens que compõem o desenho do que estamos chamando de Rede-rizoma, planos que retratam os processos de institucionalização presentes na Rede de Atenção Materno Infantil em diferentes momentos do contexto histórico brasileiro. Também visitaremos cenas dos processos formativos de Educação Permanente em Saúde no Brasil, e no Estado de São Paulo, outro componente e objeto desta investigação que também apresenta sua história, peculiaridades e perspectivas. Para entender melhor os conceitos de processo de institucionalização e de uma Rede-rizoma, tomaremos alguns conceitos do Movimento Institucionalista. Esse movimento esteve presente no Brasil a partir da segunda metade da década de 1970 e é caracterizado por nuances francesas, argentinas e brasileiras em um "grupalismo-institucionalismo" (CUNHA; DORNA; RODRIGUES, 2006, p. 3) que se ramificam em diferentes correntes com o objetivo comum de "deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos autoanalíticos e autogestivos dos coletivos sociais" (BAREMBLITT, 2002, p. 11). Nesse conjunto heterogêneo, situar-nos-emos principalmente nas correntes teóricas da Análise Institucional e da Esquizoanálise, com o objetivo de lançar luz à dinâmica das instituições e do processo de institucionalização na Rede Materno Infantil e entender seu aspecto rizomático. Optamos pelo uso da denominação Análise Institucional (AI) na referência teórica, pois esse campo foi explorado em estudos no Brasil desde a década de 1970 e por sua aplicação no campo da Saúde Coletiva (L'ABBATE, 2003, 2012; L'ABBATE; MOURÃO; PEZZATO, 2013), notadamente a socioanálise de René Lourau (LOURAU, 1968, 1993, 2014) e Georges Lapassade, e, atualmente, também a socioclínica na área da Educação e da Saúde (MONCEAU, 2013).

Para os institucionalistas, as instituições são lógicas para regulação da atividade humana resultantes do movimento dialético entre forças, que são dinâmicas e participam de movimentos, de fluxos e de disputas entre si. Assim, temos as forças caracteristicamente de imobilidade e manutenção, chamadas de instituído, ou aquilo que está posto como regra a ser seguida. E há, também, as forças instituintes, aquelas que portam o desejo de transformação, mobilidade e criação (BAREMBLITT, 2002). Essas forças instituintes, em disputa com o que já está ou é instituído, conformam um terceiro momento mutante, o processo de institucionalização. Ele corresponde ao momento em que as forças instituintes são incorporadas à Instituição e tornam-se o instituído, num movimento explicitamente dinâmico

característico das instituições (MONCEAU, 2012). Portanto, “o instuído é o efeito da atividade instituinte” (BAREMBLITT, 2002, p. 30). Já o termo *rizoma* é um conceito complexo para entender o mundo moderno, com origem na botânica, e foi criado pelos esquizoanalistas Deleuze e Guattari (1995). Nesta pesquisa, abordarei apenas algumas nuances que esses autores trazem, o rizoma como linhas abertas, que, como um caule subterrâneo de crescimento horizontal, não tem estrutura pré-definida, podendo tomar distintas formas, dimensões e extensões, porta multiplicidades e tem um caráter heterogêneo. É a partir desta visão que trataremos da rede cegonha rizomática, entendendo-a como potente para bifurcar-se, espalhar-se, conectar-se e romper-se, sem direções pré-definidas ou estrutura rígida e organizada. Entendendo-a, também, como uma rede de fluxos, de pessoas, materiais e informações, de conexões instavéis que podem, muitas vezes, romper-se, tornar-se frouxas ou duras. E, quando há rupturas, suas linhas encontram novos caminhos e conexões que, por sua vez, afrouxam-se e endurecem-se.

2.1 A institucionalização da saúde materno infantil no Brasil

Baremblitt (2002) já afrimava que é quase impossível escrever sobre a história das instituições, porém elas podem dizer muito sobre seu modo de funcionamento e seus instituídos. A história das políticas de saúde materno infantil desenvolveu-se, no Brasil, em época e contexto distintos daquele do mundo ocidental e, em especial, da Europa, por isso cabe ressaltar algumas diferenças, origens e semelhanças.

No Século XVIII, as políticas de saúde foram caracterizadas nos países da Europa como Medicina de Estado (FOUCAULT, 2013) com base no mercantilismo e no controle da produção, estabelecendo estatísticas de nascimento e mortalidade a fim de aumentar o número da força de trabalho. No fim desse período, a medicina urbana higienista fez-se presente na França com o objetivo de controlar a circulação de doentes e doenças. Já na Inglaterra, que vivia a Revolução Industrial, esse controle visava à manutenção da força de trabalho. Posteriormente se constituíram os ambientes de cuidados institucionalizados, como hospitais e santas casas, entre outros. E nesse cenário também se construíram diferentes relações sociais, na família e entre mãe e filho, novos movimentos de forças e processos de institucionalização.

Na História do Brasil, da Colônia à República, as características das condições sociais das famílias ao longo da história eram determinantes nos cuidados maternos. Percebemos que no fim do século XVIII a família moderna sofreu intensas modificações decorrentes da ascensão da burguesia, porém ainda com vestígios de um país colônia (MOURA; ARAÚJO, 2004). Essas autoras explicam que, durante o século XIX, com a vinda da Família Real para o Brasil, como uma força de transformação da realidade da colônia, tivemos os primeiros indícios de uma Medicina Social com vistas ao desenvolvimento econômico e político, na figura de higienistas que auxiliaram a família brasileira a assimilar novos valores, típicos do novo mundo urbanizado, especialmente nas classes mais abastadas da sociedade (MOURA; ARAÚJO, 2004).

No fim do século XIX e início do XX, os elevados índices de mortalidade infantil tornam-se preocupantes frente à constituição de nação, segundo descreve Barreto (2011):

> Nesse contexto nacionalista e higienista, os médicos e os puericultores, com o apoio das elites e de setores femininos da sociedade, organizaram entidades de assistência materno infantil, movimento que visava, entre outros objetivos, à conformação de rede de assistência focada na construção de instituições hospitalares especializadas em obstetrícia e pediatria, e de espaços de educação feminina voltados para o cuidado da infância (BARRETO, 2011, p. 296).

Em consonância às ações protecionistas, no transcorrer do século XX, nas grandes cidades brasileiras foram organizados programas de assistência médica e proteção social materno infantil, como o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, criado em 1899 no Rio de Janeiro e que previa a inspeção higienista infantil (ZANIANI, 2008) e também a garantia da força de trabalho. Notamos a normatização das práticas sociais instituída por documentos e leis, por exemplo, por movimentos para a institucionalização do parto (SANTOS NETO et al., 2008). Cabe diferenciar institucionalização, neste último caso, como instituições hospitalares entre outros institutos, com finalidade de controle e monitoramento do desenvolvimento da população. Esses processos de institucionalização da saúde materno infantil permitiam avanços e melhoria nas condições de vida e, ao mesmo tempo, reproduziam um caráter opressor e controlador sobre ela. Tomando o poder como algo intrínseco às práticas sociais (FOUCAULT, 2013), as relações de poder no campo da saúde são perpassadas por ações contraditórias, de um lado institui-se algo novo em direção à mudança e à melhoria das condições de vida, de outro se criam dispositivos de tutela e de controle (MERHY, 1998).

De acordo com Nagahama e Santiago (2005), o domínio e o controle do Estado sobre a atenção à saúde materno infantil no Brasil são evidentes na história dos programas de saúde

das décadas de 1920 a 1980. Em 1940, foi criado o Departamento Nacional da Criança (DNCR), órgão voltado para o cuidado materno infantil com ações essencialmente preventivas para a proteção da maternidade e infância, práticas educativas e puericultura (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Durante 20 anos, o progressismo e a necessidade de desenvolvimento econômico em que o Brasil vivia fizeram dessa instância, por vezes, um órgão regulador da sexualidade apenas como veículo da reprodução e, por outras, em prol do combate à mortalidade infantil para garantia de uma nação forte e progressista. Durante a Ditadura Militar, momento de opressão e crescimento econômico com forte intervenção do Estado, instituiu-se um modelo de atenção à saúde médico assistencial privatista, individualizado, de base hospitalar e ambulatorial em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Impulsionadas pelas forças instituintes do movimento feminista, entre outros movimentos sociais da década de 1980, as políticas públicas para a atenção à saúde da mulher e da criança intensificaram-se, acompanhando o movimento do fim do regime militar, abertura política e da reforma sanitária, em uma mescla de movimentos e forças em disputa. Em 1984, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) trouxe novas perspectivas em relação ao atendimento mais integral, e durante toda a vida da mulher, da adolescência à senilidade, uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004b) que propôs diretrizes para a humanização do cuidado à mulher. Nessa sucessão de novos documentos sendo instituídos, a implementação do PAISM reunia ações organizadas para a redução da morte materna, a atenção obstétrica humanizada e qualificada, e a atenção às mulheres em situação ou risco de violência doméstica e sexual (BRASIL, 1984). Dentre as novas políticas, houve a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Ainda que de forma desarticulada à saúde da mulher, esse programa apresentava ações para promoção da saúde da população menor de 05 anos. É importante lembrar que a institucionalização de novos documentos não significava modificações na natureza das práticas. Há, em toda mudança, uma adaptação a novos fazeres e, por vezes, as ações continuam as mesmas, desarticuladas das novas propostas e presas aos modos hegemônicos instituídos.

Além da fragmentação das políticas públicas em relação ao cuidado prestado à mulher e à criança, fazem parte da história as altas taxas de mortalidade infantil no país: de 48 óbitos infantis por mil nascidos vivos (NV), em 1990 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2002). Apesar da tendência de queda para 29,6 em 2000 e, 13,82 óbitos infantis por mil NV em 2015 (IBGE, 2002), essas mortes, muitas vezes

evitáveis, ainda são fatores alarmantes, principalmente entre as populações mais vulneráveis, levando em conta as desigualdades sociais e regionais no nosso país.

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) veio como uma onda de forças instituintes por meio das Leis n° 8.080 e n° 8.142, (BRASIL, 1990) que impulsionaram a reflexão sobre a saúde como direito, a importância da opinião e participação social e com diretrizes que contemplavam ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Um exemplo dos seus reflexos foi a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em que se instituiu, pelo menos documentalmente, a atenção à gestante adolescente (BRASIL, 2001). Ampliando o acesso e os direitos da mulher adolescente mediante os instrumentos duros é que a rede foi encontrando bifurcações possíveis e foi conformando-se como rede-rizoma, foi encontrando novas conexões.

É no caminho dessas conexões que, nos anos 2000, foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), com o principal intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País (BRASIL, 2002). Esse programa foi instituído pela Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000 (BRASIL, 2000), que direciona o cuidado para o acesso ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. Esta legislação amplia o direito materno infantil com as leis complementares 11634/2007, que dispõem sobre o direito da gestante ao conhecimento e vínculo com a maternidade onde será assistida, e a 11108/2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011d), fatos importantes frente ao quadro de desigualdades de acesso à assistência à saúde no Brasil, pois propõem assegurar à família um atendimento humanizado e seguro.

Ainda como suporte dessa rede-rizoma e como processos de institucionalização, podemos considerar alguns programas que visam à ampliação e ao fortalecimento da Atenção Básica como ordenadora da atenção em rede, um dos pontos-chave para um atendimento de qualidade no pré-natal e puerpério. Como exemplos de movimentos de forças instituintes, temos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que buscou aproximar serviço de saúde e comunidade, e o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), que contribuem de forma significativa com a melhoria das condições de saúde das famílias, pois contam com ações de acompanhamento longitudinal da família de forma integral e multidisciplinar, principalmente o cuidado às mulheres e às crianças, que são um grupo prioritário de ação, a fim de alcançar a equidade no SUS (BRASIL, 1990).

A partir dessa lógica de trabalho em equipe, entre outros princípios que regem a ESF, e de acordo com a organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010a), o Governo Federal lançou, em 2011, a Rede de atenção materno infantil ou Rede Cegonha (RC) no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a), um novo documento com potencial instituinte de transformação da realidade por meio da garantia de novos direitos.

Essa assim chamada "rede" tem um caráter de bifurcação e conexão mais forte que os documentos lançados anteriormente, porque procura operacionalizar as políticas já criadas, porém de forma a articular os pontos de atenção visando ao atendimento humanizado com base na Integralidade (MATTOS, 2009), um dos princípios do SUS.

É importante explorar o conceito de Integralidade e seus diferentes sentidos na atenção à saúde pensada com a instituição das RAS. Mattos (2009) destaca três deles para pensarmos a complexidade do SUS e do trabalho em saúde. Primeiro, a Integralidade como cuidado que advém da medicina integral, medicina que atualmente inclui todas as especialidades de saúde, como aquela atitude esperada pelos profissionais de não reduzir ou fragmentar o corpo, o paciente, ou a sua queixa, e, sim, ver o paciente de forma integral. O segundo diz respeito à Integralidade na organização das práticas e dos serviços de saúde de modo que se tenha a articulação entre os pontos de atenção, sejam eles primários, secundários ou terciários. É importante que eles se comuniquem, e que o cuidado prestado seja horizontal, capaz de apreender as necessidades de saúde daquela população. O terceiro relaciona-se às políticas direcionadas a sanar as necessidades de saúde identificadas, ao dar respostas abrangentes a essas necessidades e a toda a população, por exemplo, ampliando o seu acesso sem distinção de raça, idade ou gênero, a todos os níveis de atenção, superando novamente outros reducionismos.

Para alcançar a Integralidade no cuidado, a identificação das necessidades de saúde é outro ponto a ser explorado. De acordo com a taxonomia proposta por Cecílio (2009), para compreender as necessidades de saúde, devemos considerar as condições sócio-econômico-políticas da população, como moradia, emprego, renda, alimentação, terra e lazer como intrínsecos a boas condições de vida, fatores externos que influenciam nosso processo saúde-doença. Em um segundo grupo de necessidades, temos o acesso a toda tecnologia necessária para manter e recuperar a vida, de acordo com a singularidade de cada indivíduo. Um terceiro conjunto de necessidades está relacionado aos vínculos afetivos e efetivos com profissionais e equipes de saúde, vínculos que se aproximem de relações de confiança; mais do que adscrição a um território de saúde, laços que garantam a continuidade e a longitudinalidade do cuidado. E, por fim, ter aumento nos graus de autonomia para gerir a própria vida, pois as necessidades

são mutáveis, e sua autonomia pode, e deve, aumentar a partir de ressignificações dos próprios sujeitos sobre suas possibilidades, limites e reais necessidades de saúde.

Para isso, são propostas novas estruturas e manutenção de outras já existentes nos diversos serviços de atenção à saúde, incluindo a atenção básica, os centros de parto normal e as maternidades (FERNANDES; VILELA, 2014), além das casas da gestante, bebê e puérpera, e ambulatórios de gestação de alto risco. Segundo nota técnica do Conselho Nacional dos Secretários de Sáude (CONASS, 2011), estabelecimentos como esses garantem a inclusão das mães e bebês em gestação de alto risco, além de garantir o acesso a testes rápidos, diagnóstico e tratamento apropriado a fim de evitar mortes indesejáveis. Dessa forma, a RC tenta garantir atendimento ambulatorial e hospitalar, se necessários, para gestantes e crianças até os 02 anos de idade, incluindo os sistemas de apoio e logística a partir da construção de planos de ação regionais (BRASIL, 2011b).

Há um desejo implícito no documento da RC em atender mulheres e crianças de forma integral com uma proposta de viabilizar o acesso de todas as gestantes ao pré-natal, parto e puerpério, uma importante medida para redução da morbimortalidade materno infantil. Reconhecendo que há obstáculos à ampliação da atenção a toda a população sem exceções, o reducionismo presente nas políticas públicas ainda sofre críticas, por exemplo, do movimento feminista, que argumenta que a RC não presta atenção integral à saúde da mulher como propunha o PAISM, pois prioriza o cuidado à mulher em sua função reprodutora (MATTOS, 2009), ampliando o acesso apenas para as gestantes e mães, exclusivamente nesse período da vida, desconsiderando as opções da mulher moderna de não ter filhos, aspectos que uma política integral deveria levar em conta.

Nesse plano de constituição da Rede-rizoma, encontramos potências e resistências que vão passando pela Instituição Saúde, seus instituídos e processos de institucionalização de acordo com o entendimento de uma necessidade, por vezes de transformação da realidade, e, por outras, de sua manutenção. No contexto atual, vivemos o desafio de preservação da vida e de processos formativos nos serviços que envolvem também a Instituição Educação. Essa formação dos trabalhadores do SUS deve acompanhar uma perspectiva emancipatória e reflexiva, seja no meu desejo de profissional de saúde e docente em formação, seja no que as políticas têm apontado como caminho potente para a transformação da realidade, como veremos em outras bifurcações dessa Rede-rizoma.

2.2 Educação Permanente em Saúde

Nesta exploração de cenas e planos, nosso caminho passou por alguns momentos da formação na saúde, em especial da Educação Permanente em Saúde no Brasil, seus projetos precursores, arranjos e movimentos da Polítca Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, período em que o Brasil viveu sob a Ditadura Militar, trouxe à tona, ainda que timidamente, a discussão sobre os recursos humanos na saúde, o que, segundo Smaha e Paulilo (2009), indicava certa aposta para a qualificação do serviço de saúde no país mediante a oportunidade "de os educadores se tornarem mais sanitaristas e de os sanitaristas se tornarem mais educadores" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1967, p. 13). Com o passar dos anos, houve indícios de um imbricamento cada vez maior entre as Instituições Saúde e Educação, de um lado em defesa do crescimento econômico do país em um período de austeridade e controle forte do Estado, controle da liberdade de expressão e, sobretudo, controle do uso de metodologias libertadoras. De outro, houve a incorporação nos serviços de saúde de uma postura mais horizontal e dialogada com os usuários, a partir do envolvimento cada vez maior dos trabalhadores de saúde com a Educação Popular de Paulo Freire a partir da década de 1970 (VASCONCELOS, 2004), possibilitando reflexões sobre a normatização reguladora e autoritária da Educação em saúde, abrindo-se caminho para a reorientação participativa das práticas e políticas de saúde.

A qualificação dos serviços por meio da Educação fortaleceu-se principalmente depois da 8ª Conferência, em 1986, quando as políticas de Saúde conquistaram a promulgação da Constituição Federal Brasileira e do SUS (BRASIL, 1990), e a democratização do país, da Saúde e da Educação, o que, nos anos seguintes, embasou as discussões sobre a formação de trabalhadores no SUS e para o SUS.

O SUS, desde a Constituição de 1988 (BRASIL, 1990), busca reorientar o modelo de atenção à saúde de modo que a atenção prestada a seus cidadãos reflita a universalidade, a integralidade e a equidade. Esses conceitos são alicerce para transformações importantes que o movimento da reforma sanitária brasileira suscitou para a consolidação da democracia, a garantia da saúde como direito, de forma integral e que revelasse uma nova concepção sobre o processo saúde-doença e, para tanto, uma divisão do trabalho em equipe e incorporação de políticas de saúde emancipatórias.

Nesse percurso, na América Latina, a Fundação W. K. Kellogg destacou-se na promoção do ensino das profissões da área da saúde e apoio à Saúde coletiva no Brasil (LINS; CECÍLIO, 1998). Com apoio dessa Fundação, nasceu a Rede Unida, em 1985, em decorrência da mobilização para a qualificação da educação profissional em saúde (REDE UNIDA, 2015). A Rede, como era conhecida, participou ativamente no movimento da reforma sanitária durante a 8ª Conferência e continua atuante até hoje, promovendo debates em seus congressos e encontros que envolvem atores de diferentes frentes para a discussão da formação na saúde. Outro exemplo do investimento dessa Fundação no Brasil é o Programa UNI, lançado na década de 1990 como: **U**ma **N**ova **I**niciativa na Educação dos Profissionais do Setor de Saúde, em conjunto com a comunidade, com vistas ao desenvolvimento da educação, da assistência à saúde e de ações comunitárias, valorizando a tríplice gestão por parte das universidades, sistema local de saúde e sociedade civil organizada (FUNDAÇÃO UNI, 2015).

Conforme Lins e Cecílio (1998), nesse programa, universidade, serviços de saúde e movimentos organizados da comunidade deveriam atuar em conjunto na formação dos profissionais de saúde, levando-os para ambientes de ensino/aprendizagem mais próximos da comunidade (LINS; CECÍLIO, 1998), contrariando a forma tradicional de ensino flexneriano, de origem fragmentária e reducionista, e propondo uma parceria entre as diferentes esferas que compõem a complexa rede entre ensino-serviço-comunidade.

A necessidade de transformação das práticas hegemônicas, insuficientes para o atendimento de qualidade, disparou movimentos de mudança em alguns grupos, dentre eles a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). A estratégia proposta pelo Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação, nos anos de 2003 a 2005, momento de mudanças na gestão no país, era discutir a construção do SUS a partir de projetos políticos e de processos de subjetivação com o intuito de apoiar e fomentar a participação de diferentes atores de forma articulada com experimentação de práticas inovadoras (FEUERWERKER, 2014).

Dentre essas práticas, no âmbito da formação para o SUS, o VER-SUS (Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde), iniciado em 2003, deu a oportunidade aos estudantes de graduação de experienciar um novo espaço de aprendizagem, que é o cotidiano de trabalho das organizações de saúde, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com as necessidades de saúde da população (FERLA et al., 2013). E também puderam viver na prática os desafios da incorporação do aprendizado no trabalho, já que, apesar dos avanços, o SUS apresenta fragilidades e o modelo hegemônico, biologicista, centrado na doença, ainda prevalece.

O termo “Educação Permanente em Saúde” tem suas origens na Pedagogia, na Educação de Jovens e Adultos, com metas de aprendizado que foram modeladas no Brasil para criar-se um modo de pensar o trabalho, reflexivo, ativo, e para promover a mudança na realidade, que seja revolucionário do ponto de vista de práticas em saúde, que levem à defesa da vida e à melhora das relações dentro das equipes e no atendimento ao usuário.

Nessa perspectiva, alguns desafios para os trabalhadores da saúde são apontados na literatura: o comprometimento com a reflexão crítica sobre o trabalho, a corresponsabilidade e a experimentação da alteridade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), ações que possam refletir em transformações mais profundas e significativas das práticas e o compromisso com a defesa da vida, com base nas necessidades da população brasileira.

Com o intuito de desencadear processos de formação capazes de mobilizar os trabalhadores na direção dos desafios acima referidos, foi lançada pela SGTES do Ministério da Saúde a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004c).

Essa política tem como eixo principal a implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS): “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2009b, p. 20), de forma que os processos de educação dos trabalhadores da saúde façam-se a partir da problematização do processo de trabalho e sejam pautados na reflexão e na aprendizagem significativa, um dos conceitos-chave da EPS, que se caracteriza pela *interação cognitiva* entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio (AUSUBEL, 1963; FREIRE, 1987; MOREIRA, 2010). Esta aposta na produção de sentidos tem base na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais na rede de serviços (BRASIL, 2004c), de forma que o binômio aprendizado-trabalho seja incorporado em qualquer ambiente em que se faça saúde, seja ele um espaço de atenção, de gestão ou de controle social, numa gestão participativa e compartilhada.

A Política de EPS preocupa-se com que haja uma aprendizagem que faça sentido para os trabalhadores, de modo a desenvolver uma postura crítica; nas palavras de Moreira (2010, p. 4), que seja uma “estratégia de sobrevivência na sociedade contemporânea” que vive em permanente e rápida transformação, definida como uma aprendizagem significativa crítica, alimentada por nossos desejos e motivações. Um fator importante para a manutenção da motivação no ambiente de trabalho é criar coletivamente um ambiente de confiança para que o trabalhador possa exercitar a capacidade criativa e disseminar a capacidade pedagógica para a efetivação da EPS no SUS (ROSCHKE, 1997; CECCIM, 2005).

Segundo Brandão e Oliveira (2013), o poder de transformação dessa estratégia está no empoderamento dos sujeitos envolvidos em relação ao seu processo de trabalho, que, consequentemente, reflete em ações transformadoras no cuidado em saúde em uma relação de cidadania individual e coletiva. Dessa forma, destacamos o quadrilátero da formação para a área da saúde: Atenção, Educação, Gestão e Controle social, como importante integrador entre todos os envolvidos no processo de cuidado em saúde, ao possibilitar o encontro entre usuários, gestores, trabalhadores e estudantes, de forma que cada interseção resulte em trajetos formativos em ato, evidenciando o compromisso social da Educação Permanente em Saúde de forma indissociada do processo de trabalho e seus elementos-chave (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; SILVA et al., 2011).

Ainda, como preceito importante, a EPS busca exercitar nos espaços de trabalho a pedagogia da problematização, na qual "a capacidade que se deseja desenvolver é a de fazer perguntas relevantes em qualquer situação, para entendê-las e ser capaz de resolvê-las adequadamente" (BORDENAVE, 1999, p. 265), aproximando o trabalhador de seu contexto e dos resultados de seu esforço. Além disso, sua concepção é diversa da pedagogia de transmissão, dita por Freire (1987, 1989) como uma "educação bancária", depositária de informações, mas de uma pedagogia que questiona a realidade na busca de autonomia e cooperação.

Muitas vezes, no entanto, as ações resultantes do diagnóstico das necessidades dos serviços caracterizam-se por práticas de educação continuada, notadamente com o objetivo de atualização de conhecimentos específicos, de forma pontual, pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento e em necessidades individuais (NASCIMENTO, 2013; PEDUZZI et al., 2009), não levando em consideração as reais necessidades da população, o conhecimento prévio dos trabalhadores ou a utilização da EPS como ferramenta de gestão capaz de execução/aplicação do aprendizado para a mudança das práticas.

Concordamos com Pedroso (2005) quando valoriza todos os esforços e estratégias pedagógicas para formação e desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, guardando as devidas circunstâncias e o contexto de trabalho. Portanto, consideramos a importância da educação continuada para a profissionalização e inserção dos trabalhadores devido à alta rotatividade nos serviços, porém também nos mobilizamos em relação às estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas, já que a literatura indica que há certa desmotivação dos trabalhadores em participar de capacitações por não receberem o incentivo e o reconhecimento dos serviços (FIGUEREDO et al., 2014), demonstrando que a educação no

serviço ainda é orientada de forma a não trazer significado ou ativar processos reflexivos sobre a prática nos serviços de saúde, além de não valorizar a articulação entre atenção à saúde, gestão e controle social.

Neste processo de institucionalização da EPS, acreditamos que a conformação da PNEPS tem endurecido cada vez mais a proposta inicial da EPS, reduzindo seu potencial transformador, pois, ao constituir-se em Política, algo mais formatado, a EPS passou a ser também uma exigência do Ministério da Saúde, como uma meta a ser cumprida. Dessa forma, a EPS tem deixado de lado a perpectiva emancipatória, seu carater revolucionário e libertário, de defesa da vida, presente no movimento sanitário e durante a elaboração do SUS, que tinha como ideia central uma construção coletiva humanista. Nessa perspectiva, os trabalhadores poderiam refletir sobre seu trabalho e criar relações de trabalho saudáveis e democráticas em seu contexto, e, no entanto, encaram a realidade de formação com base em metas e resultados.

O modelo hegemônico na atualidade é influenciado por projetos governamentais, caminhos de disputa em que os profissioanis passam a ser funcionalistas e menos emancipatórios, com metas e exigências que endurecem a ação. A PNEPS é apresentada como exigência em documentos e programas como o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e o Pacto pela saúde (BRASIL, 2006). Se, por um lado, há a garantia de revisitação à política e seus preceitos, esta lógica também se caracteriza como gerencialista, que segue o modelo da nova gestão pública (SANO; ABRUCIO, 2008) com base no controle de resultados, e tem uma tendência ao enquadramento, com vínculo financeiro, e envolve ainda outros aspectos do mundo capitalista que minguam a participação social entre outros microprocessos capazes de promover as mudanças necessárias.

Alguns dilemas levantados por Cecílio (2012) no VI Seminário Internacional de Atenção Básica concernem à institucionalização da EPS, por exemplo quando seu caráter horizontal, não hierárquico, traz à tona disputa de poderes que desvelam a lógica fragmentária dos gestores, sejam as Secretarias de Saúde ou até mesmo o Ministério da Saúde, que atuam, muitas vezes, em outra lógica, com uma gestão vertical e pouco dialógica. Outro dilema configura-se em seu endurecimento por meio de materiais duros, como as diretrizes que se tornam instrumentos opressores e minam o poder criativo na micropolítica dos serviços. Por fim, seu caráter de transformação da realidade mediante a reflexão crítica sobre a prática e como canal de comunicação direciona-se para outra lógica, mais instrumental e procedimental, como veremos mais adiante.

Atualmente, é possível identificar movimentos de EPS como Fóruns de EPS para formação de gestores (SATO; CECÍLIO; ANDREAZZA, 2009) e rodas de EPS que se

capilarizam pelas redes de atenção (PINTO et al., 2010). Também, pensando no fortalecimento da EPS no contexto atual, um grupo de pesquisadores da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), a convite do Departamento de Gestão da Educação do Ministério da Saúde (DEGES), defende a identificação e o reconhecimento de movimentos presentes no cotidiano dos serviços de saúde, no dia a dia do fazer saúde, que fazem do mundo do trabalho uma escola como "um convite aos trabalhadores do SUS para a invenção de práticas de aprender, de cuidar e de fazer/viver a EPS para que possam dar destaque à potência do trabalho vivo em ato" (EPS EM MOVIMENTO, 2014b), e que se bifurca na formação de tutores de EPS em movimento e de trabalhadores de forma integrada e multiprofissional com uso de dispositivos pedagógicos que explicitem as zonas de conforto e de incômodos do cotidiano (MERHY, 2013).

O EPS em movimento reaviva a PNEPS e aposta na ativação dos processos formativos que deem visibilidade e dizibilidade à EPS, reconhecem que ela não tem hora nem local específico para acontecer, ela "pode estar no fazer de qualquer um" e "estamos todos imersos nela" (EPS EM MOVIMENTO, 2014b). E esse reconhecimento da intensidade das produções ajuda-nos a trabalhar a autogestão de nosso saber no cotidiano dos serviços.

No Estado de São Paulo, a EPS apresenta suas particularidades devido aos processo de gestão e das leituras feitas a partir da política. É importante lembrar que, desde sua criação, a PNEPS foi orientada por duas portarias que apresentam as diretrizes para implantação e implementação da política em âmbito locorregional, diretrizes que indicam direções a partir de um material duro que, muitas vezes, endurece também as práticas. A primeira foi a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a), que propunha a organização dos Polos de EPS, que, no Estado de São Paulo, contou com uma Comissão Bipartite de Implantação e acompanhamento, composta por representantes do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS) e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Esses Polos eram espaços interinstitucionais compostos por gestores, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e serviços e representação estudantil (BRASIL, 2004a) que deveriam debater as reais necessidades de formação e viabilizar sua realização em um território de referência.

A partir da regulamentação das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), a operacionalização da PNEPS esteve vinculada aos processos de gestão do SUS, na perspectiva da Regionalização. Em 2007, a SES-SP deu início ao processo de Regionalização como parte do Plano Estadual de Saúde (2008-2011) e realizou uma série de oficinas em que os gestores municipais decidiram pela conformação de Regiões de Saúde (RS), além da

avaliação e da readequação de estratégias para a efetivação da PNEPS nessa nova conformação. Esse movimento de revisão contou com a participação do Ministério da Saúde/SGTES, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Assim, as forças instituintes e o instituído em disputa na condução da PNEPS novamente se fizeram presentes quando a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007a) foi instituída em substituição à Portaria 198. Esse novo instituído definiu a condução da PNEPS por meio de Colegiados de Gestão Regional (CGR), atualmente denominados de Comissões Intergestores Regionais (CIR), com um importante fator de mudança: houve a descentralização dos recursos financeiros que antes ficavam sob gestão do Ministério da Saúde, de forma que a execução das ações de EPS fica também descentralizada e vinculada a Planos de ação que devem ser elaborados de acordo com a realidade de cada RS. Nesse contexto, a gestão buscava aprimorar a construção de consensos em relação às responsabilidades, atribuições e competências da sua rede de apoio (SÃO PAULO, 2007) mediante espaços legitimados para articulações, discussões e pactuações necessárias à implementação dessa política e organização das regiões de saúde, e, por isso, subsidiou a criação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) como parte da rede de apoio à PNEPS.

A publicação da Portaria nº 1.996 (BRASIL, 2007a) reforçou a responsabilidade dos diferentes atores que devem estar envolvidos com as ações de EPS, como gestores, trabalhadores, formadores, usuários e estudantes, membros importantes para a composição do Quadrilátero da Formação na área da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Dessa forma, a gestão da PNEPS poderia ser feita não só por gestores locais, regionais e estaduais, mas com os usuários dos movimentos sociais, dos Conselhos Locais de Sáude, Universidades e outras instituições de ensino, como as Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), o COSEMS – SP e o Conselho Estadual de Saúde (CES), apoiados pelas CIES. Esta última deve facilitar a cooperação técnica às CIR no monitoramento das ações e discussões sobre EPS em sua área de abrangência, sendo fundamental um trabalho articulado com as ações da gestão do sistema, como no caso da implantação das RAS, um verdadeiro desafio para a constituição de uma rede-rizoma.

O momento de transição entre as duas portarias trouxe implicações para a efetivação da EPS no Estado de São Paulo. Pontos positivos considerados com a implantação dos polos, pela Portaria 198, foram, por exemplo, a participação das universidades na discussão sobre a

formação para o SUS, organização dos gestores para participar daquele espaço, e a reflexão sobre o processo de trabalho numa lógica horizontal, com a integração de universidades públicas e privadas (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Com a Portaria nº 1996, percebemos que a dinâmica locorregional é condição fundamental para a efetivação da PNEPS e que há um grande esforço para constituir-se uma lógica de trabalho ascendente, participativa, dialógica e centrada nos processos de trabalho.

Tal esforço depende do compromisso de gestores/trabalhadores em refletir sobre seu papel e seu processo de trabalho na composição da CIR e CIES, cuja gestão porta muitos desafios. Alguns deles estão explicitados nas atribuições da CIES (BRASIL, 2007a), como apoiar, cooperar, articular, incentivar, ter um papel conciliador de acordo com os princípios da reflexão sobre a prática no cotidiano do trabalho, capaz de promover o diálogo entre seus atores. Em um campo de muitas disputas, como se caracteriza o trabalho em saúde, o papel da CIES como apoiadora de processos de formação também é perpassado por projetos e desejos dos trabalhadores que ocupam esses espaços e que tentam garantir ações de acordo com as necessidades e particularidades de sua região.

Podemos elencar, aqui, como pontos positivos dessa nova conformação regionalizada a criação, no mesmo período, dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), do Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ-SUS), dos Núcleos de EPS e a execução do recurso financeiro mediante construção prévia, participativa e ampliada de um Plano de Ação Regional de EPS (PAREPS). E, como “aspectos restritivos”, considerados por Batista e Gonçalves (2011, p. 892), estão o apoio deficiente à CIES na CIR, a fragilidade de parcerias entre municípios e instituições de ensino, e pouca corresponsabilidade com a formação dos trabalhadores para o SUS, além da dificuldade de alocação de recursos financeiros, sempre em disputa. Ainda, torna-se um fator impeditivo de efetivação da PNEPS no âmbito estadual a dificuldade de articulação macrorregional das CIES com as grandes universidades públicas em função da necessidade de convênio e financiamento para execução das ações de EPS (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Apesar dos desafios para a efetivação da PNEPS vistos nessa aproximação ao contexto Estadual, devemos também valorizar as ações locorregionais e, em especial, no contexto de nosso campo de pesquisa, O DRS III. Este DRS destaca-se no Estado como um Departamento que tem desenvolvido projetos de trabalho de qualificação da atenção por meio da EPS, com metodologias ativas, problematização e rodas de conversa. Um desses, o Projeto de Fortalecimento da Atenção Básica, foi objeto de investigação no estudo intitulado: *Projeto de Educação Permanente em Saúde de Fortalecimento da Atenção Básica nos municípios do*

Departamento Regional de Saúde III (DRS III) – Araraquara - análise e perspectivas (MISHIMA et al., 2015). Essa pesquisa foi considerada uma experiência exitosa pelo PPSUS e descreve que, apesar da estrutura e investimentos em EPS na região, a Educação Permanente mostra-se pouco impactante para os trabalhadores, gestão ou município: "[...] que não englobam as reais necessidades da equipe de saúde, que muitas vezes não se vê como tal, e muito menos como agente de transformação do sistema de saúde" (OGATA et al., 2011 p. 146).

Nesta investigação, o potencial da EPS de transformação da realidade é algo que me toca, e, além disso, há o enfoque em um problema prioritário ainda apontado no Plano Estadual de Saúde nos últimos anos (SÃO PAULO, 2008, 2012): a redução da morbimortalidade materno infantil. A morte de mulheres e crianças é algo que me moveu também em diferentes direções durante esta investigação, com a reflexão sobre o princípio da equidade no SUS, de tratar diferentemente os diferentes, no reconhecimento de problemas e nós críticos, e nas possibilidades de enfrentamento e melhoria da qualidade do atendimento aos usuários do SUS.

2.3 O Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha

A partir de todas essas nuances que compõem o movimento de construção desta investigação cartográfica e da Rede-rizoma, é preciso que sejam considerados aspectos da escolha do cenário do estudo, o Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha (GCR), e de sua criação. O DRS III constituiu esse coletivo condutor bipartite seguindo as diretivas organizacionais das redes de atenção à saúde nacionais (BRASIL, 2008, 2010a) e no Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2007), e, também, da constituição da Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2011a), para gestão dessa Rede, em conformidade com as novas organizações democráticas na saúde, a partir do encontro de um coletivo heterogêneo de trabalhadores pertencentes a municípios distintos para planejar e operacionalizar a RC em seu território. Nossa aproximação a esse coletivo gestor por meio do Projeto PPSUS fez-nos perceber e apostar que o GCR configurava-se como um espaço de produção de processos formativos na perspectiva da EPS.

Na literatura é possível encontrar experiências de EPS em espaços coletivos como a relatada por Carotta, Kawamura e Salazar (2009) em Embu-SP, que valorizam a realização de

reuniões em roda, o espaço de encontro da equipe, a reflexão coletiva dos diversos segmentos participantes, promovendo maior participação e responsabilização dos trabalhadores e a possibilidade de falar sobre os problemas e nós críticos, construindo soluções coletivamente. Concordando com essa perspectiva, Miccas e Batista (2014) enfatizam a importância da pluralidade de atores nesses espaços com a participação de profissionais dos serviços, professores e profissionais das instituições de ensino. Em relação às potencialidades da EPS em espaços coletivos, Fortuna et al. (2011b) destacam a EPS como dispositivo capaz de gerar incômodos, de promover mudanças nos trabalhadores associadas à escuta, vínculos e conversas. As autoras afirmam que "conhecer melhor, conversar, olhar são atitudes que produzem efeitos nos modos de lida dos trabalhadores de saúde. As rodas de EPS podem ser um lugar/modo de cuidar desses cuidadores" (FORTUNA et al., 2011b, p. 7) e, ainda, implicando desterritorialização e reterritorialização (FEUERWERKER, 2014).

Por outro lado, podemos identificar os espaços de EPS como espaço de tensões, entre autonomia e tutela, e de, ainda, pouca governabilidade para gestores, que não têm a dimensão clara da potência da EPS e suas implicações como a apropriação do trabalho clínico, construído na perspectiva da clínica ampliada, (MATUMOTO et al., 2011), demonstrando a necessidade de criação e manutenção de espaços de EPS para que os trabalhadores do SUS possam fazer saúde, na perspectiva da integralidade, assim como encontramos em Ceccim (2005), Ceccim e Feuerwerker (2004), Feuerwerker (2002; 2014), Machado et al. (2007) e Mattos (2004).

Dentre as inquietações que surgiram da minha atuação como pesquisadora na Pesquisa PPSUS, já mencionada na apresentação, senti a necessidade de refletir sobre como ocorrem os processos formativos no GCR, suas potencialidades e fragilidades, e como contribuem para o processo da institucionalização da referida Rede no sentido de buscar entender como se dão a autoanálise e a autogestão desse coletivo da RC no DRS III, na perspectiva do desenvolvimento humano e do atendimento integral à saúde da gestante e da criança.

A implementação de processos formativos de EPS em espaços de gestão passa a todo o momento por processos de institucionalização, e assim também ocorre no GCR, onde há disputas entre forças instituintes e o instituído. Para delimitar brevemente como esses movimentos conversam e coexistem, o primeiro consiste em um movimento instituinte (BAREMBLITT, 2002) de transformação e criação de novas práticas, baseado em ações de reflexão do trabalho cotidiano que provoquem mudanças no processo de trabalho a partir da ressignificação (FREIRE, 1987, 1992) e que se desdobram, podendo, ou não, favorecer a qualidade da atenção e cuidado. O segundo corresponde à reprodução do modelo hegemônico

instituído baseado na fragmentação, de caráter procedimental, e, muitas vezes, desconectado de seu objetivo maior, o atendimento ao usuário, e, neste estudo, as gestantes e crianças, com qualidade social. Portanto, partimos do pressuposto de que no GCR ocorrem processos formativos de ambas as naturezas e que contribuem para o processo de institucionalização da RC.

Compõe o movimento da investigação da busca de resposta ao problema o conhecimento dos elementos que o envolvem para compreender seu contexto. Nesse sentido, as seguintes questões também orientaram o processo investigativo: 1) Como o GCR tem se efetivado como um espaço de EPS? Quais são os indícios que nos permitem reconhecê-lo como tal? 2) Quais são as fragilidades e potencialidades do GCR como espaço de EPS?

Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

O objetivo mais amplo desta investigação é compreender o Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha como espaço de Educação Permanente em Saúde para a institucionalização dessa Rede

3.2 Específicos

Como objetivos específicos, têm-se os seguintes:

• Caracterizar a EPS no território de abrangência do DRS III de Araraquara– São Paulo, para a implementação da Rede cegonha;

• Compreender fragilidades e potencialidades da EPS no território;

• Compreender os processos de EPS produzidos no interior do GCR.

Marco Teórico

4 MARCO TEÓRICO

4.1 O Processo de Trabalho em Saúde, a Análise Institucional e a Educação Permanente em Saúde no Processo de institucionalização da Rede Cegonha.

A estrutura teórica que dá sustentação à proposta de Educação Permanente em Saúde articula-se às transformações sociais e está pautada no Processo de Trabalho em Saúde e em conceitos da Análise Institucional, referenciais teóricos selecionados para este estudo. As referidas transformações sociais podem ser alcançadas com a participação de sujeitos-trabalhadores, no sentido de desenvolver conhecimentos coletivamente construídos, embasados na reflexão e na crítica, autoanálise e autogestão para o atendimento de qualidade das famílias, de mulheres e crianças.

Para compreender os processos formativos no GCR, tomaremos o Processo de Trabalho em Saúde (MENDES GONÇALVES, 1994) enfatizando seus elementos-chave: objeto de trabalho, agentes, instrumentos e finalidade. O trabalho é aqui definido com base no conceito marxista de prática social, que busca evidenciar a realidade e suas múltiplas determinações a fim de responder às necessidades socialmente construídas e transformar a realidade de forma consciente, intencional, de forma que a produção de conhecimento a partir da realidade seja capaz de transformá-la. O referencial teórico do Processo de Trabalho em Saúde (PTS) pode orientar as análises das práticas clínicas individuais ou coletivas, e, também, os processos de trabalho de gestão em saúde, que será o nosso foco de atenção, ao explorarmos as tensões próprias da produção de atos de saúde (MERHY, 2014a).

Merhy (2014a) explica que os trabalhadores de saúde elaboram um produto, os atos de saúde, na intenção de intervir sobre um problema identificado e satisfazer uma necessidade do usuário, com a finalidade de promover saúde. Porém, para alcançá-la, há caminhos distintos, pois pode ser uma produção de saúde centrada no procedimento ou centrada no usuário. Apostamos na produção de saúde com foco no usuário e, no caso da RC, com foco na família durante o pré-natal, o parto e o puerpério.

Assim, o PTS, considerando saúde uma prática social, consiste em um encontro onde há um agente produtor e suas ferramentas e um agente consumidor (MERHY, 2014a). Nesse caso, tomaremos o GCR como espaço de gestão da RC e nele exploraremos seus elementos particulares, pois, nesse espaço, os encontros são entre os gestores da rede, e não diretamente

entre trabalhador e usuário. Considerando os trabalhadores do GCR como agentes produtores e também consumidores, temos que o objeto de seu processo de trabalho podem ser eles mesmos, com suas reflexões e ações, e também os processos formativos nos quais estão envolvidos. Seu papel gestor amplia seus objetos de ação, que, por vezes, fazem-se por práticas de planejamento em saúde, gerenciais, administrativas, entre outras que envolvem a problemática da RC, por exemplo a mortalidade materno infantil. Os trabalhadores do GCR têm, então, duplo papel, pois, ao realizarem autoanálise e autogestão, obtêm resultados que são reflexos de seu próprio trabalho. Seus instrumentos são muitas vezes os protocolos, planos, pactos, a própria política da RC e os conhecimentos e estratégias para manejo deles, a EPS, a própria autoanálise e a autogestão. E a finalidade de seu processo de trabalho, a profecia inicial dessa rede-rizoma, deve ser a redução da mortalidade materno infatil e um atendimento humanizado e de qualidade à família, em especial à mulher e à criança.

O referencial teórico do PTS permite a referência a aspectos estruturais e do campo das relações entre agentes e sujeitos da ação, e, neste caso, consideraremos as relações entre os trabalhadores do GCR e o uso das tecnologias de ação de que dispõem. As tecnologias de ação (MERHY; ONOCKO, 1997) no processo de trabalho em saúde podem ter naturezas distintas e devem ser manejadas no ato de saúde de acordo com a necessidade, estando divididas entre duras, leve-duras e leves. As duras estão relacionadas ao material mais duro, como as máquinas e instrumentos de trabalho; as leve-duras englobam os conhecimentos específicos e ferramentas elaboradas a partir deles, como os protocolos e as políticas; e as leves, por sua vez, dizem respeito às tecnologias das relações. No cuidado individual, são reconhecidas pelo vínculo, pela escuta ampliada e pelo acolhimento, e, na gestão, podem ser entendidas pela relação entre os pares no encontro, as diferenças e disputas entre núcleos de saber e profissões, a implicação com seu objeto de trabalho. As tecnologias duras e leve-duras são produtos de um trabalho morto, ou seja, o trabalho vivo transformou-se em objeto de trabalho, enquanto a última, leve, é fruto de uma produção de trabalho vivo em ato (MERHY; ONOCKO, 1997), como processos de intervenção em ato.

Ademais, é importante incluir como parte deste referencial teórico a noção de tensão na produção de atos de saúde no campo da gestão, que exploraremos mais adiante nos planos cartográficos produzidos no GCR. Para Merhy (1999, p. 309):

> O mundo das próprias organizações de saúde forma-se como território tensional em si, pois se constitui em espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia-a-dia, com as normas e regras instituídas para o controle organizacional.

Nesse território tensional, entram em debate no campo das práticas de EPS como ferramenta de gestão o compromisso e os projetos dos trabalhadores. Em um momento em que os polos de EPS operavam a partir de agenciamentos de autonálise e autogestão nos coletivos, Merhy (2005) expôs a necessidade de ter-se como aliada uma "pedagogia da implicação". Essa proposta tinha como cerne a análise de implicação dos próprios trabalhadores com seu trabalho e com as instituições que o cercam. "Isto significa que o analisador tem de ter a potência de expor o trabalho vivo em ato para a própria autoanálise e pedagogicamente abrir espaços relacionais para poder se falar e se implicar com isso" (MERHY, 2005, p. 174). É desta tecnologia relacional que compartilhamos ao fazer uma pesquisa-intervenção, na aposta de formação de sujeitos comprometidos com a defesa da vida, praticantes da alteridade, que são afetados e afetam durante o processo de produção de cuidado em saúde, com postura autointerrogativa diante de suas ações (MERHY, 2005).

Como parte do olhar dado a esta Rede-rizoma, a EPS e seus pressupostos também se constituem como importante referencial teórico para a compreensão dos processos formativos que ocorrem no GCR. Dado que a aprendizagem no mundo do trabalho como ação transformadora depende também do método e do protagonismo dos sujeitos-educadores (FRANCO, 2010), tomaremos como preceitos a problematização de sua realidade (BORDENAVE, 1999), a reflexão crítica de suas práticas e a aprendizagem significativa (AUSUBEL, 1963; FREIRE, 1987; MOREIRA, 2010).

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que, a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde –, são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas. Assim, considerando os profissionais de saúde como sujeitos-educadores, espera-se que eles estejam dispostos a uma *reflexão filosófica* (SAVIANI, 2009) do seu processo de trabalho. A reflexão filosófica implica uma lógica dialética na qual o trabalhador reinterpreta globalmente o modo de pensar a sua realidade ao reformular seu modo de agir baseado em processos que se interpenetram e, de alguma forma, tornam-se significativos e importantes para novas indagações e uma nova reflexão sobre o processo de trabalho, e, desse modo, surge a reformulação contínua e transformadora do modo de fazer saúde.

Reiteramos a importância de espaços coletivos indutores de reflexão do trabalho cotidiano e propositores de novas formas de trabalho baseado na micropolítica do trabalho vivo (FEUERWERKER, 2014) para a produção de fluxos intensos de comunicação, de conexão, presentes entre os atores envolvidos e em diferentes planos de ação e intervenção, na perspectiva da integralidade. Assim, a respeito do uso de tecnologias de ação relacionais,

incluimos os *encontros* como momentos importantes para a prática da problematização e reflexão crítica compartilhada. Segundo Silva et al. (2011), os encontros podem contribuir para o processo de desenvolvimento político e social em saúde e convergir para novas formas de pensar e agir dos trabalhadores. Os encontros permitem um sentimento de pertencimento que possibilita inovar e transformar as práticas educativas, a atenção e a gestão. Feuerwerker (2014) também chama a atenção para a possibilidade de esses encontros provocarem uma desterritorialização nos profissionais em defesa da vida, e uma reterritorialização pautada pela cidadania, um processo que convida os trabalhadores à construção de um projeto ético-político compartilhado, baseado nas novas conformações para a organização democrática na saúde.

É importante deixar claro, também, que, diante do desafio de implementação da Rede de atenção Materno Infantil, entendemos os processos de formação no GCR como indutores de autonomia, liberdade para tomada de decisões, produção de subjetividades a partir de elementos concretos pactuados no plano de condução da RC, no sentido de aquisição de novas competências e habilidades ético-políticas necessárias para o fortalecimento do processo de trabalho em rede, quais sejam, a defesa da vida, a garantia de direitos, a luta por melhores condições de trabalho, o fortalecimento do SUS. Nessa perspectiva, concordamos com Ricardo Ceccim (2005) ao afirmar que a EPS deve estar submetida a um projeto político mais amplo, envolvendo mudanças institucionais e orientação política das ações realizadas.

Na outra margem do rio, e trazendo complementaridade para a análise dos processos formativos de EPS, utilizaremos alguns conceitos do movimento institucionalista, das correntes da Análise Institucional (AI) e da Esquizoanálise. No Brasil, esse movimento compõe-se por um híbrido de autores e de conceitos, sendo as citadas acima as duas correntes mais utilizadas. Alguns conceitos são comuns a ambas, porém também guardam suas singularidades. Portanto, o leitor encontrará neste texto nuances das duas, conceitos escolhidos a fim de aprofudarmos nossa análise na realidade dos processos de formação em saúde, entretanto utilizamos o nome da AI para representar este movimento na saúde coletiva brasileira (L'ABBATE; MOURÃO; PEZZATO, 2013).

A AI propõe-se a descobrir o oculto nas relações que os indivíduos e grupos estabelecem com as instituições, isto é, busca revelar o não-dito, geralmente censurado, nas práticas sociais (BAREMBLITT, 2002), com destaque para autores como René Lourau, Georges Lapassade, Remi Hess, Gilles Monceau (HESS, 2007; LOURAU, 1993, 2014; MONCEAU, 2008, 2012, 2013). E a Esquizoanálise denomina-se como um conjunto difuso de saberes e fazeres inventados por Deleuze e Guattari durante seu encontro no período do

chamado “Maio de 1968” na França (BAREMBLITT, 2010), que tem base na valorização da diferença (DELEUZE; GUATTARI, 1995). De cunho anarquista, denunciante e revolucionário em prol das minorias e da invenção de novas formas de viver, essa corrente reinvidica especialmente a defesa da vida e do direito à existência (BAREMBLITT, 2010).

Para tanto, analisaremos, primeiramente, o conceito de instituição e sua dinâmica. Para os autores da AI, instituição não é algo observável. Lourau, autor da linha socioanalítica, descreve a instituição como uma dinâmica contraditória que se faz no tempo sociohistórico (LOURAU, 1993). Elas se apresentam com suas formas próprias de organização, funcionamento, normas, regras, financiamento, vinculações. São resultantes do movimento dialético entre forças, de imobilidade e manutenção, chamado de instituído, e forças instituintes, de transformação, mobilidade e criação. Num terceiro momento nesta disputa, ocorre o processo de institucionalização, no qual as forças instituintes são incorporadas à instituição e tornam-se instituído, num movimento explicitamente dinâmico característico das instituições (MONCEAU, 2012), processo que reitera que elas são suscetíveis a constantes mutações.

Para a prática da Educação Permanente em Saúde, dois conceitos importantes da AI a considerar são a autoanálise e a autogestão dos coletivos. O primeiro consiste no processo em que os coletivos podem enunciar e compreender seus problemas, necessidades, não-saberes; no mesmo movimento produzem o segundo, a autogestão, isto é, produzem novas formas de organizar seu cotidiano e encontrar soluções para seus problemas (BAREMBLITT, 2002). Assim, não há alguém que vem de fora ou de cima para dizer ao coletivo o que fazer e como fazer; são os próprios trabalhadores que desenvolvem dispositivos para conseguir os recursos de que necessitam a partir do levantamento de nós críticos encontrados na realidade local e da reflexão sobre eles, pensam e operam processos de transformação na organização dos serviços.

Nesse processo autoanalítico, a AI analisa as contradições ocultas e presentes dentro do instituído e dentro do instituinte (LOURAU, 1993), e, para isso, lança mão de analisadores (BAREMBLITT, 2002), dispositivos utilizados para explicitar o não-dito ou oculto nas organizações. Eles podem ser artificiais, ou seja, propostos, produzidos, inventados no processo pelo grupo para explicitar conflitos e incômodos, ou naturais, ou espontâneos, que emergem no cotidiano. Esses dispositivos são capazes, então, de revelar o jogo de forças, desejos, interesses, presentes nesse coletivo. E, também, fazer explicitar os movimentos instituídos, elementos mais fixos, como as regras, normas, costumes, tradições de uma sociedade, encarregados de reproduzir as instituições, que, por sua vez, regulam a vida e a

organização social. De acordo com Feuerwerker (2014), as práticas políticas e de gestão adotadas no SUS, na maioria das vezes, “fabricam a reprodução do instituído” (FEUERWERKER, 2014, p. 87).

Os processos de transformação e criação resultam de forças que compõem os movimentos instituintes (BAREMBLITT, 2002), como o enfrentamento de processos conflituosos que fazem parte do cotidiano na articulação entre ensino-serviço-comunidade, por isso é importante a criação de processos que revelem aos trabalhadores “as áreas de sombra” criadas por inúmeros processos intrínsecos à política hegemônica de organização dos serviços e do processo de trabalho (FRANCO; MERHY, 2003).

A partir desse olhar, Franco e Merhy (2003) afirmam que os trabalhadores, ao identificarem que a força transformadora encontra-se neles mesmos e se tiverem compreensão dos processos vivenciados no seu trabalho, seriam capazes de colocarem-se como sujeitos em ação. Nesse sentido, em um processo de análise, a avaliação restrita ao plano da macroestrutura na qual se inserem os serviços de saúde parece insuficiente. Segundo estes autores, “a compreensão dos microprocessos decisórios, vividos a partir de cada um e do coletivo, no seu fazer cotidiano é que dará a real dimensão dos problemas e o alcance eficiente de ações instituintes neste patamar” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 4). Desse modo, algumas propostas podem ser lançadas para concretização do processo de EPS, como o planejamento de ações a partir da definição das reais necessidades do contexto local por trabalhadores com ação criativa e criadora, de modo que os trabalhadores sejam protagonistas de sua realidade.

Percurso Metodológico

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Toda compreensão é parcial e inacabada.
(MINAYO, 2012, p. 623)

Para o desenvolvimento desta investigação, nossa opção foi por um caminho metodológico que busca contemplar o objeto em sua historicidade e dinâmica, seus movimentos e processos. Diante disso, compreendemos que a opção pela abordagem qualitativa responde a tal exigência, uma vez que, submetida a uma concepção teórico-filosófica clara e a um método de análise que lhe dá significado e consistência, utiliza instrumentos de pesquisa capazes de perceber os diferentes aspectos do objeto no contexto em que se apresenta. Esta abordagem, de acordo com Lüdke e André (1986), nas pesquisas educacionais é a possibilidade de compreensão e interpretação de uma realidade, a partir do contato direto e sistemático entre o pesquisador e a situação a ser investigada, numa intervenção na qual se vinculam teoria e método (MINAYO, 2014), em um ambiente aberto a modificações no decorrer do processo de acordo com as exigências do campo de estudo.

5.1 Hódos-méta

> Conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa intervenção (PASSOS; BARROS, 2009a, p. 31).

O desafio da pesquisa-intervenção de cunho cartográfico está na reversão do caminho (hódos), na invenção de um antimétodo em que se ramificam trilhas a partir das experiências e do aprendizado nela. As trilhas é que indicaram a direção e os objetivos que segui, para produzir dados em diferentes momentos, durante a aproximação ao campo e ao cenário de estudo, durante a análise documental, e, principalmente, na produção da pesquisa-intervenção junto ao GCR, momentos entremeados por análises de implicação que me envolveram até o fim da escrita desta dissertação.

As trilhas complementam-se a todo o momento nesta experiência de pesquisar e intervir. Nesse percurso, refleti sobre as trilhas em que já caminhei anteriormente, e o quanto e como elas mudaram de lugar, como em uma floresta. Nas florestas e nos campos que conheci, por exemplo, quando um dia fazia-se uma nova trilha, percebíamos que muitas vezes elas sumiam. Se passávamos por ela sempre, ela ia alargando-se e tornava-se uma pequena estrada; por outro lado, se a visitávamos pouco, nossos rastros desapareciam, e era preciso fazer uma nova trilha, abrir novas bifurcações. Assim se refizeram meus caminhos na pesquisa, a partir da necessidade, da curiosidade, do medo, da angústia, deparei-me com distintas oportunidades de investigação, fiz escolhas, voltei à pequena estrada, fiz novas trilhas.

Partiremos de conceitos da Esquizoanálise para exercitar uma *pesquisa-bricolagem* (LODDI; MARTINS, 2010). Bricolagem é um termo que deriva do francês *bricolage*, e pode ser entendido como o trabalho de um artesão que utiliza materiais diversos e disformes, de segunda-mão, sem uma organização prévia, para construir e para fazer sua arte. O *bricoleur*, como Lévi-strauss denominou este ator na antropologia (LÉVI-STRAUSS, 1970), elabora, além de um objeto material, um objeto de conhecimento. Deleuze e Guattari autodenominam-se *bricoleurs*, aqueles que juntam ideias e elementos em comum (BAREMBLITT, 2010, p. 17), e é com essa ideia de construção que nos inspiramos para a produção desta cartografia.

5.2 Quem é o Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha?

Para contar um pouco da história deste coletivo, busquei sua origem nos relatos dos trabalhadores do DRS III, também pesquisadores PPSUS, na ocasião da construção do relatório de pesquisa de 2013 (MATUMOTO et al., 2013), uma verdadeira bricolagem de contação de histórias que achei pertinente citar. O GCR original iniciou seus trabalhos em abril de 2012, com a tarefa de elaboração de um diagnóstico da assistência materno infantil, nos âmbitos municipal e regional. Antes do início da pesquisa, era composto por técnicos dos 24 municípios do DRS III de Araraquara, responsáveis pela elaboração do Plano Regional da Rede Cegonha (SÃO PAULO, 2012) da Rede Regionalizada de Atenção à Saúde (RRAS) 13 e dos planos de seus respectivos municípios. Dentre os integrantes, a maior parte atuava na atenção básica dos municípios, além de membros do DRS:

> A construção dos Planos Municipais e Regional demandou uma força tarefa dos técnicos do DRS III, coordenada pelo Núcleo de Organização das Redes de Atenção à Saúde, visando apoiar os técnicos municipais para apreensão, reflexão e proposição, a partir do panorama delineado pelos indicadores de atenção (MATUMOTO et al., 2013, p. 28).

A construção deste diagnóstico seguiu as indicações da Política da RC e seus componentes, dando início pelo componente pré-natal. A dinâmica dos encontros ocorria, por vezes, em subgrupos por Região de Saúde (RS), e, por vezes, em grupo único, como na construção do plano regional. Esse processo contou, também, com a constituição de Grupos Condutores Municipais (GCM), em articulação com o GCR, com objetivo de propor e atender às demandas municipais.

O diagnóstico do território do DRS III explicitou a diversidade entre as RS e os desafios para qualificação da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, e redução da mortalidade materno infantil: "articulação entre os pontos de atenção, a responsabilização das equipes, a definição de protocolos e fluxos e o preparo dos trabalhadores para ofertar cuidados adequados e oportunos, além de humanizados" (MATUMOTO et al., 2013, p.29).

No processo de acompanhamento da implantação da RC, outros participantes passaram a constituir o GCR, desde articuladores de humanização, de EPS, trabalhadores de maternidades e Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR), e de outras profissões que compõem o emaranhado da Rede-rizoma. O GCR, durante a produção da pesquisa-intervenção, reunia-se mensalmente e ampliou suas ações atuando enquanto espaço para o encontro de atores que compõem a rede para favorecer a troca de experiências, e o diálogo, praticando autoanálise e autogestão a fim de explicitar os nós críticos e as proposições de caráter regional e municipal para enfrentamento dos problemas e para o monitoramento da RC.

Assim, os trabalhadores deste DRS, juntamente com os pesquisadores PPSUS, inscreveram o GCR para o Prêmio InovaSUS 2014, e, apesar de não terem sido contemplados, puderam publicizar seu desejo em serem reconhecidos como experiência e prática inovadora na gestão do trabalho no SUS. Nessa ocasião, enfatizaram seu potencial de espaço de encontro de trabalhadores que lutam pela construção de uma rede centrada no "direito de bem nascer, livre de doenças como a sífilis (congênita), direito de mulheres e homens à expansão familiar, com acesso à informação, acolhimento, parto com indicação precisa, direito à acompanhante, seguimento puerperal e puericultura de qualidade" (BRASIL, 2014).

5.3 A Análise de Documentos

A análise documental deu corpo e aproximou-nos à construção do contexto e da problemática que envolvem a EPS e a Rede Cegonha (RC) no território do DRS III. Consistiu no tratamento metodológico de documentos, incluindo a sua escolha e a forma de trabalho empreendida (CELLARD, 2010; PIMENTEL, 2001), na intenção de iniciar a bricolagem que citamos anteriormente.

No início, minha dificuldade era a interação com esses documentos, com sua matriz dura e cristalizada. Confesso que não foi tarefa fácil interpretar os dizeres de documentos de gestão, suas intenções e planos de ação e explicitá-las de forma leve, clara e condizente com o referencial da AI. Aos poucos fui aproximando-me e desmontando os documentos para facilitar as bifurcações de análise. Para esta desmontagem, escolhi consultar documentos oficiais de gestão que versassem sobre a história da constituição da RC no território do DRS III, que descrevo a seguir. O Plano da Rede Materno Infantil da RRAS 13 (SÃO PAULO, 2012), as 11 atas de reuniões do Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha (GCR) do ano de 2014 (de fevereiro a dezembro) e os 4 Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) do ano de 2013 referentes às 4 RS do DRS III, totalizando 16 documentos.

Não tinha experiências anteriores em análise de documentos e fui descobrindo sua finalidade como instrumento de avaliação e monitoramento do cuidado e da atenção em saúde. Sabia de sua existência, mas foi apenas ao mergulhar sobre toda aquela realidade física que pude entender os acontecimentos no GCR em um aprender significativo mais uma vez.

A escolha foi debruçar-me sobre os documentos com uma abordagem histórica das ciências sociais que condiz com o referencial teórico-metodológico da AI, já que seus estudiosos propõem a escolha e a análise dos documentos com o objetivo de desvendar o contexto em que vivem ou viveram os participantes do estudo, num corte longitudinal da realidade, possível de identificar aspectos que colaborem com o entendimento de processos, e à procura de vestígios que nos façam aprofundarmos cada vez mais acerca do objeto de estudo em questão (CELLARD, 2010; SAVOYE 2003). Assim, o conhecimento de uma situação presente a partir de uma pesquisa sociohistórica, da história, do passado daquela organização, desenvolve-se de forma que a realidade presente será elucidada e fortalecida pelos indícios históricos (SAVOYE, 2003). As produções nesta linha de pesquisa já iniciadas por Lourau nos anos de 1970, e seguidas por outros autores franceses, como Marchat (2013), exigem um entrelaçamento de fatores de natureza política, social e institucional, elementos que compõem

um território de pesquisa historiográfica e sua gênese social empírica (SAVOYE, 2007). Portanto, há uma compatibilidade entre as pesquisas sociohistóricas e a AI ao introduzir a noção de processo de institucionalização na pesquisa histórica, o que supõe um equilíbrio entre um campo e um período pertinentes para o processo em disputa sobre o qual debruçamos nosso olhar.

Dessa maneira, questionamo-nos: qual a caracterização da EPS na região do DRS III com foco na rede cegonha?

Em relação ao método de trabalho empreendido, apoiamo-nos em Cellard (2010), que propõe uma análise crítica inicial do contexto, autores, confiabilidade do texto, natureza do documento e lógica interna do texto, e, na análise propriamente dita, a reunião dessas partes. De outra forma, devemos desconstruir o texto e depois reconstruí-lo pelas pistas oferecidas nele a fim de responder a nossos questionamentos. O documento é caracterizado por este autor como um objeto surdo, muitas vezes impreciso, porém rico em informações. E cabe ao pesquisador "desconfiar das armadilhas" (CELLARD, 2010, p. 296) que ele nos coloca, no momento da escolha e leitura do material, e entender sua linguagem, contextualizar os termos utilizados a fim de garantir a validade e compreensão do material em análise. Portanto, mergulhamos nos documentos da EPS e da RC desse DRS em busca de pistas que respondessem à questão levantada para um aprofundamento no contexto da implementação da rede e dos processos de EPS nesse território de abrangência.

Na primeira etapa, parti para a captação dos documentos e a aproximação aos materiais de análise escolhidos por meio de uma leitura flutuante com eleição dos tópicos relacionados ao objeto da EPS e da RC. Essas pistas, para a Análise Institucional, revelam o modo de funcionamento das instituições e podem também apresentar-se como analisadores, como produtos que podem autoanalisar-se (BAREMBLITT, 2002), sendo assumidos pelos trabalhadores de saúde. René Lourau, teórico da corrente socioanalítica, reitera que os analisadores são capazes de suscitar a análise e fazer surgir a instituição "invisível" (LOURAU, 1993 p. 35).

Assim, aquilo que me afetou em relação à EPS e aquilo que afetou aos trabalhadores nos diferentes documentos podem ser tomados como analisadores e utilizados por eles em seu processo de ressignificação da realidade, de autoanálise e consequente autogestão. Gregório Baremblitt (2002) explica que qualquer materialidade pode ser suporte para um analisador, sejam elas formas escritas ou faladas, portanto as atas de reuniões, documentos oficiais de gestão e os planos de ação da EPS são fontes importantes para serem analisadas por representarem a maneira como está organizada a memória da organização. Há ainda a possibilidade de observar os dispositivos, ou agenciamentos, utilizados pela instituição, que

são geradores de acontecimentos em prol da transformação ou de linhas de fuga do desejo relacionados ao instituinte-organizante. Também abre possibilidades para identificar os equipamentos e sua função, geralmente ligados à reprodução da ordem e a atravessamentos característicos do instituído-organizado (BAREMBLITT, 2002).

A análise dos documentos também teve apoio no referencial teórico do Processo de Trabalho em saúde. Partindo de seus conceitos e pressupostos, procurei observar, por exemplo, a eleição de necessidades de saúde que embasam a construção ou não de propostas em EPS e as ações da RC, e buscar apreender o resultado e as concepções de EPS a partir das proposições de ações de EPS.

Nos documentos, explorei os analisadores da explicitação do trabalho em ato e tecnologias de ação, como a existência de espaços coletivos de discussão, a presença de articuladores de EPS, e a viabilização da participação social, entre outros aspectos relevantes na composição do Quadrilátero da Formação para a área da saúde: Atenção, Educação, Gestão e Controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), e, portanto, na coprodução de saúde materno infantil de qualidade.

5.4 Pesquisar-intervir

A produção da pesquisa-intervenção ocorreu de forma conjunta com os profissionais integrantes do GCR, responsáveis pela operacionalização da RC nos municípios do DRS-III. O GCR já vinha reunindo-se mensalmente quando o grupo de pesquisa formado por pesquisadores da universidade e do DRS III participaram pela primeira vez a fim de apresentar o projeto, explicar a dinâmica e receber anuência ou não de seus integrantes. Nesse momento, do qual eu não participei diretamente, firmamos uma parceria para produzir a pesquisa que foi coproduzida nos meses de fevereiro a dezembro de 2014, nesses encontros mensais. Essa coprodução teve foco nos processos formativos dos trabalhadores do GCR e nas ações para implementação da Rede Cegonha, como parte do projeto original. Conjuntamente com o GCR, desenvolvemos a pesquisa ora em um grupo de trabalho único, ora em grupos por RS, de acordo com a disposição do grupo. Quando houve a divisão por RS, participei de um dos grupos e tive acesso às atas dos demais grupos para a produção de dados para a análise. E, finalizados os encontros programados no fim de 2014, o GCR deu continuidade à sua programação de trabalho no ano de 2015.

5.5 O Desafio de Cartografar

A cartografia foi adotada como método da pesquisa-intervenção. O sentido da cartografia é acompanhar processos, percursos. Ela não estabelece um caminho a priori, e, sim, uma direção, dada pelo objetivo dos encontros acima apresentados. Assim, o caminhar nesta direção é que traça, no percurso, suas metas, tranforma o *meta-hódos* em *hódos-metá*. A cartografia faz-se por meio de pistas que emergem no processo de pesquisar (PASSOS; BARROS, 2009a), que podem facilitar o processo de conhecer e fazer. Com base em preceitos do movimento institucionalista, a pesquisa é direcionada do *saber-fazer* para o *fazer-saber*, de modo que a intervenção produza conhecimento numa relação intersubjetiva e transversalizada entre analista e analisando.

A transversalidade (GUATTARI, 1985) é esperada em pesquisas desta natureza e pode ser analisada na postura do pesquisador em relação ao coletivo. A transversalidade condiz com a ausência de limites entre pesquisador e pesquisado; não me refiro aqui à necessidade de homogeneização, pelo contrário, o desafio está em incluir o comum, incluir a diferença numa composição de grupo que vai além "da verticalidade que hierarquiza os diferentes e da horizontalidade que iguala e homogeneiza um espírito de corpo" (KASTRUP; PASSOS, 2013, p. 266). É preciso desestabilizar esses dois eixos por meio da transversalidade, um eixo onde são desnecessárias as fronteiras que separam aqueles que ensinam e aqueles que aprendem, numa experimentação de coletivo transversalizada.

Rolnik (1989) diferencia a cartografia da pesquisa-intervenção daquela cartografia como instrumento do geógrafo. Para este último, a cartografia constitui-se em um mapa estático, um desenho das paisagens e relevos. E, para a pesquisa-intervenção, a cartografia faz um desenho dinâmico das paisagens psicossociais que expressam universos de referências que constituem mundos, que, por sua vez, constituem-se em processos mutantes de produção de sentidos a partir das experiências, em uma forma de aproximação entre pesquisa e vida (ROMAGNOLI, 2009).

Nesta pesquisa, a cartografia foi sendo produzida durante os encontros do CGR, com foco na EPS e em outros pontos importantes para a compreensão do movimento da rede de atenção materno infantil. Os registros das paisagens psicossociais foram feitos a partir da observação dos processos formativos ali presentes durante o período de investigação, como a reprodução dos modos de agir e os movimentos de busca de novas possibilidades. Portanto, as

paisagens percorridas foram conformadas nesse contato, e, também, no reencontro com os registros desses encontros, material transcrito que me trouxe novos afetos e sentidos.

O processo pelo qual os dados são produzidos e analisados devem atender à dinâmica da realidade estudada, com vistas a captar a dinâmica do desenvolvimento e a transformação dos fatos presentes na realidade. Assim, para o registro dos dados no decorrer do desenvolvimento da pesquisa, utilizei como suporte o diário de campo (LOURAU, 1993), onde foram registrados periodicamente os dados referentes às minhas impressões, compreensões, interpretações e leituras. Nesse sentido, tentei capturar, durante a produção da pesquisa, alguns aspectos que Lourau denomina de "fora do texto, no sentido literal e etimológico do termo: aquilo que está fora da cena; fora da cena oficial da escritura" (LOURAU, 1993, p. 71). Os encontros também foram gravados em mídia digital e posteriormente transcritos. Ainda, alguns pesquisadores fizeram narrativas com base em suas perpectivas dos encontros propriamente ditos e também de todo o entorno que os envolvia. Uma vez escritas, as narrativas tornaram-se públicas ao grupo de pesquisadores para compor o material de análise cartográfica (BARROS; PASSOS, 2009). Desse modo, utilizei meu diário de campo e minhas narrativas como suporte para escolha e desenho dos planos cartográficos explorados nesta dissertação.

O processo de análise teve início em ato pelos pesquisadores e participantes da pesquisa; após cada encontro em oficinas, com os pesquisadores e com consultores convidados para demandas específicas identificadas no processo de pesquisa; e continuado com a reunião dos dados produzidos na investigação relativos à EPS na RC.

Realizamos o tratamento e análise dos dados, com base nos referenciais teóricos do Processo de Trabalho em Saúde (MENDES GONÇALVES, 1994) e em conceitos da Análise Institucional e Esquizoanálise (BAREMBLITT, 2002), que possibilitaram identificar planos cartográficos no processo de institucionalização da RC e elaborar sínteses, aproximando-nos cada vez mais da essência do objeto estudado em sua totalidade. Um terceiro arcabouço teórico composto pelos eixos da EPS também conformou meu olhar durante o momento da análise e produção dos dados, guiados pelos conceitos da aprendizagem significativa (AUSUBEL, 1963; FREIRE, 1987; MOREIRA, 2010) e da problematização da realidade (BORDENAVE, 1999).

Nesse sentido, o processo de aprofundamento sobre a realidade deu-se a partir do princípio de que o conhecimento ocorre na e pela práxis, num movimento de "transformar para conhecer" (PASSOS; BARROS, 2009a). É importante lembrar que nesta bricolagem o conhecimento construiu-se não apenas com base na análise da produção da pesquisa-

intervenção, mas também na análise de minhas implicações e também das implicações da orientadora e do grupo de pesquisa, além da dinâmica do processo de institucionalização da rede (BAREMBLITT, 2002).

5.6 Procedimentos éticos

Considerando que o projeto de pesquisa "*O processo de implantação da rede de atenção à saúde materno infantil no DRS III de Araraquara: a atenção básica como ordenadora da atenção em rede na atenção básica*", protocolo CAAE: 23143613.3.0000.5393, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP-USP, e que os objetivos aqui apresentados foram elaborados a posteriori, um adendo foi submetido ao mesmo CEP, com destaque para a ampliação de objetivos e documentos a serem analisados e inclusão do aceite do DRS III para uso dos documentos solicitados (ANEXO A), ressaltando que não houve quaisquer alterações referentes aos participantes do estudo em relação ao projeto original. Dessa forma, atendemos às normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde em que os sujeitos tiveram total liberdade na escolha de participar e fizeram a adesão de forma voluntária ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Esse adendo foi aprovado *ad referendum* pelo CEP acima citado, sob o protocolo nº 23143613.3.0000.5393 (ANEXO B).

5.7 Conhecendo o contexto: O DRS III, a Rede Cegonha e o GCR

Em uma primeira aproximação ao campo de estudo, ao DRS III e a seu território, e ao cenário de estudo, ao GCR, apresentarei aspectos relacionados à implementação da RC e às condições de saúde enfrentadas por mulheres e crianças, trabalhadores e formadores no território de abrangência do DRS III com base na pesquisa documental realizada nas atas dos encontros do GCR no ano de 2014, nos PAREPS do ano de 2013 das 4 RS do DRS III, e no Plano de ação Regional da Rede Cegonha da RRAS 13 (SÃO PAULO, 2012).

O DRS III compreende 24 municípios divididos em 4 RS. Para fins de preservação de suas identidades, optamos por nomeá-las: região das pedras verdes, região das pedras azuis,

região das pedras vermelhas e região das pedras amarelas. E, para os municípios, adotamos nomes de 24 pedras preciosas de cor correspondente à sua RS. Assim, temos na região das pedras verdes os municípios Esmeralda, Turmalina, Olivina, Quartzo, Amazonita, Ágata, Mica e Jade. Na região das pedras azuis, os municípios Turquesa, Água Marinha, Ametista, Galena e Safira; Na região das pedras amarelas, os municípios Âmbar, Citrino, Cornalina, Opala, Selenita e Calcita; E, na região das pedras vermelhas, os municípios Berilo, Topázio, Rubi, Jaspe e Granada.

Assim, na referência aos documentos essa nomenclatura também foi utilizada. As atas dos 11 encontros foram identificadas pelo nome da RS e pela data do encontro, exceto para identificar os encontros com todas as RS, em que utilizamos "todas as regiões de saúde". Os PAREPS foram identificados pela sigla PAREPS seguido do nome da RS. Por exemplo: "PAREPS pedras amarelas", e, quando citação literal, com inclusão da página; quando a informação era comum a todos os documentos : "PAREPS todas as regiões". O Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da RRAS 13, por ser um documento único para este DRS, será identificado como Plano da RRAS 13.

Demograficamente, o DRS III possui municípios de diferentes portes e populações. Os municípios de maior número de habitantes são Turmalina, na região das pedras verdes, com 208.662, e Calcita, na região das pedras amarelas, com 221.950 habitantes. Por outro lado, os de menor porte são Jade, também na região das pedras verdes, com 1.544, e Berilo, na região das pedras vermelhas, com 2.668 habitantes (BRASIL, 2010b).

5.8 A Rede Cegonha e o DRS III

A Rede Cegonha (RC) compreende os componentes Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011a), e cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde. Neste DRS, esta rede está em fase de implementação, e, durante a pesquisa, foram discutidos, principalmente, os componentes pré-natal e parto. Desse modo, a caracterização do contexto ocorreu nessa direção.

É importante considerar as disparidades entre os municípios de uma mesma RS ao analisarmos seu perfil de morbimortalidade materno infantil e as ações implementadas nas diferentes realidades, além da relação intermunicípios e entre RS durante o processo de

constituição da RC, no período de publicação dos documentos que compreende os anos de 2012 a 2014.

No Estado de São Paulo, foram pactuadas 17 RRAS, sendo a RRAS 13 composta por 90 municípios pertencentes a quatro Departamentos Regionais de Saúde – DRS III, V, VIII e XIII. Do Plano da RRAS 13 (SÃO PAULO, 2012), consta que, no DRS III, 31,16% da população é constituída por mulheres em idade fértil, sendo que no ano de 2010 o SINASC apontou 11.777 NV, dos quais, em média, 63,65% dependem do SUS para a assistência direta à saúde, e alguns municípios apresentam altas porcentagens de cobertura pela assistência suplementar.

A situação entre as RS é diversa também em relação aos equipamentos de saúde, modelos de atenção e referências para encaminhamento das gestantes, mas também encontramos homogeneidades, como a necessidade de leitos específicos para gestação de alto risco, que era nulo em todas as RS, o que levou a ser incluído como meta de investimento no Plano da RRAS 13.

No contexto da problemática da saúde materno infantil do DRS III, nos documentos há uma forte discussão sobre o fluxo da gestante entre os pontos de atenção dentro de um mesmo município e entre os municípios menores e os de referência. Para alguns municípios menores, o não atendimento de gestantes em seu próprio município, para os casos de risco habitual, muitas vezes exige delas um deslocamento para um município de maior porte, para o atendimento no momento do parto ou antes dele, para realização de exames inexistentes nos municípios menores. Um exemplo importante diz respeito aos municípios da região das pedras verdes, que tem como referência o município de Turmalina.

5.8.1 O Pré-natal

> *Há necessidade de qualificação das ações, incluindo captação. precoce das gestantes* (PAREPS pedras amarelas, p. 25).

O trecho acima ilustra um nó crítico importante que caracteriza alguns municípios neste DRS, a realização do pré-natal de forma segura e qualificada pela ação das equipes, principalmente da atenção básica. Dentre outras fragilidades na realização do pré-natal, a

região das pedras vermelhas aponta o não seguimento de protocolos, a captação tardia de gestantes e a falta de participação ativa dos profissionais de enfermagem no pré-natal (PAREPS pedras vermelhas).

Em relação às ações que fortalecem o processo de implementação e gestão da RC no território de abrangência deste DRS, temos como exemplo o município de Granada, com percentual de 71,36% de NV com 7 consultas ou mais, que apresenta no PAREPS ações como a formação do GCM e do Grupo de Trabalho de Humanização.

5.8.2 A Mortalidade Materno Infantil

Vemos a esperança presente nos documentos em qualificar o atendimento à gestante e ao bebê, porém ainda se desenham na conformação desta Rede-rizoma e causam espanto altos números de mortes infantis. O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) mede a proporção de crianças que morrem antes do primeiro ano de vida em relação aos NV, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, 2009c). O município de Água Marinha é exemplo de CMI de 25,39, com “necessidade de ações urgentes” (PAREPS pedras azuis, p. 25).

A morte infantil tem seus componentes de acordo com a idade do bebê, ou neonato. Assim, o componente mortalidade neonatal precoce é significativo para determinadas RS, lançando luz à necessidade de qualificação dos Comitês Municipais de Mortalidade Materna e Infantil (CMMI) (PAREPS pedras amarelas, p. 30). A região das pedras vermelhas e a das pedras azuis também alertam sobre a importância do papel desse comitê cuja análise poderia propor ações de promoção e prevenção do óbito (PAREPS pedras vermelhas). A constituição desses Comitês aparece como uma potencialidade para a garantia de atendimento de qualidade e monitoramento de ações tanto no pré-natal como no parto.

Os municípios reconhecem a implementação da Política da RC em suas regiões como um fator de impacto na diminuição das mortes infantis, pois, como instituído-organizado do MS, propõe a reorganização da atenção e prevê ambulatórios e maternidades de gestação de alto risco para a região do DRS III (PAREPS pedras verdes, p. 27), fornecendo apoio estrutural e organizacional para os trabalhadores.

O interesse da esfera estadual, no caso o DRS III, em investir na qualidade da RC é justificado também pelos números de mortes maternas. Pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), Mortalidade Materna é:

> a morte de uma mulher durante a gravidez ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou à sua gestão, mas não por causas acidentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); WORLD BANK; UNICEF, 2012, p. 04).

Mortes que são classificadas como morte materna direta são aquelas, por exemplo, decorrentes de hemorragias obstétricas, síndromes hipertensivas na gravidez, ou ainda, devido a complicações da anestesia durante a cesariana. E as indiretas são aquelas resultantes de doenças pré-existentes, ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez (WHO; WORLD BANK; UNICEF, 2012). Assim, a Organização Pan-Americana da Sáude considera a Razão de Mortalidade Materna ou o Coeficiente de Mortalidade Materna como o "número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos, de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado" (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2008, p. 120), números que além de estimar a frequência de óbitos, subsidia a avaliação da qualidade dos serviços prestados à mulher durante a gestação, parto e puerpério.

Faz parte da paisagem desta Rede-rizoma a morte de mulheres durante a gravidez. O DRS III apresenta um coeficiente de mortalidade materna de 50,95, e, na região das pedras amarelas, esse coeficiente chega a 64,72, mais que o dobro do indicador da RRAS 13 (31,95), demonstrando a "necessidade de priorização da linha de cuidado materno infantil, com foco também na gestante" (PAREPS pedras amarelas, p. 31). Barros, Matijasevich e Requejo (2010), em seu estudo sobre as tendências da mortalidade materna no Brasil, alertam-nos que esse indicador deve ser interpretado com muita cautela devido à subnotificação, de forma que o número apresentado deve ser multiplicado por 1,4, e também pelo aumento da notificação durante as auditorias de mortes maternas, o que prejudica consideravelmente o cálculo desse indicador.

5.8.3 A Sífilis Congênita

Syphilis sive morbus gallicus.
Poema de Fracastoro em 1539

Girolamo Fracastoro, no século XVI na Itália, já havia escrito sobre a Sífilis, uma das enfermidades mais antigas do mundo, na tentativa de determinar suas origens (IOMMI ECHEVERRÍA, 2010). No Brasil, a Sífilis em gestantes faz parte da nossa paisagem e tem demonstrado aumento nos últimos anos. Além da notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 104.853 casos de sífilis congênita, de 1998 a 2014, em menores de um ano de idade, em 2013, a taxa de sífilis congênita foi de 4,7 casos/mil NV (BRASIL, 2015a). O boletim epidemiológico da Sífilis do MS explica que as gestantes têm acesso ao pré-natal, porém o diagnóstico precoce e tratamento não são adequados, com consequente transmissão vertical, ou seja, da mãe para o bebê (BRASIL, 2015a). Por isso, nos documentos está presente a valorização das capacitações para a realização dos testes rápidos preconizados pela RC (BRASIL, 2011a), que podem detectar precocemente a Sífilis, além do HIV e outras doenças.

A taxa de incidência de sífilis congênita no DRS III é de 1,86/mil NV (SÃO PAULO, 2012). O PAREPS sugere a existência de subnotificação, e destaca a "necessidade de implementação de ações de busca ativa, incluindo o parceiro no tratamento" (PAREPS pedras amarelas, p. 27). Dentre as ações propostas e realizadas no PAREPS, não há especificamente ações que citem a finalidade de diminuir a incidência de Sífilis; constam, no entanto, atividades de educação em saúde e grupo de gestantes, momentos de encontro e conversa que poderiam contribuir de maneira significativa não só para informar à população sobre os sinais, sintomas e importância do tratamento da Sífilis, mas, também, para promover momentos de reflexão e autopercepção daqueles que vivem com a doença, de seus parceiros e da família, com possibilidades de abordar questões subjetivas do conviver com a doença e suas consequências.

Das atas dos encontros do GCR em 2014 consta a discussão de estratégias e a preocupação com o aumento de Sífilis Congênita. Uma integrante do GCR pergunta para o grupo qual seria a estratégia para trabalhar com esses indicadores, e três possibilidades de ação foram elencadas por eles: a sensibilização nas escolas e universidades, o fortalecimento

do tema com todos da equipe, e a garantia de espaços de diálogo (região das pedras amarelas 11/09/2014). Reconhecemos e valorizamos o movimento de identificação do problema e a busca por respostas ao passo que também questionamos sobre como a autoanálise nesse espaço do GCR pode refletir em ações nos municípios que sejam cada vez mais participativas, que envolvam uma construção coletiva com os usuários que convivem com a Sífilis, sejam as gestantes, seus parceiros e os recém-nascidos, de forma a promover a equidade e a inclusão deles na roda de diálogo.

5.8.4 O Dar à luz – O momento do Parto

No movimento de caracterização da implementação da RC neste DRS, instiga-nos analisar o momento do parto, com olhar especial à taxa de parto cesárea. Pela definição da ANS, essa taxa "é a relação entre o número total de partos cesáreos e o total de partos (normais e cesáreos) realizados por uma operadora no ano considerado" (BRASIL, 2015c). Ela é alta em todas as regiões, acima de 70%, e maior que a da RRAS (68,72%), corroborando os resultados da revisão de Patah e Malik (2011), que demonstram uma tendência no aumento do número de partos cesárea no mundo: "em quase todas as nações da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico dos Países Europeus (OECD), as taxas de cesárea ultrapassam as proporções de 10% a 15% recomendadas pela OMS em 1985" (PATAH; MALIK, 2011, p. 187).

Nossa curiosidade estava em compreender o porquê de certa tendência, ainda que de forma superficial, pois esta investigação merece aprofundamento. A região das pedras azuis, com taxa de partos cesárea de 72%, enfatizou a existência de uma "tendência cultural que prioriza o parto cesárea" e explicou essa dinâmica pela falta de profissionais na maternidade para monitoramento e acompanhamento do parto normal, além da conveniência profissional do agendamento. Um dos documentos citou que, para mudar esse quadro, deve haver um envolvimento da equipe profissional "enfatizando o benefício para mães e crianças com a realização do parto normal" (PAREPS pedras azuis, p. 23).

No PAREPS não foram propostas ações que poderiam contribuir diretamente para a redução dos partos cesária sem indicação, porém as dificuldades foram discutidas nos encontros do GCR, e foram verificados nas atas relatos e exemplos de municípios que travavam uma luta contra-hegemônica, com dificuldade em mobilizar o gestor para ampliar a

discussão sobre o parto nos municípios (GCR todas as regiões, 10/04/2014) e o desafio de "pensar parto humanizado em uma cidade que só faz cesárea" (região das pedras amarelas – 12/06/2014). Entendemos que há interesses múltiplos que envolvem essa discussão, incluindo interesses de grupos privados sobre os interesses públicos, motivo de discussão global na saúde brasileira na atualidade.

O Plano da RRAS 13 (SÃO PAULO, 2012) para a implementação de uma rede de atenção materno infantil de qualidade apresentou um compromisso com a integralidade e humanização no cuidado, com propostas de ação que podem contribuir positivamente para o processo de trabalho em saúde de qualidade, como: boa comunicação, ações de educação em saúde nos territórios, ampliação e qualificação de leitos UTI adulto, neonatal, método canguru e centros de parto normal e casa da gestante, bebê e puérpera. Outro ponto importante levantado nesse mesmo documento é o fortalecimento do controle social com estímulo à implementação de colegiado gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009a), de forma a garantir os direitos das gestantes durante seu parto.

5.8.5 O GCR – um espaço de gestão e de EPS

Na busca por mudanças de práticas na atenção materno infantil da região e como forma de implementação do SUS, este DRS decidiu operacionalizar a RC a partir de uma lógica ascendente de planejamento, de corresponsabilização de coletivos com ferramentas da educação permanente em saúde ao propor encontros entre os 24 municípios que a compõem. As informações a seguir compõem o mapa desta Rede-rizoma ao caracterizar um pouco mais o GCR como um espaço de gestão de redes, sua dinâmica e sua constituição, pois, com essa conformação, o DRS III conseguiu reunir trabalhadores de diferentes municípios para dialogar sobre a situação presente em suas localidades e propor ações de forma condizente à realidade das regiões de saúde e municípios.

Os participantes da pesquisa-intervenção foram os profissionais membros do GCR responsáveis pela operacionalização da rede de atenção materno infantil nos municípios do DRS III, entre eles representantes dos grupos condutores municipais (GCM), coordenadores de AB, articuladores de EPS e representantes da gestão de cada município com ampliação no decorrer do processo de implementação da rede.

Geralmente, a dinâmica de trabalho do GCR dava-se por momentos de concentração, para discussões em conjunto no coletivo, levantamento de nós críticos e enfrentamentos, e pactuação de tarefas. Estas deveriam ser realizadas nos momentos de dispersão, em seus municípios de origem, geralmente junto aos GCM, que têm o objetivo de capilarizar a RC, multiplicando seus pontos de conexão.

_____ *Construindo o Cenário da EPS no DRS III*

6 CONSTRUINDO O CENÁRIO DA EPS NO DRS III

"O documento permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social" (CELLARD, 2010, p. 295). Com essa frase de Cellard (2010), proponho-me a explicitar aspectos do processo de construção de materiais ricos em informações relacionados à implementação da RC e da EPS no território de abrangência do DRS III.

Com base no quadrilátero da formação e seus eixos: formação, gestão, atenção e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), analisamos os documentos em questão à procura de movimentos transformadores das práticas profissionais, que, além de produzirem habilidades técnicas, discutam o conhecimento do SUS, a organização do trabalho, o atendimento integral de acordo com as necessidades de saúde de seu território e o desenvolvimento de autonomia dos usuários do SUS de forma a aumentar a participação social na discussão e gestão de políticas de saúde.

Um desses materiais, o Plano de ação de EPS, o PAREPS, explicita algumas lacunas referentes à qualificação da atenção materno infantil, tema relacionado à Profecia Inicial da RC, qual seja, preservar a vida de mulheres gestantes e crianças e, portanto, finalidade última que deveria guiar os trabalhadores de saúde em seu Processo de Trabalho.

O PAREPS é um plano norteador regional pactuado coletivamente para a construção e implementação de ações educativas na área de desenvolvimento e formação dos trabalhadores do SUS, a partir da análise das necessidades dos serviços de saúde, com a intenção de transformar as práticas de gestão e atenção (PAREPS todas as regiões). Assim, O CDQ SUS promove uma oficina a fim de reunir os municípios e pensar essa construção coletiva de forma que, a partir da realidade vivida e observada na região de saúde de cada um, eles possam identificar os principais problemas e necessidades.

A necessidade de ações que impactem na melhora dos indicadores emerge nos documentos em diferentes situações, como na abordagem da gravidez na adolescência, na proposta de fortalecimento dos Comitês Municipais de Mortalidade, dos Grupos Condutores Municipais (GCM) e da intersetorialidade e integração entre as diversas redes de atenção à saúde, entre outras, e representam a importância da capilarização da RC na forma de espaços de discussão e reflexão do processo de trabalho em saúde. Vejamos alguns aspectos que caracterizam a EPS na RC deste DRS.

6.1 A EPS na Rede-rizoma

Durante a aproximação ao PAREPS, deparei-me com a potência da parceria dos municípios com o Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQ SUS), criado junto com a normativa de criação dos DRS, pelo Decreto n.º 51433, de 28 de dezembro de 2006 (SÃO PAULO, 2006). Porém não havia descrito no documento a trajetória ou a função desse ator na roda. Essa lacuna instigou-me a buscar na literatura por experiências exitosas desse caminhar junto, para auxiliar na reflexão sobre o uso da EPS como ferramenta de gestão, a partir dos achados no papel, material duro e fotografado, uma imagem estática do que parecia um movimento dinâmico.

Segundo Souza (2014), a participação do CDQ SUS nas CIR das diferentes redes, e não menos no GCR da Rede Cegonha, pode contribuir para problematizar o processo de trabalho em saúde. Procura envolver os diferentes atores (trabalhadores, gestores e usuários), estimulando-os a colocar na roda propostas de trabalho para as Políticas de Educação Permanente e Humanização, dispostos a constituir "redes fortes, vivas e potentes, que tenham como foco a melhoria nos processos de atenção e de gestão" (SOUZA, 2014). Esta autora reconhece como ator do CDQ no município o articulador de humanização, cuja ação constrói-se in loco, o que exige o conhecimento do território, suas potências, fragilidades e necessidades e, conjuntamente com o DRS III, articula a PNH entre os vários pontos da rede, também auxiliando na sensibilização e valorização da Política Nacional de Educação Permanente. Essa sensibilização concentra-se no incentivo à produção coletiva e à construção de grupalidades e espaços coletivos nos municípios que proporcionem a reflexão, o aprendizado e a produção de conhecimento, nos processos de trabalho da gestão e do cuidado ao usuário (SOUZA, 2014). Vemos, aqui, a valorização do encontro em espaços coletivos de discussão e reflexão, onde se dá a micropolítica do processo de trabalho, e potentes para criação e reinvenção do trabalho.

Esse importante parceiro (CDQ SUS), dentre outras atribuições, debruça-se sobre questões como a formação dos atores conhecidos como articuladores de EPS, em parceria com as universidades próximas, como a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e a Universidade de São Paulo (USP). O articulador municipal de EPS "é um ator local e estratégico de extrema relevância na condução e desenvolvimento dos projetos e da implementação da política" (PNEPS) (PAREPS todas as regiões). Dentre suas atividades estão rodas de conversa, processos de educação continuada, participação em reuniões de

equipe e em grupos condutores das redes temáticas, incluindo o GCR. O PAREPS da região das pedras amarelas aborda como se deu o processo de formação dos articuladores de EPS na região e ressalta a construção coletiva com o CDQ SUS, articuladores de EPS e alguns poucos gestores.

Outra atividade dos articuladores é o acolhimento dos gestores quando há mudança de gestão. Para tanto, são organizadas oficinas com o objetivo de construir coletivamente com atores estratégicos da rede municipal (incluindo outros articuladores de EPS) as possibilidades de implementação da PNEPS nos territórios. Essa é uma oportunidade para a apresentação das instâncias da CIES e do Núcleo de Integração Ensino Serviço de Araraquara (NIES), e, ainda, discussões sobre o papel dos articuladores de EPS, a importância do próprio PAREPS e os recursos disponíveis para a implementação de ações e projetos de EPS.

A operacionalização da EPS como ferramenta de gestão e de corresponsabilização é permeada por dificuldades e desafios diante de "novos modos de cuidado e gestão, assim como a existência de lacunas de conhecimentos, que vão se desvelando nos processos desenvolvidos pelo CDQ SUS e DRS na implementação do SUS" (PAREPS pedras vermelhas, p. 97).

A construção do PAREPS para o ano de 2014 possibilitou

> um importante momento de "parada" para a contextualização da realidade e reflexão dos processos de trabalho instituídos na gestão e atenção e para a identificação da EPS como uma ferramenta potente para a transformação das práticas e a organização do trabalho" (PAREPS todas as regiões).

Esses aspectos formativos vêm acompanhados da necessidade de qualificação profissional, a partir da constante necessidade de aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional das equipes, evidenciando nas atas dos encontros do GCR o reconhecimento e a importância da formação, eixo da EPS, no movimento de incentivo ao parto normal e humanizado e com capacitações para a execução dos testes rápidos durante o pré-natal.

O mapa do aprendizado para esses trabalhadores configura-se nos documentos a partir da valorização da educação continuada com proposta de treinamentos e capacitações, demonstrando que a concepção de EPS para transformação de práticas ainda é pouco ampliada. Exploraremos adiante, então, outros aspectos que enfatizam essa questão.

6.2 Parceria ensino-serviço

O estímulo à cooperação direta entre ensino e serviço é dado pelo MS desde 2003 com o objetivo de fomentar uma transformação na formação em saúde e melhorar a qualidade dos serviços por meio das mudanças necessárias nas realidades locais (FEUERWERKER, 2014). Assim, o apoio técnico e financeiro a projetos e a estratégias inovadoras pode exercer um papel importante para a consolidação dos princípios do SUS e garantia do direito à saúde de qualidade daquela comunidade, numa bifurcação de parceria ensino-serviço-comunidade, ainda timidamente reconhecida.

No DRS III, essa integração entre o MS e as instituições de ensino ocorre de forma colaborativa para a melhoria da qualidade dos serviços mediante ações de educação continuada que preveem atualizações e treinamentos sobre ações pontuais, além de disposição de sua estrutura física para atender às demandas dos serviços de saúde de sua região. O município de Amazonita, na região das pedras verdes, por exemplo, nas descrições das ações desenvolvidas no ano de 2013, demonstra a parceria ensino-serviço com o DRS e a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) para o apoio em capacitações para o teste do pezinho e com a Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" campus Araraquara (UNESP-Araraquara) para coleta de exames laboratoriais. De forma geral, as instituições de ensino superior da região oferecem cursos de graduação e pós-graduação, no entanto é importante ressaltar que a distribuição entre as RS não é equitativa, na região das pedras vermelhas há cinco instituições, em sua maioria privadas, e a região das pedras azuis não conta com instituições de ensino superior.

6.3 No caminho das práticas

São importantes para a caracterização da EPS neste DRS a análise de aspectos relacionados ao estímulo e ao apoio às ações de formação, atenção, gestão e controle social em cada município. E, também, observar as diferentes concepções de EPS presentes e representadas por essas ações propostas pelos municípios.

A participação social é um eixo importante para a consolidação da EPS, e a educação popular está entre as peças-chave de articulação entre setores que podem contribuir para o

fortalecimento das políticas públicas nos diferentes territórios, mediante a responsabilidade compartilhada. No PAREPS, a aproximação dos trabalhadores de saúde com os movimentos de educação popular é tímida, sem descrição de atividades, e são poucas as propostas de ação que aproximem a população aos processos de gestão de seu município. Uma das ações propostas como ação de EPS por todos os municípios foi a realização de ações educativas relativas à saúde e ao SUS na rede municipal de ensino, com adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) e a participação em eventos e campanhas nas escolas. Acredito que haja uma confusão entre os conceitos de EPS e Educação em Saúde com nuances de intersetorialidade, porém as ações são descritas como pontuais e desarticuladas. Como devem ser construídas coletivamente, percebemos que não trazem a estratégia de ação ou o aprendizado no trabalho vivido nem pelo trabalhador, nem pelo público alvo, demonstrando serem ações de educação descontinuadas aos usuários do SUS e aos trabalhadores da escola.

De forma geral, as ações consideradas como ações de EPS propostas no PAREPS têm como objetivos melhorar o processo de trabalho das equipes nos diferentes níveis de atenção, impactar na melhora dos indicadores de morbimortalidade materno infantil e cooperar com a implementação da RC. Apesar de não apresentarem a descrição da proposta pedagógica, as ações estão relacionadas à realização de reuniões periódicas de equipe, com objetivos de gerar momentos de reflexão e interação que possibilitem a efetivação das diferentes políticas de saúde, além da criação de grupos de trabalho de gestão, da sensibilização de profissionais de saúde para a articulação e cumprimento de pactos e metas. Em sua maioria, ações para o fortalecimento da atenção básica, como a efetivação da territorialização e a adesão aos programas do Ministério da Saúde, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção básica (PMAQ).

Outras ações para consolidação da EPS nos municípios estão relacionadas à participação em projetos e discussão sobre a EPS nas reuniões de equipe, o que poderia trazer reflexões sobre o cotidiano nos serviços. No entanto o uso do termo “Educação Permanente em Saúde” foi pouco utilizado como proposta de ação diante das necessidades encontradas no PAREPS, indicando pouca apropriação sobre esse termo como ferramenta de aprendizado no cotidiano e de gestão do processo de trabalho em saúde.

Outro ponto importante a observar-se é que, na maioria das regiões de saúde, as ações propostas e as realizadas para o ano de 2013 não são coincidentes, de forma que o planejamento não ocorre de forma funcional, pois há sempre outras demandas e movimentos que circunscrevem o fazer em saúde. Há também atravessamentos que minguam as forças instituintes de transformação da realidade, e novamente há a reprodução de uma forma

instituída de cumprimento de tarefas. Colabora para este quadro a busca pelo apoio da gestão nos processos de EPS, um tema transversal nos documentos que é entendido como peça-chave, pois representa uma "retaguarda da equipe de gestão" para a transformação das práticas.

Entendemos que as ações são realizadas de forma diferente do planejado, seja por exigências e normas do Ministério da Saúde, seja porque trabalham com outras demandas e oportunidades, como a criação de vias de informação digitais em formato de rede social, um movimento instituinte, do uso de tecnologia nas práticas em saúde, que cada vez mais se fortalece nos dias de hoje.

Portanto, vemos os trabalhadores lidando com a disputa entre a força do instituído, na figura do Ministério da Saúde, que demanda uma ação além do planejado, e as forças instituintes, representadas pelas boas ideias dos trabalhadores, que implementam ações criativas, também além do planejado. De certa forma, o que está fora do texto, fora do papel, fora do plano de ação prevalece em um processo de institucionalização da EPS em que há forças instituintes em disputa com o instituído. Nessta disputa, é possível que o instituído capture o poder criativo do trabalhador que opera o seu fazer a partir do material duro, de difícil manipulação, pouco flexível, na forma de documentos formais que ditam as regras da EPS de forma reguladora. Em certa faceta, podemos considerar que há, neste processo, as linhas de fuga do instituinte que conseguem gerar processos de ensino-aprendizagem no cotidiano, nos momentos menos formais e que devem ser reconhecidos e valorizados. Uma aposta da EPS em movimento de dar visibilidade a esses feitos possíveis do fazer saúde coletiva, mesmo quando os trabalhadores têm de lidar no cotidiano dos serviços com demandas múltiplas que os sobrecarregam e sufocam seus momentos de reflexão sobre essa prática e contribuem para a reprodução de um modo instituído de lidar com o planejamento em saúde.

6.4 Potencialidades-Fragilidades: Nós críticos, Atravessamentos e Disputas na RC

Durante a análise de documentos, deparei-me com fragilidades e potencialidades da EPS que se desenharam a partir de facetas que estão a todo o momento uma dentro da outra, imbricadas e dependentes, pois cada fragilidade carrega sua potencialidade e vice-versa. Assim, durante a análise das ações de EPS, chamaram-nos a atenção a possibilidade e a

disposição municipal para o desenvolvimento de Projetos de EPS com provimento de recursos a partir da Portaria nº 1996 (SÃO PAULO, 2007). Com a descentralização político-administrativa, esses recursos destinados a ações de EPS foram repassados aos municípios fundo a fundo, e a condução da política, feita pela CIR e CIES.

A maioria dos municípios das quatro RS teve como proposta a garantia de participação dos trabalhadores nas atividades dos projetos propostos, a seguir: Fortalecimento da Atenção Básica: reorganizando as práticas de gestão e atenção em saúde; Fortalecendo a Atenção Básica a partir do dispositivo trabalho em equipe; Territorialização: um processo de transformação das práticas de gestão e produção de vida e cuidado; Educação Permanente para o Controle Social; e Tecendo a rede de saúde mental: desenvolvimento dos profissionais e reorganização dos serviços na região do DRS III Araraquara.

Esses projetos têm potencialidade de disparar momentos de reflexão das práticas e qualificar o processo de trabalho na saúde materno infantil ao ampliar o olhar para as diferentes facetas que compõem a EPS: formação, atenção, gestão e controle social, já que são oferecidos a todos os municípios. Eles ocorreram de forma homogênea e variaram em número de participantes de cada região. Os municípios da região das pedras verdes afirmaram que garantem a participação de trabalhadores em atividades de EPS, pois consideram "uma política que deverá ser mantida e sempre repensada uma vez que os resultados esperados só vão aparecer a médio e longo prazo" (PAREPS perdas verdes, p. 50), em um entendimento de que as mudanças esperadas são processuais.

O documento alerta para a diminuição do número de trabalhadores participantes ao longo do tempo, fato que pode ser atribuído ao período longo de execução dos projetos, de até 10 meses, e afirma que as metodologias de aprendizagem utilizadas causam um "estranhamento que leva à desistência" (PAREPS todas as regiões), o que nos faz questionar sobre a estratégia de interação e aprendizagem e sobre quais as metodologias utilizadas nos encontros, o que não foi relatado nos documentos.

Ainda, na região das pedras vermelhas foi proposto um projeto de EPS voltado ao acolhimento oferecido aos usuários, utilizando a metodologia da problematização a fim de instrumentalizar as equipes da rede no processo de melhoria do acesso e qualidade da atenção. Ressalta-se, aqui, a utilização da problematização, um conceito de Paulo Freire (FREIRE, 1987), como ferramenta importante para a valorização da educação popular em saúde, para a o acolhimento verdadeiramente humanizado que aproxima profissional e usuário e possibilita a formação de vínculos.

Apesar de estar presente em poucos municípios neste DRS, o grupo de Apoio Institucional está entre as potencialidades para criação de espaços de discussão coletiva e reflexão da prática para esses trabalhadores. Uma das regiões propôs o fortalecimento do grupo de Apoio institucional com objetivo de fortalecer as discussões sobre EPS e instituir uma coordenação, com capacitações, avaliação e monitoramento. O município de Âmbar, por exemplo, propôs no PAREPS a autoavaliação de gestores e trabalhadores das unidades de saúde durante o ano de 2012 e a participação sistemática do grupo de apoio institucional nas reuniões de equipe, "resgatando a utilização de ferramentas de Educação Permanente para organização e melhora no processo de trabalho das equipes" (PAREPS pedras amarelas, p. 89). Vemos, portanto, que, em algumas regiões, há esforços para promoção do encontro e do uso da EPS como ferramenta de gestão do trabalho em saúde.

O processo de trabalho em saúde dos integrantes do GCR envolve a identificação de problemas e a elaboração de um plano de ação para o enfrentamento deles, parte do planejamento em saúde. Durante a leitura dos documentos, chamaram a atenção diferentes pontos de convergência para o enfrentamento das necessidades levantadas. Artmann (2000) nomeia os pontos de enfrentamento de um problema de nós críticos, sobre os quais serão elaboradas as propostas de ação. Para ser considerado como nó crítico, é necessário considerar se a intervenção sobre essa causa trará mudanças positivas, se há possibilidades de ação prática e se é oportuno, politicamente, intervir. Essa é uma etapa importante do planejamento para a constituição da rede cegonha, pois a identificação dos problemas e dos meios de superá-los eleva a "consciência sanitária das pessoas" (PAIM, 2006, p. 387), facilitando a mobilização política dos interessados pela questão saúde e aproximando os trabalhadores de seu papel de gestores do cuidado materno infantil, associando as propostas de ação às suas implicações e seus projetos.

"está tudo muito sobrecarregado"
(região pedras verdes, 12/06/2014).

É importante explorar alguns nós críticos relevantes presentes nos documentos em relação à gestão do trabalho, principalmente aos recursos humanos com contratos temporários e de número insuficiente para suprir as demandas da rede, indicando em algumas regiões o acúmulo de funções, de tarefas e vazios assistenciais na atenção à gestante e à criança e a

sobrecarga de funcionários, indicando que "existe na rede sobrecarga de serviço" (região pedras azuis, 12/06/2014). Essa situação em que as equipes acabam sobrecarregadas foi evidente nas reuniões do GCR ao longo do ano de 2014; ela se tornou uma forma de justificativa para faltas a reuniões deste grupo condutor ou para a não realização de outras ações importantes para a consolidação da rede cegonha.

Rubi, na região das pedras vermelhas, relatou "dificuldades para discussões locais por sobrecarga dos membros do grupo" (região pedras vermelhas, 14/08/2014), enquanto em municípios como Amazonita houve ausência de funcionários "e a justiça colocou necessidade de concurso público" (região pedras verdes, 12/06/2014). Topázio argumentou que a "contratação dos profissionais pela gestão irá colaborar para fortalecimento do grupo local e maior participação nas reuniões", entre outros benefícios. Esses são alguns depoimentos sobre um nó que parece ser comum, sendo a participação ou não nas reuniões do GCR um assunto amplamente discutido por esse coletivo, desvendando as razões da descontinuidade da participação dos profissionais gestores da rede cegonha. Além da sobrecarga, são fatores que influenciam a descontinuidade a implicação dos profissionais com o tema da saúde materno infantil e com a sua profecia inicial, e a qualidade da comunicação nos municípios e entre seus diferentes atores.

Na região das pedras amarelas, Opala apontou dificuldades, como a ausência de reuniões de equipe, por falta de funcionários, uma vez que havia incentivo e autorização da gestão para sua realização. Outro problema levantado foi o acúmulo de funções devido ao número reduzido de funcionários, que levou à interrupção das reuniões da equipe matricial de EPS, um nó crítico importante como atravessamento na efetivação da EPS. Além dos recursos humanos, outro nó crítico estava relacionado à adequação da estrutura disponível, à escassez de insumos e à gestão de novas práticas na rede, como o acesso a exames instituídos pelo MS. Houve relatos sobre "dificuldade para o teste rápido, devido a problemas de número reduzido de recursos humanos, infraestrutura e materiais" (região pedras amarelas, 10/07/2014), e que "somente uma unidade faz o teste rápido, pois (as demais) não têm geladeira" (região pedras amarelas, 11/09/2014).

Um outro desafio era a comunicação entre os profissionais da mesma equipe, por exemplo, entre as diferentes categorias, em especial a médica e a odontológica, o que sugere uma disputa de forças entre fazeres e saberes. Já no início do ano o grupo identificou dificuldades de comunicação intrarrede e entre redes, reconhecido neste trecho: "desafio é articular a rede com outras redes, articular os pontos de atenção, isso é o mais difícil" (região pedras verdes, 12/06/2014). A frágil comunicação entre os atores da RC colaborava para sua

desarticulação: “nem todos os municípios possuem grupos condutores municipais atuantes” (região pedras azuis, 24/02/2014), “os articuladores de EPS encontram-se à parte do processo de implantação da rede” e “não são convidados para as reuniões do Grupo Condutor Municipal” (região pedras vermelhas, 24/02/2014).

Há divergências entre os modelos de atenção nas diferentes regiões, e um desafio é fazer saúde com base em um modelo de atenção focado na integralidade com profissionais motivados e comprometidos e que trabalhem em rede de forma articulada. E a atenção básica (AB) apresenta alguns entraves, não atuando diretamente na coordenação do cuidado materno infantil. Além disso, “nem todos têm território definido e população adscrita” (região pedras azuis, 14/08/2014). Alguns impactos da falta de territorialização são altos

> indicadores de mortalidade e incidência de sífilis materna e congênita, falta de acompanhamento das gestantes e detecção precoce de agravos como hipertensão, diabetes e infecções do trato urinário, falta de realização dos testes rápidos, início tardio do pré-natal, não realização das ações assumidas como compromisso municipal no Plano de Ações da Rede (região pedras azuis, 14/08/2014).

Dessa forma, a AB afasta-se da coordenação do cuidado, e esse fato está presente nos documentos, por exemplo, no Plano da RRAS 13, que indica que o foco deve estar no trabalho das equipes da atenção básica, independente dos equipamentos: “uma atenção básica organizada, independente da estratégia utilizada, pode apresentar desempenho semelhante à ESF e que o diferencial não é a estratégia e sim o processo de trabalho desenvolvido nas equipes” (SÃO PAULO, 2012). Essa leitura provoca reflexões, já que há uma crença no desempenho positivo dos atores da rede, que parte do documento instituído, e que é independente das condições de trabalho ou do perfil das equipes de trabalho na atenção básica.

Um potencializador no processo de implementação da RC é a própria gestão estadual. O DRS é considerado mediador do processo de institucionalização da rede, por isso é evidente o apoio esperado pelos municípios para o enfrentamento dos nós críticos, no diálogo com os gestores, pois, segundo o grupo, “a rede cegonha não é priorizada por muitos gestores”, e, também, no diálogo com o próprio DRS, ao discutir a necessidade de “participação ativa do articulador regional da AB (atenção básica)” (região pedras azuis – 11/12). O DRS encoraja os enfrentamentos, fortalece o papel dos trabalhadores de gestores da rede cegonha: “(gestão DRS) fala do valor do grupo e que temos potencial e que somos capazes de discutir com o profissional médico as suas condutas, principalmente com os dados das taxas de cesarianas”

(região pedras amarelas – 13/11), o apoio do DRS está em seu papel propositivo e argumentativo, além de ponte de comunicação entre a gestão estadual e municpal.

Considerando, a partir desta análise de documentos, a necessidade de uma articulação em rede e de pontos de apoio que fortaleçam as interconexões em rede, e, ainda, que as necessidades são construídas sociohistoricamente, ou seja, são necessidades de determinada RS e que podem ser modificadas com o tempo (MENDES-GONÇALVES, 1992), os agentes desse processo, os trabalhadores da saúde, podem, muitas vezes, negar as condições sociohistóricas por estarem "capturados" em seu Processo de Trabalho (MALTA; MERHY, 2003), seja pela fragmentação de seu trabalho ou pela alienação a que o trabalhador está sujeito. Para Malta e Merhy (2003), é de grande importância identificar a existência de "espaços interseçores"[1], onde se dificulta a captura do trabalho vivo em ato, possibilitando mudanças e processos criativos. As interseções são criadas no encontro com o outro, no encontro entre subjetividades. Consideramos, portanto, o espaço denominado CGR como um "espaço interseçor" potente para a qualificação da rede de atenção materno infantil e sua efetiva implementação.

Ainda, a partir da apresentação do contexto da RC e da EPS neste DRS, sua problemática, potencialidades e fragilidades, exploraremos, a seguir, na cartografia proposta, outros aspectos da pesquisa-intervenção referentes ao processo de institucionalização da RC ocorrido no GCR.

[1] Segundo Merhy (1997), espaços interseçores são produzidos a partir do encontro entre trabalhador de saúde e usuário, atores que carregam em si seus processos instituintes no momento do trabalho vivo em ato, com base na defesa da vida. O autor chama a atenção para o uso do termo "Interseçores", que diz respeito ao momento de interseção entre os autores Deleuze e Guattari quando produziram o livro Antiedipo, "que não é uma somatória de um com o outro e produto de quatro mãos, mas um 'inter'. Assim, o autor utiliza este termo para designar o que se produz nas relações entre 'sujeitos', no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os 'dois' em ato" (MERHY, 1997, p. 15; 2014, p. 50).

___ *Paisagens que Compõem o Mapa do Aprendizado*

7 PAISAGENS QUE COMPÕEM O MAPA DO APRENDIZADO

Um CsO (Corpo sem Órgãos) é feito
de tal maneira que ele só pode ser ocupado,
povoado por intensidades
(DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 10).

Esses escritos são um convite a uma nova experimentação, na busca e na criação de um Corpo sem Órgãos (CsO) (DELEUZE; GUATTARI, 1996) que caminha com a cabeça, vê através da pele, respira com o ventre e reconhece-se como corpo pleno, entremeado de tudo e de nada, só se sabe que sua "organização" é diferente, difusa, de dimensões outras. Busquei inspiração nestes autores que se indagavam sobre os limites e possibilidades do corpo, e refletiam o quanto podemos afetar e ser afetados pelos corpos à nossa volta. Proponho o preenchimento deste CsO pelas intensidades que surgiram, passaram e circularam por mim e pelos outros CsO que habitaram os espaços da pesquisa e da formação.

"Cada CsO é feito de platôs" (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 20), regiões de intensidade contínua que são fortes suficientemente para não se deixarem romper por pressões externas. Conseguir manter as intensidades nesse CsO é o grande desafio posto para a construção de um plano de consistência, de constante produção de multiplicidades composta pelos diferentes CsO neste rizoma-viagem-aprendizado.

7.1 Os Planos do rizoma

J'arrive j'arrive
Mais pourquoi moi pourquoi maintenant
Pourquoi déjà et où aller
J'arrive bien sûr, j'arrive
Mais j'ai jamais rien fait d'autre qu'arriver
Jacques Brel (1929-1978)

Estou chegando, estou chegando
Mas por que eu e por que agora
Por que já e onde ir
Com certeza eu chego, estou chegando
Porém, eu jamais fiz outra coisa senão chegar

O verbo francês *arriver* (fr) significa "chegar". Porém também pode significar "aproximar-se" ou exprimir algo que está próximo a acontecer, ou, até mesmo, "chegar a um entendimento", conclusão (AVOLIO; FAURY, 2009). No poema de Jacques Brel, os personagens não alcançam um ao outro, um surpreende-se com o chamado do outro, promete que já chega e, ao mesmo tempo, reconhece que sempre esteve por perto, em um aproximar sem fim. Assim, tentei fazer-me nesta pesquisa-intervenção de um convite, uma surpresa demandada, a um aproximar em processo, um estar intervindo pela presença, pelo escrever, pelo ouvir, pela alteridade, em um "jamais fazer outra coisa senão chegar", de formas distintas, em uma multiplicidade de ressignificações e aproximações a mim mesma e aos coletivos com os quais cruzei, afinal, como afirma Ítalo Calvino:

> quem somos nós, quem é cada um de nós senão uma combinatória de experiências, de informações, de leituras, de imaginações? Cada vida é uma enciclopédia, uma biblioteca, um inventário de objetos, uma amostragem de estilos, onde tudo pode ser continuamente remexido e reordenado de todas as maneiras possíveis (CALVINO, 1990, p. 138).

7.2 Cenas de minha aproximação à pesquisa-intervenção

Participar de uma pesquisa do PPSUS - Programa de Pesquisa para o SUS - envolveu situações importantes a considerar. Primeiramente, a construção do projeto da pesquisa-intervenção pelo grupo de pesquisa deve incluir a análise da sua encomenda e demanda (MONCEAU, 2013). Para Monceau (2013), a encomenda diz respeito ao diagnóstico da instituição interessada na intervenção, de forma que aqueles que encomendam são aqueles que contratam/convidam os analistas para efetuar a intervenção. No projeto de pesquisa maior, do qual deriva este estudo, acredito que a encomenda foi múltipla, não ocorrendo um convite formal do Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha (GCR). Levando em consideração os distintos prismas ou olhares, temos a encomenda feita por parte dos pesquisadores do serviço, o DRS III de Araraquara, mais especificamente trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde que trabalhavam com a gestão da rede cegonha, via GCR e que atuaram nesse processo como trabalhadores (do DRS) e, concomitantemente, pesquisadores. E, também, podemos considerar uma encomenda institucional de pesquisa do Ministério da Saúde e Ministério da Ciência e Tecnologia via edital PPSUS/FAPESP 2012: gestão compartilhada em saúde, com o objetivo de investir em pesquisas que impactassem nos indicadores de saúde e no processo de trabalho nos serviços de saúde, contribuindo com a redução das desigualdades regionais (BRASIL, 2015b). Tal encomenda foi aceita como desafio pelo grupo de pesquisa que se propôs a produzir uma pesquisa-intervenção junto ao GCR que apoiasse um projeto para garantir às mulheres um planejamento reprodutivo e acompanhamento humanizado à gravidez, parto e puerpério, e às crianças, o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Esse grupo de trabalhadores da gestão estadual vinha de um momento de conformação do GCR e pretendia colocar em funcionamento a rede cegonha a partir da elaboração de um Plano de ação regional – Plano da RRAS 13 (SÃO PAULO, 2012). Também era um grupo de trabalhadores heterogêneo de distintas profissões e funções, e, consequentemente, com distintas implicações e demandas, que contava com ferramentas de formação em serviço, projetos de EPS e tinha confiança no papel que a Universidade poderia estabelecer em uma parceria como esta. As expectativas tanto dos trabalhadores-

pesquisadores do DRS como dos pesquisadores das Universidades em relação à produção científica nos serviços de saúde estavam relacionadas a uma pesquisa que trouxesse resultados positivos tanto na conformação e implementação de uma rede por meio daquele grupo gestor, mas, mais ainda, como na redução dos altos índices de morbimortalidade materno infantil presentes no território deste DRS.

Na chegada ao campo, o grupo de pesquisadores, da Universidade de São Paulo (USP), UFSCar e do DRS III, fez uma oferta de intervenção institucional aos integrantes do GCR em dezembro de 2013, momento no qual apresentamos nossas intenções, objetivos e proposta de trabalho para que os participantes pudessem fazer suas escolhas em relação à participação na pesquisa-intervenção.

Desse modo, o processo de autoanálise proposto a partir do referencial teórico adotado na pesquisa-intervenção (BAREMBLITT, 2002) também pôde gerar momentos de autogestão do coletivo em que o próprio GCR posicionava-se em relação às decisões e caminhos de forma processual. Somam-se, nesse processo, os momentos de problematização dos efeitos produzidos pela pesquisa-intervenção a partir da dinâmica de funcionamento do grupo e das sínteses realizadas pelos pesquisadores nas oficinas de análise coletiva, movimento que contribuiu para a produção da intervenção.

L'abbate (2012) nos revela a importância da *intervenção* para a conformação do movimento institucionalista e esmiúça seu significado chamando-nos a atenção para o sentido do intervir, ou "vir entre". Nessa linha de investigação, o grupo de analistas institucionais é convidado a intervir na "condição de uma visão outra, que se espera de um terceiro" (L'ABBATE, 2012, p. 196), diferentemente do que possa ser associado a uma ação autoritária, cruel ou antidemocrática.

Meu desafio estava posto pela oportunidade em participar como pesquisadora/aluna de pós-graduação e pela dedicação e proposição dos pesquisadores em realizar uma pesquisa-intervenção, uma verdadeira análise institucional em ato. No Brasil, o movimento institucionalista é polifônico (RODRIGUES, 2006), uma mescla de correntes e de autores de diferentes nacionalidades, franceses, argentinos, espanhóis, italianos, brasileiros. Assim, características das correntes socioanalítica e esquizoanalítica estão presentes neste trabalho, num emaranhando de conceitos que dão liga para a visualização do mapa proposto e são reflexos da intervenção produzida.

Nessa cena, vi-me diante de um objeto de pesquisa que trouxe consigo perspectivas inovadoras para a formação e aprendizado no trabalho, pois a proposta era a de investigar naquele espaço de encontro entre trabalhadores os processos vividos e as aprendizagens que ali circularam, de um ponto de vista horizontal com o compartilhar dos saberes, algo que me motivou imensamente.

J'arrive au terrain

7.3 Cenas de minha aproximação com o campo e cenário da pesquisa, um momento de aprendizagem no trabalho

Na tentativa de compreender a dinâmica do coletivo, minha atenção buscava a detecção de signos, voltada para o interior daquele encontro a fim de apreender o contexto e as relações entre aquelas pessoas e entre elas e nós, pesquisadores, afinal estávamos oficialmente inseridos no grupo naquele dia e senti certa curiosidade em relação ao que poderíamos produzir juntos.

Nessa recepção, as expectativas dos trabalhadores eram de que nossas ações, de pesquisa, refletissem diretamente nos seus municípios de origem. Eu acreditava que nossa intervenção naquele espaço de encontro poderia trazer resultados nessa direção, a partir do pressuposto de que o aprendizado ali teria impacto na atenção à saúde nos municípios. Além disso, a gestão estadual apostava que a experiência participativa e da construção coletiva da rede cegonha poderia ajudar na implantação de outras redes.

No desafio posto pela proposta pedagógica da EPS, com base em uma construção coletiva, todos os saberes são valorizados, diferentemente daquela posição instituída tradicionalmente, em que aqueles que sabem são os da universidade, e os que não sabem são os do serviço. Esse modo de ver o mundo ainda se fazia presente nos participantes, tanto do serviço quanto da universidade, e, por isso, o desafio de operar na prática um novo modo de agir coletivo tornava-se maior e, ao mesmo tempo, deixava-me captar por um movimento em que a educação permanente permeava o espaço de encontro na articulação do conhecimento, na formação da rede, na explicitação de que existia um espaço aberto à aprendizagem.

Reiteramos que na apresentação cartográfica dos encontros vividos identificaremos os trechos pela sigla [GCR, seguido da região de saúde e a data], ou apenas [GCR e a data] para os encontros em que todas as RS estavam juntas.

7.4 Aprendizagens em ato - O caso SISPRENATAL WEB

No primeiro encontro com o grupo condutor regional da rede cegonha, eu, na posição de cartógrafa, estava suspensa, anotava tudo com muita esperança de captar os acontecimentos, tentando colocar as emoções de lado, mas, na realidade, descobri que era algo muito difícil. O vetor da discussão mostrava-se na forma de um material duro e cheio de beiradas a serem exploradas, o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança - SISPRENATAL Web.

Este sistema on line é uma ferramenta da rede cegonha para o cadastro das gestantes, a fim de monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde, desde a atenção primária até o atendimento hospitalar de alto risco. Ele foi proposto para promover a segurança à saúde da mãe e da criança, especificamente, num esforço para reduzir os índices de morbidade e mortalidade materno infantil (BRASIL, 2014). No entanto este, assim como outros instrumentos de monitoramento, avaliação e informação e suas normativas, muda constantemente, o que dificulta o cotidiano dos serviços que têm que alimentar diversos sistemas, pois eles não conversam entre si, e os trabalhadores devem prestar conta para várias áreas do MS, entre outras tarefas que demandam tempo, estrutura e recursos humanos qualificados (GIOVANNI, 2014).

A partir de meu olhar de profissional de saúde e de minhas implicações com as instituições que cruzam o fazer pesquisa-intervenção, as pessoas pareciam satisfeitas em resolver seus problemas em conjunto sobre aquele sistema de informação. A presença dos digitadores, responsáveis por alimentar o sistema e por compartilhar os saberes, foi algo muito interessante no sentido de fortalecer o grupo a trazer suas dúvidas reais e apoiar a busca por respostas, de forma que aqueles que já haviam tido a experiência podiam compartilhar com os demais, assim acordado: “Como toda a reunião a gente tem reclamações, reclamações e reclamações, a gente decidiu então tentar ver in loco se um, que é mais experiente no momento, consegue sanar a dificuldade de outro município” [GCR 13/02/2014]. Considerando que o preenchimento correto dos dados no sistema é um passo importante para

o planejamento de ações na atenção básica, esse encontro trouxe novas perspectivas aos participantes do GCR em relação ao seu processo de trabalho, possibilidades e vantagens da utilização correta da ferramenta.

A construção do conhecimento em uma lógica cooperativa mostrou-se como algo novo para muitos que estavam tímidos em compartilhar suas tentativas de usar o sistema, mas, com o tempo, todos estavam inquietos, todos queriam trazer suas questões e angústias em relação aos tropeços e desacertos. A timidez inicial pode revelar certo medo e receio de dizer que não sabe e que não fez, aspectos que poderiam ser tomados como não desejáveis, já que eram trabalhadores responsáveis técnicos. Revelar o não saber poderia gerar certa paranoia e descrédito em relação à sua função. Fortuna (2003) descreve os temores da equipe que geram paranoias, desde o medo de ser visto ao medo de não saber e de não ser incluído, de forma que, quando não sabemos quem são nossos amigos ou inimigos, esse território configura-se de uma maneira que não possibilita a inclusão da diferença, pois nos sentimos ameaçados pela possibilidade de mostrar nossos medos. O trabalhador de saúde, então, deposita o problema no outro e o problema fica do lado de fora, o que nos impede de refletir sobre o lado de dentro, sobre nossas implicações e responsabilidades (FORTUNA, 2003).

Um dos atores, responsável pela capacitação para o uso da ferramenta, indagava o porquê de tantas questões, já que ele estava à disposição para sanar todas as dúvidas que surgissem por meio da própria ferramenta ou via e-mail. Esse movimento revela um modelo instituído utilizado para as capacitações de trabalhadores no sistema público, onde não há escuta para as singularidades e realidade de cada município, o que gera certa aversão ao sistema de informação, que é tido como uma ferramenta burocrática e de difícil manipulação. Sua função de disponibilização de informação de forma global na rede é capturada e torna-se difícil encontrar formas de enfrentar esse nó crítico se a aprendizagem não é significativa (AUSUBEL, 1963; FREIRE, 1987; MOREIRA, 2010), ou seja, não produz sentidos para aqueles trabalhadores.

Assim, a estratégia pedagógica mostrava-se insuficiente, baseada no monopólio da informação, e não na necessidade do sujeito que a opera, e que, evidentemente, não empoderava os trabalhadores para a utilização correta da ferramenta, não estimulava a autogestão (BAREMBLITT, 2002) do coletivo. O técnico de nível central apostava que o problema seria a falta de comunicação e justificava que estava respondendo às demandas: “É, o grande ponto aqui é falta de comunicação, fica esse zunzunzum, eco de todo lado, mas ninguém escreve, eu vi [...] eu tenho 23 e-mails ali desde a implantação do (SISPRENATAL WEB) até agora, eu tenho 23 e-mails pedindo esclarecimento, e todos foram resolvidos” [GCR 13/02/2014]. Além disso, tornava-se cada vez mais evidente a estrutura diversificada

em cada região de saúde em relação a recursos físicos e humanos em seus municípios e nos processos de trabalho entre suas equipes. Um exemplo citado foi a oscilação de conexão com a internet ou até a falta de computadores em alguns municípios, um empecilho ao uso de ferramentas digitais e à boa comunicação na rede.

Muitos aspectos chamavam-nos a atenção, principalmente pelo fato de que algo novo acontecia ali, aquela reunião foi avaliada como uma das melhores. Os participantes trabalhavam na perspectiva da EPS ao trazer os problemas da prática, dialogarem entre seus pares e conseguirem resolver alguns deles. Alguns representantes cogitavam a possibilidade de ter seus problemas solucionados em atividades outras na perspectiva participativa. Nesse momento, emergiram a capacidade criativa e os saberes de trabalhadores dos municípios que sabiam manejar o sistema, dessa forma, não só o técnico do nível central demonstrou portar o saber. Portanto, criaram-se outros polos de saberes, bifurcando as raízes do rizoma para direções até então não previstas.

Quanto às expectativas do grupo em relação à resolução dos problemas levantados, alguns depositavam suas esperanças no funcionamento sincronizado dos sistemas de informação: “elas (as informações) vão ser cruzadas [...] É essa a intenção, a grande, a maior talvez. Então os sistemas, ali no futuro, terão que conversar”. [GCR 13/02/2014]. Foi aqui explicitado o desejo desse trabalhador sobre o funcionamento da rede cegonha de forma conectada, com comunicabilidade, possibilitando sincronia e troca de informações seguras. Esse funcionamento pode diminuir os erros, por exemplo, em relação às referências e contrarreferências, e reduzir as distâncias entre os municípios e pontos de atenção dessa rede.

Assim, trabalhar juntos focou-se no principal desafio que era:

> Olhar para o sistema, mas olhar para como o sistema é um instrumento dentro do meu processo de trabalho cotidiano, porque estou entendendo que a implantação da rede, ela tem que conseguir manejar todas essas ferramentas, mas no processo de trabalho, visando à qualidade e atenção da gestante, da mulher e da criança [GCR 13/02/2014].

7.5 E por falar em Educação Permanente em Saúde

Acredito que, ao longo do processo, as discussões envolveram cada vez mais o tema da EPS, bem como uma aproximação ao propósito e às ações do grupo. A pesquisa-intervenção também trouxe um caráter questionador ao coletivo, um momento de provocação

no qual os trabalhadores podiam olhar para o que era instituído e pensar novas possibilidades. Dentre os momentos reflexivos, foram abordadas questões importantes sobre o lugar que ocupavam e de que rede eles faziam parte: "Que a gente possa esclarecer o que é a rede, o que é uma rede cegonha, que a gente possa trazer também esses elementos pra nossa conversa aqui [...] proposta é principalmente de diminuir a mortalidade materno infantil, essa é a proposta" [GCR região das pedras verdes, 24/02/2014], num movimento de pensar qual a profecia inicial dessa rede.

Para o movimento institucionalista, toda instituição tem uma profecia inicial, um objetivo-fim, do qual, por mais que nos esforcemos, sempre nos afastamos (LOURAU 1968). De acordo com Hess (2007), "qualquer profecia, à medida que toma forma social, entra em institucionalização, ou seja, perde a radicalidade" (HESS, 2007, p. 155), perde seu objetivo inicial. Assim, a profecia inicial da rede cegonha seria evitar a morte de mulheres e crianças e oferecer a elas um atendimento de qualidade na perspectiva da integralidade. Mesmo sabendo que não se alcançará esse propósito integralmente, o grupo pôde desenvolver estratégias para aproximar--se dela, como, por exemplo, ao refletir sobre o objetivo da rede cegonha: "O que (é) a (rede), o objetivo da (rede cegonha)? É ter um grupo condutor que seja responsável pelas ações com as gestantes e crianças até os 02 anos de vida. O objetivo, assim, maior é diminuir a (morbidade) e a mortalidade materna" [GCR região das pedras amarelas, 12/06/2014]. Essa discussão aproximou o GCR ao cuidado materno infantil, aos seus componentes e também aos seus nós críticos mais importantes.

Essa aproximação tão desejada pode acontecer sempre que seus atores exercitem a autoanálise e a autogestão, ambos conceitos da Análise Institucional, que buscam fazer ver o que se encontra oculto nas organizações num processo em que os coletivos podem enunciar e compreender seus problemas, necessidades, não-saberes, no mesmo movimento em que produzem novas formas de organizar seu cotidiano e encontrar soluções para seus problemas (BAREMBLITT, 2002).

Assim, não há alguém que vem de fora ou de cima para dizer ao coletivo o que fazer e como fazer, são os próprios trabalhadores que devem desenvolver dispositivos para conseguir os recursos de que necessitam a partir do levantamento de nós críticos encontrados na realidade local, e, da reflexão sobre eles, pensar e operar processos de transformação na organização dos serviços. No entanto, ao longo do processo, foi possível identificar momentos em que o coletivo ressentiu-se de certa determinação, com certa posição de passividade, esperando que o outro fizesse ou determinasse essas ações. Identificamo-la como uma posição instituída, de hierarquia formal dentro da secretaria de saúde e nos próprios

municípios de posição vertical que desfavorece a autonomia e corresponsabilização no processo de trabalho.

A EPS utiliza a autoanálise e a autogestão para disparar processos de reflexão e mudança nos coletivos por meio de uma aprendizagem que faça sentido, com base na problematização da realidade (BORDENAVE, 1999) e em suas experiências e conhecimentos prévios (FREIRE, 1987). Atores importantes nesse coletivo que poderiam suscitar esse movimento em seus municípios são os articuladores de EPS.

Os aqui denominados articuladores de EPS foram assim nomeados pelo CDQ-SUS, mas também são chamados de facilitadores de EPS em outras regiões do Brasil. Têm sua origem nos Polos de EPS (BRASIL, 2004a), e neste DRS foram nomeados pelos gestores municipais para articular a PNEPS em seus territórios de forma a atuar junto às equipes da rede de atenção à saúde, fomentando momentos de reflexão sobre a prática no cotidiano para que os trabalhadores, em âmbito local, possam ampliar sua capacidade institucional e profissional de atenção, gestão, participação social e formação (BRASIL, 2005). Alguns desses atores foram formados a partir do Curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde (EPS) do Ministério da Saúde (MS) e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), que ocorreu em diferentes edições (BRASIL, 2005). Geralmente eles são membros integrantes de um Núcleo de EPS e Humanização (NEPH), entre outros grupos, em âmbito municipal, e da CIES, em nível regional, e são responsáveis pelo diálogo nessas instâncias a fim de efetivar a PNEPS em seu município. Participam da construção do PAREPS junto aos trabalhadores da rede, podendo utilizar, por exemplo, das rodas de conversa como estratégia para gerar incômodos e reinvenções de coletivos na direção dos princípios do Sistema Único de Saúde (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009; FORTUNA et al., 2011a).

A presença de alguns deles no GCR reforçou a discussão sobre a importância da EPS e instigou a reflexão sobre seu próprio processo de trabalho, entraves e concepções de EPS, como no diálogo abaixo:

> e as pessoas que são articuladores de (EP) ou de atenção básica, ou mesmo [...] têm no seu cotidiano a prática de ir nas equipes, nas unidades, para discutir questões de trabalho lá ou como que é isso?
> [...] Eu penso assim, na intenção a estrutura tá perfeita, mas no cotidiano, a gente acaba não dando conta de estar mais próximos deles na realidade, participar dessas reuniões. [GCR região das pedras verdes, 24/02/2014]

Ao mesmo tempo em que se discutiu a dificuldade de concretizar a PNEPS na AB, junto às equipes, a oportunidade de falar sobre seu trabalho abriu espaço para uma discussão mais ampla, repensando o significado da EPS para esses trabalhadores:

> Então, eu vejo que é muito importante a gente ter educação permanente, né? Pegar isso pra gente, tentar contribuir junto com a rede cegonha, porque a rede, ela vem com um objetivo, e a educação permanente também tem o objetivo dela, de estar inserido dentro da rede, né, o que a rede cegonha necessariamente faz é poder articular mais rede, né? [...] educação permanente é inserir nos funcionários esse novo, é fazer, contextualizar, que ele faça parte desse processo para que a gente cresça e evolua. né? *Venha a rede*, então junto vamos trabalhar como, de que forma, para a gente chegar no nosso objetivo [GCR região das pedras verdes ,24/02/2014, grifo nosso].

O que essa fala diz-nos é que trabalhar com EPS aproxima-se de algo muitas vezes novo, com um objetivo comum de articulação em rede. Noto que havia um desafio a ser enfrentado coletivamente, e também a prontidão em enfrentá-lo, representado pela expressão "venha a rede", que carrega um compromisso e uma disposição em alcançar os objetivos postos. No entanto, apesar de seu papel de fomentar processos de análise no trabalho ao interrogar os movimentos instituídos, esses trabalhadores correm o risco de cair nessa lógica e, muitas vezes, reproduzem relações de produção de saberes de forma vertical, fragmentada e que não fazem sentido a seus interlocutores.

Quando os articuladores de EPS e da AB são questionados sobre o seu papel, eles também destacam sua posição de "Representantes do Estado" na rede, por ocupar um cargo na Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a facilidade integradora de tal posição:

> [...] a gente acaba tendo uma facilidade de estar reunindo a gestão profissional, o prefeito, acaba que em outra secretaria [...]
> [...] ela (articulador de EPS) tem trânsito, ela transita e às vezes, a gente (demais representantes do município no GCR) não tem, ela é representante do Estado, ela é representante do Estado, então [...] [CGR região das pedras azuis, 24/02/2014].

Esse fragmento representa as governabilidades distintas entre os atores da rede. Os articuladores também são gestores em saúde, e seu autogoverno depende da situação de trabalho que encontram, e, entre outros fatores, dos seus projetos e apostas e dos recursos de que dispõem, além das habilidades para administrá-los (MERHY, 2014b), tendo no campo da micropolítica grande poder de decisão, em outras palavras, de autogovernar-se.

Muitas vezes os articuladores foram cobrados a "pôr ordem nas unidades", denotando um movimento instituído de fragmentação, que limitava o uso de suas ferramentas do campo

político, das práticas institucionais e do processo de trabalho (MERHY, 2014a), afastando-os de seu objetivo de colocar os instituídos em análise, e, aqui, em outro exemplo, reproduzindo a ideia de que quem tem poder é quem está na regional, em uma imagem vertical de gestão do cuidado, e o trabalhador das unidades de saúde não o tem. É a essa ideia que se contrapõe o conceito de autogoverno (MERHY, 2014a) e de que todos governam, de que o trabalhador tem muito poder de decisão na sua esfera de atuação se conseguir manejar esse jogo de forças no cotidiano do trabalho.

Ademais, o desafio do GCR é colocar essas governabilidades a favor do mesmo propósito, para o fortalecimento da RC, e não para manutenção da lógica hierárquica instituída de que os representantes de Estado são aqueles que devem cumprir a tarefa, pois detêm o poder para tal.

Lembremos que os trabalhadores em saúde estão inseridos na lógica das redes de atenção num período relativamente recente, dado que a portaria data de 2010 (BRASIL, 2010a). Assim, seu autogoverno ainda é questionado e há dissonâncias entre sua aposta de cuidado e aquilo que é possível cumprirem, governarem e planejarem frente aos seus recursos, e ao fazer coletivo dentro de uma nova lógica de trabalho descentralizada e conectada, sob ordenação da APS. Ainda, a governabilidade local, em cada município, é pressuposto para a governança a nível regional e qualifica-a, e, ademais, a garantia de representação na CIR é um fator importante para que os trabalhadores consigam manter na agenda dos gestores municipais temas e decisões determinantes para a qualidade da RC.

Por outro lado, no GCR os fazeres são coletivos. Desse modo, acreditamos que esse espaço guardava um potencial para o exercício de um olhar integral e compartilhado em relação ao cuidado, uma força instituinte de criação de espaços de diálogo e conexão nas redes:

> [...] e agora a gente começou a trabalhar um pouco das redes [...] e isso não é algo novo pro (SUS), porque tá determinado na lei de criação, só que a prática da gente é, se afastou muito disso, se afastou disso, né? Eu acho que a gente [...] muitos anos, no modo de fazer, agora a gente tá se preparando nessa, nessa [...] espaço para a gente poder construir, descobrir como fazer essa rede [GCR região das pedras verdes, 24/02/2014].

Esses trabalhadores demonstram uma aproximação ao conceito da educação permanente, aquele de provocar a reflexão cotidiana sobre o próprio trabalho em um movimento contínuo e permanente, no próprio GCR, em um fazer coletivo e que poderia multiplicar-se no município.

Esta pesquisa-intervenção em um ambiente que reuniu gestores do cuidado possibilitou a emergência de ações e movimentos educativos e da relação trabalhador-usuário no cerne dos serviços de saúde. Assinalo, aqui, que muitos dos integrantes do GCR eram trabalhadores das unidades de saúde ou de serviços que estão diretamente relacionados ao cuidado da mulher e da criança, e que, por suas diferentes atribuições e papéis na tessitura da RC, são considerados gestores do cuidado. Eles puderam compartilhar suas experiências com o coletivo, e pude observar que as ações de educação em saúde nos territórios utilizam diferentes estratégias pedagógicas, com apoio dos articuladores de EPS. No caso a seguir, o apoio incluiu os apoiadores de humanização para discussão do parto normal, a partir de um modelo nomeado como "palestras", uma concepção pouco dialógica, no qual a atenção dada a "elas", as gestantes, foi justificada, pois "as gestantes tinham pavor de falar de parto normal":

> Com o pediatra, o doutor (nome), a gente começou a montar palestras uma atrás da outra, a gente começou a orientar elas (gestantes) desde a amamentação pra gente em cima, durante o pré-natal e sobre o trabalho de parto, sobre as alterações que o corpo dela sofre durante todo o decorrer da gestação. A partir daí é que a gente conseguiu fazer elas entenderem o que é o parto e fazer e que não é um bicho-de-sete-cabeças o parto normal. A gente conseguiu mostrar pra elas a diferença de uma coisa pra outra e elas conseguiram entender [GCR região das pedras azuis e vermelhas, 10/04/2014].

No trecho acima, o trabalhador entende que sua estratégia de ação está trazendo resultados positivos no esclarecimento das questões sobre o parto humanizado, e, mesmo que a atividade não tenha envolvido uma estratégia de ação participativa, como preconiza a PNEPS, a equipe utilizou os recursos e conhecimentos disponíveis para realizar uma ação educativa com um público que apresentava baixa adesão aos grupos daquela unidade, a partir da reflexão sobre a necessidade de dialogar sobre o tema. Assim, a experiência relatada foi algo especial e inovador para aquela equipe. E como terá sido para as gestantes? Quais terão sido as dissonâncias desse encontro nas gestantes, já que parece que foi capaz de provocar incômodos e despertar para a reinvenção dos mitos? Como se deu a troca de saberes durante esse encontro?

Além do encontro, a realização de capacitações e palestras foi relatada em diferentes momentos, principalmente para a atualização profissional da equipe em relação a novas normativas ou novos compromissos de cuidado em saúde como os exames que foram ampliados com a política da RC. Em relação às diferentes facetas da formação de recursos humanos em saúde, a educação continuada foi considerada como uma possibilidade a partir de um diagnóstico de necessidades na equipe com sugestões de "palestra de capacitação sobre

gestante, pré-natal, até chegar na maternidade" [GCR região das pedras amarelas, 12/06/2014]. O que cabe discutir é que a escolha por palestras mostra-se algo cômodo para esse trabalhador que, inclusive, convida alguém de fora, da maternidade, para palestrar, o que exime o trabalhador da reflexão no cotidiano, pois ele deposita no outro a responsabilidade do processo ensino-aprendizagem, e, muitas vezes, não valoriza os saberes da experiência, seu, do seu colega de trabalho e do próprio usuário. Nesse caso, o GCR colocou em pauta outras possibilidades, ao propor outras estratégias, como a discussão em pequenos grupos ou o relato e troca de experiências entre as próprias gestantes, o que devemos valorizar enquanto processo de aprendizagem no trabalho:

> A gente viu essa dificuldade. Antigamente, o enfermeiro era formado e não tinha exame físico e a gente tem bastante enfermeiro antigo lá na rede. [...] Mas tem enfermeiro que não sabe (realizar o exame físico). Então foi uma dificuldade que elas levantaram, e que eles gostariam muito [...] talvez palestra não seja a melhor estratégia [...] foi isso que a gente pensou. Pensou em fazer alguns grupos pequenos [GCR região das pedras amarelas, 12/06/2014].

Notamos, portanto, que a educação continuada foi adotada pelos trabalhadores como primeira alternativa para desatar nós, como a alta rotatividade de trabalhadores nos serviços e para treinamento de novas competências profissionais, estratégia de ensino-aprendizagem já conhecida e que, em muitos casos, pode ser efetiva na resolução de nós críticos como os citados acima. Porém é a reflexão sobre a própria prática que nos aproxima o nosso "fazer saúde", que nos faz indagar o modo instituído de "reciclagem" extramuros e faz-nos demandar novas estratégias de aprendizagem além das palestras e capacitações. Estratégias que tragam motivação e reconhecimento das necessidades reais da comunidade (FIGUEREDO et. al., 2014) e menos das necessidades individuais (NASCIMENTO, 2013; PEDUZZI et al., 2009) para que o exame físico, como parte da rotina dos enfermeiros, como no caso acima, faça sentido. Para que seja possível identificar possibilidades de aprender no cotidiano do serviço, explorando ferramentas já existentes em alguns municípios, como o matriciamento (CUNHA; CAMPOS, 2011) entre equipes, o apoio institucional ou o intercâmbio de informações. Lembro-me de uma ocasião no GCR em que um município oferece um intercâmbio com uma trabalhadora que domina a técnica de realização de testes rápidos, gerando uma nova possibilidade de desatar os nós do instituído.

O que vemos, muitas vezes, no entanto, é a instituição educação em sua forma fragmentada, que afasta os trabalhadores da profecia inicial do cuidado e das práticas sociais, do aprender para a autonomia e para a liberdade. Ela se reproduz como aquela que prende o

trabalhador ao conhecimento transmitido, sem questionamentos ou reflexões sobre o caminho que pode melhorar as condições de vida da comunidade, do usuário ou sua própria condição de trabalho. Educação que endurece e afasta o trabalhador do usuário e do uso das tecnologias leves, educação que limita suas habilidades, criatividade e as fissuras/linhas de fuga possíveis no processo de trabalho, pois eles se prendem ao protocolo e ao instrumento duro, ao conhecimento científico, que não leva em consideração sua história de vida, sua intuição, seus desejos, sua sabedoria, sua bagagem e experiência diante do desafio de defender a vida.

Dentre outras ressonâncias, nós, pesquisadores, também incentivamos a troca de experiências entre os municípios, fortalecendo as diferenças e lançando luz às singularidades presentes na rede: "[...] outros municípios poderiam estar usando como estratégia para fazer as devidas adaptações? Será que não é esse o papel ou não é essa a construção que deve ocorrer dentro do grupo condutor?" [GCR região das pedras azuis e vermelhas, 10/04/2014]. A resposta foi positiva, um dos municípios trouxe a sua experiência de confecção de uma 'carteirinha da gestante' e pediu sugestões para o grupo: "nosso município ainda não confeccionou a carteirinha de gestante e a gente criou uma agora, que até trouxe uma pra vocês darem uma olhadinha, ver se está legal, pra gente mandar pra gráfica já" [GCR região das pedras azuis e vermelhas, 10/04/2014].

Assim, evidencio, aqui, esse movimento de trocas e de reconhecimento do saber do outro como potencialidade da EPS de colocar-nos em uma posição favorável à identificação das diferenças e à sua valorização, a favor da singularidade, da experiência de cada região na composição da rede-rizoma. Além disso, outro aspecto nesse exemplo dá sustentação à ideia de EPS como ferramenta de gestão, ilustrada pelo trabalhador que aprende a dominar aspectos além do conhecimento específico de sua área de atuação e amplia sua ação à operacionalização e à implantação de instrumentos, como a carteirinha da gestante.

O quadrilátero da formação na área da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) busca o encontro de atores-chave da gestão, atenção, formação e controle social na composição de processos de EPS. A agregação de outros pontos componentes da rede em resposta aos convites enviados pelo DRS e municípios possibilitou tocar em pontos de interesse pela formação dos trabalhadores que atuarão no SUS:

> [...] primeiro todos conhecerem o que é a (Rede Cegonha) [...] E na universidade também, os alunos [...] todos estarem falando a mesma língua. Porque se eles nem conhecem o que é (Rede Cegonha), não adianta, como que vai entender isso [GCR região das pedras amarelas, 12/06/2014].

A confiança no espaço do GCR e na pesquisa-intervenção provoca em seus integrantes a potência de ser sujeito protagonista na produção de novos modos de aprender, de cuidar de forma integral, ao mesmo tempo que constroem o conhecimento de forma compartilhada. No encontro entre as intensidades desses diferentes corpos, aqui Corpos sem órgãos, desorganizados organicamente, livres para deixarem-se tocar pelas ressonâncias e abrirem-se à transformação, a novas formas de olhar a gestante, o parto, a criança. Essas novas possibilidades potentes em suas consequências estavam lá, prontas a serem exploradas por aqueles trabalhadores, que, conjuntamente, encontraram o comum heterogêneo, o sentido e objetivo necessários, cada um ao seu tempo, assim como nós, pesquisadores, nesse processo de intervir-interferir (AMADOR; LAZZAROTTO; SANTOS, 2015).

Feuerwerker (2014) chama a atenção para a conjunção de diferentes atores para uma construção coletiva. A autora destaca que estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários podem ser esses sujeitos protagonistas da produção de novos caminhos para aprender, cuidar e produzir conhecimento:

> [...] por meio da instalação de múltiplos processos coletivos de reflexão crítica sobre as práticas, da produção de desconforto e desassossego, da produção de acontecimentos – em diferentes territórios, de diferentes modos, a partir de diferentes referências. É a partir dos diferentes processos concretos de vivência que se fabricam novos problemas e se produzem novos conhecimentos e relações (FEUERWERKER, 2014, p. 129).

A valorização da vivência e do aprender em serviço é pertinente aos preceitos da EPS de aprendizado no trabalho, e, nessa direção, o tema da parceria ensino-serviço aparece como força instituinte de integração nessa multiplicidade: “A atenção no município. As escolas, as universidades, eu acho que é importante estar envolvido também. A universidade em (município) a gente trabalha com a universidade” [GCR região das pedras amarelas, 12/06/2014]. Essa força instituinte de aprendizado a partir da realidade vivida também reverbera em parcerias com o CDQ SUS e as universidades do território de abrangência do DRS. Um exemplo está nesta oferta de um momento de diálogo e aprendizado:

> A gente até cogitou também a discussão, a gente estava falando a questão do parto normal, que a gente precisa construir isso. E aí a gente fez uma oferta, que é uma oferta do (CDQ) de chamar a mesma pessoa que veio no Fórum de Humanização, pra gente poder conversar [GCR integrante da região das pedras verdes, na plenária, 10/07/2014].

Essa conversa foi permeada por movimentos distintos entre uns que concordaram e apoiaram o movimento instituinte de novas conexões e parcerias: “Então, eu vejo assim, um movimento de uma conexão, que a gente às vezes lê nos textos e não vê na vida. Eu acho isso muito valoroso pra nós, a gente poder dar muita atenção a isso, deixar que essa rede se faça assim, na diversidade, com a conexão que for necessária.” [GCR 10/07/2014]. Enquanto outros atores moveram-se em outra mão, apoiando outra lógica, numa ruptura do processo de criação, não dando ouvidos à proposta e já solicitando ao grupo o cumprimento do horário, indicando a heterogeneidade de fluxos nesse rizoma, que vive a realidade burocrática dos serviços sem tempo para a escuta do novo.

Apesar de essa roda de conversa não ter sido alimentada e produzida no GCR durante a produção da pesquisa-intervenção, consideramos que a avaliação da proposta poderia abrir espaço para novos arranjos e ressonâncias entre os integrantes do GCR, entre os municípios e destes com as instituições parceiras, ao identificarem-na como uma possibilidade de ampliar as ações de EPS numa perspectiva dialógica e da humanização do cuidado.

7.6 Ecos nos municípios

Um plano importante é desenhado pelo impacto do encontro no GCR em ações nos municípios, uma vez que seus integrantes tiveram a oportunidade de entrar em contato com a própria realidade, observar sua dinâmica e tentar desatar os nós críticos evidenciados pela sua região de saúde, de forma que houvesse um movimento de cooperação intrarregional e, consequentemente, intermunicipal. Passamos pela paisagem de criação de uma rede de fluxos de pessoas, serviços e comunicação que, como um mapa que se espalhava em todas as direções, abria-se e fechava-se, pulsava, construía e desconstruía num movimento em que as conexões, e as tensões, multiplicavam-se.

No GCR havia integrantes dos Grupos Condutores Municipais (GCM) que teciam a rede cegonha e, em reuniões periódicas, deveriam gerir a sua implementação em seus municípios de origem. Junto ao GCR, eles encontraram terreno fértil para discutir direções de ação e necessidade de processos de mudança diante das distintas realidades. Ressaltamos que muitos municípios encontravam-se com seu GCM em processo de organização inicial, enquanto outros já demonstravam estabilidade. Em uma das regiões, e

desde o início da produção da pesquisa, percebemos a importância desses atores para a capilarização da rede:

> [...] mas esse papel de gestão de vocês pede que vocês olhem para os outros a partir da escuta lá do município, lá do grupo condutor municipal, uma boa escuta desse espaço para apontar as propriedades que possam ser centrais para esse espaço, para populações da região, e essas são dificuldades que serão enfrentadas cotidianamente [GCR região das pedras vermelhas, 24/02/2014].

O GCM articulava-se na rede e, apesar das distinções entre os municípios, encontrava apoio do GCR para a delimitação de ações e estratégias, por exemplo:

> [...] acho que esse grupo é norteador do grupo condutor municipal, lá no município [...] Acho que quando a gente vem para cá, a reflexão em cima do que está sendo feito, das estratégias, da proposta, das dificuldades, da facilidade, norteia quando a gente vai para a reunião do grupo (GCM), o que a gente tem que fazer? O que a gente tem que avançar? O que não avançou? Por que não avançou? Então acho que ele é um norteador [GCR região das pedras amarelas, 11/12/2014].

Além de papel norteador, o GCR endereçava reflexões in loco e orientava, de certa forma, a agenda de EPS nos municípios, que deveriam pautar-se no modelo de trabalho do GCR, em rodas de diálogo.

Alguns temas importantes entraram em pauta, como a importância do comitê de mortalidade materno infantil: "[...] o comitê, ele tem um papel importante para dar subsidio para o grupo condutor municipal (GCM) de tudo, quais [...] que assim, não é por uma causa assim que as crianças morrem. Em geral, é um múltiplo de causas" [GCR região das pedras vermelhas, 11/12/2014]. Além de identificarem a multiplicidade de elementos que envolve o cuidado materno infantil, a discussão dos indicadores de morbimortalidade trouxe outros aspectos relevantes para o aprendizado nos municípios, como o acesso e leitura dos dados e a sua interpretação:

> Gente, na discussão de vocês, vocês chegaram a discutir? Porque uma das coisas que a gente falou na reunião passada, [...] fala das informações, que a gente tem os indicadores de saúde. Vocês levaram isso para o grupo condutor (municipal)? Os indicadores foram disponibilizados? [GCR região das pedras amarelas, 11/09/2014].

Esse plano de ecos e capilarizações é, muitas vezes, atravessado pelos desafios da rede e por dificuldades no cotidiano dos serviços de saúde. Incluímos o exercício da reflexão nas

práticas cotidianas como um fator importante para o entendimento do processo de implementação da rede e de seus componentes. Porém fatores como sobrecarga de trabalho por alta demanda, escassez e rotatividade de recursos humanos, acúmulo de funções e burocracia (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009) figuram entre as causas que impossibilitam o reconhecimento do aprendizado no trabalho e a resolução dos nós críticos. Assim, a reflexão parecia estar relegada a último plano, e, muitas vezes, não fazia parte do cotidiano das atividades acompanhada, muitas das vezes, por desmotivação, descontentamento e estresse.

Havia, por outro lado, esperança de que houvesse empoderamento dos trabalhadores e mudanças, ainda que de forma tímida, denotada nesta fala pelas palavras no diminutivo: "então eu acho que a educação permanente pode dar umas alfinetadinhas, [...] sair da zoninha de conforto" [GCR região das pedras verdes, 24/02/2014].

E, assim, podem, "pelas beiradas", alcançar os objetivos esperados, considerando o entendimento de que as mudanças têm um caráter processual. Entendemos mudança como um acontecimento psíquico, mais do que material (biológico, físico), pois mudar, neste caso, implica um rompimento (LÉVY, 2001), uma ruptura com o modo instituído e que deve respeitar um tempo subjetivo individual, até que haja desligamentos e novas ligações e conexões com modos de fazer saúde no cotidiano que respondam às suas necessidades:

> Eu acho que, assim, pensar essa forma de reunir, né, para eles (enfermeiros) começarem a se empoderar, porque a gente tem muito, né. E, assim, essa coisa do médico ainda, do pré-natal, de tudo isso, começar pela beirada devagar, sem bater de frente, mas conseguindo entender o processo, a gente tem que entender o processo para começar a ter a mudança [GCR região das pedras verdes, 24/02/2014].

Percebemos, ao mesmo tempo, que há um sentimento de que esses trabalhadores não podem bater de frente, é algo difícil de enfrentar, um grande nó, que, para ser desatado, precisa de união entre eles e de reflexão sobre quais os fatores que mantêm esses nós, de autoanálise sobre suas práticas, projetos e apostas.

O instituído dos modos de fazer saúde é constituído por nós e também por tensões que se configuram como espaço de disputa de práticas (MERHY, 2014b) onde os trabalhadores unem-se ou se afastam de acordo com seus projetos e interesses. Nesse campo de disputas, o usuário, no nosso caso as gestantes e crianças, deveriam contar com certa autonomia dos trabalhadores em momentos decisórios do cuidado, porém o mesmo autor chama-nos a atenção para o fator capital financeiro, que impõe suas regras à gestão do cuidado. Nesse

cenário, os trabalhadores são cobrados a cumprir metas e a trabalhar de modo procedimental de forma que o usuário toma um lugar periférico, e a reflexão, um segundo plano, fazendo-se distante a conscientização de que são os participantes do GCR os atores que desencadearão as mudanças, e distante o autogoverno capaz de fortalecer as conexões na rede.

Nessa trama de tensões também foi possível entrever momentos em que os trabalhadores refletiram sobre suas tarefas no GCR e seu papel provocador de reflexões nas equipes de atenção básica: "[...] Acho que fazer as equipes pensarem na Rede Cegonha, tem também a rede de materno infantil, acho que é mais para fazer essa reflexão com as equipes" [CGR região das pedras azuis, 24/02/2014]. O fortalecimento da atenção básica mostrou-se outro desafio para o GCR, e a reflexão sobre a rede e seu entendimento pode atuar como facilitador do movimento de capilarização municipal.

No exercício desta cartografia, acolhi aquilo que me acometeu em relação à EPS, registrando as hastes de conexão que, segundo Deleuze e Guattari (1995), formam e estendem o rizoma e delineiam os platôs, sinais de bifurcação da rede cegonha. No caso a seguir, acolhi este desafio, em que um dos integrantes transparece sua responsabilidade pela descentralização da informação para as equipes: "então eu me sinto responsável, e também em multiplicar para as outras enfermeiras [...] e descentralizar também, repassar e descentralizar, para que ela também tome posse do programa, da rede, de tudo [...]" [CGR região das pedras azuis, 24/02/2014]. O trabalhador deixou claro o movimento de aprendizagem do novo e seu múltiplo papel ao fazer parte do GCR, não centralizando a gestão da rede para si. Ao "abrir mão do controle", o trabalhador demonstrou ter consciência desse papel bifurcador, capaz de promover relações menos assujeitadas e com mais potência criativa (FORTUNA et al., 2011b).

O termo "bifurcação" remete-nos a algumas características do *rizoma*, presentes na obra "Mil platôs 1", de Deleuze e Guattari (1995): "qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo" (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 14). Sua conectividade permite que nele corram fluxos, multiplicação de linhas e de furcas, de forma que, ao colocar suas ideias sobre seu papel nesse coletivo, o trabalhador produz conexões e ajuda os demais na construção e reconstrução desses múltiplos papéis simultâneos, que se misturam, mas guardam certa especificidade no desenho da rede, desvendando a multiplicidade e a heterogeneidade que residem no trabalhador e a força que mantém a trama.

7.7 A pesquisa e suas interferências

A pesquisa-intervenção parte da premissa de que a realidade é dinâmica e que, como pesquisadores participativos, a transformação da realidade é ponto-chave para o seu conhecimento, portanto pesquisar-intervir está diretamente relacionado a transformar para conhecer e, dessa maneira, causar interferências naquela realidade. Mais ainda:

> [...] interferir no entre das forças onde se encontram as condições para a produção e transformação de mundos. Pesquisar-intervir, nessa perspectiva, coloca-se a serviço de um projeto político de interferir nos arranjos de forças que produzem modos de existência em um movimento cujo conhecimento produzido, afirma-se como invenção, como criação, como resistência (AMADOR; LAZZAROTTO; SANTOS, 2015, p. 244).

Interferências importantes compõem outro plano de arranjos que incluem o uso de dispositivos da pesquisa-intervenção e de ferramentas da própria EPS, "trata-se de instalar-se no entre, no meio, por uma prática intercessora" (AMADOR; LAZZAROTTO; SANTOS, 2015, p. 244). Entendemos dispositivos como arranjos que colocam algo em ação, os dispositivos analíticos, por exemplo, são arranjos provocados para causar análises, perturbações e fazer falar as instituições, revelando suas contradições e seus não-ditos (MONCEAU, 2008), e, nesse sentido, aprender a aprender. Os dispositivos também podem ser naturais ou artificiais, naturais se existiam no coletivo antes da vinda dos analistas, ou artificiais, se foram produzidos no processo da análise (MONCEAU, 2013).

Aqui faço um parêntese para uma autoavaliação da minha participação como pesquisadora, a fim de dar luz a possíveis interferências e implicações causadas por minha presença e em mim, analisador importante dado às ressonâncias do ato de pesquisar para o grupo e em mim. Inicialmente, posicionei-me de forma silenciosa, praticando a escuta na maior parte dos encontros, porém reconheço que minha presença representativa da comunidade universitária trazia diferentes sentidos para os trabalhadores que nos recebiam. Alguns me viam como aprendiz e aluna, outros, como pesquisadora da universidade. Sentia um olhar curioso para a minha escrita, e talvez para as minhas expressões faciais espontâneas, enfim, eram concessões diferentes ao meu estar ali. Acredito que esperavam de mim, talvez, uma aprovação da Instituição Educação, representativo da universidade,e da pesquisa e, por que não, uma aprovação da Instituição Saúde, representada pela parceria com o DRS, visto como a gestão regional. Sentia, também, que esperavam um olhar de cumplicidade de

profissional de saúde frente ao que era discutido a cada encontro, motivação, empenho, indicadores, sistema de informação, óbitos, e às implicações com a saúde materno infantil.

Confesso que a insegurança nos primeiros encontros fez-me atuar de forma sutil e delicada, atenta ao falar e ao dizer dos outros pesquisadores e a como os trabalhadores interagiam conosco. Com o tempo, penso que minha postura tornou-se mais ativa e até fazia questões no sentido de deixar as ideias mais claras; em outros momentos, buscava fazer essa tarefa a partir dos relatos e narrativas. Os outros integrantes do coletivo também demonstraram afetações de estarem ali, rearranjos a cada encontro. Um conforto de fazer parte daquele grupo e nele confiar trocas e depositar expectativas. Foram muitos momentos de aprendizado no trabalho de pesquisa, reconhecimento de ações de EPS e da potência dos dispositivos, abrindo possibilidades para capilarizações da rede e para a afetação entre os corpos.

Quanto aos dispositivos e às ferramentas das quais a pesquisa lançou mão, destaco as reflexões com o grupo no ato do aprendizado. Quando o grupo discutiu o sistema de informações, por exemplo, uma ferramenta tão importante para o cuidado com mulheres e crianças, os pesquisadores ressaltaram a clareza de que aquele momento guardava potência de aprendizagem significativa: “mas é uma aprendizagem que é mais efetiva, a partir do momento que a gente consegue manipular, né? Então nós estamos aqui aprendendo uns com os outros. E eu acho que isso é a riqueza desse processo que a gente está vivendo” [GCR - 13/02/2014]. Aqui se evidencia a multiplicidade inerente a esse processo de aprender e ensinar como faces da mesma moeda.

Nesse processo, filiamo-nos à problematização Freiriana, que, diante das diferentes abordagens pedagógicas, inclui o contexto sociocultural de forma que “a ação de problematizar acontece a partir da realidade que cerca o sujeito; a busca de explicação e solução visa a transformar aquela realidade” (ZANOTTO; DE ROSE, 2003, p. 48), captado nesse momento de fechamento no primeiro encontro: “eu acho que vocês trabalharam bastante com coisas concretas do cotidiano de vocês” [GCR - 13/02/2014]. Assim, o trabalhador torna-se sujeito ativo e implicado com seu contexto, e, ao transformar a realidade, transforma a si próprio, aprende na experiência, momento raro na sociedade em que vivemos hoje (BONDÍA, 2002). Nas palavras de Freire (1996, p. 22), “a leitura da palavra, sempre precedida pela leitura do mundo” de forma que não seja um saber da experiência imposto, mas vivenciado pelos sujeitos, que não seja um saber da experiência da academia, mas do cotidiano dos serviços, lugar onde o trabalhador fica “ex-posto” (BONDÍA, 2002), e algo lhe passa e acomete-lhe, pois experimenta, algo lhe faz sentido.

Nesse processo dinâmico em constante mutação, alguns integrantes do GCR sugeriram um tempo para a reflexão do coletivo, um momento importante para "colocar as coisas no lugar": "Mas eu acho que precisava de um tempinho maior para conversar sobre essas questões. De entender um pouco esse processo que a gente está vivendo" [GCR - 13/02/2014]. Esse exercício de perceber o que estávamos vivendo, explicitando o modo de funcionamento do grupo, foi algo que trouxe muitas reflexões àqueles trabalhadores e a nós, pesquisadores. O exercício de deixar claros os objetivos e as propostas de enfrentamento é uma proposta da pesquisa, que está assentada nos fundamentos da EPS, que consiste em incluir a reflexão nesse cotidiano e, assim, empreender outro modo de funcionamento no processo de trabalho do grupo e, concomitantemente, entender como se dá essa nova forma de lidar com as vidas de mulheres e crianças, real objeto de trabalho deste coletivo.

Quando o próprio GCR decidiu convidar para a roda os trabalhadores responsáveis pelo sistema de informação, os digitadores envolvidos diretamente com os problemas da prática, um movimento de alargamento (MONCEAU, 2012) foi feito pelo GCR. O alargamento, um conceito-ferramenta da análise institucional, consistiu em trazer para a roda outros atores importantes para a composição da rede cegonha, o que poderia fortalecer o diálogo entre os pontos de atenção da rede e melhorar a comunicação entre seus pares, o que de fato ocorreu. Além desse primeiro movimento citado, o convite foi ampliado para articuladores de atenção básica, articuladores de educação permanente e representantes da gestão, além de trabalhadores dos hospitais e ambulatórios de alto risco, e, assim, de acordo com as singularidades de cada região de saúde, múltiplas linhas se desenharam e resultaram no convite para diferentes atores da rede: trabalhadores de saúde bucal, do conselho municipal de saúde, da vigilância sanitária, do comitê de mortalidade materno-infantil, que compuseram a roda do GCR e contribuíram para ampliar as discussões sobre a rede e sobre a importância da comunicação entre seus pontos, os quais exploraremos mais adiante.

O movimento de EPS e também o da pesquisa-intervenção trouxe para este GCR o aspecto da apropriação do método de trabalho que foi desenvolvido neste fazer coletivo de reflexão sobre a própria prática, e, por meio de exercícios de autoanálise coletiva, os integrantes encontraram no GCR um lugar para discussão e tomada de decisões de forma segura:

> [...] então, eu adorei quando eu entrei aqui, porque era uma maneira nova de fazer educação, coisa apropriada de discutir o trabalho, [...] eu vejo e vislumbro uma luz no fim do túnel [...] Então eu acho que eu fico feliz em ter esse espaço, porque a gente tem que fazer a leitura, a reflexão, tomar a decisão sozinha, porque na minha (equipe/unidade) já está assim, então eu

> acho que isso tem tudo para dar certo [CGR região das pedras azuis, 24/02/2014].

Notei, ao longo da experiência da pesquisa-intervenção, momentos de fissura na superfície do rizoma, em que nos aproximamos da profecia inicial, o que nos fez inaugurar novos processos subjetivos capazes de provocar a mudança, de reconhecer a ligação entre passado-futuro simultâneos, frutos de nossas ações e reflexões. Um exemplo de mobilização aconteceu em uma das regiões quando um dos municípios trouxe o relato de um óbito infantil que colocou os participantes daquele grupo em uma relação de afetação diante do ocorrido, em um plano diferenciado daquele que habitavam até então.

O óbito abriu espaço para falas, para a emersão de não-ditos e de incômodos, funcionando como um dispositivo natural nesse processo. Sentimentos e afectos ressoavam entre nós, e não há representação para os afectos que vivemos, já que eles "são os efeitos das coisas sobre nós" (ZOURABICHVILI, 2004, p. 19). Incluo-me entre aqueles trabalhadores e pesquisadores que foram tomados de outra natureza de compreensão diante da perda de uma vida e colocaram-se em reflexão sobre suas responsabilidades e possibilidades de ação em defesa da vida, em um movimento coletivo de fazer saúde e evitar mais mortes:

> Porque ninguém espera uma morte em uma gestação. Então, é nesse contexto que nós estamos inseridos, tentando, aí, desvencilhar alguns nós para que nós consigamos melhorar a atenção a essas gestantes, melhorar as condições do nascer dessas crianças [CGR região das pedras verdes, 11/09/2014].

Nossos corpos foram afectados pela história de vida e de morte daquelas pessoas, fomos tomados por expressões de impotência, de mal-estar, de tristeza, de inquietude, intensidades múltiplas que nos remeteram às relações familiares, às perdas e aos compromissos com a RC. Nosso encontro de CsO, ao mesmo tempo que vibrava, dava-nos confiança em falar e construía uma cumplicidade entre aqueles que relatavam um episódio de morte evitável e aqueles que ouviam, em um compartilhamento de sentimentos, raiva, compaixão, alteridade, enfim, fomos afectados, e cada "sujeito constituído reagiria ao que vê em função de seus sentimentos e suas convicções [...]" (ZOURABICHVILI, 2004, p. 19), de forma que ficamos ali, suspensos, exercitando a abertura para algo novo capaz de mobilizar-nos.

Eventos de mortes consideradas evitáveis foram motivos para disparar a reflexão em algumas regiões de saúde, mobilizando os trabalhadores a buscarem alternativas em seu processo de trabalho para preencher lacunas existentes na rede, como, por exemplo, aumentar

os canais de comunicação entre os pontos da rede. A autoanálise possibilitou a expressão de diferentes incômodos e angústias em relação ao óbito, e os trabalhadores, por região de saúde, indicando que esse momento de compartilhar foi importante para o aprendizado dos trabalhadores em relação ao reconhecimento da morte como um acontecimento que não o exclui (NOGUEIRA; OLIVEIRA; PIMENTEL, 2006) e a possibilidade de falar dela, uma chance para identificar suas singularidades, necessidades e limites políticos e sociais:

> Foi importante, porque a gente teve a oportunidade de, realmente, ver, identificar quais os problemas estavam acontecendo, e chegaram também até nós, os problemas, e pra gente conseguir melhorar mesmo esse vínculo com a cidade, e que no final cada paciente seja melhor atendida [GCR, plenária, 10/07/2014].
> E aí existem problemas políticos, de partidos mesmo, é partidário, eu acho que a gente está sobrepondo tudo isso, superando tudo isso, não está atrapalhando o andamento, pelo contrário, a coisa está andando muito bem [...] acho que isso mostra o profissionalismo acima de tudo e o bem maior, objetivo maior, que é a gente cuidar das nossas gestantes [CGR região das pedras vermelhas, 11/12/2014].

Em outro encontro, o grupo de pesquisadores adotou a postura silente como dispositivo da pesquisa-intervenção, na qual os pesquisadores atuaram como observadores, não usaram da palavra nessa intervenção e seus efeitos foram avaliados pelo grupo de pesquisadores e técnicos do DRS em uma reunião imediatamente após o encontro. O vetor de discussão foram os indicadores de morbimortalidade em cada região de saúde. Em uma das regiões, com altos números de óbitos maternos e infantis, houve a emergência da implicação e mobilização dos trabalhadores frente aos números observados, representativos de perdas de mulheres e crianças:

> Como você vê a questão da (evitabilidade) [...]? O que está pegando pra ter esses óbitos? Esse óbito, porque todo ano tem. [...] essa questão da mortalidade? O que você sente nessa questão da mortalidade? [...] Então, assim, [...] pré-natal tardio, população flutuante [GCR região das pedras vermelhas, 14/08/2014].

É tocante para nós que as mortes por causas evitáveis atuaram como fator mobilizador para reflexão do grupo, que ficou ansioso em encontrar respostas que direcionassem o que deveria ser feito, encontrando os nós possíveis, como o pré-natal realizado tardiamente ou a população flutuante nos territórios adstritos. Ao mesmo tempo, essa mobilização provocou um movimento de valorização da vida e do compromisso com o trabalho em rede, com comunicação efetiva, acessibilidade e conexão entre os pontos da trama:

> Foi a questão da captação precoce, tem a questão da população flutuante, que é uma população de risco, e tem o adolescente, e tem a questão do [...]. Então, tem a proposta de se aproximar dessa população (adolescente). Surgiu a estratégia da ampliação dos agentes comunitários, aproveitando essa oportunidade (de trazer mais equipes). Vocês colocaram [...]. A questão do acesso à maternidade [...] [GCR região das pedras vermelhas 14/08/2014].
> E ainda mais, se 70% (das gestantes referenciadas) está vindo de maneira equivocada, se a gente consegue melhorar isso daí, provavelmente a gente consegue dar uma resposta melhor àqueles que não poderiam ter saído [...]. Precisa melhorar todo o processo pra que o final dele, que é o momento do parto, não tenha esses desfechos, como foi registrado, (muito óbito) [GCR região das pedras verdes, 14/08/2014].

Percebemos que um efeito do dispositivo "pesquisadores silentes" foi a provocação para autoanálise, despertando a responsabilização dos trabalhadores com seu próprio trabalho, na direção da sensibilização, do envolvimento, da construção de uma implicação com a situação da saúde materno infantil nas diferentes regiões, aproximando os trabalhadores do objeto da rede, em um aprendizado significativo e mobilizador.

No decorrer da pesquisa-intervenção, houve um momento importante em que os pesquisadores restituíram ao grupo aquilo que foi produzido coletivamente. Restituir para a análise institucional não tem a intenção de devolver algo ao grupo como uma simples devolutiva, e, sim, pressupõe que coisas que foram deixadas à sombra possam ser ditas e discutidas conjuntamente. Assim, algumas análises são restituídas e discutidas no GCR, analisando se aquilo que foi "retirado" foi diferente daquilo que foi restituído. Segundo Lourau (1993), a restituição consiste em "se centrar em uma tarefa – a de análise coletiva da situação presente, no presente, em função das diversas implicações de cada um com e na situação" (LOURAU, 1993, p. 64), de forma a suscitar reflexões e novas análises sobre a prática em uma parceria entre grupo de trabalhadores e grupo de pesquisadores. Durante essa atividade de restituição, a região das pedras vermelhas envolveu-se com a questão das "diferenças nas categorias profissionais", e coisas puderam ser ditas durante a discussão do material restituído. Essa região pôde explicitar que "o conflito é maior com a categoria médica e que a categoria odontológica está mais sensibilizada" [GCR região pedras vermelhas, 14/10/2014], abrindo a possibilidade de falar sobre os conflitos que permeavam aquela região. Além do atravessamento de interesses de classes profissionais na gestão e organização da rede, os interesses políticos também causaram certa interferência: "vontade política dos gestores interfere nos programas assistenciais" [GCR região pedras azuis, 10/07/2014]. A possibilidade de "fazer falar" esses conflitos e acontecimentos, por muitas vezes excluídos, ocorreu pela autorização do grupo a viver a restituição e a poder reconhecer suas ações e a multiplicidade presente na rede-rizoma que se construía.

A pesquisa foi considerada pelo grupo como norteadora, que, além de seu caráter científico, também trouxe para a roda discussões para melhorar o cotidiano dos serviços, como o acesso do usuário e a construção da rede na lógica coletiva. Assim, os trabalhadores exercitaram um novo modo de estar ali, distanciando-se da posição de vítima e de culpabilização do outro. Em um encontro em dezembro, o grupo fez uma avaliação de seu trabalho durante o ano, com propostas de trabalho para o ano seguinte. Em pequenos grupos, os integrantes sentiram-se mais à vontade para falar de seus nós críticos, dar sugestões e refletir sobre sua prática num entendimento e acolhimento mútuos. Dessa maneira, refletiram sobre os episódios de morte evitável e de sofrimento durante a gestação, relatados ao longo do processo, e propuseram: "Não perder mais mãe, não perder mais criança. Então, esse espaço também abriu, se você tiver dificuldade [...] ligue para tal pessoa. Porque você vai estar na mesma sintonia" [CGR região das pedras verdes, 11/12/2014]. Dessa forma, eles mesmos possibilitaram ramificações e conexões que melhoraram a comunicação entre os pontos da rede, neste caso, entre a atenção básica e a maternidade.

Nesses processos de aprendizagem, os encontros anteriores onde se apontava o funcionamento do grupo e chamava-se a atenção sobre a perda de objetivos no trabalho foi essencial: "Mas, pra fazer os exames, pra atender essas mulheres, pra chegar no nosso fim, nós temos aí um jeito de funcionar que parece que a gente vai perdendo essa nossa finalidade, onde a gente precisa chegar. Como é que a gente está fazendo isso?" [GCR todas as regiões, 13/03/2014]. Esses apontamentos, que muitas vezes feriam o instituído automático de fazer a roda sem problematizar e provocaram desconforto, rearranjos no grupo e reflexões que se constituíram em momentos de aprendizado em que o grupo sustentou processos autoanalíticos e autogestores com avaliação, propostas e tomada de decisões que tiveram base na problematização da sua realidade e de seu contexto sócio-histórico-político.

7.8 Tecendo a rede

De acordo com Saint-Simon (1760-1825), a rede é mais que um conceito, é um operador para a ação, permite a passagem ao ato, "a realização da rede é um trabalho, e mesmo, um trabalho de interesse público" (PARENTE, 2004, p. 26). Se entendermos a rede pelo olhar deste autor, ela se conforma por "uma estrutura de interconexão instável, composta de elementos em interação e cuja variabilidade obedece a alguma regra de funcionamento"

(PARENTE, 2004, p. 31), de forma que as singularidades que compõem a trama da rede conectam-se por linhas que podem romper-se, são linhas instáveis, e, quando seus pontos têm seu objetivo de funcionamento claro, mantêm-se conectados. Discutiremos, então, alguns aspectos referentes a essa interconexão.

O GCR estava em processo de entendimento de seu papel e de seu funcionamento, assim não era possível identificar uma conexão clara, afinal o objetivo ainda se apresentava difuso. Refiro-me a uma clareza que levasse em conta a dinâmica dos sujeitos e as diferentes configurações dos modelos de atenção em cada território e contexto. Lembremos que, nos serviços de saúde, o modelo hegemônico constitui-se por linhas tensas e estáveis que não dão espaço para essa tendência rizomática das redes que estamos defendendo aqui. Merece nossa atenção a proposta de Mendes (2009) para a integração dos serviços por meio de:

> [...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2009, p. 2300).

Nas políticas de saúde, essas linhas são muito bem estruturadas e não permitem fugas ou rupturas, não consideram o agir leigo dos usuários na conformação de seu próprio mapa de cuidado a partir de suas necessidades e possibilidades (CECÍLIO; CARAPINHEIRO, ANDREAZZA, 2014). Ainda, a proposta de organização das RAS (BRASIL, 2010) guarda um grande desafio, o de superar a fragmentação do cuidado, de forma que se abram pontos de bifucação nesse rizoma capazes de superar o isolamento e a incomunicabilidade por meio de linhas frouxas e flexíveis.

Outro desafio, e ao mesmo tempo desejo, é ter a AB na coordenação dessas redes como “primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde” (BRASIL, 2010a, p. 04). Essa conformação das RAS no SUS, de maneira bem definida, aposta na AB como ordenadora, com base no atendimento integral, racional e equitativo, porém apresenta uma distância entre a aposta e a prática (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014), apontando para a multiplicidade organizacional da AB em cada município e, portanto, abrindo caminho para reconfigurações que desafiam também a AB como coordenadora do cuidado, como porta de entrada e como espaço potente para resolutividade e acompanhamento longitudinal de gestantes e crianças (CASSIANO et al., 2014).

Para que a AB possa atuar como ordenadora da RC, é necessário que toda a rede de atenção opere o cuidado a partir desta perspectiva, fato que trouxe questionamentos ao GCR a respeito de sua governabilidade para a resolução dos nós críticos na AB: "a gente sabe que a gente tem problemas em todos os pontos de atenção na rede, mas a gente aqui tem [...] governabilidade maior e mais próxima sobre a rede básica" [GCR região das pedras azuis, 11/09/2014]. O reconhecimento da resolutividade, força e complexidade da AB pelos trabalhadores desse GCR é um marco para que possam ser pensadas ações que permitam outras análises, seu autogoverno, e o planejamento do cuidado na RC, objeto último de ação desse coletivo. Apostamos que a EPS no GCR teve papel relevante nessa dinâmica entre repensar a prática e novas possibilidades de trabalho, num processo de disputa com o instituído de paralisação diante dos problemas.

Muitas fragilidades da RC concentram-se nos processos de comunicação entre seus pontos e entre profissional e usuário. Na AB, observamos que os nós críticos impedem, por exemplo, o acompanhamento longitudinal e a busca ativa das gestantes. Novamente vimos a omissão em relação à corresponsabilidade com o fluxo da gestante na RC: "Escapa de vocês. Hoje, [...] as pessoas não têm culpa por isso. Mas é real essa mortalidade. [...] (chegarem na) maternidade e falarem: 'eu estou grávida, posso fazer o teste?'" [GCR região das pedras verdes, 14/08/2014]. As gestantes, muitas vezes, tinham um fluxo confuso dentro da rede, por isso a identificação da necessidade de reestruturação da AB como referência de acompanhamento longitudinal. Muitas vezes, o grupo encontrava no DRS o apoio e a condução da reflexão em relação a essa corresponsabilização:

> Então, aqui, surgiu assim. Não consigo identificar todas as minhas gestantes. Então, elas chegam sem nada, nós não sabemos nada dessa gestante. 7 meses. Em um município de 4.500 habitantes. Então, o que nós temos que fazer? O que nós vamos ter que repensar aqui? O como nós estamos captando essas gestantes. O que nós estamos oferecendo a essas gestantes. Porque nós continuamos tendo um índice muito grande de mortalidade. Quantas vezes ela foi por causas que eram sensíveis da atenção básica? Quantas vezes ela foi por causas realmente necessárias, que ela tinha que chegar lá mesmo? E aí quantas vezes a (maternidade de referência da região das pedras verdes) está devolvendo para nós, município, gestantes que não tinham condições de serem devolvidas? Que também é uma coisa que nós temos que pensar. E aí nós temos que começar, também, a estreitar esses laços com a (maternidade de referência da região das pedras verdes) e pensar. [GCR região das pedras verdes, 14/08/2014].

O estímulo à reflexão era sempre resgatado, buscando qual o objetivo do encontro atenção básica-maternidade e as possibilidades de construção coletiva, já que a rede deve ser

sustentada pela corresponsabilidade. Uma proposta de enfrentamento dos nós críticos entre os pontos da rede reforçava a conexão entre os pontos, a linha tornava-se cada vez mais coesa, havia fortalecimento da rede e das ações na atenção básica: “Eu tenho a impressão que, talvez, nós tenhamos a necessidade de saber quais são os tipos de encaminhamento de cada município para a (maternidade) para que nós consigamos trabalhar isso?” [GCR região das pedras verdes, 14/08/2014].

O ponto de encontro do GCR reafirma a importância da AB como ordenadora do sistema de saúde e da RC, e ativou arranjos que construíram a comunicação, a cooperação intermunicipal, a coesão em algumas regiões de saúde, no sentido da corresponsabilização:

> Todo mundo tem protocolo, todo mundo faz exame rápido, teste rápido, todo mundo tem controle monitorizado desse parto [...]. Então, quer dizer, nós vamos formar um time agora que nós vamos cercar de todos os lados. [GCR todas as regiões, 11/09/2014].

Nessa dinâmica, também observamos na expressão “todo mundo” um movimento instituído de homogeneização, em que o grupo não acolhe a diferença; esse modo de funcionamento tende a esconder os nós críticos e os possíveis problemas específicos de determinados territórios. Nesse sentido, deveriam, ao contrário, fazer ver a singularidade de cada município a fim de criar fluxos que acomodem, com foco, o melhor atendimento materno infantil. Afinal, a valorização da diferença naquele grupo talvez pudesse produzir novos “efeitos-subjetividade” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 78), aproximar os trabalhadores de seu objeto de ação e aumentar o coeficiente de transversalidade (GUATTARI, 1985; PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009c) ao variar, transitar entre os diversos pontos de vista, assim como nós, pesquisadores, tentamos movimentar-nos.

Além dessas estratégias, outra aposta foi a discussão sobre a finalidade do trabalho quando os indicadores de números de óbitos e sífilis congênita tocaram os trabalhadores em sua responsabilização: “esses números, eles estão dizendo de pessoas, de pessoas que estão morrendo, ou de pessoas que estão adoecendo, por coisas que, com ações muito simples, que é da nossa competência, a gente poderia evitar” [GCR região das pedras azuis e região das pedras vermelhas, 10/07/2014].

A ordenação da rede pela AB ainda serviu de fio condutor na tessitura desta rede quando, em uma das regiões, o grupo concordou com a necessidade de sua reestruturação para alcançar um atendimento resolutivo e que pudesse evitar óbitos. A presença na roda da maternidade de referência desta região foi uma resposta positiva ao convite feito para a discussão de alguns indicadores de mortalidade associados a erros na referência e

contrarreferência. Essa região de saúde problematizou a falta de acompanhamento pré-natal e algumas de suas consequências como maior número de óbitos e identificação tardia de sífilis congênita:

> E uma das coisas que nós estamos discutindo agora é a questão da estruturação da atenção básica e que, muitas vezes, essa gestante chega sem o pré-natal pra vocês (atenção básica). O que assusta é o número de casos de sífilis congênita [...] É muito alto, né? E é uma [...] uma causa extremamente sensível à atenção básica [GCR região das pedras verdes, 14/08/2014].

Na discussão sobre as causas do pré-natal tardio, alguns integrantes sugeriram que elas (as gestantes) vinham de cidades distantes, do interior e que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal na rede. Os casos de sífilis têm uma dinâmica semelhante e são diagnosticados tardiamente. Na chegada à unidade, por procura espontânea da gestante, são realizados os exames necessários, e o atendimento segue como habitual, porém a captação precoce ainda não ocorre sistematicamente, e o grupo revela um movimento instituído de responsabilizar a gestante pelo não comparecimento à unidade, seja pelo alto número de gestantes a serem atendidas, seja pela alta demanda que impede a realização da busca ativa.

Tecida de vida, a RC constituiu-se, também, de uma trama subjetiva dos afetos e afectos frente às mortes, e não frente aos números em si, momentos que desencadearam processos reflexivos e de tomada de consciência de sua participação no processo, como, por exemplo, quando um integrante de uma região sugeriu que, além de discutir os indicadores, os números, o grupo discutisse o fazer saúde e refletisse sobre a nossa prática e a respeito dos modelos de atenção, sobre a RC, com abertura para possíveis linhas de fuga do instituído:

> A importância de rever os fluxos de trabalho, rever a própria rede, rever como está articulada essa rede. A importância de rever os modelos. Quais são os modelos de atenção que nós temos hoje? [...] A importância da (EPS) nesse contexto. Qual o papel dela, o que ela vai fazer, realmente, para fortalecer. [GCR região das pedras amarelas 10/07/14].

Percebemos, na fala citada, que, ao mesmo tempo em que o grupo abre a possibilidade de rever a própria prática e dar vazão a novas ideias e estratégias de ação que questionam os modelos de atenção hegemônicos, temos a impressão de que eles não se colocam como sujeitos da transformação e caem no instituído de que será a EPS quem fará por eles, em um movimento de esperar que algo seja feito, e, não implicados, eximem-se da responsabilidade para com a construção da rede.

Assim, fomos tomados ao longo do processo por essa dinâmica entre responsabilização e omissão, que nos fez ver e reconhecer a importância dos processos de EPS desencadeados neste coletivo no sentido de problematizar a prática e agir como dispositivo mobilizador para o trabalho em saúde, lançando luz aos fazeres para a construção da rede.

7.8.1 E quem tece essa rede?

Tendo em vista que uma rede também se constitui de/por pessoas, entendemos que o GCR enfrentava o desafio de aprender a constituir uma rede, com a articulação entre seus pontos e o atendimento na perspectiva da integralidade (MATTOS, 2009), e seus múltiplos sentidos. Refiro-me, aqui, ao desafio cotidiano de um olhar ampliado para o indivíduo, com respeito à suas necessidades e escolhas, na conformação de sua rede de cuidado, pensada coletivamente.

Nesse cenário de experiência coletiva na atualidade, é importante levar em consideração que as redes podem apresentar funcionamentos distintos, momentos quentes e momentos frios, que, para Barros e Passos (2009), comportam, por vezes, esperança de transformação e, por vezes, perigo de manutenção do instituído. Estes autores explicam que uma rede fria é construída a partir de um centro, de comando ou de regulação, enquanto a quente possui múltiplos pontos, onde o rizoma capilariza-se. Assim, sua "dinâmica conectiva ou de conjunção é geradora de efeitos de diferenciação, isto é, trata-se de uma rede heterogenética" (BARROS; PASSOS, 2009, p. 169). Um exemplo de rede quente está no potencial de capilarização da rede por meio do GCM: "o município está levando como missão, nós estamos levando como missão fazer uma reunião [...] o município com esse grupo, resgatar o grupo condutor (municipal) [...] e, no próximo encontro nosso aqui, trazer alguma informação" [GCR região das pedras amarelas, 12/06/2014].

Identificamos que a intervenção foi possível nos momentos quentes como esse, em que as forças para mudança e transformação mostraram-se fortes e vibraram com mais intensidade. Assim, um movimento interessante do GCR para a constituição da RC levou em consideração a conexão entre os pontos da rede com base na Integralidade, no cuidado à gestante e à criança, ao refletirem sobre o envolvimento de outros atores nesse cenário, além

do profissional médico e enfermeiro e também de outros serviços, como a maternidade e o ambulatório de alto risco.

Notamos que houve uma aproximação cada vez maior dos profissionais da saúde bucal, ainda que num campo de disputas do cuidado (MERHY, 2014), com os demais profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, percebemos reflexos da relação da gestante com o profissional cirurgião-dentista e com o tratamento odontológico, o que envolve mitos, crenças, valores e, muitas vezes, falta de informação durante a gestação (BASTIANI et al., 2010):

> Então, assim, a gente está tentando, reformulando. Claro que a maior dificuldade que está sendo feita ainda é articular a (Rede Cegonha) com outros pontos de atenção, por exemplo, saúde bucal [...] Eu deixo um horário específico pra elas (gestantes), mas a gente tem uma *resistência* [GCR região das pedras amarelas, 12/06/2014, grifo nosso].

A "resistência" citada acima pode ser entendida por parte das gestantes que portam suas crenças e valores, e também dos próprios trabalhadores em relação ao tratamento odontológico. Incluo, aqui, os dentistas que têm receio em realizar o tratamento durante a gestação, mesmo com as evidências de que qualquer tratamento odontológico pode ser realizado durante a gestação desde que realizados no período ideal (OLIVEIRA et al., 2014), e aqueles que encontram dificuldades em abordar as gestantes em relação às suas crenças ou em colocar em pauta essa discussão para a equipe. Por outro lado, há também os mitos e receios dos colegas de trabalho e a concepção da equipe quanto ao atendimento integral e à importância da saúde bucal para a mãe e para o bebê. Esse é um tema que envolve controvérsias e desafios para ambos os lados, o da gestante e o do trabalhador de saúde, a fim de não prejudicar a gestação ou causar certos conflitos na equipe em relação à saúde bucal da família e a sua inclusão e interconexão na RC.

O diálogo a seguir é um exemplo do estímulo a essa articulação em uma proposta de alargamento importante para a constituição da RC, onde se pergunta:

> A rede é composta por quem? Quais atores devem ser chamados para compor a roda? E o conselho municipal de saúde? O conselho está no grupo condutor?
> Não, não está.
> Você acha que é interessante [...]
> Eu acho que é importante. Eu acho que é importante o conselho municipal de saúde, a educação, sempre acaba esquecendo da educação, não é? [...]
> Vigilância epidemiológica, [...] comitê de mortalidade, escola, os conselhos municipais de saúde [...]

> O gestor de unidade básica, Universidade, Articulador da atenção básica, articulador da educação permanente, gestão, apoio de humanização [...]
> O público, não é? A população também é uma estratégia, você pode fazer banner, alguma coisa, panfletos sobre o que é a (Rede Cegonha). Outra estratégia é mobilizar a população [...] [GCR região das pedras amarelas, 12/06/2014].

O coletivo foi identificando as linhas que compõem a rede, considerando outros atores, outros setores que compõem a sociedade, como a educação, os movimentos sociais e os usuários, movimento fundamental para abordar a RC em sua complexidade, um aprendizado que acolheu as diferenças e propôs um olhar para a multiplicidade e a pluralidade presentes ao tecer-se uma rede de atenção à saúde. Um exemplo de movimento autogestor foi a decisão no CGR de ampliação do grupo, para contemplar a participação de gestores, outros trabalhadores e usuários.

E como mobilizar esses atores mostrou-se o desafio que se viu no processo com reflexões nesse sentido: "Eu fico pensando que essa questão pudesse olhar a fragmentação do trabalho [...] Como que a gente articula dentro do (DRS) com as vigilâncias, acho que é um movimento importante pra gente discutir isso no (CGR)" [GCR região das pedras amarelas, 10/07/2014]. Essa proposta de refletir no GCR sobre o instituído de fragmentação do processo de trabalho, típico de uma rede fria, tenta rever uma repetição de práticas e manutenção do modo instituído em que há um centro de comando na rede desarticulado, sem comunicação e sem conexões entre gestor DRS e gestor-vigilância epidemiológica. A partir dessas e de outras sugestões, algumas estratégias identificadas para adesão dos gestores municipais foram inserir a RC como pauta na CIR e capilarizar as informações até o gestor municipal, via Grupo Condutor Municipal:

> Por isso que é importante, também, o pessoal do grupo condutor (municipal) levar para o gestor as conversas que eles (ouvem) aqui. Porque qualifica, também, o gestor pra discussão da rede [...] talvez, esse seja um papel do grupo condutor municipal, subsidiar esse gestor nos problemas que tem, e das possíveis ações pra enfrentar [GCR região das pedras amarelas, 10/07/2014].

No movimento de alargamento e bifurcação pensado acima, houve um reforço ao convite a um representante gestor de cada município para que fosse mais um aliado na construção da rede, nos pactos com o GCR. Havia o risco, no entanto, de o GCR permanecer no funcionamento instituído de que cabe ao gestor (o outro) decidir, eximindo os demais integrantes de sua responsabilidade. Percebemos que, no encontro seguinte ao convite, a participação dos gestores ainda foi tímida, mas forte, com a participação de um gestor para

compor o coletivo, caracterizando essa rede que tem conexões, por vezes, muito flexíveis, e, por vezes, fortes, em uma dinâmica de uma rede em construção.

Nessa mobilização de outros atores e conexões, houve uma mudança em relação às participações no GCR, e os encontros tornaram-se mais intensos e com maior número de participantes. Isso trouxe motivação aos integrantes do GCR, que investiram não só no convite aos gestores, como, a partir dos processos de EPS iniciados ali, indicaram a necessidade de cobrar a efetividade de ações nos municípios, via GCM, por exemplo.

Esses disparadores e o apoio da gestão estadual foram reconhecidos como potentes para a implementação de ações na rede:

> Então, eu acho que nesse momento a gente está precisando mobilizar a gestora, envolver ela, acho que ela precisa [...] o colegiado fazendo essa cobrança do gestor, ajuda muito a gente.
> [...] o papel do grupo condutor, pela educação permanente nisso é discutir com ela (gestora), ou refletir porque é importante aquilo, não apenas por causa de uma cobrança, mas por uma [...] uma coisa voluntária [...] [GCR região das pedras amarelas 12/06/2014].

Nesse plano da paisagem da constituição da rede cegonha, sentimos a esperança depositada no movimento de educação permanente para a mudança das práticas em saúde, e também que os trabalhadores apoiaram-se na gestão estadual, diante de sua posição em valorizar tais movimentos. Sentimos a força de seus trabalhadores que viveram processos de reflexão crítica e de aprendizado no cotidiano do GCR.

Assim, nossa aposta refletiu-se, a todo o momento, na produção da pesquisa e em nossos desejos e implicações com a interconexão coordenada da rede cegonha e com a produção de EPS, no anseio de ligar os pontos e fazer relações. Houve momentos de revisitação do paradoxo da profecia inicial, de perseguir a redução da mortalidade materno infantil, mesmo sabendo que a mortalidade sempre existirá, e de seu resgate, ao incluir na agenda de compromissos de todos que constroem a RC.

Nessa mescla de implicações de trabalhadores e pesquisadores de diferentes lugares, da formação, da gestão e da atenção, caminham juntos um otimismo de pesquisadora em identificar e reconhecer nuances de aprendizado no trabalho e um esforço de fazer ver os pontos de tensão que fortalecem um modo instituído de funcionamento da RC e que deixam nubladas as cenas de trabalho e impedem a reflexão de maneira crítica e reflexiva sobre sua prática.

7.9 Pontos de tensão na rede

A paisagem vai configurando-se de forma diferente para cada região de saúde, pois apresentam elementos contextuais distintos, e, consequentemente, maneiras diferentes de enfrentar os nós críticos na RC. Porém é possível identificar pontos que acometem a maioria dos integrantes daquele grupo, pontos de tensão e, ao mesmo tempo, de potência, que desestabilizam o modelo instituído de estar na rede.

Concordamos com Merhy, Malta e Santos (2002) quando afirmam que nossa relação no campo da saúde é sempre construída diante de "terrenos minados", que são permeados por tensões permanentes, "com as quais temos que trabalhar para mantermo-nos vivos" (MERHY; MALTA; SANTOS, 2002, p. 20). Se pensarmos a RC como território de tensões permanentes, no qual os trabalhadores e gestores atuam, a todo o momento, disputando os fazeres em saúde com base em um modelo de atenção, centrado ou não nas gestantes e crianças, e em seus projetos, percebemos que há pontos que cruzam as diferentes esferas do cuidado materno infantil e que se apresentam como potentes para o autogoverno do coletivo e para disparar microprocessos decisórios, de planejamento e de gestão.

Um ponto de tensão-potência (MERHY, 1999) no GCR diz respeito às reflexões referentes às fontes de financiamento da atenção básica, por exemplo, quando o grupo questiona a vinculação do pagamento municipal à alimentação dos sistemas de informação. Nesse caso, o grupo de trabalhadores queria esclarecer o destino e o emprego da verba: "E o dinheiro a gente também não sabe, de onde que ele chega, aonde que ele vai" [GCR - 13/02/2014]. A questão do financiamento apresentava-se como um ponto de tensão da RC, sempre havia alguma dúvida e um tom de desconfiança permeado pela falta de governabilidade ou informação sobre o assunto. Esses fatos podem ser geradores de desânimo ou desmotivação em relação ao resultado de seu trabalho, pois não têm a confiança necessária no produto e potência de sua ação e cuidado.

Em contraposição, os trabalhadores tiveram que enfrentar o desafio de esclarecer de que cuidado estavam falando e como estavam lidando com aquela ferramenta de trabalho:

> [...] qual é a nossa prioridade, porque senão, nós ficamos reféns de um sistema né, que está fechado e tem uma limitação, é aquilo que a (integrante do GCR) está sinalizando, olha, mais importante do que alimentar o sistema, é uma informação produzida com base no fato, no ato, na realidade, por isso que o prontuário físico nesse momento continua sendo muito importante, porque ele é uma fonte documental, e ali ele precisa ser checado, ele é real.

> [...] O X da questão é a vigilância que deve ser desenvolvida com relação à gestante durante esse período de gestação. É esse o enfoque. Pode ter existido erro, pode existir dificuldade [...] processo de trabalho não permite etc. etc., mas nós não podemos nos adaptar [...] [GCR 13/02/2014].

O cuidado centrado no usuário toma a cena numa disputa de espaço com a forma instituída de digitação dos procedimentos na plataforma do sistema de informação, sem definição de prioridades e necessidades do usuário. Nessa disputa, a reflexão incluiu a garantia da informação por meio do prontuário e a busca de um objetivo para o trabalho realizado, apesar das limitações que apresentava o sistema, demarcando esse território tensional que compõe a saúde na RC.

Ainda que nesse encontro o cerne da discussão tenham sido as tecnologias leve-duras e duras (MERHY; ONOCKO, 1997), que englobam, neste caso, ações centradas no profissional, de digitação e uso dos equipamentos de informática, chamaram-nos a atenção um incômodo e um olhar ampliado para o objetivo e direcionalidade do cuidado à saúde, em uma abertura à reflexão da própria prática sem "se adaptar" ao modo organizacional instituído. Para Feuerwerker (2014, p. 97): a "vivência e a reflexão sobre as práticas [...] podem produzir incômodos e a disposição para se produzir alternativas de práticas e conceitos, para enfrentar os desafios das transformações".

Assim, identificamos potência nesse movimento, pois os integrantes do GCR refletiram sobre a dimensão financeira do cuidado, o uso das informações do sistema de um modo diferente do instituído nos serviços, diferente daquele de digitar para cumprir as metas, aproximando-se de um movimento de reflexão sobre sua autonomia, governabilidade e capacidade de autogoverno (MERHY, 1999, 2014b). Ao mesmo tempo, refletiram o quanto a digitação apropriada também garante recursos para o atendimento das gestantes e crianças, o que pode despertar processos de subjetivação nos trabalhadores para enfrentar essas e outras tensões, dando sentido "aos seus agires" (MERHY, 2014b, p. 165).

Para além de questões financeiras, questões que tangem a ações em favor da implementação da RC fizeram revelar certa governabilidade no grupo, atuando como pontos-tensão-potência que possibilitaram momentos de aprendizado e formação de gestores para/na rede. As questões de reflexão da prática tinham o sentido de entender o seu papel gestor na RC, o grau de autonomia, as responsabilidades, e a direção que os trabalhadores tomavam após as decisões no GCR:

> Os integrantes daquele GCR se viam como gestores da rede?
> Eu não sou gestor da Rede Cegonha.

> Que responsabilidades vocês entendem que vocês estão assumindo quando vocês vêm compor esse grupo condutor da Rede Cegonha?
> [...] Não, eu acho que não ficou claro, eu até entendo a sua pergunta, mas acho que não ficou claro que a gente é gestor da rede cegonha [GCR 13/03/2014].

O diálogo permitiu a fala e a enunciação do entendimento de seu papel e responsabilidades como membro do GCR, assim os papéis ficaram mais claros e puderam perceber a falta de poder, entre outras razões pelas quais não se identificavam como gestores, a fim de enfrentá-las. Alguns aspectos relacionados ao poder e ao enfrentamento de posições já instituídas nas organizações emergiram. Um ponto de reflexão foi a ausência ou alternância entre participantes dos municípios, revelando a relação de poder para garantir assiduidade ou a acessibilidade ao GCR. Havia decisão de outros gestores em relação ao uso de transporte, agenda e comprometimento com aquele espaço de gestão. Uma questão que o grupo de pesquisa nominou de descontinuidade no GCR:

> [...] Então é esse um pouco o jeito de funcionamento? Nós temos instantes que as pessoas participam, pessoas que participam não são necessariamente essas pessoas que decidem, é isso? E as pessoas mais interessadas, os usuários, não participam? É isso? [GCR 13/03/2014].

Outro ponto-tensão foi identificado em um movimento de aprendizagem no qual os integrantes do GCR refletiram sobre seus múltiplos papéis, tateando seus limites, atribuições, responsabilidades e implicações. Nessa discussão, surgiu a questão do papel do grupo condutor municipal e sua atuação em relação ao acompanhamento da política da RC nos municípios. Levantaram a hipótese e uma dúvida, se seria um órgão fiscalizador: “se não vai, qual o nosso poder de estar fiscalizando isso [...] então qual o nosso papel?” [GCR, 08/05/2014]. Ao exercitar a autoanálise, esse gestor da rede desenhou e redesenhou seu papel e sua posição diante da perspectiva de controle, modelo instituído de gestão que tem por objetivo a fiscalização, enquanto outros sugeriram o monitoramento ou o apoio:

> Não é fiscalização, é monitoramento. E eu acho que o segundo passo é que nem o monitoramento passa a ser, passa a ser apoio. Qual é o significado dessas instituições para quem está lá. Vem alguém fiscalizar? Vem alguém me monitorar? Vem alguém me apoiar? O apoio permite que qualquer funcionário esteja aberto às sugestões, ao trabalho em conjunto [...] Como é que eu posso, diante desse problema, transformar e trazer esse coletivo de modo cooperativo para pensar junto, que aí é o modo de corresponsabilizar, de colocar as pessoas no processo para corresponsabilização [GCR região das pedras azuis e região das pedras vermelhas, 12/06/2014].

Cada vez mais a reflexão sobre o papel dito "fiscalizador" contribuía para o estabelecimento de novos posicionamentos, o de monitoramento, o de apoio, aqui entendido como apoio institucional que estimula a corresponsabilização. E, também, o de supervisão, mas não como uma visão instituída de um local privilegiado, de alguém dotado de saber superior, e, sim, uma visão atenta de alguém que trabalha ao lado das equipes nos municípios e que contribui potencializando os recursos que possui para a produção do cuidado (MATUMOTO et al., 2005). A partir de então, a compreensão sobre a saúde ocupava um novo lugar. Houve novos agenciamentos coletivos de enunciação (GUATTARI, 1985), como expressão ou manifestação inconsciente, na busca de evidenciar a subjetivação e os fluxos de produção do rizoma, fazendo ver outras possibilidades no caminho da corresponsabilização do cuidado e da gestão. Essa divisão de responsabilidades carrega as nuances da fiscalização-monitoramento-apoio-supervisão, que também são atravessadas por interesses individuais, pois, muitas vezes, o trabalhador de saúde tem concepções diferentes da supervisão, por exemplo, de acordo com a situação, e com o que ele entende como divisão do trabalho, sobrecarga, riscos ou benefícios. Trata-se de um movimento que também ignora o objeto final "usuário" e centra-se no próprio trabalhador, afastando-o de seu fim, ou de sua profecia inicial.

Assim, identificamos múltiplas facetas no processo de reflexão e entendimento sobre o papel gestor, conformado por articulações inconscientes compostas "por todos os sistemas de potências e todas as formações de poder que nos cercam" (GUATTARI, 1985 p. 171), revelando uma lógica de afetos que somos incapazes de descrever estruturalmente, mas podemos sugerir que foram enunciadas coletivamente.

Ao considerarmos a questão do reconhecimento de seu papel como gestores do cuidado como ponto de tensão-potência, percebemos que os integrantes do GCR veem-se em um campo de disputas de poder e entre territórios de desejo diante de suas ações nos municípios: Mas "[...] o negócio funciona na base da cobrança [...] qual é o meu papel como membro condutor de cobrar algumas coisas também no município? Cobrar eficácia, certo? Assim, que movimento que eu posso (fazer), [...] que eu faço?" [GCR região das pedras amarelas, 12/06/2014].

A fala revela-nos o trabalhador em um território que envolve duas segmentaridades, a molar e a molecular (GUATTARI, 1985), e, no mundo do trabalho, ele tem que lidar com a palavra de ordem, cobrança e a dúvida sobre suas possibilidades de ação: "que movimento que eu posso fazer?". Entendemos que essas segmentaridades sempre coexistem, e há uma dependência recíproca entre o que é macro e o que é micro (DELEUZE; GUATTARI, 1996).

A vida e o nosso desafio cotidiano têm um pouco desses extremos, e como faremos para encontrar o equilíbrio que nos dá fôlego?

O modo instituído dominante, aqui, está relacionado a uma resposta ao sistema capitalista hierárquico de uma rede fria em que há um comandante no centro e há pontos concêntricos que têm como metas a cobrança, ocupando uma posição de poder sobre outros. Ao mesmo tempo, é essa produção social de subjetividade dominante que não permite ou que atravessa os possíveis processos de singularização e de subjetividades rizomáticas (GUATTARI; ROLNIK, 1996), processos que desejam construir uma rede quente, sem centro de comando, que desejam tornar a todos gestores corresponsáveis. As duas conformações de que tratamos aqui são diferentes, porém não são opostas; são, ao contrário, inseparáveis. Deleuze e Guattari (1996) explicam que tudo é, ao mesmo tempo, centralizado e segmentado; há dois tipos de segmentaridade, uma primitiva e flexível, e outra, moderna e dura. A dualidade é própria das sociedades modernas, que têm um Estado que quer fazer valer suas regras e leis e, para tanto, criou um sistema binário para as escolhas, ser homem ou ser mulher, ser jovem ou ser adulto, ser pobre ou ser rico, ser um ou ser o outro. Dessa forma, as ressonâncias apresentam um único centro, como uma pedra que cai em um lago e forma círculos concêntricos sem fim. Já em um regime flexível, como nas sociedades primitivas, os centros não precisam ser concêntricos, "não caem num mesmo ponto" (ibid., 1996, p. 86), há, por outro lado, uma multiplicidade de possibilidades e de centros, de acordo com seus afetos e sua significância, que, por sua vez, são condicionados a um centro comum, mas não comandante. Assim, a diferença está nas ressonâncias que estão presentes em uma rede fria concêntrica e que são inibidas em uma rede quente para produzir "agenciamentos de processos de singularização" (GUATTARI; ROOLNIK, 1996, p. 130), que preserva a função de autonomia dos trabalhadores a partir de seus desejos e devires.

Consideramos que há dificuldades na RC para que haja essa conformação mais quente, essa produção na micropolítica, pois deve haver um consenso entre seus pontos de atenção e arredondamentos (círculos não concêntricos) em não reproduzir o modo já instituído de cobrança por resultados, e, ainda, deve haver comunicação horizontal, com criatividade, com novas conexões e criação de "territórios de desejo" (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 138).

Percebemos, nesse imbricamento entre molar e molecular, o paradoxo entre a conscientização da responsabilidade e a necessidade de cobrança externa. Se levarmos em conta que, "por mais democráticos que sejam os mecanismos de definição e de distribuição de encargos, sempre ocorre com algum grau de externalidade em relação aos agentes implicados" (CAMPOS, 1997, p. 230), passamos a crer que a pesquisa causou certa

interferência institucional no sentido de criar arranjos que possibilitassem a quebra dessa lógica de trabalho e trouxesse a reflexão sobre o equilíbrio entre a autonomia profissional e sua responsabilidade, de forma que o trabalhador compartilhasse com os outros atores deste coletivo seus desejos e o reconhecimento do resultado de seu trabalho, de sua "obra" construída conjuntamente (CAMPOS, 1997, p. 234).

Ainda no campo da compreensão de seu papel de gestores, os integrantes do GCR questionaram sua governabilidade, com a identificação do encadeamento de ações que foram pensados em dois movimentos distintos:

> Então me parece que são duas posições distintas, que uma é compartilhar com o gestor o que se passou aqui e aí o gestor é que tem que concluir ou decidir a respeito do que foi acordado aqui nesse espaço, e a outra situação em que o gestor dá autonomia ao técnico designar ao grupo condutor de redes, isso significa que esse técnico chega no seu município e desencadeia as ações necessárias? Isso. [GCR 13/03/2014].

Esses integrantes do GCR em situação de governo remetem-nos à seguinte reflexão de Merhy em seu livro "Saúde: a cartografia do trabalho vivo: quem governa, governa o que?" (MERHY, 2014b, p. 153). Ou, ainda, remetem-nos ao movimento de EPS que discute: quem faz gestão? Será que há o entendimento de que "todo mundo faz gestão" (EPS EM MOVIMENTO, 2014a)? É importante mencionar que a EPS abre uma perspectiva, defendida pela própria PNEPS, de valorização do saber das experiências, respeito aos conhecimentos de cada um no tocante à saúde e de autogestão, isto é, valoriza o poder de decisão dos integrantes no processo de trabalho.

Assim, para melhor entendimento desse processo de reconhecimento de gestão, tomamos de Matus (1996) alguns pontos aos quais os atores em situação de governo estão submetidos, quais sejam: o projeto desse ator, sua governabilidade e sua capacidade de governo. Dessa forma, um gestor faz-se e compõe seu aparato de ação a partir dessas três nuances que se complementam, fazendo uma gestão diferente a cada situação, pois depende de outros recursos e de vencer algumas disputas nesse cenário. Seja em relação à defesa de seu projeto com os demais atores, seja na garantia dos recursos de que necessita para realizar seu trabalho, recursos que, muitas vezes, ele não controla. E, além dos recursos materiais, também contam o conhecimento e suas experiências anteriores.

Explorando esse jogo de forças e as duas posições identificadas anteriormente pelo próprio GCR, podem bifurcar-se em múltiplas, pensando na constituição de uma rede-rizoma, com arredondamentos e círculos não concêntricos.

Em um segmento, seus integrantes relatam uma gestão centralizada, em que há a reprodução do modo de funcionamento instituído pela sociedade. Nessa organização da rede, a informação do GCR vai para o gestor no município, que, posteriormente, define a ação, num processo que limita a autonomia do integrante do GCR. Por outro lado, outra possibilidade de segmento é a comodidade para alguns, já que, nesses casos, o trabalhador fica alheio à decisão e pode sentir-se confortável nesse papel. Há, também, o segmento do trabalhador, que pode se sentir desconfortável, pois porta projetos diferentes daquele do gestor e sente que poderia contribuir nas decisões, mas não tem liberdade para tal.

Em outra interface, os membros do GCR têm autonomia limitada em seus municípios de origem e devem reportar-se ao centro de comando. Eles levam a informação às equipes por meio dos técnicos, que, por sua vez, centralizam as decisões para desencadear a ação. O fato de o técnico desencadear as ações revela a multiplicidade de fazeres no GCR e o empoderamento desse ator, porém esse papel também pode guiá-lo à execução das ações do modo instituído centralizado e verticalizado, pois ele é a figura central que detém o poder de ação, assim como ocorre nos processos de ensino-aprendizagem e nos momentos de formação propostos neste GCR.

Nesses movimentos, observamos diferentes fluxos de informação e hierarquia, que, de acordo com a autonomia dos sujeitos: “Se for falar de peixe grande pra peixe grande, você passa (para o) gestor, agora se for de enfermeira pra enfermeira [...] depende da situação” [GCR todas as regiões, 13/03/2014]. Percebemos que há diferentes círculos de comando. Por exemplo, quando o fluxo de informações é de enfermeira para enfermeira, o grupo demonstra maior autonomia para comunicar-se, porém a enfermeira é ainda considerada superior aos demais membros da equipe em relação à gestão de informação. Situações semelhantes repetem-se durante os momentos de formação e de ensino-aprendizagem no cotidiano quando o grupo lida com o saber de forma hierárquica em que um membro da equipe deve ser “responsável por realizar a EPS” ou quando alguém deve vir de fora para ensinar, não reconhecendo o potencial do saber de seus pares e de sua experiência (BONDÍA, 2002).

Para Sá (2001, p. 157):

> [...] essa produção de autonomia dos sujeitos nas organizações de saúde se colocará sempre como uma possibilidade em aberto - nunca como uma certeza - um processo que pode vir a ser favorecido em função de algumas condições, entre as quais a natureza mesma do objeto de trabalho em saúde e as características que podem assumir os processos de planejamento e gestão nessas organizações.

Nesse contexto, a governabilidade dos gestores da RC está entrelaçada a diferentes maneiras de ver o mundo, e a construção ou não de projetos voltados para a coletividade, neste caso, ao cuidado à mãe, ao filho e à família, em um movimento dinâmico de resistências e de conectividades que compõem o trabalho em saúde. Assim, o grupo deu passos importantes em direção à autogestão, demonstrando que, nesse processo, existem movimentos de inquietudes que são potentes para o avanço e entendimento dentro do grupo.

Nesse plano de tensões, além da cobrança nos municípios, um aspecto do controle foi tomando forma por meio da discussão dos indicadores e de outros instrumentos de avaliação e planejamento do trabalho, no próprio GCR, lançando luz a um sentimento frequente de "estar sob avaliação" no grupo. Quando havia um esvaziamento do espaço, eles optavam por reunirem-se em um único grupo, num movimento de resistência, assim todas as regiões homogeneizavam-se, buscavam apoio no outro, ao mesmo tempo em que não deixavam ver seus problemas. O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) foi um importante marco para a gestão com foco em indicadores de resultados e, em alguma medida, os trabalhadores pareciam não saber manejar ou não ter habilidades com esses instrumentos. Assim, consideramos que os problemas com o manejo das ferramentas de avaliação podem ter gerado paranoias frente ao não-saber (FORTUNA, 2003), em um movimento de colocar a responsabilidade no outro, esperando respostas de fora. Ao mesmo tempo, a omissão de sua opinião podia significar ficar alheio às decisões e às suas consequências, não participando do processo de melhoria da qualidade do serviço.

Por outro lado, havia também muito desconforto em relação ao que os números revelavam, pois se tratava de anunciar altos números de doenças sem diagnóstico precoce, como é o caso da sífilis congênita, ou altos números de mortes evitáveis, o que colocou em análise seu desempenho profissional e os desafios de seu trabalho:

> esses números, eles estão dizendo de pessoas, de pessoas que estão morrendo, ou de pessoas que estão adoecendo, por coisas que, com ações muito simples, que é da nossa competência, a gente poderia evitar [GCR região das pedras azuis e região das pedras vermelhas, 10/07/2014].

Num movimento conjunto, percebemos o medo da fiscalização e da avaliação da gestão em relação ao trabalho realizado representado pelos números que os indicadores denunciavam e que foram discutidos no coletivo. Nessa ocasião, o grupo parecia esconder-se uns nos outros, fugindo da responsabilidade e preocupado com a cobrança, fazendo-nos entender que os processos de avaliação em saúde são muitas vezes tidos como um modo instituído de ameaça, controle, fiscalização e cobrança (CARVALHO et al., 2012), e não

entendido como monitoramento e/ou apoio, no sentido de estar ao lado no processo de trabalho e nem mesmo como forma de participação dos trabalhadores.

Mais ainda, esde movimento aproxima-se de um modo instituído de uma sociedade de controle (DELEUZE, 1992), regulada pelo Estado, onde somos monitorados a todo o momento por câmeras, senhas e por meio das redes sociais, caracterizando uma cidadania regulada e que não favorece a autonomia e a liberdade de criação no trabalho.

7.10 Repetir para ver o que é singular

"repetir um 'irrecomeçável'" (DELEUZE, 2000, p. 11).

O desafio de cartografar também mora em repetir aquilo que é singular, dar-lhe luz e valor em sua unicidade e multiplicidade potente para a transformação e para a criação do novo. Cada vez que repetirmos será diferente, aquele momento será novamente novo, com suas possíveis surpresas ou mesmices. É esse movimento de portar-se frente à singularidade tomando-a como especial e possível que aqui queremos explorar. E não como contrária, inferior ou subordinada ao que é considerado normal ou igual, mas diferente em toda a sua intensidade. Esse plano conformou-se por linhas que demonstraram o esforço do GCR para identificar essas diferenças em um agir coletivo entremeado pelos sentidos da EPS como ferramenta de trabalho e dos desafios de construção da RC.

Sentimos que o compromisso com este grupo fortaleceu-se ao identificarem o GCR como um espaço aberto para falas e busca de respostas em defesa de um querer coletivo: "e eu vejo que não foi só a lamentação, porque a exposição de muitos aqui na direção de, 'Qual será a solução? O que nós vamos fazer?', saíram ideias daqui, saíram novas ideias" [GCR 13/03/2014]. A abertura do grupo para a escuta das novas ideias foi importante para o processo de construção do coletivo. Surgiu um sentimento de novas descobertas, de colocar-se em lugares diversos, descobrir junto os nossos papéis, digo nossos, pois os pesquisadores também estavam ali compondo o grupo, e havia também uma esperança depositada na universidade em trazer repostas aos problemas identificados. Nesse processo, reconhecemos juntos a importância da reflexão para a busca de soluções, diante de desafios estruturais,

políticos, financeiros e as tensões presentes na micropolítica do trabalho. E, assim, pudemos ver, aos poucos, o GCR ser reconhecido como espaço de aprendizagem de novos fazeres.

A apropriação dessas ferramentas requer do trabalhador um movimento de autoanálise que o move em direção ao novo, à transformação e a novas possibilidades em seu trabalho, em uma construção coletiva de produção de subjetividades, em um convite a uma nova forma de relacionar-se com o outro e estar disposto a habitar e *fugir* para novos territórios que o possibilitem a autogestão.

Para Deleuze, em seus diálogos com Clarice Parnet:

> Fugir não é absolutamente renunciar às ações, nada mais ativo que uma fuga. É o contrário do imaginário. É igualmente fazer fugir, não obrigatoriamente os outros, mas fazer fugir algo, fazer fugir um sistema como se arrebenta um tubo [...] Fugir é traçar uma linha, linhas, toda uma cartografia (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 30).

O verbo francês *fuir* (fr), em português, "fugir", significa também "vazar", e é a partir daí que Deleuze fala sobre uma linha de fuga, de escape, de fluidez, no sentido de permitir uma desterritorialização, um processo de decodificação, no qual o sujeito deixa de habitar seu território conhecido, fugindo do ambiente confortável para apostar na criação de uma nova habitação, um novo jeito de estar e fazer-se no mundo, podendo reterritorializar-se (ZOURABICHVILI, 2004).

A RC foi conformando-se em meio a muitos processos de formação que exigem dos trabalhadores o reconhecimento dos territórios existenciais (GUATTARI, 1992), que, às vezes, podem permitir a desterritorialização e, outras, a reterritorialização (DELEUZE; PARNET, 1998). Entendemos territórios existenciais mais do que um espaço geográfico delimitado em um mapa, mas composto por subjetividades, relações no trabalho e, de certa forma, um território dinâmico que se produz processualmente. Para Guattari (1992), a singularidade dos territórios existenciais guarda potência de heterogênese, em outras palavras, "de abertura para processos irreversíveis de diferenciação necessários e singularizantes" (GUATTARI, 1992, p. 69). Assim, apoiamo-nos neste autor para novamente reafirmar a importância de reconhecer e valorizar a diferença de cada experiência e, então, analisar possibilidades particulares e coletivas.

Em um dos encontros, realizado em subgrupos por região de saúde, uma discussão importante concentrou-se na necessidade de reflexão sobre o componente parto e as estratégias para colocar em prática a portaria da RC (BRASIL, 2011a). Foi proposta a apresentação de um diagnóstico aos gestores de acordo com o movimento realizado com o

componente pré-natal e, nesse processo, a EPS foi compreendida como ferramenta para o cuidado e humanização no momento do parto:

> [...] nós resolvemos, com apoio do pessoal da educação permanente e da humanização, trabalhar justamente essa questão, nós estamos fazendo encontros com as gestantes justamente pra trabalhar a questão do parto humanizado. Dos mitos e verdades que estão em torno da cesárea e do parto normal [GCR regiões das pedras azuis e região das pedras vermelhas, 10/04/2014].

A portaria da RC guia-se por alguns componentes que se entrelaçam, como a própria rede, e seu uso deveria ocorrer a partir da realidade e de acordo com o momento de cada gestante ou mãe, e do contexto no qual ele se insere, o que, muitas vezes, não ocorre. Esse rizoma heterogêneo envolve concomitantemente pré-natal, parto, puerpério e acompanhamento da criança, e pode portar olhares e projetos distintos tanto dos trabalhadores, gestores e dos usuários, levando a diferentes direções.

Essas direções são guiadas pelo modelo de atenção que é peculiar a cada município, pois há regiões onde o atendimento e a porta de entrada de gestantes ocorrem pelo hospital, enquanto outros têm unidades de saúde da família, alguns já estruturados, outros ainda muito incipientes. Não podemos, portanto, render-nos ao instituído de homogeneização que se reproduz em nós, trabalhadores, e entender a RC no DRs como algo homogêneo. Nosso objetivo deveria ser o de compreender as necessidades locais com base em seu contexto social, político, de acordo com sua história, com os caminhos já trilhados e, principalmente, com o planejamento que está sendo construído, pensando a multiplicidade da saúde materno infantil.

Assim, se continuarmos a falar de diferença, o que esta experiência no GCR revelou-nos? A cada encontro, a RC e o GCR eram os mesmos e, ao mesmo tempo, diferentes, evidenciando as múltiplas facetas desse fazer coletivo, ao desencadear processos formativos também mutantes. Por exemplo, o movimento da adesão de alguns atores à proposta de alargamento, na direção de ampliação da rede e seus canais de comunicação, construindo um rizoma mutante com sua heterogeneidade e multiplicidade de lugares e funções: enfermeiros, médicos, dentistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, membros dos conselhos municipais, de outros pontos da rede como maternidade, vigilância epidemiológica, ambulatório de alto risco.

O entendimento dessa multiplicidade também esteve no convite feito aos gestores dos municípios: “Vocês estão entendendo que um ator importante a ser mobilizado, que é essa a

discussão, é o secretário municipal de saúde, para essa questão da organização da rede, [...] que precisa de até investir, não é?" [GCR região das pedras azuis e região das pedras vermelhas, 12/06/2014]. Um investimento importante do GCR foi o apoio aos seus integrantes no sentido de fortalecer o diálogo com os gestores por meio da cobrança de sua presença naquele espaço, com destaque para o papel da gestão do DRS, que, mobilizado pela implicação e pela responsabilidade técnica e política com a redução da mortalidade, investiu na inclusão do GCR na agenda dos gestores no Comitê Intergestores Regional (CIR).

O momento do encontro no GCR era importante para o grupo, como explicitado nesta fala: "Eu queria dizer isso, da importância que é a gente poder se encontrar para falar das coisas que a gente está fazendo, [...] Eu acho que esses encontros e enriquecimentos [...] de a gente reconhecer o que [...] o que a gente faz e o que a gente ainda precisa fazer" [GCR região das pedras amarelas, 12/06/2014]. Podemos entender que o integrante do GCR reconheceu, em seu processo de trabalho e na experiência de construção coletiva, os limites e desafios postos, como conciliar as agendas e comprometer-se com o encontro e com um espaço de gestão plural, onde era necessário desvencilhar-se de muitas máscaras e medos, ou até paranoias. para deixar-se ver e ouvir problemas, angústias e desarranjos, a fim de encontrar caminhos coletivos, o que pressupõe também ouvir e respeitar a presença do outro.

Além dos desafios no fazer gestão no SUS, foram despertados para novos sentidos e descobertas a partir do vivido ali. Uma resposta positiva em relação ao chamamento feito pelos seus integrantes expressou, também, um tom de motivação para enfrentar os desafios que estariam por vir. Assim, a construção da agenda dos trabalhadores e gestores, ao incluir o GCR, parece ter afetado o processo de implantação da RC, e, consequentemente, o processo de EPS dos participantes do processo.

A EPS esteve presente no GCR por meio de diálogos e no entendimento do sentido de rede pelo grupo de forma que o aprendizado acompanha sua operacionalização:

> Existe algo acontecendo nesta rede, no fluxo deste usuário dessa rede, que não está legal. Então, traz essa coisa, "O que a gente pensa de rede?" Que concepção que a gente está construindo aqui. O que é uma Rede Cegonha? O que é uma rede com diferentes pontos? Como esses diferentes se articulam? [GCR região das pedras amarelas, 10/07/2014].

Vimos um movimento de busca pelo entendimento do papel de cada um dos pontos de atenção e da corresponsabilidade própria do trabalho em rede, repensando o cuidado a fim de evitar a mortalidade materno infantil por meio da gestão do GCM, do fortalecimento do papel do gestor e da reflexão sobre a prática nos municípios.

Observamos uma reflexão significativa em todas as regiões, de acordo com suas singularidades, a partir da importância do GCR como espaço de diálogo entre os pontos de atenção e de reflexão sobre os nós críticos e enfrentamentos, e é dessa forma que sentimos que o GCR cumpre seu papel de espaço de EPS na produção da rede-rizoma: “E a experiência aqui é, vamos olhar para essa singularidade. A gente tem falado disso, e acho que ela traz uma riqueza, uma coisa da rede, do próprio conceito de rede que eu acho que a gente tem que ter” [GCR, plenária, 10/07/2014].

Considerações Finais

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na viagem por este mapa construído coletivamente, passamos por diferentes paisagens que nos afetaram e nos afectaram de diferentes formas. Vivemos momentos de aprendizado neste coletivo, que, por sua vez, mostraram-nos caminhos para o fortalecimento da rede cegonha por meio do diálogo, de uma postura crítica sobre o próprio trabalho na forma do alargamento do grupo, das bifurcações e conexões feitas entre os trabalhadores, entre os pontos da rede, nas disputas de saberes e fazeres, nas parcerias, nas interferências provocadas e percebidas, sem nos esquecermos, no entanto, das áreas de sombra, obscuros que ainda não puderam emergir, permanecendo como não-ditos.

Desafios para a valorização das singularidades que vivem e encontram-se neste GCR, elas são da região em sua diversidade, nos municípios, nas equipes de saúde e nos próprios trabalhadores. Gostaria de considerar, dentre os múltiplos movimentos, aqueles que expus como desejo desde o início nos objetivos deste trabalho, duas trilhas importantes que exploramos e têm muito da minha implicação e da orientadora : o GCR como espaço de EPS e a EPS para a institucionalização da rede cegonha, trilhas que estão também imbricadas uma na outra a todo o tempo.

A rede como trama subjetiva de afetos e afectos, com seus atores lidando com o reconhecimento de seu papel, fazendo novas conexões entre os pontos da rede para possibilitar a comunicação, o acesso, o cuidado à família. Esses movimentos de ativação de processos decisórios foram deflagrados, por vezes, a partir de uma vertente mais dura, com base apenas no protocolo e nas normativas, em uma relação hierárquica, caracterizando uma formação depositária e sem significado. Por outras vezes, ela se desvelou em participação, em escuta, em cooperação, pois houve também o reconhecimento dos movimentos de EPS, como ele se revela, seus olhos e sua língua, como ela se fez ouvir e falar pelos integrantes do GCR, como o aprendizado foi significativo e trilhou também linhas de fuga do instituído, ainda tímidos, mas importantes em suas singularidades e potencialidades de fazer a diferença nos municípios para o trabalhador e para os usuários, no anseio de alcançar a profecia inicial dessa rede, a saúde da família, da gestante e da criança.

Foi nosso desejo fazer dizer certas facetas de como o instituído e seus atravessamentos minaram forças instituintes e também como as forças instituintes permitiram a transversalidade, no grupo, na rede, no município, nos documentos, como a pesquisa-intervenção e a implicação dos pesquisadores possibilitou, ou não, processos de formação.

Nesse leque de desejos, ver e ouvir as fragilidades-potencialidades do território do DRS, da RC, da EPS fazem-nos borbulhar em incômodos e confortos que têm potência de movimento, de agir, de tomada de decisões, mas não por si só. Há necessidade, também, de apoio da gestão, municipal e regional, como vimos na aposta deste DRS, em propor não só um espaço de EPS, mas um lugar para dialogar, para cooperar, para fazer sentir as dificuldades do outro e compartilhar vivências e experiências.

Precisamos expor, também, os limites deste estudo, pois nosso olhar voltou-se para a instância regional, para o processo de trabalho no GCR, espaço onde os trabalhadores encontram-se e trazem as suas visões sobre seus municípios. Foram depoimentos sobre como é construir esta rede com apoio de uma instância-meio. No entanto, há uma demanda dos municípios para estudos que evidenciem a EPS localmente, os processos de trabalho nas equipes ou com a gestão municipal in loco, e, por que não, com o subsídio de uma pesquisa-intervenção, o que concordamos provocar mudanças em ato, provocar incômodos e reflexões em ato.

Lançando luz ainda ao vivido nesta experiência de pesquisa, podemos dizer que o movimento de EPS precisa ser coletivo. Um dos pontos nesta construção foi a gestão estadual disposta a deflagrar processos de formação participativos que se mostraram como caminho aberto e seguro, de forma que os trabalhadores sentiram a confiança em seu trabalho. A EPS com apoio da gestão como trilha possível! E a EPS com participação social? Senti muita falta desse ponto da rede, mais envolvido com as questões da formação; o convite à roda é sempre muito tímido e hierárquico nos municípios. E a EPS com participação de usuários pode ser uma trilha também possível!

A EPS construída pela formação e atenção, outros dois pontos de reforço dos processos formativos, caminham mais juntos no cotidiano. Nessa relação, há de se pensar as questões de implicação que entremeiam os fios da rede, pois há posturas diversas e concepções de EPS também diversas, há diposição para estar em coletivo e há inseguranças, medos e desafios, vistos nesta construção entre atenção, gestão e formação.

Os processos de formação no cotidiano do GCR caminharam com a coexistência de redes quentes e frias, houve tempos de mobilidade e de paralisação, percebemos, a todo o tempo, microprocessos de institucionalização; quando as regiões de saúde encontravam-se, havia escuta e também havia ouvidos cerrados, havia também curiosidade em viver uma nova forma de fazer gestão, de fazer saúde. Esse território abriga muitas potencialidades-fragilidades que merecem olhar atento, como os comitês de investigação de mortalidade materno infantil, os Grupos Condutores Municipais da Rede Cegonha que atuam ou que estão

em formação a nível local, a Política da Rede Cegonha sendo implementada por aqueles que vivem o GCR, os projetos de EPS sob coordenação da CIR e CIES, os grupos de apoio institucional, os grupos de humanização, os trabalhadores implicados com a saúde da mulher e da criança. Tudo isso move e paralisa, de tempos em tempos, uma dinâmica que, a seu tempo, provoca mudanças e que também se repete e, por isso, merece olhar atento, merece reflexão e ação. Diante da Rede-rizoma que se configura com seus pontos de conexão instáveis cada vez mais afinados, será possível permitir que o encontro fortaleça seus projetos e desejos de menos mortes maternas e infantis e de um atendimento mais humanizado e integral, o que se desenha como possibilidades para novos estudos e investigações potentes.

Referências

REFERÊNCIAS

AMADOR, F. S.; LAZZAROTTO, G. D. R.; SANTOS, N. I. S. Pesquisar-agir, pesquisar-intervir, pesquisar-interferir. *Rev. Polis Psique*, v. 5, n. 2, 2015. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/58180>. Acesso em: 10 set. 2015.

ARTMANN, E. *O planejamento estratégico situacional no nível local*: um instrumento a favor da visão multissetorial. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 2000. (Oficina social, 3: desenvolvimento social).

AUSUBEL, D. P. *The psychology of meaningful verbal learning*. New York: Grune and Stratton, 1963.

AVOLIO, J. C.; FAURY, M. L. *Michaeli:* Dicionário Escolar Francês [online]. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/escolar/frances/definicao/frances-portugues/arriver_15769.html.> Acesso em 25 set. 2015.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*: teoria e prática. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BAREMBLITT, G. *Introdução à Esquizoanálise*. 3. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2010.

BARRETO, M. R. N. Pro Matre: arquivo e fontes para a história da maternidade no Rio de Janeiro. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 295-301, 2011. Suplemento 1.

BARROS, M. E. B.; SILVA, F. H. O trabalho do cartógrafo do ponto de vista da atividade. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 339-355, 2013.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Lugar Comum*, n. 19-20, p. 159-171, 2009.

BARROS, F. C.; MATIJASEVICH, A.; REQUEJO, J. H. et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward millennium development goals 4 and 5. *Am J Public Health*, Birmingham AL, v. 100, n. 10, p: 1877–89, oct. 2010.

BASTIANI, C. et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol. Clín. Cient.*, Recife, v. 9, n. 2, p. 155-160, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/gestantes.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, jan. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29725>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev. Bras. Educ.*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, 2002.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Orgs.). *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (CADRHU).* Natal: EDUFRN, 1999. p. 261-268.

BRANDÃO, G. C. G.; OLIVEIRA, M. A. C. O processo de trabalho das equipes de saúde da família de Campina Grande – PB, Brasil, na perspectiva da educação permanente em saúde. *Indag. Didact.*, v. 5, n. 2, 2013. Disponível em: <http://revistas.ua.pt/index.php/ID/article/view/2493/2361>. Acesso em: 23 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher*: bases da ação programática. Brasília, 1984.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 569, de 1 de junho de 2000.* Estabelece princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, 2000.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Estatuto da criança e do adolescente:* Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991. 3. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento.* Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 198/04 de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em: 09 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:* princípios e diretrizes. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 21 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS*: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf.>. Acesso em: 08 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Curso de facilitadores de educação permanente em saúde*: orientações para o curso. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Regionalização solidária e cooperativa:* orientações para sua implementação no SUS. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências, Brasília, 2007a. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria2007.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Redes regionalizadas de atenção à saúde*: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação. Versão para debate. Brasília, nov. 2008a. p. 54. Mimeografado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *O HumanizaSUS na atenção básica*. Brasília, 2009a. (Série B. Textos básicos de saúde).

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, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. 2. ed. Brasília, 2009c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Conceitua e estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Site SISPRENATAL*. 2010b. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>. Acesso em: 16 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre o os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 out. 2011b. Seção 1, p. 69.

BRASIL. SILVA, M. C.; BARBOSA, T. (Coords.). *Estudo sobre as políticas públicas de proteção à saúde infantil e materna no Brasil*: um olhar especial para os filhos de mães adolescentes. Recife: Visão Mundial Brasil, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Formulário de inscrição inovasus 2014.* 2014. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulário.php>. Acesso em: 07 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico Sífilis 2015*, Brasília, ano 4, n. 1, 2015a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58033/_p_boletim_sifilis_2015_final_pdf_p__15727.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2015.

BRASIL. *PPSUS*: Programa Pesquisa para o SUS. 2015b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sctie/ppsus>. Acesso em: 14 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dimensão "Atenção à Saúde" - 2a fase*. 2015c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude2fase.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2015.

CALVINO, I. *Seis propostas para o próximo milênio*. 1ª ed. Tradução Ivo Barroso. São Paulo: Companhia das letras, 1990.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E, ONOCKO, R. (Org.*). Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. 229-266.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho**.** *Saúde Soc.*, v. 18, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29529/0>. Acesso em: 28 jul. 2014.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Rev. Serviço Público – RSP*, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n.4, p. 975-986, out/dez 2005. Disponível em: **<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010420>** . Acesso em: 22 set. 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2013.

CECÍLIO, L. C. O. *Conferência em vídeo proferida no VI Seminário Internacional de Atenção Básica, realizado no Rio de Janeiro, de 29/07/2012 a 01/08/2012.* 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=OoFrZpLJdzA>. Acesso em: 25 nov. 2015.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* 8. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2009. p. 117-130.

CECÍLIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (Orgs.). *Os mapas do cuidado*: o agir leigo na saúde. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2014.

CELLARD, A. A Análse documental In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa*: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução Ana Cristina Arantes Nasser. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 295-316.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 4, 1967, Brasília. *Anais*... Brasília: Ministério da Saúde, 1967.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Rede Cegonha.* Brasília: CONASS, 2011.

CUNHA, A. A. G.; DORNA, L. B. H.; RODRIGUES, H. B. C. Uma contribuição à história da Análise Institucional no Brasil através de depoimentos orais: o Setor de Psicologia Social da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) nas décadas de 1960 e 1970. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 2-11, 2006.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc*., v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf.>. Acesso em: 27 mar. 2015.

DELEUZE, G. *Conversações*: 1972-1990. Tradução Peter Pelbart. Rio de Janeiro: Ed 34, 1992.

DELEUZE, G. *Diferença e repetição.* Tradução Luiz Orlandi e Roberto Machado. Lisboa: Relógio d'Água, 2000.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs*: capitalismo e esquizofrenia. Tradução Aurélio Guerra Neto e Celila Pinto Costa. São Paulo: Ed 34, 1995. v. 1.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs*: capitalismo e esquizofrenia. Tradução Aurélio Guerra Neto et al. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. v. 3.

DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. Tradução Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.

EPS EM MOVIMENTO. *Todo mundo faz Gestão*. 2014a. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/todo-mundo-faz-gestao/>. Acesso em: 16 jun. 2015.

EPS EM MOVIMENTO. *Entrada, Apresentação.* 2014b. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/entrada-apresentacao/>. Acesso em: 15 jul. 2015.

FERLA, A. A. et al. *Caderno de textos do VER-SUS/ Brasil.* Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1541-1552, 2009. Suplemento 1.

FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F. G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4457-4466, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso da mudança na educação médica:* processos e resultados. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde*: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o cuidado em saúde).

FIGUEREDO, R. C. et al. Desafios e perspectivas na educação permanente em saúde desenvolvida na atenção primária: uma revisão bibliográfica. *Rev. Cient. ITPAC*, Araguaína, v. 7, n. 4, pub. 8, out. 2014.

FORTUNA, C. M. *Cuidando de quem cuida:* notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção de vida. 2003. 197f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FORTUNA, C. M. et al. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 19, n. 3, 2011a. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421956018>. Acesso em: 29 out. 2015.

FORTUNA, C. M. et al. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 19, n. 2, mar.-abr. 2011b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_25>. Acesso em: 28 jul. 2014.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 27. ed. São Paulo: Graal, 2013.

FRANCO, C. M. *A concepção problematizadora*: uma didática para a educação permanente em saúde. 2010. 72 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: O caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP). In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. *O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 135-60.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FREIRE, P. *Pedagogia da esperança*. Um reencontro com a pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia:* saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FUNDAÇÃO UNI. *Quem somos nós*. 2015. Disponível em: <http://www.fundacaouni.org.br/quem_somos/historia>. Acesso em: 11 ago. 2015.

GIOVANNI, M. D. *Rede cegonha:* da concepção à implantação. 2014. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2013. Disponível em:<http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/410>. Acesso em: 19 out. 2015.

GUATTARI, F. *Revolução molecular*: pulsações políticas do desejo. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GUATTARI, F. *Caosmose:* um novo paradigma estético. Tradução Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica*: cartografias do desejo. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

HESS, R. Do efeito Mühlmann ao princípio de falsificação: instituinte, instituído, institucionalização. *Mnemosine*, v. 3, n. 2, p. 148-163, 2007. Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/viewFile/120/pdf_109>. Acesso em: 09 set. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico - 2000 - Taxas de Mortalidade Infantil – Preliminares*. 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/08052002fecundidade.shtm>. Acesso em: 06 ago. 2015.

IOMMI ECHEVERRÍA, V. Girolamo Fracastoro y la invención de la sífilis. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*, v. 17, n. 4, p. 877-884, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17n4/02.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 263-280, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2015.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a19v08n1.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2015.

L'ABBATE, S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.

L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). *Análise institucional e saúde coletiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2013.

LÉVI-STRAUSS, C. *O pensamento selvagem*. São Paulo: Nacional, 1970.

LÉVY, A. A mudança: esse obscuro objeto do desejo. In: MACHADO, M. N. M. et al. (Orgs.). *Psicossociologia. Análise social e intervenção.* 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 121-132.

LINS, A. M.; CECÍLIO, L. C. O. O Programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação. *Interface* (Botucatu), v. 2, n. 3, p. 87-106, 1998.

LODDI, L.; MARTINS, R. A cultura visual como espaço de encontro entre construtor e pesquisador bricoleur. In: *Laboratório de Artes Visuais.* Goiás: Centro de Educação UFSM. Góias, 2010. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/lav/noticias1_arquivos/A%20cultura%20Visual.pdf>. Acesso em: 29 out. 2015.

LOURAU, R. *L'instituant contre l'institué*. Paris: Anthropos, 1968.

LOURAU, R. *René Lourau na UERJ*: análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1993.

LOURAU, R. *A análise institucional*. Tradução Mariano Ferreira. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *A pesquisa em educação*: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2013.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. *Rev. Min. Enf.*, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003.

MARCHAT, J. F. Análise institucional e sócio-história. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). *Análise institucional e saúde coletiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 105-129.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática ou sobre a prática da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2009. p. 43-68.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface* (Botucatu), v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 19, n. 1, jan-fev 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2014.

MATUMOTO, S. et al. Projeto de pesquisa: o processo de implantação da rede de atenção à saúde materno infantil do DRS III de Araraquara: a atenção básica como ordenadora da atenção em rede. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto de Saúde. *Marco Zero PPSUS-SP*: apresentação dos projetos aprovados no PPSUS-SP 2012: caderno de resumos. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/pdfs-em-geral/ppsus_marcozero.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2015.

MATUS, C. *Política, planificação e governo.* Brasília: IPEA, 1996.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010

MENDES GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde*: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992. [Cadernos CEFOR – Textos 1].

MENDES GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. O *desafio da tutela e da autonomia:* uma tensão permanente do ato cuidador. 1998. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-22.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2015.

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

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface* (Botucatu), v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

MERHY, E. E. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014a.

MERHY, E. E. Todos os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e a produção do cuidado. In: MERHY, E. E. *Saúde*: cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014b. Apêndice 3, p. 149-178.

MERHY, E. E. *Educação permanente em saúde em movimento*: uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde. Porto Alegre: [s.n.], 2013.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). *Praxis en salud*: un desafio para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. *Desafios para os gestores do SUS, hoje:* compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. 2002. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>. Acesso em: 21 out. 2015.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, feb. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-91020140001001 70&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 nov. 2015.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2015.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MISHIMA, S. M. et al. Projeto de educação permanente em saúde de fortalecimento da atenção básica nos municípios do Departamento Regional de Saúde III (DRS III) – Araraquara - análise e perspectivas. In: BORTOLI, M. C. (Org.). *PPSUS-SP*: experiências exitosas 2015. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 64-65. Disponível em: <https://madmagz.com/magazine/614158#/page/64>. Acesso em: 15 dez. 2015.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2008.

MONCEAU, G. (Org.). *L'analyse institutionnelle des pratiques*. Une socioclinique des tourments institutionels au Brésil et en France. Paris: L' Harmattan, 2012.

MONCEAU, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). *Análise institucional e saúde coletiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 91-103.

MOREIRA, M. A. *Aprendizagem significativa crítica*. 2. ed. Porto Alegre: Instituto de Física da UFRGS, 2010.

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, v. 24, n. 1, p. 44-55, 2004.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NASCIMENTO, F. D. *Práticas de educação permanente implementadas nos serviços de saúde no Brasil à luz dos preceitos político e conceitual de educação permanente em saúde.* 2013. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

NOGUEIRA, A. C. C.; OLIVEIRA, L. M.; PIMENTEL, V. O profissional da saúde e a finitude humana. A negação da morte no cotidiano profissional da assistência hospitalar. *Textos Contextos*, Porto Alegre, n. 6, p. 1-11, dez. 2006.

OGATA, M. N. et al. Concepções dos coordenadores regionais sobre o processo de desenvolvimento do Projeto Fortalecimento da Atenção Básica. *Saúde Soc*., São Paulo, v. 20, p. 57-8, out. 2011. Suplemento 1. Anais do 12o Congresso Paulista de Saúde Pública, 2011.

OLIVEIRA, E. C. et al. Atendimento odontológico a gestantes: a importância do conhecimento da saúde bucal. *Rev. Inic. Cient. Univ. Vale Rio Verde*, Três Corações, v. 4, n. 1, p. 11-23, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Indicadores básicos de saúde no Brasil*: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa – 2 ed. Brasília: OPAS, 2008, 349p.

PAIM, J. S. Comentário. O Plano Nacional de Saúde de 1967 e os planos de saúde, hoje: algo em comum. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. 3, p. 386-8, 2006.

PARENTE, A. *Tramas da rede*. Novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação. Porto Alegre: Sulina, 2004.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia*: *Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan.-abr. 2000.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009a. p. 17-31.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009b. p. 150-171.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009c.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 185-194, 2011.

PEDROSO, V. G. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. *Mundo Saúde*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 88-93, 2005.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface* (Botucatu), v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PÉLBART, P. P. *Relato da conferência "Como viver só", proferida por Peter Pal Pélbart, em 04 de agosto de 2006 na 27ª Bienal de São Paulo "Como viver juntos"*. Transcrição por Sérgio Basbaum. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.forumpermanente.org/event_pres/simp_sem/semin-bienal/bienal-vida/vida-doc/conf6>. Acesso em: 24 nov. 2015.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso na pesquisa historiográfica. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, n. 114, p.179-195, 2001.

PINTO, E. E. P. et al. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito santo. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 77-96, 2010.

REDE UNIDA. *Nossa História.* 2015. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/rede-unida/nossa-historia>. Acesso em: 30 nov. 2015.

RODRIGUES, H. B. C. Sejamos realistas, tentemos o impossível. Descaminhando a psicologia através da análise institucional. In: JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. *História da psicologia*: rumos e percursos. Rio de Janeiro: NAU, 2006. p. 515-563.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental*: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicol. Soc*., Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009.

ROSCHKE, M. A. *Aprendizagem e conhecimento significativo nos serviços de saúde.* Washington: OPS/OMS, 1997. 44p. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/aprendizagemeconhecimentosignificativonosservicosdesaude.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 151-164, 2001.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Rev. Adm. Empres*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 64-80, 2008.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.

SÃO PAULO (Estado). *Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006.* Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. São Paulo: SES, 2006.

SÃO PAULO (Estado). *Deliberação CIB 198, de 18 de outubro de 2007.* São Paulo: Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo, 2007. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/legislacao/0001/DeliberacaoCIB_2007_00198.pdf> Acesso em: 17 set. 2013.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*. São Paulo: SES, 2008.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Plano Estadual de Saúde 2012-2015*. São Paulo: SES, 2012.

SATO, W. N. D. S.; CECÍLIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R. A educação permanente em saúde como estratégia de formação de gestores municipais: o Fórum de Educação Permanente de Bragança Paulista. *Cad. Gestão Pública Cidad*, São Paulo, v. 14, n. 55, p. 43-62, 2009.

SAVIANI, D. *Educação:* do senso comum à consciência filosófica. 18. ed. Campinas: Autores Associados, 2009.

SAVOYE, A. Analyse institutionnelle et recherches socio-historiques: quelle compatibilité ? *L'Homme et la Société*, Paris, França, v. 1, n. 147, p. 133-150, 2003.

SAVOYE, A. Análise institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 181-193, 2007.

SILVA, L. A. A. et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Texto contexto - enferm*., Florianópolis , v. 20, n. 2, p. 340-348, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0707 2011000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 nov. 2015.

SMAHA, I. N.; PAULILO. M. A. S. A Trajetória da Educação Permanente em Saúde e a experiência da 20ª Regional de Saúde. In: I Seminário Nacional Sociologia e Política UFPR 2009-, 2009, Curitiba. I Seminário Nacional Sociologia e Política UFPR 2009.

SOUZA, R. B. Articulador de humanização em cena: o diferencial para a capilarização das políticas de humanização nacional e estadual nos territórios. *Blucher Medical Proceedings*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 205-208, 2014. Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde, 2014.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das Políticas de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WORLD BANK. UNICEF. *United Nations Population Fund. Trends in maternal mortality*: 1990 to 2010. Geneva, 2012.

ZANIANI, E. J. M. *Sob os auspícios da proteção:* Moncorvo Filho e a higienização da infância. 2008. 158f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2008.

ZANOTTO, M. A. C.; DE ROSE, T. M. S. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 45-54, jan./jun. 2003.

ZOURABICHVILI, F. *O vocabulário de Deleuze*. 2. ed. Tradução André Telles. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

Apêndice

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a)Sr(a):_____

Estamos convidando o(a) senhor (a) a participar da pesquisa *O processo de implantação da Rede Cegonha no DRS III de Araraquara: a atenção básica como ordenadora da atenção*, sob a responsabilidade de pesquisadores da USP, UFSCar e DRS III de Araraquara.

A pesquisa tem por objetivo acompanhar e analisar o processo de implantação das redes de atenção à saúde materno infantil no DRS III de Araraquara, tendo a atenção básica como ordenadora da atenção.

Caso concorde, sua participação inicia permitindo a inclusão de dois ou três pesquisadores no grupo condutor regional, do qual o(a) senhor(a) faz parte, e que é responsável pela implantação da rede de atenção materno infantil no âmbito da região de saúde a qual seu município pertence. Dentre os pesquisadores não estarão presentes os pesquisadores da DRS III, evitando constrangimento devido a relação de autoridade. A presença dos pesquisadores neste grupo de trabalho fará com que todos os participantes produzam juntos estratégias para o processo de implantação e a isso damos o nome de pesquisa-intervenção. Estão previstos no período de doze meses, dez encontros deste grupo de trabalho com a participação dos pesquisadores. O local dos encontros será a própria DRS III de Araraquara, onde habitualmente estes acontecem. A duração dos encontros será de cerca de duas a três horas, de acordo com programação previamente divulgada pelo DRS III. Os encontros serão gravados em mídia digital para transcrição em outro momento e os pesquisadores farão anotações em cadernos durante a reunião. Todo esse material registrado estará a sua disposição no momento em que desejar e serão destruídos após o uso na pesquisa.

As informações/ opiniões emitidas pelo(a) senhor(a) serão tratadas de forma anônima no conjunto das demais pessoas que participarem do estudo. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento, e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Ressaltamos que durante a participação o(a) senhor(a) terá como possível risco, o desconforto ao se deparar com situações difíceis do seu trabalho e ter que analisá-las com os demais participantes, podendo por vezes identificar lacunas em seus conhecimentos e habilidades para realizá-lo. Outro desconforto ao qual estará exposto(a) será o de expressar sua opinião e também ouvir os presentes no grupo, o que poderá causar tensões, especialmente se houver diferenças de opiniões entre os participantes. Em caso de desconforto, solicitamos preferencialmente que o manifeste no próprio grupo, pois esse desconforto poderá ser também de outros participantes, e assim o problema ou dificuldade poderá ter uma solução no próprio grupo, ou seja, os pesquisadores utilizarão estratégias de mediação para a superação das dificuldades identificadas, amenizando os possíveis desconfortos e também promoverão atualização de conhecimentos identificados como necessários. Ou, sugerimos que o manifeste particularmente ao pesquisador que estiver presente no encontro, ou ainda, à coordenadora da pesquisa através dos telefones abaixo indicados, para as devidas providências.

A participação na pesquisa lhe proporcionará benefícios através da vivência grupal com uso de algumas ferramentas que facilitam o trabalho, tais como o diálogo, comunicação e enfrentamento de obstáculos. O(A) senhor(a) poderá se apropriar de conceitos e instrumentos de

trabalho a serem construídos pelo grupo para implantação e implementação da Rede Cegonha na sua região de saúde, facilitando também o trabalho em seu município de origem. Indiretamente, sua participação contribuirá com a produção de conhecimento sobre o processo de constituição de redes de atenção à saúde no SUS.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em eventos científicos como congressos, publicação em revistas científicas e para os trabalhadores da DRS III de Araraquara e dos municípios de sua área de abrangência.

Se o(a) Sr(a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhuma despesa financeira.

Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) Sr(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com os pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com os pesquisadores o(a) Sr(a) poderá fazê-lo pelos telefones (016) 3602-3391 – EERP-USP ou (016) 981731846, Profa. Dra. Silvia Matumoto; (016) 33518111 – UFSCAr, Profa. Dra. Marcia Niituma Ogata; (016) 3301-1868– DRS III de Araraquara, Sra. Monica Vilchez da Silva e solicitar para falar com os pesquisadores. Caso concorde em participar, uma via deste termo de consentimento assinada será entregue ao o(a) Sr(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, Protocolo nº____. Caso tenha necessidade, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, pelo telefone (016) 36023386, nos dias úteis, das 8:00 às 17:00 horas.

Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimentos em saúde.

Profa. Dra. Silvia Matumoto

Coordenadora da Pesquisa
Professor doutor junto ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde
Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Contatos: (16) 3602-3476 ou (016) 3602-3391 ou (016) 981731846
Av. Bandeirantes, 3900. Campus USP. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto-SP
smatumoto@eerp.usp.br

u _____, aceito participar da pesquisa *O processo de implantação das redes de atenção à saúde materno infantil no DRS III de Araraquara: a atenção básica como ordenadora da atenção em rede.*

Ribeirão Preto, ___de_____ de 2014.

Assinatura do participante_____

Anexos

ANEXOS

ANEXO A

Termo de Autorização para acesso a Documentos para fins de pesquisa

Ilma Srª Diretora do Departamento Regional de Saúde (DRS) III de Araraquara – São Paulo,

Eu Luana Pinho de Mesquita, pesquisadora do projeto de pesquisa intitulado *O Grupo Condutor Regional como espaço de Educação Permanente em Saúde para Institucionalização da Rede de atenção Materno infantil*, venho por meio deste, solicitar autorização de acesso e utilização do documento Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde das quatro regiões de saúde do DRS III Araraquara – São Paulo para fins de análise de pesquisa. Este estudo é parte integrante do projeto de Pesquisa: "*O processo de implantação da rede de atenção à saúde materno infantil no Departamento Regional de Saúde (DRS) III de Araraquara*: a atenção básica como ordenadora da atenção em rede", aprovado no edital FAPESP/PPSUS 2012/51827-0.

Informo que os dados a serem coletados serão utilizados para a caracterização das ações de EPS propostas para as quatro regiões de saúde do DRS III de Araraquara– São Paulo, um dos objetivos propostos neste estudo.

Atenciosamente,

Luana Pinho de Mesquita

Pesquisadora Pós-graduanda do Programa de Mestrado em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP

Autorizo

04/09/14

MARIA TERESA LUZ EHD DA SILVA
Diretor Técnico de Saúde III
RG. 6.167.728 - DRS - III

ANEXO B

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602 3382 - 55 16 3602 3381 - Fax: 55 16 3602 0516
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 185/2014

Ribeirão Preto, 22 de outubro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que as mudanças no projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 22 de outubro de 2014.

Protocolo CAAE: 23143613.3.0000.5393

Projeto: O processo de implantação da Rede Cegonha no DRS III de Araraquara: a atenção básica como ordenadora da atenção.

Pesquisadores: Silvia Matumoto

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Silvia Matumoto
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP