

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO-MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Gisele Santin

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS ESTÁGIOS DE VIVÊNCIA NO SUS:
TRAÇANDO LINHAS DE SUBJETIVAÇÃO**

Santa Cruz do Sul

2013

Gisele Santin

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS ESTÁGIOS DE VIVÊNCIA NO SUS:
TRAÇANDO LINHAS DE SUBJETIVAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação - Mestrado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa em Identidade e Diferença na Educação, Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof.^a Dra. Betina Hillesheim

Santa Cruz do Sul

2013

Gisele Santin

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS ESTÁGIOS DE VIVÊNCIA NO SUS:
TRAÇANDO LINHAS DE SUBJETIVAÇÃO**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado; Área de Concentração em Educação; Linha de Pesquisa em Identidade e Diferença na Educação, Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Dra. Betina Hillesheim
Professora Orientadora – UNISC

Dra. Anita Guazzelli Bernardes
Professora examinadora – UCDB

Dra. Fernanda Spanier Amador
Professora examinadora - UFRGS

Dr. Mozart Linhares da Silva
Professor examinador - UNISC

Santa Cruz do Sul

2013

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização deste trabalho. Especialmente, minha orientadora professora *Betina Hillesheim* que sempre esteve disponível para acompanhar esta escrita e, principalmente, para me acalmar nos momentos de angústia que se fizeram presentes durante esta trajetória. Sua amizade e serenidade foram fundamentais neste processo.

Aos meus pais, *Neusa e Luiz Carlos*, que sempre me incentivaram nas minhas decisões. Os verdadeiros mestres da minha vida.

Ao *Gustavo*, pelo incentivo e carinho dedicados.

Agradeço a parceria e amizade das minhas colegas de mestrado da Linha de Pesquisa Identidade e Diferença na Educação, em especial, *Luciana Schwengber e Patrícia Revelante*, sempre presentes para compartilhar as dificuldades e também as boas risadas.

Aos professores da Linha de Pesquisa Identidade e Diferença na Educação: *Mozart Linhares da Silva e Cláudio José de Oliveira*, e a secretária do Programa *Daiane Isotton*, sempre disponível nestes dois anos de mestrado.

À professora e amiga *Teresinha Klafke*, uma das grandes responsáveis por esta escrita existir, obrigada pela parceria desde a graduação.

Às colegas e amigas do *GETESC* que acolheram a proposta desta dissertação, obrigada pela confiança, vocês terão sempre minha amizade e admiração.

Aos *versusianos* que participaram do VER-SUS/Brasil CIES 13, que tornaram esta vivência singular e que me acolheram durante as duas semanas do projeto. Muito obrigada!

Agradeço também a CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – pela bolsa de estudos que permitiu a realização do sonho de fazer mestrado.

Devemos não somente nos defender, mas também nos afirmar, e nos afirmar não somente enquanto identidades, mas enquanto força criativa.

Michael Foucault

RESUMO

A presente dissertação apresenta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como um dispositivo de subjetivação dos trabalhadores da saúde. A referida Política se constitui em uma proposta do Ministério da Saúde para a reorientação da formação profissional em saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. A pesquisa utilizou-se da cartografia para acompanhar o processo de produção de subjetividade no campo de pesquisa. A produção de dados se deu através da participação do Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil CIES 13), bem como a participação em encontros regionais e estaduais sobre educação permanente em saúde. Constituiu-se como questão central a análise dos modos de subjetivação dos trabalhadores da saúde, no constante tensionamento entre governamento e práticas de liberdade produzidas através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Para tal, foram utilizados conceitos do chamado segundo e terceiro domínio de Michel Foucault, bem como de Gilles Deleuze. Buscou-se colocar em evidência as rupturas nas formas de poder sobre a vida, e entendê-lo como algo que produz e que permite a resistência, sendo que, desta relação, emergem outros modos de subjetivação. Deste modo, discute-se como é possível transpor a linha do poder, encontrando os pontos de resistência e de criação de novas estéticas da existência, mesmo sabendo que este é um movimento constante de fuga e captura. Entretanto, compreende-se que este é o movimento da vida, no qual os sujeitos buscam uma nova ética e estética da educação e do trabalho em saúde, uma ética para com suas implicações, seus desejos, suas relações.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Permanente em Saúde. Subjetivação. Governamento. Práticas de Liberdade.

ABSTRACT

The present dissertation presents The National Policy of Permanent Education in Healthcare as a device of subjectification of health workers. The policy mentioned constitutes in a proposal of the Healthcare Ministry to reorientation of professional formation in healthcare according to the principles of National Health System (SUS). The research used cartography to keep track of the process of the production of subjectification in the field searched. The production of data occurred through participation in the Project Experiences and Internships in National Health System (Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) (CIES VER-SUS/Brasil 13), as well as participation in regional and state meetings about permanent education in healthcare. It has been established as the central matter the analysis of manners of subjectivity of healthcare workers in constant tensioning between ruling and practices of freedom produced by the National Policy of Permanent Education in Healthcare. To this end, we have used concepts of so-called second and third domain of Michel Foucault as well as Gilles Deleuze. We have sought to put into evidence the ruptures in the forms of power over life and understand it as something that produces and allows the resistance, and, in this regard, other forms of subjectivity emerge. Thus, we discuss how you can cross the line of power, finding the points of resistance and creation of new forms of existence, even though this is a constant movement of escape and capture. However, it is understood that this is the movement of life, in which subjects seek a new ethics and aesthetics of education and healthcare work, an ethic towards their implications, their desires, and their relationships.

Keywords: Permanent Education in Healthcare. Subjectification. Ruling. Practices of Freedom.

RESUMEN

La presente disertación presenta la Política Nacional de Educación Permanente en Salud como un dispositivo de subjetivación de los trabajadores de la salud. La referida Política se constituyó en una propuesta del Ministerio de la Salud para la reorientación de la formación profesional en salud de acuerdo con los principios del Sistema Único de Salud. La investigación se utilizó de la cartografía para acompañar el proceso de producción de subjetividad en el campo de investigación. La producción de datos se dio a través de participación del Proyecto Vivencias y Prácticas en la Realidad del Sistema Único de Salud (VER-SUS/BRASIL CIES 13), bien como la participación en encuentros regionales y estaduales sobre educación permanente en salud. Se constituyó como cuestión central el análisis de los modos de subjetivación de los trabajadores de la salud en la constante tensión entre gobierno y prácticas de libertad producidas a través de la Política Nacional de Educación permanente en Salud. Para tal, fueron utilizados conceptos del llamado segundo y tercer dominio de Michel Foucault, bien como de Gilles Deleuze. Se trató de poner en evidencia las rupturas en las formas de poder sobre la vida, y comprenderlo como algo que produce y que permite la resistencia, siendo que, de esta relación, emergen otros modos de subjetivación. De este modo, se discute como es posible transponer la línea de poder, encontrando los puntos de resistencia y de creación de nuevas estéticas de la existencia, mismo sabiendo que este es un movimiento constante de escape y captura. Entretanto, se comprende que este es un movimiento de vida, en el cual los sujetos buscan una nova ética y estética de la educación y del trabajo en salud, una ética para con sus implicaciones, sus deseos, sus relaciones.

PALABRAS CLAVE: Educación Permanente en Salud. Subjetivación. Gobierno. Prácticas de Libertad.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 VIDA E POLÍTICA: NOVAS FORMAS DE PODER E RESISTÊNCIA.....	15
2.1 Cartografias da formação em saúde: entre o poder e a resistência.....	18
2.2 Educação Permanente em Saúde: novas rupturas na formação em saúde.....	26
3 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS ESTÁGIOS DE VIVÊNCIA NO SUS.....	37
3.1 Movimento Estudantil: um caminho para a educação permanente em saúde.....	39
3.2 O VER-SUS na UNISC.....	43
4 TRAÇADOS CARTOGRÁFICOS: PESQUISA E IMPLICAÇÃO.....	46
4.1 Pesquisa cartográfica: que método é esse?.....	46
4.2 Entre versusiana e pesquisadora: alguns deslocamentos.....	50
4.3 De malas prontas para mais um VER-SUS.....	58
5 TRAÇANDO LINHAS DE SUBJETIVAÇÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E GOVERNAMENTO.....	62
5.1 Governamentalidade biopolítica e produção de subjetividades.....	62
5.2 Educação Permanente em saúde e o empreendedor de si: governando subjetividades.....	67
5.3 Além das subjetividades neoliberais.....	73
6 TRAÇANDO LINHAS DE SUBJETIVAÇÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E PRÁTICAS DE LIBERDADE.....	75
6.1 Subjetivação: quando o sujeito dobra a força sobre si.....	76
6.2 A escolha tem algo de nós, somos especialistas de nós mesmos.....	80
6.3 É apostar naquilo que tem potência, na saúde.....	87
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS.....	96

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação *Educação Permanente em Saúde e os Estágios de Vivência no SUS: traçando linhas de subjetivação*, apresenta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como um dispositivo de subjetivação dos trabalhadores da saúde. A referida Política se constitui em uma proposta do Ministério da Saúde para a reorientação da formação profissional em saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Há pouco mais de duas décadas da criação do Sistema Único de Saúde, muitos ainda são os desafios enfrentados para a sua operacionalização como um sistema universal e integral. Entre estes desafios está a formação profissional em todos os níveis de escolaridade, desde a formação técnica até a pós-graduação e a constante educação em serviço. Este tema tem sido pauta de discussão em espaços diversos e nos últimos anos foram muitas as iniciativas por parte dos gestores, das instituições de ensino, do movimento estudantil e dos próprios trabalhadores em busca da formação profissional em saúde, voltada para a integralidade da atenção com compromisso social, ético e político.

Para atender a esta demanda de formação e a necessidade de consolidação do Sistema Único de Saúde, que preconiza desde sua criação a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, o Ministério da Saúde criou no ano de 2003 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Esta tem o objetivo de organizar, em nível nacional, uma política de formação e desenvolvimento para os profissionais da saúde em todos os níveis educacionais e, especialmente, dar ênfase à formação em serviço e à mudança de perfis subjetivos dos trabalhadores.

A Educação Permanente em Saúde, enquanto estratégia de mudanças na formação, foi se constituindo ao longo do processo da Reforma Sanitária Brasileira e da construção da Saúde Coletiva durante a década de 1980, sendo fortemente disseminada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) desde a década de 1970. Seu corpo teórico e conceitual foi concebido com a influência da Educação Popular, do Movimento Institucionalista e também de experiências concretas desenvolvidas por trabalhadores da saúde (CECCIM, 2005).

Um dos diferenciais da Educação Permanente em Saúde em relação às propostas de formação tradicional é a abordagem da formação e gestão do trabalho em saúde, não como “questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas (BRASIL, 2004a, p. 11). Ou seja, o foco do investimento não é o aprimoramento técnico, mas sim a subjetividade do trabalhador.

Deste modo, é preciso considerar que no momento em que o Estado toma o trabalhador da saúde como foco de uma política pública, esta população passa a ser alvo de práticas de governo, pelas quais é constituída e subjetivada. Práticas de governo estão aqui relacionadas à função do governo em operar de modo que se produza o máximo de riquezas possíveis, fornecendo às pessoas o máximo de substâncias possíveis (FOUCAULT, 2003a), de maneira que todo o corpo social seja passível de se tornar objeto de governo¹.

No entanto, estas mesmas práticas que operam no sentido de governar as condutas, também podem ser compreendidas como produtoras de novas formas de subjetivação. Como apontam Bernardes e Hillesheim (2012, p. 367) “pensar nesta direção significa subverter a noção de que as políticas públicas operem apenas como estratégias de normalização do corpo social, mas pensá-las como políticas de potência, que possibilitem a emergência de novas formas de subjetivação”.

Para Foucault, a subjetivação² é entendida como o “processo pelo qual se obtém a constituição de um sujeito, mais precisamente de uma subjetividade, que evidentemente não passa de uma das possibilidades dadas de organização de uma consciência de si” (2004a, p. 262). Indo ao encontro das formulações de Foucault, Deleuze (1991) coloca que “a subjetivação se faz por dobra” (p. 111), ou seja, pela ação do sujeito sobre si mesmo.

Sendo assim, constituiu-se como questão central a análise dos modos de subjetivação dos trabalhadores da saúde no constante tensionamento entre governo e práticas de liberdade produzidas através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Para me auxiliar neste estudo, abri a *caixa de ferramentas* de Foucault e Deleuze (cf. FOUCAULT, 2007), onde encontrei elementos que me afetaram a pensar nos modos de subjetivação dos trabalhadores da saúde. Foram utilizados conceitos dos chamados segundo e terceiro domínio de Foucault, ou seja, do poder e da ética, bem como conceitos de Deleuze. Para Deleuze (1992),

os conceitos não são dados prontos, eles não pré-existem: é preciso inventar, criar os conceitos, e nisso há tanta criação e invenção quanto na arte ou na ciência. Criar novos conceitos que tenham uma necessidade, sempre foi essa a tarefa da filosofia. [...] Um conceito é cheio de uma força crítica, política e de liberdade. É justamente a potência do sistema que pode, só ela, destacar o que é bom ou ruim, o que é novo ou não, o que está vivo ou não numa construção de conceitos (DELEUZE, 1992, p. 46).

¹ Ao longo da dissertação, faço uso dos termos governamentalidade e governo. O termo governamentalidade foi criado por Foucault (2008a) para designar o conjunto de técnicas que permitem o exercício do poder que tem por alvo principal a população. O termo governo foi proposto por Veiga-Neto (2005) para fazer referência à ação ou ato de governar que independe do governo enquanto Estado ou instituição, mas sim, que está ligado a arte de governar disseminada nas relações sociais.

² Este conceito será melhor desenvolvido no capítulo 6.

Para realizar uma pesquisa que teve como objetivo acompanhar os modos de produção de subjetividade a partir de uma política de formação de trabalhadores da saúde, foi necessário um método que permitisse a criação, a mudança de rumos, a emergência de novas possibilidades a qualquer momento e, principalmente, que permitisse acompanhar o fluxo do processo no qual as subjetividades são produzidas, pois “os fenômenos de produção de subjetividade possuem como características o movimento, a transformação, a processualidade” (KASTRUP; BARROS, 2010, p. 76). Desta forma, esta pesquisa se utiliza do *método* da cartografia proposto por Deleuze e Guattari. Cartografar é como desenhar um mapa, sendo que “o mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente” (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 22). O método não é entendido de maneira linear, como algo rigoroso e fechado que pretende chegar a resultados finais que dirão a verdade sobre o objeto de estudo. A proposta cartográfica visa romper com as linearidades, tratando-se sempre do acompanhamento dos processos. A cartografia tem como objetivo acompanhar processos, ao invés de representar objetos, tratando-se sempre da investigação dos processos de produção (KASTRUP, 2010).

A produção de dados da pesquisa se deu através da participação no Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil CIES 13). O projeto VER-SUS se constitui em uma vivência no Sistema de Saúde, na qual, em um período de 14 dias, os estudantes conhecem serviços do SUS, próprios e conveniados, instâncias do controle social, instituições e organizações sociais. Desta maneira, o VER-SUS se constitui como uma estratégia da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a reorientação dos cursos de graduação da saúde.

Além da participação nas duas semanas do projeto VER-SUS, o campo da pesquisa foi composto por outros momentos e movimentos que foram traçando as linhas de subjetivação dos trabalhadores da saúde, como o Processo Educativo-Seletivo dos estudantes que participariam do VER-SUS, reunião com o Grupo de Estudos e Trabalhos em Saúde Coletiva (GETESC) para a organização e avaliação do VER-SUS, bem como a participação em encontros regionais e estaduais de educação permanente em saúde. Optei por tomar estes momentos não apenas como etapas burocráticas para poder realizar a pesquisa ou somente como oportunidades de aproximação e estudo sobre educação permanente, mas sim como momentos/espços de produção de dados, entendendo que são estratégias por onde a Política se concretiza e se constrói (e também se desconstrói e reconstrói), ou seja, nestes encontros há potência, criação, subjetivação.

Destaco que a maior parte dos sujeitos da pesquisa são estudantes, porém, optei por utilizar o termo *trabalhadores da saúde*, por entender que estudantes são trabalhadores em formação. Destaco ainda que, na maior parte da literatura sobre educação permanente em saúde e saúde coletiva, utiliza-se o termo *trabalhadores*³ ao invés de *profissionais da saúde*. Acredito ser este o termo mais adequado para esta dissertação, visto que o termo profissionais está relacionado às diferentes profissões da área da saúde e a educação permanente visa ser uma política transdisciplinar que rompe com a barreira das disciplinas e especialidades. Além disso, a política de saúde no Brasil nasce como reivindicação da sociedade civil organizada através de movimentos sociais contra a ditadura militar, muito influenciada pelas ideias marxistas de classe trabalhadora. Assim, a nomenclatura *trabalhadores* seria uma forma de empoderamento desta classe e, no caso das políticas públicas de saúde, também atua nos modos de subjetivação.

Além disso, destaca-se que, para a cartografia, toda a pesquisa pressupõe intervenção, não se buscando uma pretensa neutralidade do pesquisador, nem uma pretensa separação entre sujeito e objeto de pesquisa: o pesquisador faz parte do campo de pesquisa, modificando e sendo modificado por ele. Dessa forma, conhecer é “fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas” (PASSOS; BARROS, 2010, p. 30). Assim, ocupou importante papel nesta pesquisa, a minha análise de implicação enquanto pesquisadora, visto que, falo como alguém que já esteve *do lado de lá*, como alguém que já participou e também foi subjetivada por este campo que se tornou objeto de pesquisa. Conforme Coimbra e Nascimento,

implicado sempre se está, quer se queira ou não, visto não ser a implicação uma questão de vontade, de decisão consciente, de ato voluntário. Ela está no mundo, pois é uma relação que sempre estabelecemos com as diferentes instituições com as quais nos encontramos, que nos constituem e nos atravessam (s.d, s.p).

Assim, estes elementos fizeram parte do meu Diário de Campo, ferramenta que utilizei para registrar a produção de dados. Entendo como dados não só minhas observações objetivas do campo, mas todas as minhas considerações pessoais, inquietações e reflexões, sendo que a confecção do Diário de Campo permitiu que o máximo possível dos traçados e da potência do campo fossem cartografados.

³ Destaco o livro “*Trabalhadores da Saúde, Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*”, organizado por Serafim Barbosa Santos-Filho e Maria Elizabeth Barros de Barros. O título parece bastante emblemático para pensar os trabalhadores da saúde enquanto classe que busca seu reconhecimento pela centralidade do trabalho em saúde.

Esta dissertação que intitulei como “*Educação Permanente em Saúde e os Estágios de Vivência no SUS: traçando linhas de subjetivação*”, é o resultado de linhas que começaram a ser traçadas há bastante tempo, desde que participei, pela primeira vez, do projeto VER-SUS/Extensão e, desde então, fui também subjetivada pelas questões da educação permanente em saúde. Assim, este trabalho é um exercício de pensar como estes dispositivos atuam na subjetivação dos trabalhadores da saúde.

No capítulo “*Vida e Política: novas formas de poder e resistência*”, realizei um exercício de cartografar o campo de forças que permitiu a constituição Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, enquanto política pública orientadora da formação e ordenação dos recursos humanos para a área da saúde. Para isso, percorri os traçados da história que deram vida ao campo da saúde pública e da saúde coletiva, campos que abrigam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Tomo a referida política como um dispositivo de subjetivação dos trabalhadores da saúde engendrada em mecanismos de poder e, para esta análise, foi necessária uma revisão nas formas de poder nos últimos séculos, tendo em vista que as políticas públicas de saúde, de modo geral, só puderam surgir em função das mudanças nos modos de poder sobre a vida, quando o Estado investe sobre a vida da população para potencializá-la e não mais para a extorsão da sua força. Para isso, apoiei-me nos estudos do filósofo Michel Foucault.

No capítulo “*A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e os Estágios de Vivência no SUS*”, busco explicar como foi a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como ela está organizada dentro do Ministério da Saúde, bem como sua operacionalização. Além disso, apresento os Estágios de Vivência no Sistema Único de Saúde, falo sobre a criação dos Projetos VER-SUS e como este se tornou uma política de reorientação da formação em saúde. Neste sentido, foco especialmente nas formas pelas quais o referido projeto se desenvolveu na UNISC.

No capítulo “*Traçados Cartográficos: pesquisa e implicação*”, apresento a trajetória que deu vida a esta pesquisa. Desta trajetória, fizeram parte os traçados da minha vida que percorri até me tornar uma trabalhadora da saúde. Desta forma, o elemento central deste capítulo foi a análise de implicação. Apresento ainda a cartografia como a ferramenta que permitiu minha inserção/intervenção no campo de pesquisa, bem como início à inserção de alguns recortes do Diário de Campo. No final deste capítulo, trato de apresentar o VER-SUS/Brasil CIES 13, onde realizei a maior parte da produção de dados desta pesquisa.

No capítulo “*Traçando Linhas de Subjetivação: educação permanente em saúde e governamento*”, trabalho com os dados produzidos nos diferentes espaços e movimentos do

campo pesquisado aproximando-os aos modos de subjetivação inscritos em uma governamentalidade biopolítica. Além disso, busco discutir como a educação permanente em saúde, através das suas ressonâncias no campo de pesquisa, está engendrada, em certa medida, em uma racionalidade de governo neoliberal que forja subjetividades. Para me auxiliar nesta tarefa, encontrei na obra de Foucault as principais ferramentas de análise: os conceitos de biopolítica e governamentalidade, bem como seus escritos sobre a arte de governar liberal e neoliberal, quando lanço mão, principalmente dos conceitos de *Homo economicus*⁴ e empreendedor de si.

No capítulo “*Traçando Linhas de Subjetivação: educação permanente em saúde e práticas de liberdade*”, desenvolvo o conceito de subjetivação a partir de Foucault e Deleuze e, posteriormente, abordo os modos de subjetivação que emergiram do campo de pesquisa, os quais me fizeram pensar em outras possibilidades de existência, ou seja, nas subjetividades produzidas para além das relações de poder, para além da governamentalidade biopolítica neoliberal, entendendo que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, não se reduz a um dispositivo de governo, mas também se constitui como um dispositivo de potência e produção de novas subjetividades, de resistência e práticas de liberdade. Para esta análise, relaciono os dados produzidos com as ferramentas conceituais do chamado terceiro domínio de Foucault, bem como com alguns conceitos de Deleuze como dobra, linhas de fuga e corpo sem órgãos.

Por fim, busquei traçar os modos de subjetivação produzidos no campo de pesquisa, destacando que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde não está engendrada puramente, nem em práticas de governo, nem em práticas de liberdade, mas que estas forças atuam conjuntamente nos modos de subjetivação dos trabalhadores da saúde.

⁴ Foucault, em seus escritos, utiliza o termo *Homo oeconomicus*, que será utilizado sempre que houver alguma citação direta. Já seus comentadores, utilizam o termo *Homo economicus*, o qual utilizo do decorrer desta dissertação.

2 VIDA E POLÍTICA: NOVAS FORMAS DE PODER E RESISTÊNCIA

Para pensar sobre a Educação Permanente em Saúde realizo a cartografia do o campo de forças que permitiu a sua constituição enquanto política pública orientadora da formação e ordenação dos recursos humanos para a área da saúde. Assim, percorro alguns dos traçados da história que foram *dando vida* ao campo da saúde pública e da saúde coletiva, campos que abrigam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, produzindo e agenciando modos de subjetivação dos trabalhadores da saúde, ao mesmo tempo em que permitem a resistência e/ou a criação de novos modos de existência que se fazem nas linhas de subjetivação dos trabalhadores da saúde.

Tomo aqui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como um dispositivo de subjetivação, levando em conta que o dispositivo é algo que produz vontade de saber, como máquina de fazer ver e de fazer falar (FOUCAULT, 2005a; DELEUZE 1996). Deleuze (1996), ao falar sobre o que é um dispositivo em Foucault, diz que este é como uma meada, um conjunto multilinear composto por linhas de natureza diferente, são elas: linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força e linhas de subjetivação. Linha de subjetivação “é um processo, uma produção de subjetividade num dispositivo: ela está para se fazer, na medida em que o dispositivo o deixe ou o torne possível” (p. 87).

Para pensar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estando engendrada em mecanismos de poder, é necessário discutir as mudanças nas formas de poder. A partir das teorizações de Michel Foucault, entendo que estas transformações forneceram as condições de possibilidade para o surgimento das inúmeras políticas públicas de saúde, como desenvolvo a seguir. Falar em condições de possibilidade não significa expor as origens de um determinado fenômeno, mas sim, pensar nas contradições e nas irregularidades históricas que permitiram a legitimação dos discursos e a formação de determinadas verdades de uma época. Foucault (2005b), ao falar sobre as condições de possibilidade de uma ciência, coloca que é preciso distinguir dois sistemas heteromorfos, sendo que,

um define as condições da ciência como ciência [...]. O outro sistema concerne à possibilidade de uma ciência em sua existência histórica. Ele é exterior a ela e não passível de ser sobreposto. É constituído por um campo de conjuntos discursivos que não tem o mesmo estatuto, o mesmo recorte, a mesma organização, nem o mesmo funcionamento das ciências às quais eles dão origem [...]. Analisar as formações discursivas, as positivities e o saber que lhes correspondem não é atribuir-lhes formas de cientificidade, é percorrer um campo de determinação histórica que deve dar conta, em seu aparecimento, persistência, transformação e, eventualmente, em seu apagamento, de discursos dos quais alguns são ainda hoje

reconhecidos como científicos, outros perderam este estatuto, alguns jamais o adquiriram, enquanto outros jamais pretenderam adquiri-lo (p. 111-112).

Para entender como o investimento sobre a vida foi tomado como tarefa do Estado, é necessário compreender as formas de poder denominadas por Foucault como poder soberano, poder disciplinar e biopoder. Nas sociedades soberanas, o rei reinava absoluto e estava em suas mãos o poder sobre a vida dos súditos, sendo que o poder do soberano era de poder matar, de poder suprimir a vida, de enfraquecer o povo para fazer valer unicamente a sua vontade.

Foucault, em *História da Sexualidade I*, começa a sistematizar outro modo de pensar o poder sobre a vida, a biopolítica das populações. Esta nova racionalidade de poder tem seu início por volta da metade do século XVIII e centrou-se no corpo-espécie e nos processos biológicos como a natalidade, a mortalidade, a qualidade de vida e a longevidade, cujos processos foram assumidos como prática de governo através de uma série de intervenções e controles (FOUCAULT, 2005a).

Conforme Foucault (2005a), a partir da época clássica, o ocidente passou por uma transformação profunda nos mecanismos de poder, onde o interesse começou a ser o reforço, a incitação, a majoração de forças, “um poder destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que a barrá-las, dobrá-las ou destruí-las” (p. 128). Este poder sobre a vida se desenvolveu a partir do século XVII, de duas maneiras que não são opostas, mas interligadas: a *anatomopolítica* do corpo humano era caracterizada pelos mecanismos disciplinares e centrava-se no corpo como máquina, no seu adestramento e na ampliação e extorsão das suas forças; e a *biopolítica* das populações, que se desenvolveu um pouco mais tarde, na metade do século XVIII, visando à gestão da vida e fazendo aparecer, nas práticas políticas e econômicas, os problemas de natalidade, saúde pública, habitação, entre outros (FOUCAULT, 2005a).

A biopolítica traz em seu bojo a ideia de governar os vivos mediante o controle dos fenômenos inerentes à vida da população e a formas de viver, entre eles, a saúde. Este pensamento ajuda a entender o surgimento das políticas públicas de saúde no ocidente a partir do século XIX, pois a nova racionalidade de governo já não agia mais na lógica de “fazer morrer e deixar viver”, mas sim, “fazer viver e deixar morrer”. Assim, a saúde passou a ser um meio de potencialização da vida e as políticas públicas, além de se constituírem em respostas às demandas sociais, também podem ser consideradas como estratégias de regulamentação do corpo social e de governo das condutas.

Esta nova racionalidade de poder representa, conforme Foucault (1999), um processo de estatização do biológico, no qual a nova tecnologia de poder se dirige à multiplicidade dos homens e aos fenômenos coletivos. Para Bernardes *et al* (2009), a biopolítica representa uma estratégia de poder, cuja racionalidade reside no dever do Estado de regulamentar a vida, ou seja, “uma biorregulamentação pelo Estado” (p. 113), sendo

sob essas condições que se torna possível pensar a saúde, por exemplo, como estratégia biopolítica, como um conjunto de práticas de significação que organizam, regulamentam a população em seu conjunto. Assim, a saúde das populações torna-se foco do jogo político, que é um conjunto heterogêneo operacionalizador de um saber sobre a vida (medicina), um saber sobre o direito (justiça) e um saber sobre a gestão da população (economia política) (BERNARDES *et al*, 2009, p. 113).

Na medida em que a biopolítica representa o poder sobre a vida dentro de uma racionalidade de poder, onde todo o corpo social é passível de ser governado, é importante destacar o conceito de governamentalidade desenvolvido por Foucault “para se referir ao objeto de estudo das maneiras de governar” (CASTRO, 2006, p. 75).

Para Foucault, a governamentalidade pode ser definida de três maneiras:

o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma bem específica, bem complexa, de poder, que tem como alvo principal a população, como forma mais importante de saber, a economia política, como instrumento técnico assistencial, os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por ‘governamentalidade’, entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não cessou de conduzir, e há muitíssimo tempo, em direção à preeminência desse tipo de saber que se pode chamar de ‘governo’ sobre todos os outros: soberania, disciplina. Isto, por um lado, levou ao desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo e, por outro, ao desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por ‘governamentalidade’, acho que se deveria entender o processo, ou melhor, o resultado do processo pelo qual o Estado de Justiça da Idade Média, tornado nos séculos XV e XVI Estado administrativo, encontrou-se, pouco a pouco, ‘governamentalizado’ (FOUCAULT, 2003a, p. 303).

Por outro lado, Foucault também elaborou sua concepção de resistência: “lá onde há poder há resistência e, no entanto (ou melhor, por isso mesmo) esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder” (FOUCAULT, 2005a, p. 91). Sendo assim, levando em conta que toda a relação de poder pressupõe resistência, podem existir outras possibilidades que vão além do governo dos trabalhadores da saúde.

Conforme Bernardes e Quinhones (2009, p. 156),

as práticas de governo produzem também o seu avesso: práticas de liberdade. Essas práticas de liberdade não significam um modo de se recusarem as estratégias de governo, e sim uma maneira de construção de novos sentidos. As práticas de liberdade, nesse caso, são políticas de não escravidão e, para tanto, contemplam também um modelo político. São maneiras de contestação do que é imposto pela cultura, pelas práticas de governo.

Aqui, outra ruptura se estabelece, já não é mais possível pensar nos sujeitos somente como alvo de práticas de governo, mas sim, pensar no sujeito que governa a si mesmo e que produz outras formas de existência, “de modo a considerar que o poder não investe apenas em tecnologias de governo do outro, mas em tecnologias de governos de si, forjando figuras existenciais que marcam modos de viver” (BERNARDES, 2006, p. 16).

Tendo como foco desta pesquisa a análise dos modos de subjetivação dos trabalhadores da saúde no constante tensionamento entre governamento e práticas de liberdade produzidas através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, discuto o surgimento das políticas públicas de saúde e a formação profissional em saúde no Brasil, enfatizando as mudanças de racionalidade neste campo, bem como me apoiando nas contribuições foucaultianas sobre biopolítica, governamentalidade e resistência para analisar as condições de possibilidade de emergência desta política pública de formação em saúde.

Além disso, nesta dissertação proponho tomar a formação profissional em saúde como um campo de produção de sujeitos e de subjetividades, visto que, ao mesmo tempo em que opera no governamento das condutas dos sujeitos aos quais se destina, também produz resistência, linhas de fuga que permitem a emergência de novas formas de existência e modos de subjetivação.

2.1 Cartografias da formação em saúde: entre o poder e a resistência

Foucault (2004b), ao falar sobre o nascimento da medicina moderna no final do século XVIII, já apontava para um modo de trabalho em saúde voltado para a doença, onde a cura dependia de um exato conhecimento da doença, a verdade da vida estava na doença, “o olhar do médico não se dirige inicialmente ao corpo concreto, ao conjunto visível, à plenitude positiva que está diante dele – o doente –, mas a intervalos de natureza, a lacunas e a distâncias em que aparecem como em negativo” (p. 7). Este entendimento sobre o trabalho em saúde ecoou também no modelo de formação profissional em saúde.

Conforme Carvalho e Ceccim (2009), o marco histórico do ensino formal das profissões em saúde no Brasil, coincide com a vinda da família real portuguesa quando foram abertas,

por carta régia no ano de 1808, duas escolas no Rio de Janeiro e em Salvador. A primeira profissão a ser ensinada foi medicina e, posteriormente foram sendo abertas escolas de farmácia, odontologia e enfermagem. Até o Brasil República era predominante a formação em laboratório, os estudantes aprendiam com profissionais mais experientes, o currículo e método pedagógico eram autorregulamentados, ou seja, o ensino era livre, sem um currículo mínimo ou diretrizes curriculares nacionais (CARVALHO; CECCIM, 2009). Assim como ocorreu em outros países, o ensino das profissões da saúde no Brasil foi fortemente influenciado pelo Relatório Flexner.

Para Carvalho e Ceccim (2009, p. 141),

o esforço de modificar a tendência liberal do Estado brasileiro em relação à educação superior nas profissões da saúde, regulamentar a educação formal e tornar científicas as formações superiores deu lugar, nos anos de 1940, a introdução das recomendações do Relatório Flexner.

O *Relatório Flexner*, escrito por Abraham Flexner e publicado em 1910 nos Estados Unidos, foi um grande marco na reforma do ensino da medicina que influenciou a formação em saúde em diversos países. Passados mais de cem anos da sua publicação, a obra ainda se faz importante para o entendimento da dinâmica do ensino das profissões da saúde e gera muita polêmica no cenário acadêmico.

Para Pagliosa e Da Ros (2008), a força do Relatório Flexner deve-se, principalmente, a sua grande abrangência e a sua ênfase nas bases científicas do conhecimento. O relatório foi elaborado a pedido do presidente da Carnegie Foundation, vinculada à Fundação Rockefeller, em função de outra obra escrita por Flexner, na qual criticava o sistema educativo norte-americano. Flexner teve a tarefa de realizar um estudo sobre a educação médica no Canadá e Estados Unidos, sendo que, para isto, visitou 155 escolas de medicina destes dois países durante seis meses (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

O estudo de Flexner foi produzido em uma época em que o ensino da medicina nos Estados Unidos era caótico, pois não havia necessidade de concessão estatal para o exercício da medicina, as escolas eram abertas sem critérios de funcionamento e nem sempre estavam vinculadas às universidades (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Conforme Foucault (2004b), no século XVII já emergia a necessidade de regulamentação estatal para o exercício da medicina, pois era necessário exercer um controle sobre os médicos para evitar abusos e inibir os charlatães. Para Foucault (2004b), “a boa medicina deverá receber do Estado testemunho de

validade e proteção legal, a ele cabe estabelecer a existência de uma verdadeira arte da cura” (p.21).

Almeida Filho (2010) destaca que o Relatório Flexner foi “concebido e promovido a mando de fundações privadas, estreitamente vinculadas ao complexo médico-industrial norte-americano” (p. 2235). Ao analisarem o Relatório Flexner, Pagliosa e Da Ros (2008, p. 496) apontam que

[...] a doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença. Os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. Às faculdades resta o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades. As posturas são assumidamente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, mediante a observação e a experimentação. A ciência substitui a arte.

Dentre as recomendações do Relatório Flexner estão a realização do ensino em laboratórios e hospitais (local considerado privilegiado para o tratamento das doenças) e a separação do ensino entre teoria e prática. Tais aspectos deixam clara a política de cognição deste modelo de formação, ou seja, a ênfase no caráter positivista e biologicista que configurou o regime de verdade sobre a formação em saúde durante o século XIX e XX. O Relatório Flexner deixou grandes marcas nas políticas de educação e formação em saúde, representando uma ruptura nos modos de constituição de sujeitos trabalhadores da saúde e de produção de subjetividade. Ou seja, o investimento na formação profissional era eminentemente tecnicista⁵, sem levar em conta as dimensões subjetivas do trabalhador e do trabalho em saúde. Aos profissionais cabia uma postura passiva frente ao conhecimento previamente estabelecido.

Contudo, mais rupturas estavam por vir no campo da formação em saúde. O movimento de mudança na graduação dos cursos da saúde teve diversas influências, entre elas, o *Relatório Dawson* escrito em 1920, na Inglaterra pelo médico real Lorde Bertrand Dawson. Conforme Carvalho e Ceccim (2009), este foi um documento histórico para a saúde coletiva de modo geral, pois, ao contrário do *Relatório Flexner*, o *Relatório Dawson* enfatizava a incorporação das práticas de atenção básica na formação, bem como defendia o Estado como gestor e regulador das políticas públicas de saúde. Porém, “suas recomendações se depararam

⁵ Entendo que a dimensão técnica da formação também constitui o trabalhador, não havendo cisão entre técnica e subjetividade, no entanto, na revisão bibliográfica sobre formação em saúde e nos documentos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, está marcada essa separação entre o que é da técnica e o que é da subjetividade do trabalhador.

com a farta contrariedade dos médicos pela restrição/limitação à prática liberal-privatista e pela regulação das práticas profissionais” (p. 145), sendo que sofreu fortes resistências e não teve suas recomendações adotadas.

Segundo Carvalho e Ceccim (2009), na década de 1960 foi observada uma reforma da educação em direção ao ensino da saúde pública e a prevenção em saúde. Outro fator importante foi a atuação da Organização Pan-Americana da Saúde junto às instituições formadoras. É importante salientar que a definição de saúde pela Organização Mundial da Saúde como “bem-estar físico, mental e social” apontam para a necessidade do ensino em saúde considerar não apenas as condições biológicas relacionadas à saúde, mas também os fatores emocionais e sociais.

Para Nunes,

estas aproximações retomam as origens da saúde coletiva no projeto preventivista que, na segunda metade dos anos 50 do século XX, foi amplamente discutido, com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde. Ele se associa à crítica de uma determinada medicina que, na teoria e na prática, estava em crise. A crítica dirigia-se ao modelo biomédico, vinculado muito mais ao projeto pedagógico, e não de forma direta às práticas médicas. Tanto assim que o saldo deste momento é a criação de departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que ampliam a perspectiva clínica, como a epidemiologia, as ciências da conduta, a administração de serviços de saúde, a bioestatística. Instala-se a preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital, criando trabalhos comunitários (2009, p. 22).

Durante a década de 1970, em plena ditadura militar brasileira, foram os projetos de aprendizagem em saúde comunitária que ganharam o debate sobre a mudança na formação em saúde, sendo também um período em que a educação popular foi introduzida como projeto de cidadania (CARVALHO; CECCIM, 2009). Deste modo, a saúde coletiva começou a ganhar força para além dos moldes da saúde pública (esta mais voltada para uma lógica preventivista e higienista), mas como um movimento político e crítico em relação às práticas em saúde e à atuação profissional.

Aqui já é possível vislumbrar algumas rupturas nas formas de subjetivação dos trabalhadores da saúde. O modelo tradicional de formação pouco, ou nada, falava do trabalhador enquanto sujeito político e implicado no seu processo de trabalho. Na revisão bibliográfica⁶ sobre formação profissional em saúde, o que encontrei foi o trabalhador enquanto reproduzidor de técnicas, ou seja, o foco da formação em saúde era a técnica e não o

⁶ A revisão bibliográfica sobre formação profissional em saúde foi feita a partir dos seguintes autores: Almeida Filho (2010); Carvalho e Ceccim (2009); Ceccim (2005), Ceccim e Bilibio (2004); Ceccim, Bravin e Santos (s.d) e Pagliosa e Da Ros (2008). Estes autores discutem a história da formação em saúde no Brasil criticando o chamado modelo tradicional de formação, baseado nos pressupostos positivistas, biologicistas e flexnerianos.

trabalhador. Isso começa a mudar com o movimento dos próprios trabalhadores e pesquisadores da área da saúde que foram encontrando linhas de fuga ao modelo de formação instituído. Para Deleuze (1996), as linhas de fuga são entendidas como linhas de subjetivação que escapam às outras linhas. É um processo de produção de subjetividade e de “individuação que diz respeito a grupos ou pessoas, que escapa tanto às forças estabelecidas como aos saberes constituídos” (p. 87). Desta forma, o movimento dos trabalhadores na busca por outros modelos de formação são também entendidos como movimentos de desterritorialização e fuga dos modos instituídos e enrijecidos.

Conforme Nunes (2009), durante a década de 1970 floresceram trabalhos teórico-acadêmicos, especialmente os de Sérgio Arouca, que foram dando corpo à medicina social. O mesmo autor salienta que a questão da saúde adquire maior visibilidade social nesse período em função, principalmente, dos movimentos sociais populares, tal como o movimento universitário. No que se refere à construção teórico-conceitual da medicina social no Brasil, o período de 1974 a 1979, foi um momento de grande importância, tendo sido realizadas diversas pesquisas sociais e epidemiológicas sobre os determinantes econômicos da doença e do sistema de saúde (NUNES, 2009).

Também na década de 1970 foi constituído o campo da saúde coletiva que, cronologicamente, coincide com a origem da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979. É importante destacar alguns marcos conceituais da saúde coletiva que demarcam a mudança de racionalidade no setor da saúde, como:

[...] a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e na prática médica, na doença, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade; a valorização do cuidado e não só da prescrição; o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais da saúde; a atenção à saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença; a crítica à medicalização e ao ‘mercado da cura’; entre outros princípios (CARVALHO; CECCIM, 2009, p. 139).

Outro fator de grande importância para o movimento de mudanças na formação em saúde foi a criação da Rede Unida. A Rede Unida surgiu em 1985, através da fusão de dois movimentos: do Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) proposto pela Coordenação de Ciências da Saúde, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura (MEC/SESu/CCS) e do Projeto União Com a Comunidade: uma nova iniciativa em educação dos profissionais da saúde (Projeto UNI). Estes projetos enfatizavam a integração entre formação, atenção em saúde e participação da comunidade. Desde então, a Rede Unida, juntamente com a ABRASCO, configuram-se nos principais espaços de

discussão sobre saúde coletiva e formação em saúde, realizando sistematicamente congressos nacionais e articulando docentes, estudantes, trabalhadores e pesquisadores.

Cartografando os traçados da história da formação em saúde, é possível perceber que seu caminho não é linear e muitas foram e ainda são as linhas de força que o compõem. Com a emergência no campo da saúde coletiva e da sua formalização através da ABRASCO, a formação em saúde no Brasil foi tomando outros contornos, subjetivando os atores sociais envolvidos neste processo, pois além dos docentes e trabalhadores da saúde, os estudantes passam a ser figura importante para que a mudança na formação em saúde pudesse acontecer. Em relação a isso, Carvalho e Ceccim (2009) apontam que

para a Saúde Coletiva, uma formação profissional em saúde não será adequada se não trabalhar pela implicação dos estudantes com seu objeto de trabalho: práticas cuidadoras de indivíduos e coletividades; práticas de afirmação da vida, sob todas as suas formas inventivas e criativas de mais saúde; práticas de responsabilidade com as pessoas e coletividades pela sua melhor saúde individual e coletiva; práticas de desenvolvimento e realização de um sistema de saúde com capacidade de proteção da vida e saúde e práticas de participação e solidariedade que tenham projetos de democracia, cidadania e direitos sociais (CARVALHO; CECCIM, 2009, p. 143).

No âmbito internacional, destacam-se a Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata que ocorreu em 1978 e o conceito de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social”. Estes acontecimentos também foram preparando o terreno para as mudanças que vieram a ocorrer no Brasil.

Desde então, e durante a década de 1980 diversas atividades foram realizadas para a constituição da saúde coletiva, tais como congressos, grupos de trabalhos e pesquisas. Paralelo a isso, emergiam grandes manifestações de trabalhadores da saúde, de associações de bairro e sindicatos que, insatisfeitos com os serviços de saúde, foram dando corpo ao Movimento da Reforma Sanitária que, no ano de 1986, culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde (NUNES, 2009). A VIII Conferência Nacional de Saúde representou um marco para a história das políticas de saúde no Brasil, visto que foi a primeira vez que a população participou das discussões e muitas de suas propostas foram contempladas na Constituição Federal de 1988. Entre elas, o acesso à saúde como direito de todos e dever do Estado e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Toda a década de 1980 foi de grande importância para o fortalecimento das bases do novo modelo de atenção e formação em saúde que estava por surgir e que foi formalizado com a criação do SUS em 1988 e sua regulamentação através das leis 8.080/90 e 8.142/90. Conforme o Artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde, “a saúde tem como fatores determinantes e

condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, 1990, s.p), sendo chamado de conceito ampliado de saúde.

É importante contextualizar o momento político e social no qual vivia o país quando da criação da Constituição Federal de 1988 e do SUS. Não foi por acaso que a Constituição de 1988 ficou conhecida como a Constituição Cidadã, na qual muitos direitos sociais foram garantidos em lei. Nos anos 80, tivemos a efervescência dos movimentos sociais que lutavam pelo fim da ditadura e pela redemocratização do país. A sociedade civil organizada, a classe operária, os trabalhadores da saúde, estudantes, entre outros atores sociais, representaram a força micropolítica, as linhas de fuga que, naquele momento, mostraram resistência frente ao modelo instituído que se direcionava para as grandes privatizações na área da saúde.

Pensando na saúde como uma estratégia biopolítica, pode-se dizer que o supracitado conceito ampliado de saúde aponta para uma transformação nos mecanismos de poder, visto que a ênfase deixa de ser nos mecanismos disciplinares e passa a ser nos mecanismos de segurança. Os mecanismos disciplinares foram descritos por Foucault como sendo mecanismos onde o poder se exerce a partir de estratégias de vigilância e correção. Estes mecanismos criam a figura do culpado e, conseqüentemente, formas de punição, fazendo aparecer “uma série de técnicas adjacentes policiais, médicas, psicológicas, que são do domínio da vigilância, do diagnóstico, da eventual transformação dos indivíduos” (FOUCAULT, 2008a, p. 8). Assim, os mecanismos disciplinares são mecanismos de coerção que produzem o engessamento do corpo social. Temos diversos exemplos de mecanismos disciplinares na história das políticas de saúde no Brasil, como as práticas higienistas em saúde pública do século XIX, a Revolta da Vacina⁷, o tratamento manicomial dispensado aos portadores de sofrimento psíquico, entre outros.

Por outro lado, com as mudanças nas políticas de saúde, temos todo um trabalho no sentido da prevenção e promoção em saúde, ou seja, agindo no sentido de evitar que as doenças ocorram, o que é uma lógica característica dos dispositivos de segurança, pois “os dispositivos de segurança trabalham, criam, organizam, planejam um meio antes mesmo da noção ter sido formada e isolada” (FOUCAULT, 2008a, p. 28). Para Lazzarato (2008, p. 46), “a disciplina aprisiona, fixa limites e fronteiras, ao passo que a segurança garante e assegura a

⁷ As campanhas de vacinação estão inscritas nos dispositivos de segurança, porém, no que se refere à Revolta da Vacina, pode-se dizer que o que fica mais saliente são os mecanismos disciplinares, tendo em vista a maneira violenta e coercitiva como ela aconteceu.

circulação. A primeira impede, a segunda deixa fazer, incita favorece, solicita. A primeira limita a liberdade, a segunda é fabricante, produtora de liberdade”.

Vale destacar que mecanismos disciplinares e de segurança podem coexistir em um mesmo espaço e tempo, como bem explica Foucault,

portanto, vocês não têm uma série na qual os elementos vão se suceder, os que aparecem fazendo seus predecessores desaparecerem. Não há a era do legal, a era do disciplinar, a era da segurança. Vocês não têm mecanismos de segurança que tomam o lugar dos mecanismos disciplinares, os quais teriam tomado o lugar dos mecanismos jurídico-legais. Na verdade, vocês têm uma série de edifícios complexos, nos quais o que vai mudar, claro, são as próprias técnicas que vão se aperfeiçoar ou, em todo caso, se complicar, mas o que vai mudar, principalmente, é a dominante ou, mais exatamente, o sistema de correlação entre os mecanismos jurídico-legais, os mecanismos disciplinares e os mecanismos de segurança (FOUCAULT, 2008a, p. 11).

Entendendo esta mudança e correlação entre os mecanismos de poder, é possível compreender como as políticas públicas, em especial as de saúde, são estratégicas para alcançar os objetivos de uma biopolítica de potencialização da vida. Para Foucault, “a biopolítica lida com a população como um problema político, como um problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (1999, p. 293). Assim, pode-se dizer que as políticas de saúde no Brasil são atravessadas por estratégias biopolíticas de controle e governo da população e que as práticas sanitárias são também práticas biopolíticas. Foucault já apontava isso ao falar sobre o nascimento na medicina social. Para ele,

o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2007, p. 47).

Como é possível perceber, o processo da Reforma Sanitária e a emergência das políticas públicas de saúde transitam o tempo todo entre as formas de governo biopolítico e práticas de liberdade. Pelbart (2011), fazendo referência a outros autores, apresenta uma inversão conceitual e política do significado de biopolítica.

Com ela, a biopolítica deixa de ser prioritariamente a perspectiva do poder e de sua racionalidade refletida, tendo por objeto passivo o corpo da população e suas condições de reprodução, sua vida. A própria noção de vida deixa de ser definida apenas a partir dos processos biológicos que afetam a população. Vida inclui a

sinergia coletiva, a cooperação social e subjetiva no contexto de produção material e imaterial, o intelecto geral. Vida significa inteligência, afeto cooperação, desejo. Como diz Lazzarato, a vida deixa de ser reduzida, assim, a sua definição biológica para tornar-se cada vez mais uma virtualidade molecular da multidão, energia aorgânica, corpo-sem-órgãos (PELBART, 2011, p. 24-25).

A criação do SUS inaugura outro momento nas políticas de saúde do país, pois além de apontar um novo conceito de saúde, que inclui além dos aspectos biológicos, aspectos sociais e subjetivos da vida da população, também apresenta em seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, uma nova relação entre Estado e população, uma relação que não é mais de tutela, mas marcada pela noção de *cidadania*.

Pode-se dizer que o Movimento da Reforma Sanitária e a participação ativa dos trabalhadores da saúde na luta contra a ditadura militar configuraram-se como práticas de liberdade, como resistência em meio às relações de poder, revelando novos modos de existência e de subjetivação dos atores envolvidos nos referidos processos. No entanto, os caminhos não são lineares, o poder é uma relação móvel e dinâmica, ou seja, a conquista de um sistema público de saúde, universal, equânime e igualitário, ao mesmo tempo em que representou formas de resistência, também engendrou a população a novos mecanismos de poder, mais sutis e eficientes, mecanismos de segurança dentro de uma racionalidade de governamentalidade biopolítica, onde a saúde, além de ser dever do Estado e direito da população, passa a ser objeto de desejo e consumo.

É preciso deixar claro que esta dissertação não pretende discutir se existe um lado bom e um lado ruim na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ou seja, um lado que controla os sujeitos e outro que permite resistência, mas sim, colocar em evidência que seu surgimento só foi possível em função das rupturas nos modos de poder sobre a vida dentro de um *Estado governamentalizado* (FOUCAULT, 2003a) e que esta é a racionalidade de governo que também opera na produção dos modos de subjetivação. Racionalidade em que o poder não é opressor, em que o poder é positivo e faz produzir, “é força e relações de força” (DELEUZE, 1996, p. 75) e, por isso, sempre irá produzir também a resistência, o desejo, o governo de si, a dobra como uma relação de força consigo mesmo (DELEUZE, 1996).

2.2 Educação Permanente em Saúde: novas rupturas da formação em saúde

Os princípios do SUS, entre eles, o da integralidade, permitem um processo de mudança de racionalidade na forma de atenção à saúde: o enfoque deixa de ser somente as ações de caráter curativo, passando a ser também ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Na medida em que se pretendeu mudar o trabalho em saúde, também foi necessário redimensionar a formação dos trabalhadores da área, pois assim como o setor da saúde, a educação também estava marcada pela racionalidade positivista e biologicista. “Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender” (BRASIL, 2005a, p. 6).

Campos (1997) ao falar sobre a reforma da prática profissional em saúde, julga que para a efetivação da Reforma Sanitária é preciso que os profissionais incorporem à sua prática clínica, conhecimentos que ultrapassem o conhecimento técnico e mensurável e que abarquem a dimensão social e subjetiva, colocada na relação saúde-doença e profissional-paciente.

Conforme o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, cabe ao Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Em função disto, além da já citada VIII Conferência Nacional de Saúde, muitas outras conferências temáticas da área da saúde aconteceram e continuam acontecendo em todo o país, abordando o tema da formação dos profissionais da saúde. Entre elas, a Conferência Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (anteriormente chamada de Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde). Existem ainda outros espaços de ordenação dos recursos humanos da saúde, como: a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS).

Outras iniciativas foram tomadas pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, como as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde e diversos programas e projetos que objetivaram a melhor qualificação do trabalhador para a atuação na saúde pública. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde foram elaboradas com a contribuição de diversos atores sócias em todo país, conforme Pereira, Lopes e Lugarinho (VII Congresso Nacional da Rede UNIDA, s.d, s.p),

em 2001 foi realizada uma audiência pública, na sede do Conselho Nacional de Educação, para apreciação das propostas apresentadas, com a participação de representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, Fórum Nacional de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras, Conselhos Profissionais, Associações de Ensino, Comissões de Especialistas de Ensino da SESU/MEC e outras entidades organizadas da sociedade civil, como a Rede Unida. As diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde foram aprovadas entre 2001 e 2004.

As referidas diretrizes orientam a elaboração dos currículos para os cursos da saúde e devem ser adotadas pelas instituições de ensino. Além disto, reforçam a necessária articulação

entre educação superior e saúde, enfatizando o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do SUS, bem como o caráter contínuo da formação profissional (BRASIL, 2001). Nos anos posteriores, diversas resoluções do Ministério da Saúde foram homologadas com o objetivo de assegurar a indissociabilidade entre a formação e o trabalho em saúde. Entre elas, está a Resolução nº 350, de 09 de Junho de 2005, do Conselho Nacional de Saúde.

Conforme esta resolução, o Ministério da Educação somente poderá abrir cursos na área da saúde com a não objeção do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2005b). Nesta resolução, levaram-se em conta todos os avanços ocorridos no setor saúde a partir da criação do SUS, sendo preconizada a democratização da educação superior, a formação de profissionais para atuar no SUS e o projeto político-pedagógico de acordo com as necessidades sociais com inovação das propostas pedagógicas, orientadas pelas diretrizes curriculares, incluindo explicitação dos cenários de prática e dos compromissos com a integralidade, a multiprofissionalidade e a produção de conhecimento socialmente relevante (BRASIL, 2005b).

Ainda no ano de 2005, o processo de consolidação de políticas intersetoriais entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para a formação de profissionais da área da saúde, ganha força com a aprovação de três portarias que propõem reformulações no ensino em saúde. Vale aqui destacar a Portaria nº 2.218/05 que institui cooperação técnica entre os referidos ministérios para a formação de recursos humanos na área da saúde em nível técnico e superior (BRASIL, 2005c).

Todo o processo da Reforma Sanitária e pela consolidação do SUS é atravessado pela questão do trabalho em saúde e pelas discussões em relação à formação e desenvolvimento do trabalhador, temas que compõe o campo de luta do sistema de saúde. Para operacionalizar as ações de educação em saúde, o Ministério da Saúde criou dentro de sua estrutura a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). A partir de então, assumiu o papel, já definido na legislação, de gestor no SUS em relação “à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil” (BRASIL, 2004a, p. 6). Porém, rever a formação somente durante o ensino superior, técnico e através de capacitações pontuais, não é suficiente para uma mudança efetiva que possa acompanhar a dinamicidade do trabalho em saúde. Desta forma, com o objetivo de unificar os diferentes programas e projetos de formação do pessoal da saúde e torná-los um processo constante, o Ministério da Saúde, através da SGTES e do DEGES, implementou, no ano de 2003, como um desdobramento da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A SGTES apresentou ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) a proposta da Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde. A proposta foi aprovada e resultou na Portaria Ministerial 198 de fevereiro de 2004, que instituiu 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” (Brasil, 2004b, s.p).

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, [...] com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004b, s.p.).

Tal política tem como característica a mudança de estratégia e organização do exercício de formação e de atenção em saúde, visando qualificar o trabalhador para alcançar o cuidado em saúde, de acordo com os princípios do SUS e tendo o trabalhador como agente ativo e protagonista nas mudanças pretendidas para seu local de trabalho. Aqui, fica claro outro tipo de agenciamento de produção subjetiva do trabalhador da saúde em relação aos modos anteriores de formação (modelo flexneriano). Ao trabalhador, não cabe somente o papel de aplicador de técnicas curativas, mas sim o papel de quem assume uma posição ética e política frente a sua formação e ao seu trabalho.

Como é possível perceber, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde articula dois grandes campos de investimento em termos de políticas públicas: a saúde e a educação, esta última, foi aqui tomada como um meio estratégico para se chegar aos fins pretendidos pelo sistema de saúde. Para Soares (2009), a saúde representa hoje uma utopia, conquistá-la e preservá-la é um objetivo individual e coletivo a ser alcançado pela população e, talvez, seja por este motivo que o Estado não pode ser simplesmente higienista, mas, sobretudo, pedagogo. Desta forma, além de pensar a educação permanente como uma estratégia de formação dos trabalhadores da saúde e educação em saúde para a população, também é possível considerá-la em termos de uma prática biopolítica e de governmentamento.

Neste ponto, é possível um deslocamento, uma releitura da proposta da educação permanente em saúde. Além de se configurar em uma política de formação/produção dos trabalhadores da saúde, ela também vai ao encontro dos objetivos da biopolítica que, a partir do investimento na população, gera a potencialização do Estado. Assim, podemos vislumbrar a mudança de uma lógica disciplinar, na qual o estado extrai da população somente sua força

de trabalho através da docilização dos corpos para a potencialização da capacidade produtiva e empreendedora do trabalhador da saúde, que também fortalece o estado. Neste caso, o Estado investe no trabalhador, o qual vai otimizar o sistema de saúde situado dentro da política do Estado.

Durante muito tempo a formação em saúde esteve baseada no modelo de educação continuada que, diferentemente da educação permanente, se efetivava através de capacitações pontuais que visavam à atualização de conhecimentos específicos. As atividades educativas geralmente aconteciam através de cursos sobre temáticas específicas e com direção uniprofissional. Estas eram fragmentadas e não davam conta das dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde, não permitindo mudanças nos processos de trabalho e nem articulação com a gestão e com o controle social.

Por outro lado, a educação permanente visa romper com a lógica das capacitações específicas, fragmentadas e direcionadas para profissionais específicos. Isto não significa abolir completamente as capacitações feitas através de cursos sobre temas específicos, mas sim, ir além e propor outros modos de trabalhar e de ser trabalhador do/no sistema de saúde. Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 49-50) “enquanto a educação continuada aceita o acúmulo sistemático de informações e o cenário de práticas como território de aplicação da teoria, a educação permanente entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática”. Para Davini (2009), a educação permanente como estratégia sistemática e global, pode abranger ações de capacitações mais pontuais e específicas, desde que estejam articuladas ao processo de mudança institucional.

Para Ceccim, Bravin e Santos (s.d, p. 165),

[...] ao optar pela centralidade do conceito de educação permanente em saúde para uma política de educação para o SUS, o gestor federal atribuiu à educação permanente em saúde o estatuto de política pública e esta passou a ser um dispositivo estratégico para a transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social na saúde.

Como uma vertente pedagógica, a educação permanente ganhou estatuto de política pública somente na área da saúde. Isto se deve ao fato de a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) ter difundido a proposta de Educação Permanente do Pessoal da Saúde com vistas ao desenvolvimento dos sistemas de saúde na América Latina, considerando a complexidade dos serviços de saúde e a aprendizagem significativa como o meio para se conseguir a adesão dos trabalhadores (CECCIM, 2005).

Desta forma, é possível dizer que as condições para a emergência de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde estão colocadas em todo o processo que culminou com a constituição do SUS e não como uma política posterior a ele. Alguns movimentos na América Latina e a sistematização da educação permanente pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foram fundamentais para a disseminação deste conceito. A OPAS tem como linha orientadora de trabalho a Educação Permanente em Saúde (EPS) desde o ano de 1984, desenvolvendo-se através do vínculo entre as dimensões do trabalho e educação. “El eje de su preocupación es el trabajador, su labor y su contribución a la atención de salud de la población y la educación permanente de los trabajadores como un instrumento esencial de su desarrollo (HADDAD, *et al*, 1994, p. 34).

Ceccim e Feuerwerker (2004) a partir de uma ideia de Deleuze, afirmam que a formação como política do SUS, poderia ser vista “como uma micropotência inovadora do pensar a formação, agenciamento de possibilidades de mudança no trabalho e na educação dos profissionais de saúde e invenção de modos no cotidiano vivo da produção dos atos em saúde” (p. 45). Estes traçados foram compondo as linhas de força da educação permanente em saúde e confirmam que

definitivamente a política nacional de formação e desenvolvimento entabulou uma aposta na educação que a encetou como um projeto de vida, de cidadania, de autonomia e de trabalho, não mais algo complementar, acessório, penduricalho das políticas de saúde, mas ela própria uma política pública (CECCIM, BRAVIN e SANTOS, s.d, p. 163).

Sobre a proposta pedagógica da educação permanente em saúde, Ceccim (2005), elenca suas principais influências, colocando que, para alguns autores, ela representa um desdobramento da Educação Popular de Paulo Freire, de onde provém a noção de aprendizagem significativa; para outros, como desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação de René Lourau e George Lapassade, de onde provém a noção de autoanálise e autogestão; e também é um desdobramento dos movimentos de mudanças na formação de profissionais da saúde. Davini (2009), aponta que uma corrente de pensamento desenvolvida tanto em experiências concretas como em formulações teóricas, difundidas, principalmente, pela UNESCO desde a década de 1970, facilitam o reconhecimento do adulto como sujeito da educação e a ampliação dos espaços de aprendizagem para além da sala de aula, mas ao longo de toda a vida e em contextos comunitários e de trabalho. Ainda, para o Ministério da Saúde,

a proposta da educação permanente parte de um desafio central: a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes. O resultado

esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento (BRASIL, 2005a, p. 14).

A educação permanente, segundo o Ministério da Saúde, “sugere que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços” (BRASIL, 2004a, p. 10). Portanto, uma das características definidoras da proposta é que a mudança de estratégia e organização do exercício de formação e de atenção em saúde terá que ser construída na prática concreta do fazer em saúde, problematizando, reconceituando e constituindo-se num agregado de iniciativas que passem a incluir processos de transformação tanto de práticas de formação quanto de práticas de saúde. Conforme o Ministério da Saúde,

a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009, p. 20).

Os projetos de educação permanente não podem estar desvinculados da realidade cotidiana dos serviços de saúde, nos quais o trabalhador passa a ser também gestor do seu fazer e o trabalho se constitua também como espaço de formação e de reflexão. O enfoque da educação permanente representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores, pois incorpora o ensino à vida cotidiana dos serviços; modifica as estratégias educativas (na medida em que supera a lógica da capacitação fragmentada e propõe mudanças institucionais), valoriza o saber do trabalhador; aborda a equipe como um grupo, evitando a fragmentação disciplinar e ampliando os espaços educativos (DAVINI, 2009). Conforme o Ministério da Saúde,

decidiu-se pela adoção de uma política de educação permanente no SUS capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador; em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e, ainda, em recurso estruturante do fortalecimento do Sistema (BRASIL, 2004a, p. 9).

Tomando a saúde e a educação como campos incluídos nas práticas de governo, e o trabalhador da saúde como o sujeito destas práticas, pode-se dizer que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde está engendrada em mecanismos de poder e representa uma estratégia de governo dos trabalhadores da saúde.

Conforme Foucault (2003a), no século XVI houve uma explosão no problema de governo, sendo o tema discutido sob múltiplos aspectos, por exemplo, problemas do tipo “como governar-se, como ser governado, como governar os outros, por quem pode-se aceitar ser governado, como fazer para ser o melhor governante possível” (p. 282) foram colocados naquele momento. Por governo entende-se a “íntegra disposição das coisas, das quais se toma o encargo de conduzi-las até um fim conveniente” (DE LA PERRIÈRE *apud* FOUCAULT 2003a, p. 289). A função do governo está em operar de modo que se produza o máximo de riquezas possíveis, fornecendo às pessoas o máximo de substâncias possíveis (FOUCAULT, 2003a).

A governamentalidade, como uma racionalidade política em que todo o corpo social é passível de se tornar objeto de governo, representa uma grande economia de poder em relação às disciplinas, pois se governa muito com muito pouco, ou seja, para manter a população em um processo de governo não são necessários mecanismos coercitivos que engessam os indivíduos, mas uma racionalidade de governo que investe na vida das populações, usando dos mecanismos de poder em sua positividade, pois fazem produzir e possibilitam criar: investe-se na formação do trabalhador e, conseqüentemente, potencializa-se o sistema de saúde. Para Foucault (2008b), o princípio essencial para governar é *deixar fazer*. Assim, o estado controla a partir da potencialização e não da coerção, usando técnicas de governo contínuas e permanentes, atingindo os fins pretendidos com o menor uso de forças possível.

Na proposta da educação permanente em saúde, é possível vislumbrar esta mudança nos mecanismos de poder: o interesse já não é mais em ter um trabalhador disciplinado e que seu corpo seja uma máquina de realizar tarefas; já não se separa mais o trabalhador dos processos de gestão do trabalho. “Trata-se de promover a autonomia e a responsabilização das equipes de trabalho” (BRASIL, 2009, p. 52), isto é, o trabalhador é colocado como elemento central, visto que o espaço principal de formação é o próprio local de trabalho e as demandas de educação permanente devem acontecer a partir do levantamento das necessidades de formação feito pelos trabalhadores.

A mudança nos mecanismos de poder não significa a ruptura entre eles e, nem mesmo, uma mudança linear. Para Revel (2006), a biopolítica é uma estratégia de proteção e

maximização da força de trabalho: a vida do indivíduo vale muito, não em nome de uma filantropia, mas porque ela representa força de trabalho, produção de valor, assim “a vida vale porque é útil; mas ela só é útil porque é, ao mesmo tempo, sã e dócil, ou seja, medicalizada e disciplinarizada” (p. 56). A mesma autora salienta que não basta que os corpos sejam cuidados para torná-los mais hábeis, é preciso poder governá-los.

Os estudos foucaultianos acerca da biopolítica das populações e da governamentalização do Estado nos permitem colocar em suspensão os pressupostos das políticas públicas, pois desnaturalizam seu caráter de evolução e melhoria da ação do Estado na sociedade e revelam seu engendramento na lógica da governamentalidade, colocando em pauta seu caráter histórico e político e fazendo ver as relações saber-poder que permitiram seu surgimento.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde surge também em resposta às demandas de educação permanente dos profissionais da saúde. Não é uma proposta que foi pensada verticalmente, ela é também uma reivindicação dos trabalhadores. Cabe aqui tensionar o que está sendo colocado como autonomia do trabalhador, a partir da ideia de capital humano e empreendedor de si⁸, daquele que toma “a si mesmo como seu próprio produtor de rendimentos e de capital” (DUARTE, 2009, p. 46). Esta questão não pode ser pensada isoladamente do quadro da racionalidade política, que se instalou a partir do liberalismo, como “um sistema preocupado com o respeito aos sujeitos de direito e à liberdade de iniciativa dos indivíduos” (FOUCAULT, 1997, p. 89).

Para Lazzarato (2008), o liberalismo inventa e experimenta diversas técnicas de governo que se exercem sobre o que Foucault chamou de sociedade civil, a qual não é o “espaço onde se fabrica a autonomia em relação ao Estado, mas o correlativo das técnicas de governo” (p. 43). Assim, o Estado e a sociedade civil não atuam em polos opostos. A sociedade “faz parte da tecnologia moderna da governamentalidade” (43-44), ou seja, é a partir das reivindicações da sociedade civil que o Estado a incorpora nas suas práticas de governo. Ainda para Lazzarato (2008),

no cruzamento das relações de poder e do que sem cessar lhes escapa, nascem realidades de transação que são de alguma maneira interface entre governantes e governados. É neste cruzamento, na gestão desta interface, que se constitui o liberalismo como arte de governar. É neste cruzamento que nasce a biopolítica (LAZZARATO, 2008, p. 44).

⁸ Os conceitos de capital humano e empreendedor de si serão discutidos no capítulo 5.

Nas últimas décadas, esta racionalidade de governo vem transformando as relações entre Estado e sociedade com a passagem do liberalismo para o neoliberalismo⁹. Enquanto que para o liberalismo a liberdade de mercado era algo natural, para o neoliberalismo a liberdade é algo a ser produzido continuamente e exercido sob forma de competição (SARAIVA e VEIGA-NETO, 2009). Desta forma,

a governamentalidade neoliberal intervirá para maximizar a competição, para produzir liberdade para que todos possam estar no jogo econômico. Dessa maneira, o neoliberalismo constantemente produz e consome liberdade. Isso equivale a dizer que a própria liberdade transforma-se em mais um *objeto de consumo* (SARAIVA E VEIGA-NETO, 2009, p. 189).

A partir do que foi exposto, pode-se perceber que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, constitui-se como uma política de formação profissional em saúde engendrada em mecanismos de poder, entendendo o poder da sua positividade, como produtor de liberdade e desejo, como produtor de sujeitos e subjetividades. No momento em que uma determinada população é investida através de estratégias biopolíticas de governo, ela também passa a ser constituída e subjetivada por estas estratégias. Ou seja, na medida em que o governo das condutas produz modos de ser, os pressupostos colocados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde constituem determinados sujeitos trabalhadores da saúde e modos de subjetivação. “Nesse espaço criado pela arte de governar encontram-se as políticas de objetivação-subjetivação que constituem a relação entre Estado e população, ao mesmo tempo em que forjam a relação de sujeitos consigo mesmo” (BERNARDES; HILLESHEIM, 2012, p. 367).

A educação permanente emerge da constatação de que não é possível relegar a formação a um lugar secundário dentro do sistema de saúde, apenas servindo de retaguarda para a capacitação de recursos humanos, ao contrário, a formação passa a ser um dos objetivos finalísticos do sistema de saúde, garantido mediante política pública específica. Como aponta Ceccim, “a introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de ‘recursos’ para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde (2005, p 163). Ou ainda como propõe Merhy (2005, p. 173), “coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-política do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde [...]”

⁹ As descontinuidades sobre os modos de subjetivação da racionalidade liberal e neoliberal serão aprofundadas no capítulo 5.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde muito mais do que romper com modelos tradicionais de formação ao tirar o foco do ensino tecnicista, produz e agencia outros modos de ser trabalhador da saúde, o investimento não é apenas na qualificação, mas principalmente, na produção subjetiva dos sujeitos. A educação permanente em saúde considera que “a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS” (BRASIL, 2004a, p. 10). Assim, trabalhadores, estudantes e professores foram ocupando lugar central nas políticas públicas de saúde, fazendo das práticas de saúde também práticas pedagógicas e compondo outros modos de subjetivação.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS ESTÁGIOS DE VIVÊNCIA NO SUS

Neste capítulo, busco explicar como foi a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como ela está organizada dentro do Ministério da Saúde, bem como sua operacionalização. O mesmo foi feito em relação aos Estágios de Vivência no Sistema Único de Saúde: falo sobre a criação dos Projetos VER-SUS e como ele se tornou uma política de reorientação da formação em saúde. Tratei especialmente de narrar como o referido projeto se desenvolveu na UNISC. A história destes movimentos é de fundamental importância para a análise dos modos de subjetivação dos trabalhadores da saúde.

Desde o ano de 2003, o Ministério da Saúde assumiu o seu papel de regulador da formação de recursos humanos na área da saúde. Por isso, criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e dentro dela, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), o qual é responsável pela formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A PNEPS articula três eixos fundamentais para a efetivação desta política: “a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço” (BRASIL, 2004a, p. 6). Para isso, o DEGES é dividido em três Coordenações Gerais: *Ações Estratégicas em Educação na Saúde*, voltada para a educação superior nas profissões de saúde; *Ações Técnicas em Educação na Saúde*, que atua na educação profissional dos trabalhadores da saúde e *Ações Populares de Educação na Saúde*, que visa promover na sociedade civil a educação em saúde. Assim, esta política atua na formação e na produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004a). No âmbito deste trabalho, foi dada ênfase ao primeiro eixo, referente à mudança nas políticas de formação, mas como os três eixos apresentados estão articulados nesta política, de uma forma ou de outra, todos foram contemplados.

Atualmente, o DEGES, por meio da Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde, vem desenvolvendo dentro da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde as seguintes ações estruturantes: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde; o Pró-Residência (uma nova modalidade de financiamento de Residências Médicas, Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde); o Programa Nacional Telessaúde Brasil e a Universidade Aberta do SUS (UnaSUS) (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

Além destas ações em nível nacional, uma das características da Educação Permanente em Saúde são as ações locorregionais, ou seja, devem ser constituídas instâncias regionais responsáveis pela articulação e efetivação da Política. Por isto, no ano de 2007 entrou em vigor a Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, a qual define as novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Segundo esta Portaria, a PNEPS “deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde” (BRASIL, 2007, s.p.).

Desta forma, a condução regional da PNEPS deve se dar por meio dos Colegiados Intergestores Regionais (CIR)¹⁰ e das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES). Os Colegiados Intergestores Regionais são compostos pelos gestores municipais de uma determinada região (Coordenadorias Regionais de Saúde) e as CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009).

Conforme o artigo 5º da Portaria 1.996 de 20 de agosto de 2007, as CIES devem ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do distrito federal e, ainda conforme as especificidades de cada região, por gestores municipais e estaduais de educação, trabalhadores do SUS, instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos e por representantes de movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e ao controle social. Portanto, CIR e CIES são as duas instâncias responsáveis, cada uma com suas especificidades e atribuições, pela condução da PNEPS dentro da sua área de abrangência.

A Portaria 1.996 coloca que deve ser de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço; estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde e articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de

¹⁰ Na data de publicação da referida Portaria, o nome deste colegiado ainda era Colegiado de Gestão Regional (COGERE).

graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de co-responsabilidade sanitária.

Mas o crucial para pensar a educação permanente em saúde como um dispositivo de subjetivação, como uma máquina que produz sujeitos e subjetividades, é ter claro que o que deve ser central na educação permanente não são as ações formais institucionalizadas através de programas e projetos ou mesmo em uma política pública, mas a educação permanente como potência micropolítica, transversalizador de todas as ações em saúde, acontecendo em ato no cotidiano do trabalho vivo, na relação da equipe, na relação com o usuário e nos processos de gestão. Ou como bem fala Ceccim,

é a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é a sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que gerem autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional (CECCIM, 2005, p. 162).

3.1 Movimento Estudantil: um caminho para a educação permanente em saúde

O movimento estudantil teve grande importância em todo o processo da Reforma Sanitária Brasileira. Muitos são os espaços e movimentos de articulação estudantil dentro e fora das universidades, como exemplos temos os Diretórios Acadêmicos (DAs) e Centros Acadêmicos (CAs), os quais representam os cursos de graduação dentro das universidades e são representados nacionalmente pelas Executivas e Direções de Curso. Em uma esfera mais ampla, como representantes de todos os estudantes, temos o Diretório Central dos Estudantes (DCE) dentro das universidades e as Uniões estaduais e nacionais, respectivamente, União Estadual dos Estudantes (UEE) e União Nacional dos Estudantes (UNE). O movimento estudantil, organizado ou não, através destas instâncias, tem contribuído efetivamente no processo de mudanças na formação em saúde, e foi através deste que começaram os primeiros estágios de vivência no SUS.

Conforme Torres,

com a finalidade de aproximar os estudantes das diversas realidades sociais o movimento estudantil propôs os estágios de vivência, como alternativa de prática da formação que utiliza a metodologia problematizadora. Os estágios se caracterizam por permitir espaços de encontros entre estudantes e determinadas realidades, de modo que os mesmos possam refletir sobre as ações sociais ali desencadeadas com base nas realidades vividas. Apresentam característica de imersão, na qual determinado grupo de estudantes convive por um período de tempo (aproximadamente 15 dias) em um mesmo espaço físico, com a expectativa de que a

cotidianidade imprima uma marca fundamental à vivência. Este processo utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem, facilitadas por um estudante qualificado previamente por experiência de estágio de vivência ou por envolvimento nas causas sociais do movimento estudantil (2005, p. 71).

Os estágios de vivência de maior importância da área da saúde tiveram início no Rio Grande do Sul, sendo chamados de Escola de Verão e VER-SUS/RS. Estes estágios iniciaram através da mobilização do Movimento Estudantil da Área da Saúde em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP-RS). No ano de 2003, os estágios de vivência no SUS foram incorporados como política de formação pelo governo federal, nascendo então, o projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil) desenvolvido pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde em parceria com as representações estudantis de 14 cursos da saúde (TORRES, 2005), juntamente com as Instituições de Ensino Superior e prefeituras municipais que aderiram ao projeto.

Desde então, inúmeras foram as experiências de VER-SUS/Brasil, sendo que o formato das vivências era basicamente igual em todo o país: por um período de duas semanas, durante as férias escolares, um grupo de, aproximadamente, vinte estudantes de cursos da saúde¹¹ visitavam as diversas instâncias do SUS de uma determinada localidade (geralmente na mesma cidade onde ficava o campus da universidade ou os serviços que organizavam a vivência). A vivência incluía visitas aos serviços de saúde do SUS, próprio e conveniados, às instâncias de controle social e aos movimentos sociais. Durante o dia aconteciam as visitas aos locais citados e, durante a noite, os estudantes que ficavam hospedados em hotéis ou pousadas, se reuniam para fazer o relato das visitas e discutir no coletivo suas impressões sobre o Sistema. Devido a isso, estas vivências também são conhecidas como estágios de imersão, pois os estudantes ficam o tempo todo juntos e imersos na tarefa de conhecer a realidade do SUS.

O VER-SUS é produto da mobilização de estudantes de diversos cursos da saúde, preocupados com uma formação voltada para as demandas sociais e comprometida com os princípios do SUS. Esta vivência nos serviços de saúde visa instigar e promover o pensamento crítico dos acadêmicos acerca do sistema público de saúde e da formação oferecida pelas instituições de ensino, bem como oportunizá-los a realizar um plano de ação em benefício de uma comunidade ou serviço e assim vivenciar a experiência de gestão do

¹¹ Em algumas vivências também podiam participar estudantes de qualquer curso de graduação. Já participaram do VER/SUS estudantes dos cursos de História, Geografia, Direito, Filosofia, entre outros não considerados da área da saúde, o que confere não somente o caráter interdisciplinar do projeto, mas também, o trabalho com o conceito ampliado de saúde.

SUS, agindo no sentido de aproximar o estudante da realidade e problematizar os processos de saúde que o país enfrenta.

Uma das questões mais centrais no VER-SUS é o estímulo ao protagonismo estudantil e é por isso que não existem professores acompanhando e coordenando a vivência, mas sim, “docente de referência” (KLAFKE, LARA e SANTIN, 2010, p. 38). São os próprios estudantes, capacitados e selecionados previamente, que coordenam as atividades da vivência, sendo que estes estudantes são chamados de facilitadores. Como salientam Klafke, Lara e Santin (2010),

no VER-SUS, o protagonismo de todo o projeto é dos estudantes, que planejam, executam e avaliam o processo. Esta talvez seja a grande aprendizagem para docentes, estudantes e setores de gestão e administrativos, tanto da universidade quanto da rede de saúde onde o processo se desenvolve. Trata-se de uma aprendizagem difícil para todos, diga-se de passagem. Reconhecer o estudante como autor, e estes reconhecerem-se como tal, implica uma mudança de paradigma do processo de aprendizagem (2010, p. 38).

Toda esta preocupação em criar estratégias de formação em saúde que se aliem aos pressupostos do Sistema de Saúde, que atendam às necessidades sociais e coloquem o estudante no centro do processo, surgiu como um movimento contra-hegemônico ao modelo tradicional de formação, o qual esteve centrado em uma racionalidade positivista e biologicista, onde a saúde era tratada em termos de causa e efeito, levando em consideração somente seus fatores orgânicos.

Para Ceccim e Bilibio,

nos currículos tradicionais, quando não há total ausência de conteúdos sobre o Sistema Único de Saúde, o que é menos frequente nos cursos clássicos, como Medicina, Enfermagem e Odontologia, mas comum nos cursos como a Psicologia, o Serviço Social, a Biologia, a Educação Física e a Medicina Veterinária, esse conhecimento termina apresentado como um dado isolado e não uma produção. A ênfase nos procedimentos supera amplamente o pensar saúde, constatando-se que os gestores e os formadores em saúde não têm gerado suficiente contato dos acadêmicos das áreas com o SUS e nem assegurado a eles o conhecimento em saúde coletiva e a necessária familiaridade para que se componha como núcleo de práticas de cada profissão. Trata-se de um paradoxo, no qual a realidade de saúde e os recursos fundamentais de atuação no SUS permanecem desconhecidos dos estudantes (2004 p. 9-10).

Este descompasso entre o que estava sendo oferecido pelas instituições formadoras e a realidade dos serviços de saúde foi a mola propulsora para que os próprios estudantes se mobilizassem em torno da construção de iniciativas que pudessem amenizar essas lacunas da graduação em saúde. Sendo assim, o projeto age no sentido de aproximar o estudante da

realidade e problematizar os processos de saúde que o país enfrenta. Destaca-se a importância da participação estudantil no processo de (re)pensar a formação, buscando novas formas de produzir saúde, ou seja, novas formas de pensar o trabalho em saúde, bem como novas formas de pensar a formação em saúde sob um viés coletivo, participativo e integral.

Para Ceccim e Bilibio,

pensando dessa maneira, a geração de cenários de encontro e problematização podem contribuir para a produção de subjetividade e de uma nova suavidade no desmanchamento dos perfis identitários, que coloquem em ato a multiprofissionalidade, o Sistema Único de Saúde, as concepções de saúde e a questão da formação de pessoal, entendendo a atenção integral à saúde como um projeto de gestão, de assistência, de promoção, de participação social e de educação dos profissionais da saúde (2004, p. 10).

Paralelamente às edições do projeto VER-SUS/Brasil, outros movimentos foram acontecendo no Rio Grande do Sul, como a criação do Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (NETESC). O NETESC surgiu como um movimento estadual composto por estudantes de diversos cursos da área da saúde de diversas instituições de ensino e aos poucos, os NETESCs foram se regionalizando e sendo criados em diversas instituições de ensino do estado, sendo que também se expandiram para outros estados do país (CECCIM e BILIBIO, 2004).

As vivências no formato do VER-SUS/Brasil financiadas pelo Ministério da Saúde, aconteceram até o ano de 2006, pois no ano de 2007, outro formato de vivência foi elaborado pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para aproximar os estudantes da realidade do SUS: o projeto Vivências e Estágios em Educação Popular no Sistema Único de Saúde (VEPOP-SUS). Este projeto previa a inserção dos estudantes junto às comunidades e tinha duração de um ano, cujos estudantes eram remunerados com bolsas via Ministério da Saúde. Em todo o país, dezoito universidades foram contempladas com o recurso para o VEPOP-SUS, e a partir de determinadas orientações, as universidades organizavam os projetos de acordo com sua realidade local.

Somente um edital foi lançado pelo Ministério da Saúde para o financiamento do VEPOP-SUS. Após sua finalização, também se encerraram os estágios de vivência como política do Governo Federal. Porém, as vivências no SUS continuaram acontecendo em diferentes regiões, na maioria delas, encabeçada pelos estudantes dos cursos da saúde.

Nestes traçados foram sendo compostos novos modos de subjetivação dos estudantes/trabalhadores da saúde, aproveitando a potência dos estudantes “sedentos por objetivos justos e buscando uma nova estética para a própria existência” (CECCIM e

BILIBIO, 2004, p. 21) foram sendo traçadas as linhas cartográficas dos modos de subjetivação dos estudantes/trabalhadores da saúde.

3.2 O VER-SUS na UNISC

A Universidade de Santa Cruz do Sul tem uma significativa caminhada na realização dos projetos VER-SUS. Em 2002, oito estudantes participaram da primeira edição do VER-SUS/RS; em janeiro e fevereiro de 2004, foi realizado o Projeto-Piloto do VER-SUS/Brasil e, em julho e agosto de 2004, a primeira edição do mesmo; em 2005 aconteceram duas vivências e, em 2006, a última edição do projeto (KLAFKE; LARA; SANTIN, 2010).

Assim como ocorreu em outras instituições de ensino superior do estado, os estudantes da UNISC também se articularam enquanto movimento estudantil através da criação do Núcleo de Estudos e Trabalhos em Saúde Coletiva (NETESC). Este grupo foi composto por alguns estudantes que participaram das vivências nas várias edições do VER-SUS e por outros estudantes que se identificavam com as discussões sobre saúde coletiva e que buscavam um espaço de aprendizagem e aproximação com o sistema de saúde.

Além do movimento dos estudantes na construção de espaços de aproximação e discussão sobre o sistema de saúde, outras estratégias foram criadas na universidade, entre elas, o Fórum de Saúde da UNISC e o Projeto de Extensão *Educação Permanente em Saúde: ações estratégicas para o desenvolvimento de cenários na UNISC*. O projeto EPS, como foi chamado, se tornou o grande articulador de diversas atividades como: participação de estudantes e professores nos Conselhos de Saúde e Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), retaguarda à estruturação de projetos e ações gestados no Fórum de Saúde da UNISC, entre outros (KLAFKE; LARA; SANTIN, 2010).

Em 2007, a UNISC foi contemplada com o edital do Projeto Vivências em Educação Popular no SUS (VEPOP/SUS), ou VER-SUS/Extensão como ficou conhecido na UNISC. A elaboração deste projeto contou com a participação de vários atores, entre eles: Pró-Reitoria de Graduação, Pró-Reitoria de Extensão e Relações Comunitárias, Secretaria Municipal de Saúde, Polos de Educação Permanente em Saúde dos Vales do Rio Pardo e Taquari (PEPS/Vales) e estudantes, através do Diretório Central dos Estudantes (DCE) e NETESC.

O VER-SUS/Extensão teve duração de um ano e suas atividades estiveram concentradas em duas comunidades: a Comunidade Rural de Rio Pardinho e o Bairro Renascença, ambas em Santa Cruz do Sul. O VER-SUS/Extensão contou com a participação de mais de trinta estudantes, inclusive de outros de cursos que não são considerados da área da saúde.

A partir da realização do VER-SUS/Extensão, o NETESC foi bastante fortalecido, passou a contar com a participação de mais estudantes e ampliou suas ações. O NETESC, enquanto movimento estudantil e o Projeto EPS, enquanto movimento da Instituição sempre estiveram fortemente ligados, sendo que no ano de 2009 passou a fazer parte do Projeto EPS, para que assim, pudessem ser viabilizadas bolsas de estudos voluntárias para os estudantes¹². Além disso, o NETESC, por uma questão burocrática da Instituição, precisou mudar de nome e passou a se chamar Grupo de Estudos e Trabalhos em Saúde Coletiva (GETESC). É com este nome que o grupo mantém suas atividades até hoje.

Mesmo o GETESC sendo um espaço onde os estudantes podiam se articular em diferentes frentes na tentativa de conhecer a realidade do SUS, ainda persistia a necessidade de sair de dentro da universidade e estar mais próximo dos serviços de saúde, coisas que os estágios no Projeto VER-SUS, de certa forma, conseguiam oferecer. Mas como organizar uma vivência sem recursos financeiros para tal, já que o Ministério da Saúde não o financiava mais? Os estudantes do GETESC apresentaram a ideia de um VER-SUS via UNISC à Pró-Reitoria de Extensão e Relações Comunitárias. O projeto começou a ser gestado pelos estudantes do GETESC articulados ao Fórum de Saúde da UNISC e ao Projeto EPS, parcerias foram feitas com o DCE e com o Poder Público Municipal de Santa Cruz do Sul através das Secretarias de Saúde e Educação. Foi assim, com a iniciativa dos estudantes e apoio da Universidade e Prefeitura Municipal que, em janeiro de 2010, aconteceu a primeira edição do VER-SUS/UNISC.

O VER-SUS/UNISC teve basicamente o mesmo formato das vivências anteriores, porém, pela falta de recursos financeiros, os estudantes ficaram alojados nas salas de aula da UNISC. Em 2011 aconteceu outra edição do projeto, o qual foi chamado de VER-SUS/CIES 13, pois contou com recursos oriundos da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde através da Comissão de Integração Ensino-Serviço.

No final do ano de 2011, o projeto VER-SUS voltou a ser discutido em âmbito nacional, já que, mesmo sem financiamento do Governo Federal, diversas vivências continuavam a acontecer de maneira regionalizada em diferentes lugares do país, mostrando o quanto o VER-SUS já havia se consolidado enquanto uma estratégia de Educação Permanente em Saúde.

¹² O Projeto EPS contou, desde seu início, com um bolsista remunerado pelo programa de bolsas de extensão da UNISC (PROBEX), sendo que o estudante, para ser bolsista, tinha que fazer parte do NETESC. A partir da incorporação do NETESC no Projeto EPS, foi possível viabilizar bolsas voluntárias (PROVEX) para que os estudantes pudessem contabilizar horas de atividades complementares para os Núcleos Flexíveis dos currículos dos seus cursos.

Em novembro de 2011, aconteceu em Porto Alegre o III Encontro Estadual de Educação Permanente em Saúde e o I Encontro Nacional de Educação Permanente em Saúde, momento em que foi lançada, pelo Ministério da Saúde, uma nova etapa dos Projetos VER-SUS/Brasil. A proposta do Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida, com a Rede Colaborativa de Governo/UFRGS, com a União Nacional dos Estudantes (UNE) e gestores municipais, foi de retomar em larga escala os estágios de vivência no SUS (OTICS, 2011).

De qualquer forma, uma nova vivência no mesmo formato das anteriores, que foi chamada de VER-SUS/Brasil CIES 13, já estava sendo organizada pelo GETESC para acontecer nas férias de verão de 2012, cuja edição acompanhei para realizar parte da produção de dados desta pesquisa. A seguir, abordo a vivência que serviu de campo para esta pesquisa, chamada de VER-SUS/Brasil CIES 13.

4 TRAÇADOS CARTOGRÁFICOS: PESQUISA E IMPLICAÇÃO

Neste capítulo apresento a trajetória que deu vida a esta pesquisa, da qual fazem parte os traçados da minha vida, as linhas que percorri (e sempre estarei percorrendo) até tornar-me e me reconhecer como uma trabalhadora da saúde. A partir daqui, conto a história de como surgiu a ideia de realizar esta pesquisa no VER-SUS/Brasil CIES 13. Esta é uma história que começa muito antes do mestrado. É a história da minha implicação com a saúde coletiva e com o SUS, são as condições para a existência desta dissertação.

Ao mesmo tempo em que falo da construção da pesquisa, faço a minha análise de implicação, pois entendi que não seria possível realizar a análise de implicação separadamente, visto que minha implicação e a construção da pesquisa andam juntas, uma não existiria sem a outra. Sem dúvida, todo o pesquisador tem algum tipo de relação com seu objeto de pesquisa, pois “implicado sempre se está” (COIMBRA; NASCIMENTO, s.d, s.p), mas quero demarcar que não pretendo apresentar minha relação com o objeto de pesquisa como um *acessório* da dissertação, mas sim, como um elemento que também faz parte do campo de pesquisa.

Como lembra Lourau (2004a, p. 190),

o útil ou o necessário para a ética, a pesquisa e a ética da pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rechaços, referências e não referências, participações e não participações, sobre motivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais... – , mas a análise dessas implicações.

Neste capítulo também apresento a cartografia como método desta pesquisa, como uma ferramenta que permitiu minha inserção/intervenção no campo de pesquisa. Além disto, começo a inserir recortes do Diário de Campo¹³, ferramenta que utilizei para registrar o fluxo da produção de subjetividades do campo pesquisado.

4.1 Pesquisa cartográfica: que método é este?

Em uma cartografia o que se faz é acompanhar as linhas que se traçam, marcar os pontos de ruptura e de enrijecimento, analisar os cruzamentos dessas linhas diversas que funcionam ao mesmo tempo. É transformando que se conhece. Logo, não há sentidos para serem revelados, mas para serem criados. É da fecunda tensão das linhas que habitam um plano em que será desenhada uma carta. Ela terá acidentados e mutações, intensidades distintas, devires a serem atualizados. As cartografias são

¹³ As escritas do Diário de Campo estão destacadas em itálico com referência entre parênteses no final da frase ou parágrafo.

multiplicidades que não formam um todo e se algum todo é formado é o das partes ao lado (BARROS, 2007, p. 234).

Depois da decisão de realizar a pesquisa no projeto VER-SUS/Brasil CIES 13, precisava pensar no tipo de investigação que estaria fazendo e que método usaria para tal. Levando em consideração que eu iria acompanhar todo o projeto e estaria imersa no campo não somente como observadora na tarefa tradicional de *coletar* dados e depois analisá-los, mas sim, que estaria intervindo no campo de pesquisa. A cartografia apareceu como a possibilidade de habitar este campo.

Encontrei na cartografia a possibilidade de desenvolver uma pesquisa que levasse em conta a relação do pesquisador com seu objeto de pesquisa, reconhecendo “a inseparabilidade entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir” (PASSOS; BARROS, 2010, p. 17). A cartografia proposta por Deleuze e Guattari, tem como objetivo acompanhar processos ao invés de representar objetos, tratando-se sempre da investigação dos processos de produção (KASTRUP, 2010). Para Deleuze (1992, p. 48), “numa cartografia, pode-se apenas marcar caminhos e movimentos, como coeficientes de sorte e de perigo. É o que chamamos de ‘esquizoanálise’, essa análise das linhas, dos espaços, dos devires”.

A cartografia subverte os métodos tradicionais de pesquisa baseados no paradigma moderno da cientificidade e da neutralidade do pesquisador. A partir desta concepção, a relação do pesquisador com o campo de pesquisa se constitui em um elemento central “uma vez que a produção de conhecimento se dá a partir das percepções, sensações e afetos vividos no encontro com seu campo, seu estudo, que não é neutro, nem isento de interferências e, tampouco, é centrado nos significados atribuídos por ele” (ROMAGNOLI, 2009, p. 170).

Para Barros e Kastrup (2010), a cartografia tem como desafio “desenvolver práticas de acompanhamento de processos inventivos e de produção de subjetividades” (p. 56). As autoras ainda apontam que

[...] o objetivo da cartografia é justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e seu movimento permanente. Para isso é preciso, num certo nível, se deixar levar por esse campo coletivo de forças. Não se trata de mera falta de controle de variáveis. [...] A atenção mobilizada pelo cartógrafo no trabalho de campo pode ser uma via para o entendimento dessa atitude cognitiva até certo ponto paradoxal (BARROS; KASTRUP, 2010, p. 57).

Conforme Passos e Barros (2010), o conceito de transversalidade usado por Félix Guattari define o método cartográfico como um trabalho de análise que, ao mesmo tempo, descreve, intervém e cria efeitos-subjetividade, sendo que operar na transversalidade supõe

considerar um plano em que toda a realidade comunica-se, o que faz da cartografia o acompanhamento deste plano e das linhas que a compõe. Para Romagnoli (2009, p. 170), ao romper com a visão tradicional positivista de pesquisa, a cartografia “convoca a imanência, a exterioridade das forças que atuam na realidade, buscando conexões, abrindo-se para o que afeta a subjetividade”.

Desta maneira, o trabalho do cartógrafo pressupõe atenção constante, pois se trata da produção de conhecimento ao longo de todo o trajeto de pesquisa. Para Kastrup (2010), trata-se de uma “concentração sem focalização” (p. 40), onde a atenção é sempre aberta e sem foco, e a concentração do pesquisador se explica por uma sintonia fina com o problema de pesquisa.

Ressalto ainda que a proposta cartográfica não pressupõe uma *coleta* de dados, uma vez que se considera que os dados são produzidos pelo próprio ato de pesquisar, justamente pela não separação entre pesquisador e objeto pesquisado, implicando um deslocamento do lugar do pesquisador.

Para Amador e Fonseca (2009),

trata-se de uma invenção que somente se torna viável pelo encontro fecundo entre pesquisador e campo de pesquisa, pelo qual o material a pesquisar passa a ser produzido e não coletado, uma vez que emerge de um ponto de contato que implica um deslocamento do lugar de pesquisador como aquele que vê seu campo de pesquisa de um determinado modo e lugar para outro no qual ele se vê compelido a pensar e a ver diferentemente, no momento mesmo em que o que é visto e pensado se oferece ao seu olhar (AMADOR; FONSECA, 2009, p. 31).

Nesta dissertação, a produção de dados se deu mediante a confecção do Diário de Campo durante todo o processo da pesquisa. O Diário de Campo foi uma ferramenta importante desde a produção de dados até o relatório final. As anotações do Diário de Campo compõem a produção de dados da pesquisa e transformam as observações do campo em conhecimento e modos de fazer, contendo relatos objetivos das atividades realizadas e também impressões que emergem do campo (BARROS; KASTRUP, 2010). O Diário de Campo não pertence somente ao pesquisador, ele adquire uma dimensão coletiva, pois lá são registradas falas e movimentos dos sujeitos que compõem o campo e desse fluxo de forças entre pesquisador e campo de pesquisa, surgem diferentes problematizações, diferentes linhas de força que não pertencem nem ao pesquisador, nem aos sujeitos da pesquisa, mas são da ordem da impessoalidade, constituindo-se como o registro da potência produzida no campo de pesquisa.

Neste sentido, Lourau (2004b) ao falar sobre o uso do Diário de Campo e do estatuto de extratexto que lhe foi delegado, questiona se este “será irremediavelmente subordinado, inferior, acessório e supérfluo mesmo?” (p. 251). O autor propõe transformá-lo em procedimento de trabalho e não somente como elemento de introdução, de notas de rodapé ou anexos.

Destaca-se que a cartografia permite a intervenção do pesquisador no campo de pesquisa. Para Barros e Passos (2010), o entendimento de que toda pesquisa é intervenção coloca aquele que conhece e quem – ou o que – é conhecido no mesmo plano implicacional. Portanto, o pesquisador está incluído no processo de pesquisa e o registro de todo este processo ganha função de disparador de desdobramentos da pesquisa.

Talvez tenha sido a produção de dados um dos momentos mais difíceis da pesquisa. Pode parecer contraditório, mas um dos meus maiores receios em relação à pesquisa foi de não conseguir estar no campo como pesquisadora, visto todo o meu envolvimento com o VER-SUS e com as pessoas que o organizaram. Meu medo era de não conseguir o estranhamento necessário para perceber os movimentos que subsidiariam as questões norteadoras da dissertação, pois “a pesquisa de campo requer a habitação de um território que, em princípio, ele¹⁴ não habita” (BARROS; KASTRUP, 2010, p. 56). No entanto, no meu caso, o território já era bastante conhecido, pois já o havia habitado por muito tempo. Mas a própria cartografia respondia aos meus anseios, já que, diferentemente do que preconiza a tradição positivista, minha implicação não era uma intrusa, mas sim, condição essencial para a existência da pesquisa.

Como disse Lourau,

pois não é a implicação, cada vez mais claramente, o objeto de análise das relações que temos com a *instituição* e, antes de tudo, com nossa instituição de pertencimentos mais próxima àquela que possibilita nossa inserção nas situações sociais de intervenção, de formação e de pesquisa? (LOURAU *apud* PAULON, 2005, p. 22).

Como dito anteriormente, toda a pesquisa cartográfica pressupõe intervenção do pesquisador no campo e intervenção do campo no pesquisador. O pesquisador faz parte do campo de pesquisa, modificando e sendo modificado por ele. Desta forma, conhecer é “fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas” (PASSOS; BARROS, 2010, p. 30). E quando pesquisador e campo de pesquisa não se localizam mais em polos opostos, mas sim, estão agenciados dentro do mesmo espaço de subjetivação, sendo

¹⁴ Referência ao pesquisador.

afetados pela mesma energia, passa a fazer parte crucial da pesquisa a análise de implicação do pesquisador.

4.2 Entre versusiana e pesquisadora: alguns deslocamentos

Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.

(Foucault, 2003b, p. 13)

A tarefa de pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, foi bastante árdua durante todo o percurso desta pesquisa, desde a escolha dos conceitos que subsidiaram as questões teóricas até o trabalho de campo propriamente dito, pois implicou na desconstrução de um objeto que, até então, parecia-me sólido e único.

Paulon (2005), ao falar sobre a análise de implicação na pesquisa-intervenção, coloca que

a posição que o pesquisador assume em seu campo de pesquisa, as relações que estabelece com os sujeitos de sua investigação, os efeitos que estas relações produzem em suas observações, a possibilidade de que a análise dos dados seja enriquecida ou deturpada por tais efeitos não são questões pouco controversas para o debate científico (PAULON, 2005, p. 18).

Pensar a Educação Permanente em Saúde como uma política de subjetivação dos trabalhadores da saúde foi um exercício que exigiu que me deslocasse de um lugar que parecia seguro: o lugar de estudante *militante* da saúde pública, um lugar que começou a ser construído durante a graduação em psicologia. Para ser mais exata, foi durante a disciplina de Psicologia e Políticas Públicas em Saúde que comecei a ser afetada pelo sistema de saúde brasileiro. Foi depois de ter cursado esta disciplina que passei a ter noção das possibilidades de trabalho do psicólogo no SUS e isto foi me instigando a querer conhecer cada vez mais as políticas públicas de saúde e, principalmente, saber como elas acontecem na prática.

Antes disto, já tinha ouvido falar no projeto VER-SUS Brasil e tinha ficado curiosa em participar, mas por uma série de fatores, fui deixando as oportunidades passarem, até que no final do ano de 2006, depois de ter feito a disciplina sobre Psicologia e Políticas Públicas de

Saúde, foi aberta a seleção para o projeto VER-SUS/Extensão¹⁵. Diferentemente do VER-SUS Brasil, que se constituía em uma vivência de duas semanas nos serviços de saúde, o VER-SUS/Extensão tinha como proposta o trabalho junto com a comunidade durante um ano inteiro, sendo que durante dois períodos (três semanas durante as férias de verão e duas semanas durante as férias de inverno) aconteciam as vivências intensivas, pois os estudantes moravam nas comunidades. Na UNISC, o VER-SUS/Extensão ocorreu no Bairro Renascença e na comunidade rural de Rio Pardinho. Os estudantes foram divididos em dois grupos e eu fiz parte do grupo que realizou as atividades na comunidade de Rio Pardinho¹⁶.

Foi assim que entrei para o time dos *versusianos*¹⁷ e passei a entender o porquê muitos colegas que já tinham feito VER-SUS viviam repetindo coisas como: “*O VER-SUS foi um divisor de águas*”, “*a faculdade se divide entre antes e depois do VER-SUS*”, “*quem faz VER-SUS sai diferente...*”. Sem dúvidas estas são as maiores marcas que me afetaram a desenvolver esta pesquisa.

A participação neste projeto deu início ao meu devir militante, à minha implicação com as questões da saúde coletiva e a busca por uma formação como profissional da saúde comprometida com a efetivação do sistema de saúde brasileiro. Entendo o devir como algo que está por se fazer e que só poderá emergir das minorias (DELEUZE, 1992). Assim foi minha experiência de militância no Movimento Estudantil, como devir que surge do desejo das minorias, como força contra-hegemônica ao modelo de formação e trabalho em saúde instituído, como devir revolucionário. A partir disto, integrei o *Movimento Estudantil da Área da Saúde* através do *Grupo de Estudos e Trabalhos em Saúde Coletiva* (GETESC), que surgiu através da articulação de estudantes mobilizados em torno das questões da saúde coletiva e das mudanças na graduação em saúde.

Com a participação no VER-SUS/Extensão e entrada no GETESC, tive a oportunidade de circular por diversos espaços de discussão sobre o SUS, saúde coletiva e mudanças nos cursos de graduação da área da saúde. Findado o projeto VER-SUS/Extensão, passei a ser bolsista de extensão do *Projeto Educação Permanente em Saúde: ações estratégicas para o desenvolvimento de cenários na UNISC* (Projeto EPS), no qual permaneci por dois anos. Foi neste projeto que pude entrar em contato, de maneira mais efetiva, com a Política Nacional de

¹⁵ VER-SUS/Extensão foi o nome adotado na UNISC, mas o mesmo projeto pode ser encontrado em outras universidades ou em publicações do Ministério da Saúde, com o nome Vivências e Estágios em Educação Popular no SUS (VEPOP-SUS).

¹⁶ Trata-se de uma comunidade rural, distante 13 quilômetros da sede do município, com aproximadamente 482 pessoas (150 famílias) que tem como atividade econômica principal a cultura do fumo voltada à produção industrial do cigarro. Esta população é na sua maioria de origem germânica.

¹⁷ Nome informalmente adotado para identificar os estudantes que fazem VER-SUS.

Educação Permanente em Saúde e reconhecer o quão grande é a sua dimensão dentro das políticas públicas de saúde.

Já escutei várias vezes das pessoas que trabalham na saúde pública, uma frase que é mais ou menos assim: “*depois que a gente prova dessa cachaça, não consegue mais largar*”. Comigo não foi diferente, provei a tal *cachaça* e não larguei mais, quase toda minha vida acadêmica passou a se voltar para as questões da saúde coletiva e do SUS. Sem dúvida, foram os melhores anos da faculdade. Foi o período em que mais participei de congressos, seminários, encontros, organizações de eventos e projetos, praticamente todos com temas voltados à saúde coletiva. Estas andanças também definiram o local que escolhi para realizar um dos estágios curriculares do curso de psicologia. Durante o último ano da faculdade fiz estágio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Lajeado. Esta experiência de estágio confirmou aquilo que vinha se desenhando nos últimos anos da faculdade: meu lugar era na saúde pública.

A data da formatura se aproximava e o medo de não conseguir ou de demorar muito tempo para entrar no mercado de trabalho crescia, afinal, a procura pelo primeiro emprego costuma ser um fator de muita ansiedade para aqueles que, por muitos anos, se dedicaram a uma graduação. Junto com as possibilidades, as dúvidas também começaram a aparecer: o que faço agora? Residência¹⁸, mestrado ou procurar emprego? Optei por investir nos dois últimos e fiz algumas seleções de mestrado, inúmeros concursos municipais e incontáveis currículos deixados em serviços públicos de saúde. Em alguns meses, o retorno começou a aparecer, fiquei em primeiro lugar em um concurso público municipal, fui chamada para assumir uma vaga como psicóloga contratada em um município e fui aprovada com bolsa CAPES no Mestrado em Educação da UNISC. Escolher apenas uma destas possibilidades não foi muito fácil, estava muito ansiosa para começar a trabalhar e me sentir trabalhadora da saúde, mas por outro lado, havia um desejo muito grande de continuar os estudos e investir na futura possibilidade de docência. Também tinha um medo terrível de parar de estudar e me acomodar, ou como diz Deleuze (1992), sentir-me endividada¹⁹. Então, decidi optar pelo mestrado.

¹⁸ Conforme a Lei nº 11.129 de 2005, a Residência em Área Profissional da Saúde é uma modalidade de ensino de pós-graduação *Lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada para as profissões que integram a área da saúde, exceto medicina. É um programa que visa favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS (BRASIL, 2005d).

¹⁹ Deleuze (1992) coloca que na sociedade de controle a educação será cada vez menos um meio fechado, sendo substituída pela formação permanente, o que caracteriza um controle muito mais contínuo e sutil sobre os sujeitos, produzindo o desejo de uma constante atualização em termos de formação profissional e este desejo produziria uma sensação de endividamento.

A proposta de pesquisa inicial também estava relacionada à Educação Permanente em Saúde, porém, com um olhar mais voltado para a sua efetividade, enquanto um dispositivo de formação e empoderamento dos trabalhadores dos serviços de saúde mental. Era um desdobramento da pesquisa de estágio realizada no CAPS, que foi também uma pesquisa-intervenção, mas com o referencial teórico da Saúde Coletiva e da Análise Institucional. Durante a graduação, também me aproximei bastante do referencial teórico da Educação Popular, visto que era o referencial utilizado pelo VER-SUS.

Com o início do Mestrado em Educação e minha inserção na Linha de Pesquisa Identidade e Diferença na Educação, com a aproximação de leituras de autores pós-estruturalistas, em especial com a obra de Michel Foucault, percebi que meu tema de pesquisa passaria por inúmeras transformações até chegar ao projeto final. Transformações que não foram muito tranquilas. Não somente pela complexidade teórica da Linha de Pesquisa, mas principalmente, pela necessidade de rever tudo o que pensava sobre as políticas públicas, de me deslocar do lugar de quem *defende a bandeira* do sistema de saúde e olhar para este grande campo com olhos de quem duvida. Sempre com o cuidado de não cair na tentação maniqueísta de julgar tudo em termos do que é bom ou ruim, mas sim, poder olhar para este sólido campo e fazer a crítica, desconstruindo verdades estabelecidas e reconstruindo outras possibilidades.

Como coloca Foucault *apud* Veiga-Neto (2010, p. 15),

a crítica consiste em desentocar o pensamento e em ensaiar a mudança; mostrar que as coisas não são tão evidentes quanto se crê, fazer de forma que isso que se aceita como vigente em si não o seja mais em si. Nessas condições, a crítica - e a crítica radical - é absolutamente indispensável para qualquer transformação.

Durante a graduação já tinha entrado em contato com alguns escritos de Foucault sobre poder e as sociedades disciplinares, principalmente, para pensar a educação escolar. Foram leituras importantes, mas bastante iniciais. Os principais registros que ficaram na minha memória foram sobre o poder disciplinar e a docilização dos corpos, um recorte mínimo da sua obra. Fazer a crítica da educação permanente em saúde que, para mim, representava todos os *avanços* em termos de política de formação de trabalhadores para o SUS, chegou a ser uma tarefa dolorosa por diversas vezes. Nos anos em que fui monitora do Projeto EPS, o foco do trabalho e o meu olhar para a educação permanente em saúde era de uma política que coloca o trabalhador no centro do processo de formação como um sujeito *ativo, autônomo, protagonista e gestor do seu trabalho*, ou seja, a educação permanente era a possibilidade de

emancipação dos trabalhadores. Dá pra imaginar qual foi o meu desassossego quando, ao ler sobre biopolítica e governamentalidade de Foucault, comecei a ver que a educação permanente em saúde também está imersa nas relações de poder e também atua como um dispositivo de controle dos trabalhadores da saúde, sendo necessário, inclusive, problematizar conceitos que tinha como naturais, tais como alguns dos citados acima: avanço, autonomia, protagonismo, emancipação.

No entanto, estava disposta ao movimento, ao exercício de pensar diferente que a pesquisa proporciona. Já dizia Deleuze (1992) que, para Foucault, o pensamento é uma máquina de guerra,

é que no momento em que alguém dá um passo fora do que já foi pensado, quando se aventura para fora do reconhecível e do tranquilizador, quando precisa inventar novos conceitos para terras desconhecidas, caem os métodos e as morais, e pensar torna-se, como diz Foucault, um ato arriscado, uma violência que se exerce primeiro sobre si mesmo (DELEUZE, 1992, p. 128).

Pode parecer exagero, mas, às vezes, me sentia como se estivesse *traindo* o movimento da saúde coletiva, os coletivos estudantis e os colegas militantes. Cheguei a pensar que minha proposta de pesquisa nem seria aceita pelo GETESC. Os dias foram passando, a escrita do projeto de pesquisa precisava de algumas definições, mas eu continuava com a sensação de que precisava de outros elementos para pensar a educação permanente em saúde, não queria iniciar uma pesquisa que somente confirmaria o que outras já apontaram: que as políticas públicas são estratégias biopolíticas de governo da população. Embora isso fosse parte do caminho, sabia que poderia ir além da ideia de governo dos trabalhadores da saúde.

Por mais que entendesse o poder na sua positividade, ou seja, como um poder que faz produzir e que atua a partir da liberdade da população, ainda sentia falta de algo. Foucault já colocava que em uma relação de poder é necessário que exista resistência. No entanto, tinha a impressão de que a questão da resistência era pouco abordada nas discussões em sala de aula, nos trabalhos e pesquisas que lia. Muitas vezes me peguei pensando: se todas nossas ações são governadas, até mesmo nossa liberdade, então não há sujeito, chegamos ao fim da linha! Foi então que outras linhas começaram a serem traçadas. Descobri as linhas de fuga, as linhas de subjetivação, deparei-me com o Foucault da ética, do cuidado de si, deparei-me com o conceito de dobra em Deleuze.

A decisão por fazer a pesquisa no VER-SUS não demorou muito para acontecer. Depois de ter definido o problema de pesquisa como sendo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde enquanto dispositivo de subjetivação dos trabalhadores da saúde,

comecei a pensar em algumas possibilidades. Dentre elas, acompanhar as ações de educação permanente em saúde em um serviço da rede pública ou acompanhar um projeto de extensão na universidade, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que é um programa viabilizado pelo Ministério da Saúde dentro da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. No entanto, com a notícia de que aconteceria outra edição do VER-SUS na UNISC, tudo começou a se encaminhar para realizar o trabalho de campo na vivência de 2012.

Entrei em contato com a professora de referência do VER-SUS e com o GETESC para apresentar meu projeto e analisar a possibilidade de realizar a pesquisa na vivência. Estes encontros com a comissão organizadora foram muito importantes, suscitaram questões que eu ainda não havia pensado: como seria fazer o VER-SUS enquanto pesquisadora, tendo em vista que, em outros momentos, já fui facilitadora, organizadora e *versusiana*? Mas será que estas categorias são identidades estáticas, ou devires, identidades fronteiriças? Para Deleuze (1992) a potência não está em um lugar pré-determinado, mas na fronteira, na inexistência de identidades fixas, no devir.

Assim, meu devir pesquisadora precisava ser construído, e esta construção foi coletiva. *Na primeira reunião com o GETESC falei do projeto (parece que eles gostaram), principalmente, sobre a pesquisa cartográfica, que é uma metodologia aberta, na qual o pesquisador está implicado ao seu campo de pesquisa e onde o inesperado faz parte do movimento da pesquisa [...]. Também falamos sobre o distanciamento que eu terei que tomar em determinados momentos, pois, afinal, eu vim do VER-SUS e retornar a ele com outro olhar vai exigir de mim um constante movimento de afastamento e aproximação* (Diário de Campo, 11 de outubro de 2011).

Desde o início, a comissão organizadora do VER-SUS se mostrou bastante interessada e entusiasmada com a realização da pesquisa. Conforme a fala de uma integrante do GETESC, *“já estou vendo, quando formos falar do VER-SUS com outros coletivos, já vamos ter mais um diferencial: uma pesquisadora de mestrado fazendo sua pesquisa no nosso VER-SUS, assim como inovamos com os projetos de intervenção”* (Diário de Campo, 11 de outubro de 2011).

Durante a construção do projeto de pesquisa, participei também de alguns eventos sobre Educação Permanente em Saúde. Inicialmente, meu objetivo com a participação nestes eventos era apenas ficar mais próxima dos diversos espaços de discussão e construção da Política. Porém, acabei constatando que as discussões nos eventos iam ao encontro dos objetivos da minha pesquisa, eram espaços de potência de produção de subjetividades e não

poderia negligenciar este fato. Portanto, os encontros sobre Educação Permanente em Saúde também fizeram parte do campo de pesquisa e foram registrados no Diário de Campo.

Desta maneira, o campo de pesquisa é entendido, conforme Spink (2003), como campo-tema, o qual não é apenas um lugar para se fazer observações. “O campo-tema, enquanto complexo de redes e sentidos que se interconectam, é um espaço criado, [...], herdado ou incorporado pelo pesquisador e negociado na medida em que este busca se inserir nas suas teias de ação (SPINK, 2003, p. 11). Assim, o campo é sempre uma multiplicidade de espaços, territórios, materialidades e encontros.

No mês de novembro de 2011, aconteceu em Porto Alegre o I Encontro Nacional e o III Encontro Estadual de Educação Permanente em Saúde. Foram dias de pensar no processo da EPS e de rever os amigos de VER-SUS e GETESC que há muito não via. Já no trajeto no ônibus urbano tive uma boa surpresa: o VER-SUS seria novamente apoiado pelo Ministério da Saúde e o lançamento iria acontecer no dia seguinte (Diário de Campo, 09 de novembro de 2011).

Já no Encontro, voltou a sensação que me acompanha desde o final da faculdade. A sensação de não estar em nenhum lugar, ao mesmo tempo de estar em vários, ou seja, não estar em nenhum lugar por não estar trabalhando mesmo depois de formada, mas habitar diversos espaços que a vida acadêmica continua proporcionando. No credenciamento, era para colocar à qual Coordenaria Regional de Saúde pertencíamos, pensei: e agora, coloco onde moro ou onde estudo? Pensei como mestrande e coloquei a 13ª CRS à qual pertence Santa Cruz do Sul. De novo bateu aquela ansiedade por trabalhar e poder me apresentar como: “sou psicóloga e trabalho em tal lugar” (Diário de Campo, 09 de novembro de 2011).

Voltamos (os estudantes do GETESC e eu) do Encontro de Educação Permanente em Saúde bastante entusiasmados. Mesmo que na UNISC estivesse tudo praticamente pronto para a realização de uma nova edição do VER-SUS, o fato de o Ministério da Saúde voltar a apoiá-lo enquanto estratégia de educação permanente em saúde para os graduandos renovou o ânimo daqueles estudantes que, de uma forma ou de outra, nunca o deixaram cair no esquecimento.

O Projeto foi lançado, para todo o país, novamente com o nome de VER-SUS/Brasil e teve como apoiadores a União Nacional dos Estudantes (UNE), Rede Unida, Departamento de Atenção Básica, Rede Colaborativa de Governo/UFRGS, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASSEMS) e Ministério da Saúde.

Na UNISC foi mantido o formato que vinha sendo planejado antes da notícia do apoio do Ministério da Saúde, tendo sido organizado pelo Projeto de Extensão Grupo de Estudos e Trabalhos em Saúde Coletiva (GETESC)²⁰ e Comissão de Integração Ensino-Serviço da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CIES 13ª), com o apoio da Pró-Reitoria de Extensão e Relações Comunitárias (PROEXT), Diretório Central de Estudantes (DCE), Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação de Santa Cruz do Sul, Secretaria Municipal de Saúde de Candelária e de Venâncio Aires. O projeto recebeu do Ministério da Saúde material didático, mochila personalizada e auxílio para alimentação e foi chamado de VER-SUS/Brasil CIES 13.

Os estudantes que pretendiam participar das vivências precisavam passar pelo Processo Educativo-Seletoivo, o qual se caracteriza “pela participação ativa de todos os interessados na vivência, e não por uma seleção através de provas de conhecimentos e/ou entrevistas realizadas pelos docentes” (KLAFKE; LARA; SANTIN, 2010, p. 38). O Processo Educativo-Seletoivo foi organizado e conduzido pelos estudantes que iriam ser os facilitadores da vivência e pelos demais estudantes do GETESC.

Para os estudantes da UNISC, o Processo Educativo-Seletoivo ocorreu no mês de novembro de 2011 em duas etapas. Primeiramente, os interessados enviavam por e-mail uma carta de intenção de participação no projeto e, em um segundo momento, foi realizado um encontro, onde foi explicado sobre o projeto e como seria a vivência, sendo que também os estudantes puderam falar sobre suas expectativas para com o VER-SUS. *No início do processo foi feita a dinâmica da Palavra Geradora, onde cada um foi se apresentando e dizendo como foi que se interessou pelo VER-SUS e, através de uma palavra, procuraram explicitar o que estavam pensando e o que esperavam da vivência* (Diário de Campo, 19 de novembro de 2011). Eu participei do Processo Educativo-Seletoivo, momento em que informei para os estudantes inscritos sobre a realização da pesquisa, bem como fiz uma breve apresentação da minha proposta de trabalho.

Os estudantes de outras universidades do Estado também puderam se inscrever no VER-SUS/Brasil CIES 13, a divulgação para outras universidades foi feita a partir do contato com os coletivos estudantis da área da saúde, de e-mails e divulgação nas redes sociais. Para estes estudantes, o Processo Educativo-Seletoivo aconteceu somente através do envio de carta de intenções.

²⁰ No ano de 2011, o Projeto de Extensão Educação Permanente em Saúde, o qual abrigava o GETESC e as edições anteriores do VER-SUS, deixou de existir. Com isso, o GETESC passou a ser um projeto de extensão, sendo que também foi criado na Universidade o Núcleo de Saúde Coletiva.

4.3 De malas prontas para mais um VER-SUS

E aqui estou eu de novo, quarto estágio de vivência, terceiro VER-SUS, não imaginei que voltaria a participar de outro VER-SUS depois de formada, ou melhor, depois de graduada, já que passamos toda a vida em formação (Diário de Campo, 29 de janeiro de 2012).

Um domingo quente do mês de janeiro, terminando de conferir as malas antes de colocar o pé na estrada, uma cena comum para quem está saindo em férias rumo ao litoral, mas o destino não é o litoral, o destino é novamente Santa Cruz do Sul, é novamente o bloco 35 da UNISC. Chegando lá, já encontro as gurias do GETESC, sempre bastante preocupadas para que tudo dê certo, para que todos os novos versusianos apareçam. Elas conferem as camisetas, o material de estudo, o lanche, o alojamento nas salas de aula, os chuveiros (que sempre são motivo de preocupação), as combinações com o restaurante e, neste ano, aguardando ansiosamente o depósito do Ministério da Saúde para pagar a alimentação, bem como a chegada das mochilas (Diário de Campo, 29 de janeiro de 2012).

Fiquei pensando para o que devo olhar, como devo olhar, já não sou mais uma estudante fazendo VER-SUS pela primeira vez e nem mesmo facilitadora, sou mestranda e estou aqui para realizar o trabalho de campo da minha dissertação, tenho que olhar com outros olhos, com estranhamento. Mas como estranhar algo que já vivi tantas vezes? (Diário de Campo, 29 de janeiro de 2012). Retomo a necessidade de fazer constantemente a análise de minhas implicações, penso no lugar de intelectual implicado, termo cunhado pela Análise Institucional e definido por Coimbra e Nascimento como

aquele que analisa as implicações de suas pertencas e referências institucionais, analisando também o lugar que ocupa na divisão social do trabalho na sociedade capitalista, da qual é um legitimador por suas práticas. Portanto, analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e não apenas no âmbito da intervenção que está sendo realizada; os diferentes lugares que se ocupa no cotidiano e em outros locais da vida profissional; em suma, na história (s.d, s.p).

Esta foi uma preocupação que me acompanhou todo o tempo, tive muito medo de não conseguir focar nas questões da pesquisa por estar muito envolvida com o campo, pensei que poderia não ter dados suficientes para analisar. Provavelmente, se eu nunca tivesse participado de um VER-SUS, muitas outras coisas chamariam minha atenção, como os corredores da universidade cheios de malas, a movimentação para transformar as salas de aula em quartos, os fios esticados entre uma janela e outra para servirem de varal, enfim, um grupo de estudantes morando em uma universidade em plenas férias. Pois é, precisei olhar para tudo

isso, pois tudo, de uma ou outra forma, iria fazer parte dos modos de subjetivação daqueles estudantes.

O grupo do VER-SUS/Brasil CIES 13 foi composto por vinte e dois estudantes, sendo três facilitadoras e eu como mestranda. Estavam representados no grupo os seguintes cursos de graduação: Direito, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia de diferentes Instituições de Ensino Superior: Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) - Santa Maria; Centro Universitário Univates - Lajeado; Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) - Santa Cruz do Sul; Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria; Centro de Ensino Superior do Norte do Rio Grande do Sul (UFSM-CESNORS) - Palmeira das Missões; Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre e Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – Santiago.

A vivência aconteceu entre os dias vinte e nove de janeiro e onze de fevereiro de dois mil e doze. Novamente, ficamos alojados nas salas de aula do bloco 35 da UNISC e as refeições eram feitas no restaurante do bloco 22. Além dos serviços de saúde do município de Santa Cruz do Sul, também foram visitados alguns serviços dos municípios de Venâncio Aires e Candelária.

Em Santa Cruz do Sul as visitas ocorreram nos serviços: Pró-Saúde I e II; ESF Glória; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Casa de Saúde Ignês Moraes; Secretaria Municipal de Saúde; Programa Primeira Infância Melhor (PIM); Programa de Prevenção à Violência (PPV); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Ambulatório de Idosos, Hipertensos e Diabéticos; Programa Bem-Me-Quer; Serviço de Reabilitação Física do curso de Fisioterapia da UNISC; Central de Marcação de Consultas; Cartão SUS; Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST); Divisão de Saúde Bucal do Centro de Atendimento de Saúde; Hospital Santa Cruz (HSC); Farmácia Municipal; CAPSia (Infância e Adolescência); CAPS II; Vigilância em Saúde; ESF Bom Jesus; Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) Harmonia; Centro de Oncologia Integrado do Hospital Ana Nery (HAN); Comunidade Terapêutica Recomeçar; Unidades Básicas de Saúde (UBS) Farroupilha e Arroio Grande; Associação dos Catadores de Materiais Recicláveis; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST/Vales); Centro Materno-Infantil (CEMAI) e 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

No município de Venâncio Aires foram visitados: CAPS AD (álcool e drogas); Centro Municipal de Oftalmologia; Secretaria Municipal de Saúde - gestão e financiamento; Laboratório de Análises Clínicas Municipal e Centro Integrado de Educação e Saúde (CIES). E, ainda, no município de Candelária as visitas foram feitas à Administração da Secretaria

Municipal da Saúde; Unidade Móvel de Saúde; Hospital de Candelária; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I); Estratégia de Saúde da Família (ESF) III Rincão Comprido; Farmácia Municipal; Pronto-Atendimento Médico (PAM); Unidade de Pediatria.

Desde o ano de 2010, o GETESC, enquanto comissão organizadora do VER-SUS, propõe que, ao final da vivência, os estudantes elaborem Projetos de Intervenção como forma de dar continuidade ao projeto mesmo após o término do período da vivência. Os Projetos de Intervenção funcionam da seguinte maneira: após o término da vivência, os estudantes têm um prazo determinado para elaborar Projetos de Intervenção nos serviços visitados durante o VER-SUS, ou mesmo dentro da universidade, como por exemplo, apresentar trabalhos sobre o VER-SUS em eventos científicos, multiplicar conhecimentos sobre o SUS na comunidade acadêmica, formar grupos de trabalho nos serviços de saúde e, até mesmo, organizar o próximo VER-SUS, visto que não há garantia institucional da sua continuidade. Somente recebem certificado os estudantes que realizam os Projetos de Intervenção, os demais, recebem atestado de participação.

O VER-SUS é caracterizado como um estágio de imersão, pois os participantes ficam imersos no universo do projeto por todo o período em que ele acontece, existindo atividades inclusive nos finais de semana. Durante o dia, visitávamos os serviços de saúde e demais instâncias do SUS e, à noite, nos reuníamos nas salas de aula para realizar as discussões sobre as visitas e elaborar o relatório do estágio. Eu participei de todas as atividades, saía para as visitas e participava das discussões. Também tive a oportunidade de realizar uma roda de conversa sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como me foi concedido um espaço para debater com o grupo os eixos norteadores da pesquisa.

Desta forma, pesquisador e campo ocupavam sempre um mesmo plano, sendo afetados pelas mesmas forças. A prática da intervenção na pesquisa cartográfica acontece em todos os momentos, alguns bastante sutis, mas não menos importantes, pois o fato de o pesquisador participar de todos os momentos e estar em campo com uma postura horizontal em relação aos demais, fazendo colocações e participando dos debates, provocando e sendo provocado, já é uma forma de intervenção.

Volto a reforçar que considerei como campo de pesquisa não somente as duas semanas de vivência no VER-SUS/Brasil CIES 13 (no decorrer da análise de dados, chamarei apenas de VER-SUS), mas também o Processo Educativo-Seletivo para a participação no projeto, as reuniões com a comissão organizadora e a participação em eventos sobre educação permanente em saúde. Em todos estes momentos houve produção de dados, os quais foram

registrados no Diário de Campo e compuseram esta cartografia dos modos de subjetivação dos trabalhadores da saúde.

5 TRAÇANDO LINHAS DE SUBJETIVAÇÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E GOVERNAMENTO

Neste capítulo, aproximo os dados produzidos nos diferentes espaços e movimentos do campo pesquisado aos modos de subjetivação inscritos em uma governamentalidade biopolítica, tendo esta arte de governar como a forma de poder que investe na vida da população, em seus mais diversos aspectos, como um problema político e de poder. Além disso, busco discutir como a educação permanente em saúde, através das suas ressonâncias no campo de pesquisa, está engendrada, em certa medida, em uma racionalidade de governo neoliberal que forja subjetividades.

Para me auxiliar nesta tarefa, encontrei na obra de Foucault as principais ferramentas de análise, são elas: os conceitos de biopolítica e governamentalidade, já apresentados em capítulo anterior, e seus escritos sobre a arte de governar liberal e neoliberal, quando lanço mão, principalmente, dos conceitos de *Homo economicus* e empreendedor de si.

5.1 Governamentalidade biopolítica e produção de subjetividades

Conforme Dimenstein (2010), as políticas públicas são respostas aos problemas sociais, sendo, também, estratégias de regulação das relações sociais que “se institucionalizam através de ações, programas, projetos, regulamentações, leis, normas, que o Estado desenvolve para administrar de maneira mais equitativa os diferentes interesses sociais” (p. 160). A mesma autora ainda destaca que “as políticas públicas funcionam como dispositivos de gerência da vida!” (DIMENSTEIN, 2010, p, 162).

Tendo em vista que a educação permanente em saúde, enquanto política pública, se constitui como um dispositivo de gerência da vida, isto é, governo da população, destaca-se que isto se dá tendo a liberdade como elemento fundamental para o exercício do poder. Nesta perspectiva, mediante os dados produzidos nesta dissertação, interrogava-me: quais formas de subjetivação são engendradas a partir da educação permanente em saúde, mais especificamente através de uma de suas estratégias, o VER-SUS? Como ex-participante do VER-SUS e, agora, pesquisadora, muitas dúvidas me acompanharam durante todos os momentos desta dissertação, como é possível perceber em algumas anotações no Diário de Campo:

Estive pensando em como foi a construção do VER-SUS: estudantes que, no exercício do seu protagonismo, vão em busca de outras possibilidades de formação que preencham as

lacunas da academia. Como dizer que estes estudantes estão sendo governados se eles estão fazendo isso por sua própria vontade, fazendo suas escolhas livremente? Que liberdade é essa que pode ser governada? Lembro-me de algumas aulas em que foi dito algo como: a melhor prova da eficiência de um governo é quando o pastor já está dentro de nós. Assim, já não é mais necessário que alguém nos obrigue a fazer determinadas coisas, nós já introjetamos este dever e o exercemos enquanto sujeitos livres (Diário de Campo, 10 de fevereiro de 2012).

Lembro-me do susto que tomei quando me dei conta de que todo aquele discurso de autonomia e protagonismo estudantil também estão engendrados nesta arte de governar, aliás, protagonismo é uma das palavras mais ditas no VER-SUS: “amei o protagonismo”, disse um estudante durante a vivência (Diário de Campo, 10 de fevereiro de 2012).

Protagonismo, autonomia, autogestão, liberdade, palavras que começaram a ser tensionadas quando do encontro com o poder, com o biopoder, com a governamentalidade, sendo que esta só existe quando existe liberdade. O poder só se exerce sobre sujeitos livres que têm diante de si um campo de possibilidades. Só há relações de poder quando o poder pode se deslocar e até escapar, não há confronto entre poder e liberdade, mas um jogo complexo onde a liberdade é a condição de existência do poder (FOUCAULT, 1995). Para Foucault,

agora só se pode governar bem se, efetivamente, a liberdade ou certo número de formas de liberdade forem respeitados. Não respeitar a liberdade é não apenas exercer abusos de direito em relação à lei, mas é principalmente não saber governar como se deve. A integração das liberdades e dos limites próprios a essa liberdade no interior do campo da prática governamental tornou-se agora um imperativo (2008a, p. 475).

Vale lembrar que, conforme Lazzarato (2008), Estado e sociedade civil não estão em polos opostos, pois a sociedade é o correlativo das técnicas de governo e é desta relação que nasce a biopolítica e o liberalismo como arte de governar.

Foucault (2008b), ao falar sobre o nascimento da biopolítica, explica que a razão governamental moderna tem como característica fundamental a busca de seu princípio de autolimitação, sendo uma razão que funciona com base no interesse. Ressalta que este interesse não é o interesse do Estado referido a si mesmo, mas sim, a jogos complexos de interesses individuais e coletivos, entre direitos fundamentais e independência dos governados.

A forma de governamentalidade que se instalou a partir do liberalismo, segundo Foucault (2008b), não se contenta apenas em respeitar ou garantir a liberdade, ou seja,

é consumidora de liberdade na medida em que só pode funcionar se existe efetivamente certo número de liberdades: liberdade de mercado, liberdade do vendedor e do comprador, livre exercício do direito de propriedade, liberdade de discussão, eventualmente liberdade de expressão, etc. [...] Consome liberdade, ou seja, é obrigada a produzi-la. É obrigada a produzi-la, é obrigada a organizá-la. A nova arte governamental vai se apresentar, portanto, como a gestora da liberdade [...] (FOUCAULT, 2008b, p. 86).

Esta razão governamental é produtora de subjetividade e modos de ser: modos de ser estudante, modos de ser trabalhador. A governamentalidade biopolítica, ao investir na vida da população, também produz subjetividades, formas de ser e viver. Não basta fornecer os meios para que a população seja saudável, não basta fornecer os meios para que a população tenha acesso à educação e qualificação profissional permanente, é preciso que cada indivíduo deseje a boa saúde, deseje a qualificação permanente, é necessário produzir subjetividades desejantes.

Podemos ver um pouco dos efeitos desta racionalidade a partir de algumas falas registradas no Diário de Campo:

Uma das rodas de conversa foi sobre o programa PET-Saúde²¹ [...], os estudantes que faziam o PET colocaram que a exigência de tempo é bastante grande, os horários do PET extrapolam os horários acadêmicos, tendo atividades inclusive aos finais de semana. Como falou um estudante: “ninguém mandou querer fazer o PET” (Diário de Campo, 06 de fevereiro de 2012).

Parece ser esta a grande *sacada* da razão governamental que se instaurou a partir do liberalismo e através das estratégias biopolíticas: não se governa mais pela imposição do soberano, mas sim, pela liberdade de escolha de cada um. “Ninguém mandou querer fazer o PET”, somos livres para fazer nossas escolhas e, contraditoriamente, esta mesma liberdade nos engendra em mecanismos de governo, mecanismos que se apresentam das formas mais sutis e até imperceptíveis, como por exemplo, o imperativo contemporâneo da formação permanente.

No Diário de Campo, muitos foram os registros que convergem para esta problemática: “o trabalho em saúde é pedagógico, todos têm que estar sempre aprendendo e se

²¹ O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) é um programa do Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Educação, que tem como objetivo fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS (BRASIL, 2010).

readaptando” (Encontro sobre EPS, Diário de Campo 05 de outubro de 2011); “*a formação faz a diferença*”; “*essa é uma geração que tem que se movimentar*” (Estudante, Processo Educativo-seletivo, Diário de Campo 19 de novembro de 2011) e, ainda, “*o interesse pelo VER-SUS vem da incessante busca por aperfeiçoamento, não ficar obsoleto, melhorar a formação; por vezes, parece um processo automático*” (Estudante, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

Assim, vemos como a educação é também um dispositivo de governo que introduz nos sujeitos o desejo pela busca incessante de aperfeiçoamento. Deleuze (1992) fala sobre essa sutileza e virtualidade nos mecanismo de governo. Para ele, estamos entrando nas sociedades de controle, as quais não funcionam mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação simultânea. Ainda conforme Deleuze (1992),

o que está sendo implantado, às cegas, são novos tipos de sanções, de educação, de tratamento. Os hospitais abertos, o atendimento a domicílio, etc., já surgiram há muito tempo. Pode-se prever que a educação será cada vez menos um meio fechado, distinto do meio profissional – um outro meio fechado –, mas que os dois aparecerão em nome de uma terrível formação permanente, de um controle contínuo se exercendo sobre o operário aluno ou o executivo universitário. [...] Num regime de controle nunca se termina nada (DELEUZE, 1992, p. 216).

No VER-SUS, a proposta é que o projeto não termine quando findada a vivência, ou seja, que possam existir desdobramentos do projeto em outros espaços, como nos serviços de saúde e na própria universidade. Esta era uma necessidade que os estudantes que faziam VER-SUS vinham sentindo e, eles próprios, decidiram criar os Planos de Intervenção²² como forma de comprometer todos os estudantes com a continuidade do projeto para além das duas semanas de vivência e atrelando a elaboração dos Planos de Intervenção ao recebimento do certificado de participação no projeto.

Assim, foram criados mecanismos para que o VER-SUS não se esgotasse nele mesmo. Sem entrar no mérito dos Planos de Intervenção, quero destacar que são excelentes estratégias para governar até mesmo a implicação dos estudantes com a causa do VER-SUS, constituindo-se como uma forma de governmentação das condutas através da liberdade, pois ao invés de dizer *vocês não podem fazer*, o que é dito é: *façam*. Desta forma, sempre há mais por fazer – um curso, um projeto, depois pós-graduação, mestrado –, nunca estaremos prontos, mas em permanente formação, o que gera, conforme Deleuze (1992), uma sensação de endividamento, “o homem não é mais o homem confinado, mas o homem endividado” (p. 224). Ou ainda, como relatado por um estudante, “*estar sempre em atualização é cansativo,*

²² Os Planos de Intervenção foram descritos no capítulo 4.

assim como a gente muda, o mundo também muda. Essa instabilidade gera desestabilização, é quase um sofrimento quando tem mudanças grandes de paradigmas” (Estudante, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

Pode-se dizer que vivemos em um tempo em que a educação é vista também como mercadoria, como algo a ser consumido permanentemente. Peters (2010) acredita que o melhor exemplo da extensão do mercado a novas áreas da vida social é o campo da educação, para ele,

a obra de Foucault fornece recursos para compreender aquilo que vou chamar de paradoxo do Estado neoliberal. O paradoxo consiste no fato de que embora o neoliberalismo possa ser considerado como uma doutrina que prega o Estado autolimitador, o Estado tem-se tornado mais ‘poderoso’ sob as políticas neoliberais de mercado. A compreensão desse paradoxo pode ser frutiferamente obtida através da noção de governamentalidade de Foucault, na qual o poder é compreendido em seu sentido mais amplo como a estruturação do campo possível da ação de outras pessoas. Embora as políticas neoliberais de privatização dos recursos estatais e de comercialização da esfera pública possam ter levado a um estado mínimo ou, ao menos, a uma ‘diminuição’ significativa, o Estado tem retido seu poder institucional através de uma nova forma de individualização, na qual os seres humanos transformam-se em sujeitos de mercado, sob o signo do *Homo economicus*. Esta é a base para compreender o ‘governo dos indivíduos’ na educação como uma técnica ou forma de poder que é promovida através da adoção de formas de mercado (PETERS, 2010, p. 213).

Gadelha (2009) ainda complementa que

determinados valores econômicos, à medida que migraram da economia para outros domínios da vida social, disseminando-se socialmente, ganharam um forte poder normativo, instituindo processos e políticas de subjetivação que vem transformando sujeitos de direitos em *indivíduos microempresas* – empreendedores (GADELHA, 2009, p. 144).

Após esta explanação sobre a necessidade de educação permanente e sua relação com as formas de mercado como um fator gerador de processos de subjetivação, adentro no que Peters (2010) chamou de paradoxo do estado neoliberal, para analisar como a Política Nacional de Educação Permanente, em certa medida, também está engendrada em uma racionalidade de governo neoliberal. Para isso, lanço mão dos conceitos de *Homo economicus* e empreendedor de si para analisar os processos de subjetivação que emergiram no campo de pesquisa.

5.2 Educação Permanente em Saúde e o empreendedor de si: governando subjetividades

Pode parecer paradoxal considerar que uma política pública de formação de trabalhadores para um sistema público de saúde possa ter aspectos de uma política neoliberal. Aliás, este foi o ponto de maior tensão durante todo o processo da pesquisa, desde a escolha dos conceitos, da escrita do projeto, até o relatório final, visto que tocou em um ponto central da pesquisa, a análise das minhas implicações. Implicações de uma estudante militante da saúde pública acostumada a ver na educação não uma forma de controle e governo dos sujeitos, mas a sua possibilidade de *emancipação*. Então, como as políticas públicas, que são intervenção do Estado, podem ser pensadas dentro de uma racionalidade neoliberal de Estado mínimo?

Para Ramminger e Nardi (2008),

certos estudos sobre a relação entre Estado e sociedade revelam que o neoliberalismo não é a redução do Estado ou sua limitação a funções básicas, ao contrário, no modelo neoliberal, o Estado não só retém sua função tradicional, como incorpora novas tarefas e funções. Desenvolve indiretamente técnicas de controle dos indivíduos sem, no entanto, precisar responsabilizar-se por eles. A estratégia de formar sujeitos responsáveis por si mesmos (e também pelos coletivos, famílias, associações etc), transfere a responsabilidade pelos riscos sociais, antes atribuída ao Estado, para a esfera das escolhas individuais. A aparente “retirada” do Estado também é uma técnica de governo. A competência regulatória do Estado é, paulatinamente, substituída pelo apelo à responsabilidade individual e ao autocuidado (RAMMINGER; NARDI, 2008, p. 343-344).

Lopes (2009) ao falar sobre a relação entre neoliberalismo e a noção de expansão do Estado brasileiro, aponta que o “Estado está cada vez mais onipresente articulado às relações de mercado, sendo investidor em políticas que frisam a importância do empresariamento de si, incentivador de políticas sociais de assistência, educacionais e inclusivas e mais voltadas para o *Homo oeconomicus*” (p. 155). Estado e mercado estão cada vez mais articulados e dependentes na tarefa de educar a população para que ela viva em condições de sustentabilidade, empresariamento e autocontrole.

As colocações feitas no início deste capítulo já apontam algumas possibilidades de articulação à racionalidade neoliberal. Muitas foram as falas relacionadas à necessidade de as pessoas buscarem aperfeiçoamento permanente, o que, conseqüentemente, acaba por colocar a educação no campo das necessidades de consumo. Conforme algumas falas registradas no Diário de Campo, quando os estudantes foram questionados sobre os motivos que os levaram a procurar pela educação permanente e participar do VER-SUS, algumas respostas foram: buscar educação permanente é “*sempre se atualizar, é aprimorar o conhecimento, a base que*

já existe. Não há como parar no tempo, pois nós mudamos e muitas coisas no mundo mudam” e ainda, *“é o valor financeiro que vai agregar, buscar reatualização para o currículo, saber que esse conhecimento trará uma posição melhor”* (Estudantes, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

Tendo em vista que o neoliberalismo pretende constituir sujeitos consumidores, estes são alguns elementos que relacionam educação permanente em saúde e neoliberalismo, já sendo possível pensar que esta articulação atua nos processos de subjetivação dos estudantes/trabalhadores. Ainda, é importante destacar algumas mudanças entre liberalismo e neoliberalismo.

Para Saraiva e Veiga Neto (2009),

a diferença mais marcante que aqui nos interessa seria que, enquanto no liberalismo a liberdade do mercado era entendida como algo natural, espontâneo, no sistema neoliberal a liberdade deve ser continuamente produzida e exercitada sob a forma de competição. O princípio de inteligibilidade do liberalismo enfatizava a troca de mercadorias: a liberdade era entendida como a possibilidade de que as trocas se dessem de modo espontâneo. O princípio de inteligibilidade do neoliberalismo passa a ser a competição: a governamentalidade neoliberal intervirá para maximizar a competição, para produzir liberdade para que todos possam estar no jogo econômico. Desta maneira, o neoliberalismo constantemente produz e consome liberdade (SARAIVA; VEIGA-NETO, 2009, p. 189).

Conforme Peters (2010), “sob os princípios do neoliberalismo, a educação tem sido discursivamente reestruturada de acordo com a lógica de mercado” (p. 213), transformando os seres humanos em sujeitos de mercado, ou seja, em *Homo economicus*. Para Foucault (2008b), no neoliberalismo “o *Homo oeconomicus* é um empresário, e um empresário de si mesmo. [...], sendo ele próprio seu capital, sendo para si mesmo seu produtor, sendo para si mesmo a fonte de [sua] renda” (p. 311).

Foucault ainda questiona: “esse capital humano é composto de quê?” (2008b, p. 312), para ele, formar capital humano significa fazer investimentos educacionais, sendo que este investimento deve começar desde a infância e deve ocorrer de várias formas, como por exemplo, o cuidado dos pais para com os filhos e até questões de cuidado com a saúde.

Foucault ainda acrescenta que

só se toma o sujeito como *homo oeconomicus*, o que não quer dizer que o sujeito por inteiro seja considerado *homo oeconomicus*. Em outras palavras, considerar o sujeito como *homo oeconomicus* não implica uma assimilação antropológica de todo comportamento, qualquer que seja, a um comportamento econômico. Quer dizer, simplesmente, que a grade de inteligibilidade que será adotada para o comportamento de um novo indivíduo é essa. Isso quer dizer também que o indivíduo só vai se tornar governamentalizável, que só se vai poder agir sobre ele na

medida em que, ele é *homo oeconomicus*. Ou seja, a superfície de contato entre o indivíduo e o poder que se exerce sobre ele, por conseguinte o princípio de regulação do poder sobre o indivíduo, vai ser essa espécie de grade do *homo oeconomicus*. O *homo oeconomicus* é a interface do governo e do indivíduo. E isso não quer dizer de forma alguma que todo indivíduo, todo sujeito, é um homem econômico (2008b, p. 345-346).

Podemos ver nas sociedades neoliberais, uma progressiva expansão das formas de mercado para várias áreas da vida social (PETERS, 2010; GADELHA, 2009). Para Peters (2010), esta expansão está baseada no postulado do *Homo economicus*, onde a utilidade do homem deve ser maximizada. O mesmo autor complementa que,

sobre essa base, os governos neoliberais têm argumentado em favor de um estado mínimo, proposta que tem se limitado à determinação dos direitos individuais construídos em termos de consumo, e em favor de uma exposição máxima de todos os fornecedores à competição ou à reivindicação, como uma forma de minimizar o poder de monopólio e maximizar a influência do consumidor sobre a qualidade e o tipo de serviços fornecidos. A aplicação desse raciocínio à educação é facilmente compreendida. Seus pressupostos teóricos nem sempre têm se tornado explícitos, mas eles partem claramente de uma perspectiva neoliberal, sancionando reformas na administração educacional no assim chamado movimento para devolver ou delegar a responsabilidade na medida em que isso for praticável, enquanto, ao mesmo tempo, se aumentam os poderes locais das escolas e pais, vistos como consumidores individuais de educação. [...], transformando o conhecimento numa mercadoria através de seu valor central de escolha individual e promovendo arranjos à semelhança do mercado, os quais se tornam a base para a cultura de empresa, na qual os seres humanos se transformam em indivíduos para o mercado (p. 221-222).

Para Gadelha (2009), na teoria do *Homo economicus*, “a teoria política passa a ter como objeto o comportamento humano, ou melhor, a racionalidade interna que o anima” (p. 149). Assim o indivíduo se vê induzido a tomar a si mesmo como um capital e se reconhecer como uma microempresa e, nessa condição, passa a se ver “como entidade que funciona sob o imperativo permanente de fazer investimentos em si mesmo” (p. 149).

Alguns dados produzidos no campo de pesquisa auxiliam a pensar estas questões: *No processo educativo-seletivo*²³ o principal foco das falas foi a questão da formação e do perfil profissional, por exemplo: “força de vontade para se dedicar e buscar conhecimento para fazer a diferença” e, “suas escolhas fazem você” (Estudante, Processo Educativo-seletivo). Parece-me que a questão da formação foi colocada do âmbito individual, o indivíduo como empreendedor de si (Diário de Campo 19 de novembro de 2011).

Gadelha (2009) afirma que esta exigência do novo capitalismo de mobilizar em seu favor a potência de individuação de cada um é uma das expressões da governamentalidade

²³ O Processo Educativo-seletivo, momento em que são selecionados os estudantes que poderão participar da vivência, foi descrito no capítulo 4.

neoliberal, remetendo a uma noção de processos e políticas de subjetivação e, mais precisamente, a uma determinada forma de governo neoliberal, onde os sujeitos são “proativos, inovadores, inventivos, flexíveis, com senso de oportunidade, com notável capacidade de provocar mudanças” (p. 156).

O Diário de Campo traz mais contribuições para pensarmos no investimento que fazemos em nós mesmos:

Estive pensando em como somos subjetivados a nos tornarmos empreendedores de nós mesmos. Afinal, deixar uma parte das férias de verão para estudar é uma prova bastante concreta de como fazemos parte desta engrenagem, onde sempre há algo mais por fazer, onde as disciplinas da grade curricular não são suficientes para nos tornarmos bons profissionais, pois sempre temos que nos envolver em mais alguma coisa e, quando não há mais projetos e/ou cursos que deem conta de nossas necessidades de formação, nós mesmos tomamos a frente de inventar mais alguma coisa para fazer, foi assim com o Curso de Saúde Coletiva e com a Semana Acadêmica Integrada dos Cursos da Saúde²⁴. Tenho certeza de que, daqui para frente, verei muitos destes estudantes envolvidos em muitas outras atividades que, antes do VER-SUS, jamais pensariam em realizar. Bem, este é justamente um dos grandes objetivos do VER-SUS: “contaminar corações e mentes para a defesa do SUS” (Diário de Campo, 05 de fevereiro de 2012).

Gostaria de me deter um pouco mais sobre a frase acima, “contaminar corações e mentes para a defesa do SUS”. A primeira vez que ouvi esta frase foi no encontro de educação permanente em saúde, onde aconteceu o lançamento do VER-SUS/Brasil 2012 para todo país. Conforme registro no Diário de Campo: “acho que a frase que resume o lançamento do VER-SUS/Brasil foi esta: ‘contaminar corações e mentes para a defesa do SUS’. Esta fala foi reproduzida inúmeras vezes durante todo o encontro. Fico pensando o que leva uma pessoa ou um coletivo a vestir a camisa e fazer uma fala tão apaixonada. Sem dúvida é um desejo coletivo, mas como ele se constrói, o que o move, o que incita estes trabalhadores e estudantes a fazer uma fala tão apaixonada? O que faz o VER-SUS ser um divisor de águas na vida das pessoas? (Diário de Campo, 09 de novembro de 2011).

Sem dúvida é uma frase de impacto e que diz muito da produção subjetiva através do VER-SUS. Quero desenvolver aqui um dos aspectos que me chamaram atenção (o outro será

²⁴ O Curso de Saúde Coletiva e a Semana Acadêmica Integrada dos Cursos da Saúde, são eventos de discussão e aprendizagem sobre temas relacionados à saúde coletiva e educação permanente em saúde que acontecem na UNISC, cujos eventos surgiram da iniciativa dos estudantes que faziam parte do GETESC e do Projeto de Extensão Educação Permanente em Saúde. Hoje, os eventos continuam acontecendo e recebem apoio institucional.

desenvolvido no próximo capítulo). A primeira vez que ouvi a frase, pensei: *nossa! Isso é que é capturar subjetividades*. Começando pelo tom pejorativo da palavra contaminar, a qual nos remete a algo como uma invasão no nosso corpo por algum tipo de vírus ou bactéria causadora de doença. Mas a contaminação não se referia à instalação de alguma doença, se tratava de uma captura para determinados fins. E, nem mesmo, se tratava da contaminação do corpo, mas sim, dos corações e das mentes de todos os estudantes que iriam fazer o VER-SUS e, por consequência, dos trabalhadores também. É o auge da biopolítica: governar a vida em todos os seus aspectos, governar o que há de mais íntimo e subjetivo nos seres humanos.

No entanto, se tratava de contaminar corações e mentes para a defesa do SUS, mas o que é a defesa do SUS? Por que ele ainda precisa ser defendido? Como a educação permanente em saúde, enquanto um dispositivo de subjetivação, pode contaminar corações e mentes para a defesa do SUS? Tais questões me inquietaram na construção da pesquisa e algumas destas problematizações serão melhor desenvolvidas no próximo capítulo.

Para seguir a discussão, introduzo mais um elemento de discussão: o trabalho. Um dos pilares da educação permanente em saúde é a integração entre ensino e serviço; assim, o caminho da formação até o exercício profissional também é alvo de investimento e governamento. Encontramos em Foucault (2008a), alguns elementos que nos ajudam a pensar sobre isto. Ao falar sobre a polícia²⁵ como um conjunto tecnológico da nova arte de governar, Foucault (2008a) coloca que o principal objetivo da polícia é a educação e a profissão, sendo que a educação é que deve formar os sujeitos. Assim, o que é visado pela polícia é a atividade do homem, mas a atividade na medida em que tem uma relação com o Estado. A atividade do homem deve caracterizar sua perfeição e, por conseguinte, a perfeição do Estado. Nesta nova concepção de Estado, o importante não é o que são os homens, mas sim o que eles fazem. “O objetivo da polícia é, portanto, o controle e a responsabilidade pela atividade dos homens na medida em que esta atividade possa constituir um elemento diferencial no desenvolvimento das forças do Estado. [...] É a atividade do homem enquanto elemento constitutivo da força do Estado” (p. 433).

Portanto, o fortalecimento da população é o fortalecimento do Estado e aqui encontramos, pelo menos, três elementos a serem investidos: saúde, educação e trabalho. O trabalho adquire outra dimensão na constituição dos sujeitos. É possível colocar que uma das

²⁵ No Curso Segurança, Território, População, Foucault fala sobre a polícia como um conjunto tecnológico da nova arte de governar segundo a razão de Estado. Destaco que, diferentemente do significado de polícia que temos hoje, no século XVII polícia se referia ao “conjunto de meios pelos quais é possível fazer as forças do Estado crescerem” (FOUCAULT, 2008a, p. 421), assim, uso o exemplo da polícia, conforme descrita por Foucault, para pensar na função das políticas públicas como reguladoras do corpo social para o fortalecimento do Estado.

possibilidades de produção subjetiva dos trabalhadores da saúde vai ao encontro da afirmação de Saraiva e Veiga-Neto (2009, p. 191) de que “está-se diante de um trabalho que já não prioriza o corpo e seus movimentos mecânicos, mas a alma e seu poder criativo”.

Para Lazzarato e Negri (2001), estamos diante do chamado trabalho imaterial, ou seja, quando a subjetividade e personalidade do trabalhador é que deve ser comandada e organizada, quando “qualidade e quantidade do trabalho são reorganizados em torno de sua imaterialidade” (p. 25). No trabalho imaterial é muito difícil distinguir o tempo de trabalho e o tempo livre, sendo quase impossível separar o tempo do trabalho do tempo lazer e ainda, o trabalho imaterial não se reproduz na forma de exploração, mas na forma de reprodução da subjetividade (LAZZARATO; NEGRI, 2001).

A questão da (não) separação entre vida profissional e vida pessoal apareceu diversas vezes no campo de pesquisa. Algumas inquietações foram registradas no Diário de Campo: *“só pelo fato de o VER-SUS acontecer nas férias de verão, já é possível ver como vivemos uma reconfiguração dos modos de formação e trabalho. O ato de estudar avança férias adentro; o ano letivo não é suficiente para dar conta das exigências do mercado de trabalho e quando nós já estivermos inseridos no mercado de trabalho, tenho certeza de que vamos ficar levando trabalho para casa. A exigência da educação permanente governa até nossas férias* (Diário de Campo, 02 de fevereiro de 2012).

Lembro de muitas discussões em sala de aula sobre o nosso tempo pós-moderno. Falávamos muito sobre o fato de que precisamos ficar a vida toda em formação, nada é suficiente, a busca por aperfeiçoamento é permanente. Algumas vezes também falamos sobre a diferença do trabalho na contemporaneidade, pois hoje, com o indivíduo empreendedor de si, o sonho a ser alcançado não é a estabilidade, a carteira assinada por muitos anos em uma mesma empresa. Hoje, o bom trabalhador é aquele que não fica por muito tempo no mesmo emprego, é o trabalhador dinâmico que está o tempo todo buscando a melhor colocação no mercado, e aquele que apresenta no seu curriculum uma diversidade de experiências profissionais (Diário de Campo, 02 de fevereiro de 2012).

No entanto, os dados produzidos no VER-SUS, também nos colocam um contraponto. Conforme um estudante *“a precarização das condições de trabalho através de contratos emergenciais e por cooperativas, bem como a falta de estabilidade, age como um desestimulador para o trabalhador, pois trabalhar sempre na pressão, sem saber se amanhã ainda estará empregado gera ansiedade e falta de estímulo. Ser concursado dá mais estabilidade e segurança para os profissionais”* (Estudante, Diário de Campo, 03 de fevereiro de 2012).

Ainda em relação ao trabalho imaterial, mais dados foram produzidos no campo. Conforme um estudante, “o trabalho em saúde, às vezes, amarra as pessoas em alguns processos de trabalho enrijecidos, ter que estar sempre inventando coisas novas assusta e pode acabar paralisando os profissionais” (Estudante, Diário de Campo 01 de fevereiro de 2012). É interessante ver como a lógica do trabalho imaterial, onde o que é priorizado é a potencialidade criativa do trabalhador, cria determinados efeitos nos processos de subjetivação. Neste caso, parece que um dos efeitos foi a insegurança frente às exigências desta nova configuração do trabalho, onde a subjetividade do trabalhador é capturada pela lógica do empreendedorismo.

O VER-SUS, enquanto um espaço de problematização, permite que os estudantes questionem certas práticas e modos de ser na contemporaneidade que aparecem como naturais. Os recortes acima (estar sempre inventando coisas novas assusta, o desejo pela estabilidade no emprego) são exemplos de como os atravessamentos da educação permanente em saúde podem potencializar outros modos de existência frente a esta sociedade do *Homo economicus* “na qual os seres humanos se transformam em indivíduos para o mercado” (PETERS, 2010, p. 222).

5.3 Além das subjetividades neoliberais

Ao longo deste capítulo, foi discutido como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, através do VER-SUS, encontra-se engendrada na lógica de uma governamentalidade biopolítica e em uma racionalidade de governo neoliberal, o que não quer dizer que a referida política seja uma medida neoliberal, mas sim, que ela é composta por alguns elementos que estão inscritos em uma racionalidade neoliberal, entre eles, a noção de *Homo economicus* e empreendedor de si. Meu objetivo neste capítulo foi de analisar como estes elementos apareceram no campo de pesquisa e como contribuíram nos processos de subjetivação dos estudantes.

No entanto, minhas inquietações não se esgotaram: que outras possibilidades de subjetivação encontram-se presentes no campo de pesquisa, para além da governamentalidade neoliberal e do *homo economicus*? A busca pela educação permanente e a participação no VER-SUS obedece somente à lógica da educação como mercadoria e da acirrada concorrência pela melhor colocação no mercado de trabalho?

Algumas colocações de Gadelha (2009) me forneceram subsídios para fazer a crítica em relação aos dados produzidos no campo de pesquisa. Para este autor, a cultura do

empreendedorismo acaba fragmentando os indivíduos em mônadas, onde cada um é responsável apenas por si mesmo, o que torna as relações de sociabilidade frágeis e regidas pela concorrência, impedindo a invenção de novas formas de existência e levando à passividade política. Pensando nestas questões, senti que os processos de subjetivação, que emergiram do campo de pesquisa, apontavam para outras possibilidades de existência, além das subjetividades assujeitadas e da cultura do empreendedorismo.

Estas inquietações foram conduzindo a pesquisa e outras ferramentas conceituais passaram a atravessar esta cartografia. Após o encontro com o poder, foi pelo encontro com o sujeito das últimas obras de Foucault e de aproximações com Deleuze que pude perceber que também emergem possibilidades de resistência e linhas de fuga frente ao governo, e que esta resistência constitui outros modos de ser trabalhador da saúde, outras possibilidades de existência.

6 TRAÇANDO LINHAS DE SUBJETIVAÇÃO: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E PRÁTICAS DE LIBERDADE

Um pouco de possível, senão eu sufoco.

(Foucault)

Segundo Deleuze (1992), Foucault, depois de ter escrito *A vontade de saber*, enfrentou uma crise, um impasse no seu pensamento, onde passou a reorientar toda a sua pesquisa em função do que chamou de modos de subjetivação. Para Deleuze (1991), talvez Foucault tenha percebido certo equívoco que o deixou *preso* nas relações de poder e questiona se, a partir daí, Foucault estaria inserindo um novo eixo de análise distinto do saber e do poder, um eixo no qual se conquista uma serenidade, uma afirmação da vida, mesmo sem anular o percurso sobre o saber e o poder.

Um movimento semelhante ocorreu durante a escrita desta pesquisa, quando entrei em contato com as obras do chamado segundo domínio de Foucault, especialmente sobre biopolítica e governamentalidade. Imediatamente fiz articulações com meu tema de pesquisa. Este não foi um exercício fácil, visto minha implicação com a educação permanente em saúde e com o VER-SUS, bem como com o aporte teórico com o qual estava familiarizada desde a graduação. Muitas inquietações surgiram durante a escrita do projeto, e foram estas inquietações que permitiram *ultrapassar* as barreiras do poder, mas sem esquecê-las, e encontrar a subjetivação em Foucault e a dobra em Deleuze. Foi deste encontro que outras possibilidades de pesquisa foram sendo potencializadas.

Neste capítulo, abordo os modos de subjetivação que emergiram do campo de pesquisa os quais me fizeram pensar em outras possibilidades de existência, ou seja, aqui analiso as subjetividades produzidas para além das relações de poder, para além da governamentalidade biopolítica neoliberal. Entendo que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, se constitui para além de um dispositivo de controle governo, mas também como um dispositivo de potência e produção de novas subjetividades, de resistência e práticas de liberdade. Entendo que liberdade e resistência são também produzidas nas redes de poder, são elas que possibilitam novos modos de existência frente ao poder, ou como diz Foucault (1999), as forças que resistem se apoiam sobre aquilo mesmo que o poder investe, ou seja, a vida.

Em um primeiro momento, desenvolvo o conceito de subjetivação a partir de Foucault e Deleuze. Tal conceito esteve presente e foi brevemente apresentado no início desta

dissertação. Mas creio ser este o melhor momento pra desenvolvê-lo com mais afinco, visto que a construção da pesquisa também caminhou nesta ordem, iniciando nas formas de governamentalidade e chegando aos modos de subjetivação. Foi do encontro com o último Foucault e das aproximações com Deleuze que vi a liberdade e a resistência saírem da abstração, foi onde encontrei as linhas de fuga e *um pouco de possível*.

No segundo momento do capítulo, relaciono os dados produzidos com as ferramentas conceituais do chamado terceiro domínio de Foucault, bem como com alguns conceitos de Deleuze como dobra, linhas de fuga e corpo sem órgãos.

6.1 Subjetivação: quando o sujeito dobra a força sobre si

No texto *O Sujeito e o Poder*, Michel Foucault (1995) explica que o objetivo do seu trabalho não foi analisar o fenômeno do poder, mas sim “criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos” (p. 231). Ele explica ainda que seu trabalho lidou com três modos de objetivação que transformaram os seres humanos em sujeitos. Neste momento, nos interessa o terceiro modo, ou seja, “o modo pelo qual um ser humano torna-se ele próprio um sujeito” (p. 232). Desta forma, Foucault deixa claro que não foi o poder, foi o sujeito o tema geral de suas pesquisas.

Foucault (2003b) coloca que seria necessário um terceiro deslocamento para poder designar o que é o sujeito, ou seja, pesquisar quais as formas e modalidades da relação consigo através das quais o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito. Foi a partir de seus estudos sobre a história da sexualidade que Foucault (1993) ficou cada vez mais consciente de que em todas as sociedades existem técnicas que permitem aos indivíduos efetuarem certas ações sobre seus corpos, suas almas, suas condutas, seus pensamentos, transformando-se e modificando-se. A isso, Foucault chamou de tecnologias do eu.

Foucault, nos cursos proferidos no Collège de France, a partir do título *Subjetividade e Verdade*,

inicia uma pesquisa sobre os modos instituídos do conhecimento de si e sobre sua história: como um sujeito foi estabelecido, em diferentes momentos e em diferentes contextos institucionais, como objeto de conhecimento possível, desejável ou até mesmo indispensável? Como a experiência que se pode fazer de si mesmo e o saber que se pode fazer de si mesmo, e o saber que deles formamos, foram organizados através de alguns esquemas? Como esses esquemas foram definidos, valorizados, recomendados, impostos? (FOUCAULT, 1997, p. 109).

O sujeito não é algo que existe *a priori*, sendo assim, não existe uma forma universal de sujeito possuidor de uma essência. O sujeito é descentralizado e não é o senhor da razão como pretendia o Iluminismo. Para Foucault (2004a, p. 261-2), o problema “não era definir o momento a partir do qual alguma coisa como o sujeito apareceria, mas sim o conjunto dos processos pelos quais o sujeito existe com seus diferentes problemas e obstáculos, e através de formas que estão longe de estarem concluídas”. Desta forma, “a partir da ideia de que o eu não nos é dado, creio que há apenas uma consequência prática: temos de nos criar a nós mesmos como uma obra de arte” (FOUCAULT, 1995, p. 262).

Conforme Foucault (2004a), para pensar na constituição do sujeito na civilização ocidental, deve-se levar em conta não somente as técnicas de dominação, mas também as técnicas de si, pois é da interação entre estas duas técnicas que se constituem os sujeitos. Para o autor, as tecnologias de si se referem à “reflexão sobre os modos de vida, sobre as escolhas de existência, sobre o modo de regular sua conduta, de se fixar a si mesmo fins e meios” (1997, p. 112). Para além das relações de poder que constituem o sujeito a partir de seu exterior, Foucault também fala da relação com nós mesmos e com nossas vidas como algo que não está dado, mas onde o sujeito pode agir criativamente, questionando as práticas de dominação através de práticas criativas de si (OKSALA, 2011).

Assim, Foucault, em suas últimas obras, elaborou sua concepção de resistência levando em conta que os sujeitos não são simplesmente construídos pelo poder, mas que também participam da construção de si mesmos através das práticas de si, não sendo apenas corpos dóceis, mas agindo ativamente nas formas de ser um sujeito. Assim, contestar o poder normalizador “é moldar criativamente a si mesmo e à própria vida: explorando oportunidades de novas maneiras de ser, novos campos de experiência, prazeres, relações, modos de viver e pensar” (OKSALA, 2011, p. 124).

Deste modo, a ênfase está sobre a ação do próprio sujeito, o que representa uma nova forma de pensar o sujeito, onde o foco recai sobre a ação de si sobre si mesmo, ou seja, como cada um constitui-se a si mesmo, transformando seu modo de ser (OKSALA, 2011). Ainda segundo esta autora, “as práticas éticas de si estavam estritamente ligadas ou até fundidas, com a estética, e chamou-as de estética da existência. O processo pelo qual os sujeitos formam a si mesmos como sujeitos éticos assemelha-se à criação de uma obra de arte” (p. 122). Ao ser questionado sobre que tipo de ética pode-se construir hoje, Foucault responde:

o que me surpreende é o fato de que, em nossa sociedade, a arte tenha se transformado em algo relacionado apenas a objetos, e não a indivíduos ou à vida; essa arte é algo especializado ou feito por especialistas que são artistas. Entretanto, não poderia a vida de todos se transformar numa obra de arte? Por que deveria uma lâmpada ou uma casa ser um objeto de arte, e não a nossa vida? (FOUCAULT, 1995, p. 261).

Foucault usa como fio condutor o que chamou de técnicas de si, ou seja, os procedimentos “pressupostos ou prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la, ou transformá-la em função de determinados fins, e isso graças a relações de domínio de si sobre si ou de conhecimento de si por si” (FOUCAULT, 1997, p. 109). Desta forma, a questão socrática é deslocada do *conhece-te a ti mesmo*, para: *o que fazer de si mesmo? Como se governar?*

Foucault considera a obra *Alcebiades* de Platão o ponto de partida do que chamou de *cuidado de si*, ou seja, a experiência que o sujeito faz de si mesmo. Assim,

a história do ‘cuidado’ e das ‘técnicas’ de si seria, portanto, uma maneira de fazer a história da subjetividade; porém, não mais através da separação entre loucos e não loucos, doentes e não doentes, delinquentes e não delinquentes, não mais através da constituição de campos de objetividade científica, dando lugar ao sujeito que vive, que fala e trabalha, mas através do empreendimento e das transformações, na nossa cultura, das ‘relações consigo mesmo’, com seu arcabouço técnico e seus efeitos de saber. Seria possível, assim, retornar num outro aspecto à questão da ‘governamentalidade’: o governo de si por si na sua articulação com as relações com outro (como é encontrado na pedagogia, nos conselhos de conduta, na direção espiritual, na prescrição dos modelos de vida etc.) (FOUCAULT, 1997, p. 111).

Sob o título *As dobras ou o lado de dentro do pensamento (subjetivação)*, Deleuze desenvolve o conceito de dobra para falar desta mudança de eixo na obra de Foucault, quando o sujeito curva-se para si. Para Deleuze, a dobra sempre obcecou a obra de Foucault, mas foram nas suas últimas pesquisas que ganhou sua justa dimensão (DELEUZE, 1991). Para este autor, na obra *As Palavras e as Coisas*, Foucault já desenvolvia o tema da dobra:

se o pensamento vem de fora e se mantém sempre no lado de fora, por que não surgiria no lado de dentro, como o que ele não pensa e não pode pensar? Também o impensado não está no exterior, mas no centro do pensamento, como a impossibilidade de pensar que duplica ou escava o lado de fora. Que exista um lado de dentro do pensamento (o impensado), é o que a era clássica já dizia ao invocar o infinito. E, a partir do século XIX, passam a ser as dimensões da finitude que vão dobrar o lado de fora, constituir uma ‘profundeza’, uma ‘espessura recolhida em si’, um lado de dentro da vida, do trabalho e da linguagem, no qual o homem se aloja, ainda que para dormir, mas, inversamente também, que se aloja no homem se vigília ‘enquanto ser vivo, indivíduo no trabalho ou sujeito falante’. Ora é a dobra do infinito, ora a prega da finitude que dá uma curvatura ao lado de fora e constitui o lado de dentro (DELEUZE, 1991, p. 104).

Ainda para Deleuze (1991), “a subjetivação se faz por dobra” (p. 111), ou seja, pela ação do sujeito sobre si mesmo. O mesmo autor apresenta quatro dobras de subjetivação: a primeira refere-se à parte material de nós mesmos que vai ser presa na dobra; a segunda é a dobra da relação de forças que será vergada para tornar-se relação consigo; a terceira refere-se à dobra do saber ou da verdade; esta constitui uma ligação do que é verdadeiro com o nosso ser, e de nosso ser com a verdade; e, finalmente, a quarta dobra é a dobra do próprio lado de fora. É dela que o sujeito espera a imortalidade, a salvação e a liberdade. Estas quatro dobras são variáveis e constituem modos de subjetivação, “elas operam ‘por sob os códigos e regras’ do saber e do poder, arriscando-se a juntar-se a eles se desdoblado, mas não sem que outras dobraduras se façam” (p. 112).

Para empreender este novo eixo, Foucault vai até os gregos. Como apontado por Deleuze (1991), a novidade dos gregos aparece como um descolamento duplo:

quando ‘os exercícios que permitem governar-se a si mesmo’ se descolam ao mesmo tempo do poder como relação de força e do saber como forma estratificada, como ‘código’ de virtude. Por um lado há uma ‘relação consigo’ que começa a derivar-se da relação com os outros; por outro lado, igualmente, uma ‘constituição de si’ começa a derivar do código moral como regra do saber. [...] É como se as relações do lado de fora se dobrassem, se curvassem para formar um forro e deixar surgir uma relação consigo [...] (DELEUZE, 1991, p. 107).

Ao escrever sobre Foucault, Deleuze (1992) aponta que em toda a sua obra ele invocou focos de resistência, mas foram nos seus últimos escritos que ele começa a apontar de onde vem essa resistência. A resposta estaria no sujeito, mas não no sujeito enquanto forma ou identidade, mas sim enquanto modos de subjetivação, ou seja, de uma relação de força consigo, já que o poder se tratava de relação de força com outras forças. Assim, é o sujeito quem dobra a força sobre si e cria novos modos de existência. A subjetivação e a relação consigo se constituem em regras facultativas que produzem estilos de vida e a existência como obra de arte e estas regras são éticas e estéticas.

A subjetivação não foi para Foucault um retorno teórico ao sujeito, mas sim, uma recusa à forma sujeito enquanto identidade estática, “se existe sujeito, é um sujeito sem identidade. A subjetivação como processo é uma individuação, pessoal ou coletiva, de um ou de vários” (DELEUZE, 1992, p. 143). A subjetivação, enquanto processo, nos remete à busca de outra estética da existência. A subjetivação é ética, ela se distingue dos códigos morais, já que a moral se relaciona ao poder e ao saber.

Como resistir ao poder, como dobrar a força sobre nós? Foucault (1995), conclui que o problema político, ético, social e filosófico de nossos dias não é tentar libertar o indivíduo do

Estado nem das instituições do Estado, porém nos libertarmos tanto do Estado quanto do tipo de individualização que a ele se liga. “Temos de promover novas formas de subjetividade através da recusa desse tipo de individualidade que nos foi imposto há vários séculos” (FOUCAULT, 1995, p. 239). Deleuze (1991) também questiona quais nossos modos atuais de relação conosco, quais as nossas dobras, já que o poder investe cada vez mais na nossa vida, em todos os aspectos, na nossa interioridade e individualidade.

Finalizo a primeira parte deste capítulo com algumas provocações deleuzeanas para pensar nos modos de subjetivação contemporâneos: mas hoje, onde será que aparecem os germes de um novo modo de existência, comunitário ou individual? Onde e como se produzem novas subjetividades? Como produzimos uma existência artista? Qual é a nossa ética? (DELEUZE, 1992). Estas provocações me reportam a uma das questões norteadoras da pesquisa: Como o trabalhador da saúde constrói a si mesmo neste jogo entre governamento e práticas de liberdade e criação? Esta foi a questão norteadora mais emblemática para dar início a este texto, pois queria saber como os sujeitos constituíam-se a si mesmos, como dobram a força sobre si fazendo emergir novos modos de subjetivação para além daqueles que nos assujeitam. A próxima parte deste capítulo é um esforço para dar conta desta questão.

6.2 A escolha tem algo de nós, somos especialistas de nós mesmos

A partir do que foi exposto acima, busco analisar os modos de subjetivação produzidos pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, enquanto dispositivo que permite resistência e práticas de liberdade e o campo de pesquisa como um espaço de potência, onde os sujeitos podem agir criativamente, dobrando a força sobre si, fazendo emergir novas subjetividades e estéticas da existência.

O VER-SUS é um potente dispositivo para os estudantes criarem novas estéticas para sua existência. Para Ceccim e Bilíbio (2004),

trata-se do período em que garotos e garotas estão significativamente abertos a novos valores, sedentos por objetivos justos e buscando uma estética para a própria existência. Essas tendências aliadas ao conhecimento das diferentes realidades, necessidades, oportunidades, demandas, urgências, potencialidades, dificuldades, possibilidades, desafios, enfim, alegrias e tristezas do sistema de saúde brasileiro podem representar um verdadeiro fluxo de força na direção de uma significativa qualificação profissional das pessoas que trabalham no SUS (CECCIM; BILÍBIO, 2004, p. 21).

Este potencial criativo foi registrado no Diário de Campo:

Na dinâmica de apresentação no primeiro dia de vivência, as facilitadoras propuseram que cada um desenhasse no corpo de outro colega uma marca, simbolizando a sua marca na vivência. Achei muito interessante a marca de um estudante, um chifre, que, conforme ele explicou, representava o desvio, o não segmento da norma e, ainda falou que o que o atrai na profissão (psicologia) é o contato com as pessoas que pensam e são diferentes e que, no SUS, as pessoas cuidam de si e do outro de uma maneira diferente. Fiquei pensando neste cuidar diferente no SUS, nos princípios das políticas públicas de saúde, em como o cuidado é agenciado dentro do sistema como política de potência (Diário de Campo, 29 de janeiro de 2012).

O recorte acima, já no primeiro dia de VER-SUS, me fez pensar em uma das questões norteadoras da pesquisa: como os atravessamentos da educação permanente em saúde possibilitam modos de relacionamento, cuidado e ética do trabalhador consigo mesmo e com aqueles que estão a sua volta no cotidiano do seu trabalho? Elaborei esta questão pensando na educação permanente em saúde como um dispositivo que permite uma existência ética dos sujeitos e esta ética, no caso do trabalhador da saúde, passa pelo cuidado de si e cuidado do outro.

Em suas últimas obras Foucault afirma estar fazendo “uma genealogia da ética. A genealogia do sujeito como um sujeito de ações éticas” (1995, p. 265). Foucault define a ética como o tipo de relação que se deve ter consigo mesmo “e que determina a maneira pela qual o indivíduo deve se constituir como o sujeito moral de suas próprias ações” (p. 307).

Através da forma da ética individual – decorrente de uma ação realizada pelo indivíduo sobre si mesmo, pela qual se constitui como sujeito – o que passa a estar em questão não é o ajustamento a uma *norma* à qual o sujeito se submete, mas a criação de uma *forma* de existência. Nesta perspectiva, dizendo respeito a uma forma que o indivíduo dá a si mesmo e à sua vida, a ética é entendida como uma *estética da existência*. [...] Gerada num intenso desejo de liberdade, a forma da existência passa a delinear-se através das práticas e das técnicas de condução da vida – *as tecnologias do eu* – que dão origem a comportamentos através dos quais se define um *estilo* de existência. Ao dar a si mesmo uma determinada forma, o *eu* atribui à sua existência um traçado artístico. Assim sendo, a ética, cujo espaço é o da formação e o da transformação do sujeito, não se afirma como uma hermenêutica, mas como um gesto de constituição do eu, como uma atitude através da qual o indivíduo faz da sua *vida* uma *obra de arte*. A liberdade afigura-se, então, como a condição ontológica da ética (VILELA, 2006, p. 122-123. Grifos do autor).

Ao empenhar-se nesta genealogia da ética, Foucault pesquisa a ética grega onde encontra a noção de cuidado de si, ou seja, o fato de os sujeitos ocuparem-se e preocuparem-se consigo mesmos. É importante destacar que a noção de cuidado de si não está relacionada somente a uma atitude de consciência ou forma de atenção sobre si mesmo, mas também

“uma ocupação regulada, um trabalho com prosseguimentos e objetivos” (FOUCAULT, 1997, p. 121). Conforme Foucault, “o cuidado de si é uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui como um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência” (2004c, p. 11).

Foucault ainda complementa que com a noção de cuidado de si

temos todo um corpus definindo uma maneira de ser, uma atitude, formas de reflexão, práticas que constituem uma espécie de fenômeno extremamente importante, não somente na história das representações, nem somente na história das noções ou das teorias, mas na própria história da subjetividade ou, se quisermos, na história das práticas da subjetividade (2004c, p. 15).

No decorrer do VER-SUS, o cuidado de si aparece com bastante força. Exemplo disso foram as discussões sobre saúde do trabalhador e sobre a necessidade do bom funcionamento do sistema de saúde para que os trabalhadores possam exercer o cuidado em saúde de maneira adequada, bem como cuidar da sua própria saúde no ambiente de trabalho. Nos serviços visitados, os estudantes repararam na qualidade da estrutura oferecida: “*um lugar com boas condições desperta a vontade de trabalhar*” (Estudante, Diário de Campo, 03 de fevereiro de 2012).

Ao final da primeira semana de VER-SUS, foi realizada uma avaliação parcial da vivência, sendo que, naquele momento, surgiram colocações interessantes para pensar sobre o cuidado de si: “*os estudantes avaliaram que o grupo está bem integrado, que a convivência está sendo muito boa, porém, algumas vezes, precisam se afastar do grupo, precisam ficar um tempo sozinhos. Alguns moram sozinhos e sentem dificuldade em passar vinte e quatro horas com um monte de gente*” (Diário de Campo, 05 de fevereiro de 2012). Como falou uma estudante: “*às vezes tem que se recolher para ter energia para outro dia, isso também tem relação com o SUS. Às vezes tem que largar para saber se volta, isso se reproduz na relação com o paciente*” (Estudante, Diário de Campo, 05 de fevereiro de 2012).

As falas acima demonstram a importância de cada um olhar para si e para suas necessidades. Para Foucault (2004c), o cuidado de si implica em uma forma de atenção, de converter o olhar para si, uma certa maneira de estar atento ao que se pensa. Ainda,

ocupar-se consigo mesmo será ocupar-se consigo enquanto se é ‘sujeito de’, em certas situações, tais como sujeito de ação instrumental, sujeito de relações com o outro, sujeito de comportamentos e de atitudes em geral, sujeito também da relação consigo mesmo. É sendo este sujeito que se serve, que tem esta atitude, este tipo de relações, que se deve estar atento a si mesmo (p. 71).

Outros recortes do Diário de Campo vão em direção a esta prática ética do cuidado de si: “o SUS fez sentido a partir desta vivência, a vivência é autoconhecimento. Consigo pensar nos meus desejos, na minha postura profissional. A vivência propicia ascender, fazer escolhas, entender de uma forma mais clara, ter autonomia e protagonismo, aprender a ceder, aceitar o que o outro fala”. Ao serem questionados sobre os motivos que os levaram a serem trabalhadores da saúde, uma das respostas foi: “a escolha tem algo de nós, somos especialistas de nós mesmos” (Estudantes, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

No excerto acima, aparecem novamente questões relacionadas à liberdade, autonomia e protagonismo. Embora, no capítulo anterior, estas questões foram entendidas dentro de uma governamentalidade política neoliberal, a liberdade aparece, neste momento, relacionada ao exercício ético, ou seja, “o que é a ética senão a prática da liberdade, a prática refletida da liberdade?” (FOUCAULT, 2004a, p. 267). Se em um determinado momento, a liberdade, a autonomia e o protagonismo, foram vistos como capturados pela lógica capitalista que se apropria das subjetividades dos estudantes/trabalhadores, na medida em que eles são vistos como *Homo economicus*, num outro momento, (ou melhor, ao mesmo tempo, visto que são processos indissociáveis) os mesmos elementos aparecem como forma de resistência às capturas do mercado neoliberal. Não falamos agora de liberdades produzidas e capturadas no jogo liberal, o investimento no sujeito não aparece somente como investimento em capital humano para colocar o sujeito na concorrência acirrada do mercado, o empreendedor de si não é apenas o empreendedor para seu próprio enriquecimento.

Deparamo-nos com um sujeito que dobra a força sobre si, onde o investimento em si é também o investimento no outro, ou seja, a busca pela educação permanente ultrapassa as barreiras do investimento em qualificação profissional, ela passa a ser um exercício ético e político de trabalho e cuidado em saúde. A autonomia e o protagonismo passam a ser formas de resistência e “a resistência invoca o poder da vida” (PELBART, 2000, p. 13) e o poder da vida resiste à captura das subjetividades e cria novas estéticas da existência.

É interessante notar que surgiram discussões relacionadas à dificuldade de exercer o cuidado de si e também o cuidado de si como possibilidade de potência dos trabalhadores. O trabalho nos serviços públicos de saúde é de uma complexidade imensa e as dificuldades também são múltiplas, pois ainda não podemos dizer que temos um sistema público de saúde efetivamente implantado. Isto foi apontado pelos estudantes como um fator que gera adoecimento nos trabalhadores da saúde e eles também apontaram estratégias para driblar as dificuldades do sistema e o possível adoecimento. Conforme os próprios estudantes, “uma

saída para o adoecimento é fazer de qualquer jeito, pois o sistema é assim e não tem como mudar, é como um mecanismo de defesa do trabalhador. Existe um momento que a gente para de lutar contra a maré, não tem mais fôlego para buscar linhas de fuga” (Estudante, Diário de Campo, 01 de fevereiro de 2012).

Por outro lado, os estudantes também apontaram possibilidades de exercício ético do cuidado de si: *“as coisas sempre tem solução, depois de ter desistido eu volto a pensar. Às vezes tem que desistir para poder ver outras possibilidades, tentar fazer movimentos, lembrar que existe uma equipe para a gente trabalhar e, se esta equipe é integrada, de algumas coisas ela consegue dar conta. Se o trabalho é transdisciplinar, a equipe pode dar apoio”* (Estudante, Diário de Campo, 01 de fevereiro de 2012).

Aqui a possibilidade de cuidado de si apareceu através do trabalho em equipe transdisciplinar, ou seja, no encontro entre sujeitos que são diferentes e que na diferença criam outros modos de ser. Para Barros (2007),

o desafio a que se propõe a transdisciplinaridade é a construção de um outro objeto que, ao se construir, constrói outras formas de subjetivação. Isso passa pela reinvenção permanente de linhas que se atravessam, uma espécie de transversalidade entre ciência, arte, política, subjetividade, trabalho etc. (BARROS, 2007, p. 225).

Ao falar do cuidado de si, Foucault (2004a) também fala do cuidado com o outro. Para ele, a ética do cuidado de si implica relações complexas com o outro. No campo de pesquisa, a questão da relação com o outro apareceu inúmeras vezes e talvez tenha sido um dos assuntos que mais afetou os estudantes durante a vivência, ou melhor, antes mesmo de ela começar, ainda durante o Processo Educativo-Seletivo:

Chamou atenção durante o Processo Educativo-Seletivo a entrada em cena do outro, a preocupação com o cuidado com o paciente. Para ser trabalhador da saúde no SUS implica a disposição para o outro. Durante uma das dinâmicas, um estudante disse que a palavra que resumia o que ele estava pensando no momento sobre o VER-SUS era a palavra “atenção”, pois esta palavra significava o cuidado de enxergar o paciente como um ser humano, não apenas enquanto um doente (Diário de Campo, 14 de dezembro de 2011).

Durante a vivência, a questão da ética como relação consigo e com o outro apareceu em diversas conversas sobre cuidado em saúde: *“além de pensar na prática, temos que pensar que saúde queremos, para quem estamos fazendo, é a dimensão ética do cuidado. Penso que deveríamos ter a ética como prática, refletir sobre o desejo da população, sobre o meu desejo*

enquanto profissional da saúde e pessoa” (Estudante, Diário de Campo 09 de fevereiro de 2012).

Para Foucault (2004c), o outro é indispensável na prática de si, ele questiona qual é a ação do outro que é necessária para a constituição do sujeito por ele mesmo. Algumas falas registradas no Diário de Campo indicam algumas possibilidades para pensarmos como, no caso do VER-SUS, a ação do outro é constituinte dos sujeitos:

O VER-SUS é um exercício constante de aprender a ceder (aqui e no serviço), aceitar a opinião do outro, é autoconhecimento, processo de mudança, começo a perceber coisas que não via e que o outro me mostrou. Causa uma grande angústia ouvir o outro que é diferente de mim. A primeira tentativa é tentar mostrar para o outro que eu estou certa, é um fluxo diferente de forças, fluxo em muitos sentidos, que se encontram e se desencontram (Estudante, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

Podemos ver esta experiência de educação permanente em saúde através da vivência no VER-SUS, como um exercício de criação de si para modificar nossas visões positivistas, tradicionais e moralistas de enxergar o outro e a diferença que se manifesta pela sua presença, tanto na formação profissional em saúde quanto no trabalho, aproximando-nos de uma postura ética enquanto sujeitos do cuidado em saúde. *“A riqueza da educação permanente em saúde é colocar em um mesmo espaço de discussão pessoas com diferentes níveis de formação. Mas como cada um aprende e é afetado por este outro que é diferente de mim?”* (Diário de Campo, 05 de fevereiro de 2012).

Estamos falando de afetos, de encontros que criam o novo, de encontros que são potência. Deleuze (2002), em uma leitura de Spinoza, coloca que um bom encontro acontece quando um corpo compõe diretamente a sua relação com o nosso e sua potência aumenta a nossa. Assim, cada indivíduo é um grau de potência que corresponde a certo poder de ser afetado que, por sua vez, apresenta-se como potência para agir.

Todo bom encontro aumenta nossa potência de agir. No VER-SUS podemos ver que o encontro com o outro aumenta a potência de cada um no sentido de querer criar para si outras possibilidades de formação, além da já estabelecida pelos currículos acadêmicos, outras possibilidades de trabalho em saúde, além das rotinas enrijecidas que não permitem que as práticas ultrapassem as barreiras da aplicação de técnicas. Conforme relatou um estudante, *“com as discussões que ocorrem nos grupos (sala de aula, estágio, cursos), possibilito a meu olhar, como futura profissional da saúde, perceber não apenas a doença, mas as possibilidades de/em saúde que cada encontro com o(s) outro(s) proporciona”* (Estudante,

Carta de Interesse²⁶). E ainda: “*me sinto muito mais humana, não se faz nada sozinho, tem que estar disposta a trabalhar com o outro*” (Estudantes, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012). Assim, o encontro com o outro proporciona a potência do agir em saúde, o outro aparece como possibilidade de ação ética dos estudantes, como exercício de alteridade.

Para Bernardes e Quinhones (2009, p. 157), “quando tomamos a alteridade como critério de análise, o Mesmo e o Outro não se confundem, o Outro não é submissível ao Mesmo, é aquilo que difere, e não o que se iguala”. No VER-SUS talvez tenha sido justamente o encontro com o outro, ou seja, com aquilo que difere, que mais mobilizou o grupo. O encontro com aquilo que difere de nós é a base para a educação permanente em saúde e para o VER-SUS, pois ambos têm como pressupostos o trabalho em equipe, ou seja, o trabalho entre pessoas com diferentes profissões e níveis de formação. Conforme registros no Diário de Campo: “*com o tempo conseguimos cativar coisas muito internas do outro, isso vale para o trabalho em equipe*” (Estudante, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

A educação permanente e o VER-SUS estreitam as relações entre os trabalhadores da saúde e os usuário dos serviços de saúde, visto que uma das principais ferramentas de trabalho não são as técnicas e procedimentos, mas o vínculo. A partir do vínculo, é possível trabalhar com a diferença sem aniquilá-la. Bernardes e Quinhones (2009) apontam que uma possibilidade de reação diante da provocação do outro-diferente-de-mim, seria a “sensibilidade como abertura para receber impressões do outro, mas ao mesmo tempo como condição de possibilidade de estabelecer uma relação ética com o outro, responsabilizando-se por ele” (p. 158). No entanto, os autores salientam que a área da saúde, mesmo estando estreitamente vinculada com o tema do cuidado e da ética, tem sua prática ainda marcada por aspectos totalizadores do mundo ocidental que acabam por aniquilar o outro enquanto diferença. No VER-SUS, encontramos algumas linhas de fuga a estas práticas de aniquilamento das diferenças. Conforme registros no Diário de Campo: “*o VER-SUS vai permitir que cada um se desloque do seu lugar e veja o outro como legítimo*” (Estudante, Processo Educativo-Seletivo, Diário de Campo, 12 de dezembro de 2011). E ainda: “*às vezes aprendemos muito mais com eles²⁷ do que conosco. Tu (sic) é profissional da tua área, mas do resto, eles podem saber muito mais do que nós*” (Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

Conforme Bernardes e Quinhones (2009),

²⁶ A carta de interesse foi elaborada pelos estudantes de outras universidades para participarem da seleção do VER-SUS/Brasil CIES 13. Durante a vivência, foi solicitada a disponibilização dessas cartas para servirem de material de análise.

²⁷ Referência aos usuários dos serviços de saúde do SUS.

o trabalho na saúde é uma forma imaterial de produção, na medida em que o produto diz respeito ao serviço que se oferta ao usuário. Nesse caso, necessariamente, o trabalho na saúde implica a relação com o outro; para que o trabalho ocorra, é preciso o outro. Essa característica primordial do trabalho na saúde impulsiona para a discussão entre o Mesmo e o Outro (BERNARDES; QUINHONES, 2009, p. 158).

Sobre essa discussão entre o Mesmo e o Outro, Souza (2009, s.p.) coloca que “o Outro corrói minhas certezas, me extrai de mim mesmo”. Durante a vivência, surgiram alguns elementos para pensar sobre este efeito causado pela presença do outro: “*quando tento compreender o outro, as minhas certezas entram em xeque*” (Estudantes, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

Assim, pode-se dizer que esta experiência de educação permanente em saúde, é também um exercício de alteridade que expressa a presença do outro que difere e, neste encontro, criam-se novas formas de existência, novos modos de subjetivação na formação e trabalho em saúde.

6.3 É apostar naquilo que tem potência, na saúde

Tem chamado muito a minha atenção nesta vivência a quantidade de vezes que falamos sobre a relação com o outro e com a diferença, seja este outro o nosso colega ou os usuários dos serviços de saúde ou os trabalhadores dos serviços de saúde que conhecemos durante as visitas. Acabei de ouvir a seguinte frase: “vou sair daqui mais subjetivo”. Foi em um momento informal, enquanto um colega colocava um cartaz na porta do “quarto” dizendo que a entrada estava liberada. Não resisti, disse que esta frase iria para o meu diário. A fala foi uma brincadeira, mas uma brincadeira que diz muito, diz dos afetos, das relações com o outro (era um estudante de odontologia se referindo à influência dos estudantes de psicologia). É assim, nas relações, nos afetos, nas diferenças que aparecem as linhas de fuga, as formas de resistência à rotina da vida acadêmica que, muitas vezes, ainda insiste em fragmentar os sujeitos, isolando-os de acordo com sua área e especialidade. É gritante como nossas diferenças vão aparecendo na vivência, pois cada discussão traz um pouco de cada um, de cada vida, de cada singularidade. Nossa construção se dá nas relações e nos afetos, onde temos a possibilidade de criar para nós um corpo sem órgãos, um corpo sem um formato pré-definido, pronto para subverter, para ser modificado (Diário de Campo, 04 de fevereiro de 2012).

Deleuze e Guattari (1996) criam a ideia de corpo sem órgãos para falar de um corpo que não tem forma e funções definidas, onde tudo precisa ser criado e experimentado. “Um corpo sem órgãos é feito de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado por intensidades. Somente as intensidades passam e circulam. Ele é a matéria intensa e não formada, não estratificada [...]” (p. 13). Para Deleuze e Guattari (1995), o corpo sem órgãos não é um corpo morto, é um corpo vivo e fervilhante a ponto de expulsar qualquer tipo de organização, “o corpo pleno sem órgão é um corpo povoado de multiplicidades” (p. 42).

Portanto, a vivência no VER-SUS permite que os estudantes criem para si um corpo sem órgãos, um corpo sem a formatação e a estratificação que a rotina da academia nos impõe, uma rotina delimitada e definida, que pouco deixa espaço para a criação, para o encontro com o outro. Isto apareceu em uma colocação de um estudante: *“para mim a coisa mais feliz está sendo conhecer vocês da odontologia sem estarem de branco. Acabei com os meus preconceitos”* e os colegas da odontologia responderam: *“a arquitetura da universidade deixa a gente isolado, a gente odeia usar jaleco, não vejo a hora de chegar sexta-feira para não usar mais. Estamos ficando cada vez mais padronizados, perdendo nossa individualidade”* (Estudantes, Diário de Campo, 05 de fevereiro de 2012).

Deleuze e Guattari (1996), falam que o corpo sem órgãos não se opõe aos órgãos, mas sim à organização daquilo que se chama organismo. Faço uma relação desta colocação com a questão da formação em saúde separada por especialidades, ou seja, o problema não é a existência de várias profissões, mas sim, a forma como, em geral, cada profissão é compreendida no meio acadêmico: segmentarizada. Cada curso funcionando do seu jeito, com poucas oportunidades de contato com a diferença. E como desfazer esta formação, como encontrar outras linhas de subjetivação, outros modos de existência? Para Deleuze e Guattari (1996),

desfazer o organismo nunca foi matar-se, mas abrir o corpo a conexões que supõem todo um agenciamento, circuitos, conjunções, superposições e limiares, passagens e distribuições de intensidade, territórios e desterritorializações [...]. E quanto ao sujeito, como fazer para nos descolar dos pontos de subjetivação que nos fixam, que nos pregam numa realidade dominante? Arrancar a consciência do sujeito para fazer dela um meio de exploração, arrancar o inconsciente da significância e da interpretação para fazer dele uma verdadeira produção, não é seguramente nem mais nem menos difícil do que arrancar o corpo do organismo (DELEUZE e GUATTARI, 1996, p. 22).

A educação permanente em saúde, enquanto um dispositivo de subjetivação que permite aos sujeitos dobrarem a força sobre si, ou seja, produz potência e “deve-se considerar que seu

potencial de invenção reside justamente na persistência de linhas de fuga, as quais são forças plásticas que se desterritorializam” (BERNARDES e HILLESHEIM, 2012, p. 366). Para Deleuze (2004) as linhas de fuga são desterritorializações, e fugir não é renunciar às ações, não há nada mais ativo do que fugir.

A educação permanente em saúde como política pública, ou seja, como prática de uma governamentalidade, ao mesmo tempo em que está circunscrita em um determinado território, permite também a criação de linhas de fuga, de devires minoritários.

Segundo Deleuze (1992),

as minorias e as maiorias não se distinguem pelo número. Uma minoria pode ser mais numerosa que uma maioria, o que define a maioria é um modelo ao qual é preciso estar conforme: por exemplo, o europeu médio adulto macho habitante das cidades... Ao passo que uma minoria não tem modelo, é um devir, um processo. Pode-se dizer que a maioria não é ninguém. Todo mundo, sob um ou outro aspecto, está tomado por um devir minoritário que o arrastaria por caminhos desconhecidos caso consistisse em segui-lo. Quando uma minoria cria para si modelos, é porque quer tornar-se majoritária, e sem dúvida isso é inevitável para sua sobrevivência ou salvação (por exemplo, ter um estado, ser reconhecido, impor seus direitos). Mas sua potência provém do que ela soube criar, e que passará mais ou menos para o modelo sem dele depender. O povo é sempre uma minoria criadora, e que permanece tal, mesmo quando conquista uma maioria: as duas coisas podem coexistir porque não são vividas no mesmo plano (DELEUZE, 1992, p. 214).

É importante apontar que o VER-SUS surgiu da força de devires minoritários, de estudantes que com uma força contra hegemônica construíram, para si, linhas de fuga de uma educação maior. Assim, mesmo que estas forças tenham sido capturadas pelo poder do Estado ao se tornar uma política pública, pode-se pensar que ainda será força, potência, visto que há algo que escapa ao poder, deixando espaço para criação, na medida em que não há poder que possa prever o que será criado. Um devir é sempre minoritário,

devir é, a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui, ou das funções que se preenche, extrair partículas, entre as quais instauramos relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas daquilo que estamos em vias de nos tornarmos, e através das quais nos tornamos. É nesse sentido que o devir é o processo do desejo (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 64).

Retomo aqui uma frase que já se fez presente no capítulo anterior: *Contaminar corações e mentes para a defesa do SUS*. Havia anunciado que deixaria para este capítulo outras problematizações: mas o que é a defesa do SUS? Por que ele ainda precisa ser defendido? Como a educação permanente em saúde, enquanto um dispositivo de subjetivação pode contaminar corações e mentes para a defesa do SUS?

Tento começar a discussão destas questões com a fala de um estudante no VER-SUS, quando questionado sobre os motivos que o levaram a participar do projeto: “*é uma aposta, apostar naquilo que tem potência, na saúde*” (Estudante, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012). *Contaminar corações e mentes para a defesa do SUS* deixa de ser somente captura das subjetividades, passa a ser uma minoração das formas capitalistas de fazer saúde, uma verdadeira recusa ao modelo ainda hegemônico de educação e trabalho em saúde que prioriza a técnica e o lucro ao invés do cuidado.

Para Dimenstein (2010),

o SUS demanda mutações subjetivas e outros modos de ser trabalhador; pede uma formação contextualizada, um conhecimento interdisciplinar e a produção de práticas multiprofissionais voltadas às necessidades da população. Isso implica em estar alerta aos especialismos, às naturalizações e dicotomias entre formação e atuação e em um esforço permanente de ruptura com a lógica que persegue verdades inquestionáveis, uma realidade dada, modelos padronizados e estereotipados (DIMENSTEIN, 2010, p. 163-164).

No encontro sobre EPS, conversamos sobre a formação do trabalhador como um sujeito ético e político. Isto não é somente produzir recursos humanos, é produzir atores sociais e políticos; significa lutar por um sistema de saúde qualificado e humanizado. A lógica do trabalho em saúde não está em produzir somente mão de obra qualificada. Fico pensando como o trabalhador se reconhece neste lugar entre o que está colocado que deve ser, entre o que ele quer ser e entre o que é possível que seja. Não é um trabalho qualquer que está sendo pensado, é sempre um trabalho em relação ao outro, o que implica uma reflexão ética (Diário de Campo, 09 de novembro de 2011).

Apostar na saúde como potência, é apostar na vida. Na vida que não se curva aos processos de subjetivação que, como colocou Gadelha (2009), fragmentam os indivíduos em mônadas através da cultura do individualismo e da concorrência. É apostar nos sujeitos enquanto força criativa, “*é não se paralisar, mas poder criar*” (Estudante, Diário de Campo, 08 de fevereiro de 2012).

Essa potência política da vida é possível ao considerar-se não uma grande recusa a certas formas de subjetivação, mas uma minoração/singularização dessas próprias formas. As políticas públicas como forças biopolíticas provocam e são provocadas por potências políticas da vida. A vida, como objeto da biopolítica, amplia-se de seu agenciamento biológico para um potencial desejante e afetivo. A potência reside justamente nesta condição desejante e afetiva: um corpo-sem-órgãos (BERNARDES; HILLESHEIM, 2012, p. 369).

Contaminar corações e mentes para a defesa do SUS é apostar na potência política dos estudantes e trabalhadores da saúde, é apostar no devir-revolucionário. “A única chance dos homens está no devir-revolucionário, o único movimento capaz de esconjurar a vergonha ou responder ao intolerável” (DELEUZE, 1992, p. 211). Devir-revolucionário que faz resistir, que faz criar. “O projeto político do SUS é uma potência micropolítica, uma potência que só existe se existirem pequenas potências nos atores envolvidos” (Encontro de Educação Permanente em Saúde, Diário de Campo 05 de outubro de 2011). Para Vilela (2006),

*na filosofia ou na arte, criar é resistir. A resistência é a ação de uma força *de vida-contra-morte* que desalinha as significações estabelecidas, e, no movimento que a constitui, rompe com a ordenação categorial de um fundamento para a existência, afirmando o *devir* como respiração criadora da *vida*. A resistência é, neste sentido, acontecimento. Essa força de ruptura e de irrupção é, justamente, aquilo que lhe confere uma intensidade de vida em que o *atual* se afigura como o jogo entre uma *dupla verdade do corpo e do instante* (VILELA, 2006, p. 125. Grifos do autor).*

O campo da saúde coletiva, de onde emerge a educação permanente em saúde, é um campo de lutas por um trabalho em saúde que leve em conta não somente a cura de doenças, mas sim, toda a complexidade da vida dos sujeitos, ou seja, a dimensão subjetiva da educação e do cuidado em saúde. Busquei neste capítulo, expor os elementos do campo de pesquisa que nos permitem pensar que existe *um pouco de possível* na educação e no trabalho em saúde, ou seja, que apesar dos esforços de alguns segmentos da sociedade que insistem em mercantilizar a educação e a saúde, ainda existem linhas de fuga e forças que resistem. Ainda existem devires revolucionários, estudantes e trabalhadores que minoram a hegemonia da educação biologicista, que ainda acreditam na ética enquanto prática, que buscam construir para si subjetividades não assujeitadas ao modelo predominante, mas sim, subjetividades que são potência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É chegada a hora de finalizar, mesmo que provisoriamente, pois, certamente, haveria muito mais a dizer sobre os modos de subjetivação produzidos no campo de pesquisa, mas, por ora, é até onde consegui chegar.

Estas linhas foram traçadas com sentimentos contraditórios de angústia e leveza. Angústia pelo desafio que foi escrever esta dissertação, na qual utilizei um referencial teórico que me era pouco conhecido e, quando ao conhecê-lo, comecei a temê-lo: como vou dizer que a educação permanente em saúde e o VER-SUS estão engendrados em mecanismos de controle e governo? Pior que isso, dizer que também fazem parte de uma racionalidade de governo neoliberal?

Vencida esta *batalha* e convencida pelos argumentos teóricos, pensei que iria conseguir respirar, já que havia encontrado um pouco de possível através das práticas de liberdade e das linhas de fuga. Mas, mais um desafio estava por vir: dar conta de conceitos completamente desconhecidos, fazer conversar Foucault e Deleuze, conseguir fazer a tão importante articulação teórica com os dados produzidos no campo de pesquisa.

A leveza vinha quando conseguia finalizar uma escrita com a sensação de que havia conseguido expressar minhas ideias; passava um filme na minha cabeça; lembrava-me que estava escrevendo não apenas uma dissertação, mas também, retomando uma parte da minha trajetória, não só acadêmica, mas também de vida.

Encontrei na cartografia o *método* ideal, para pesquisar sem negligenciar minha implicação com o tema de pesquisa, pelo contrário, para fazer desta implicação mais um elemento de análise. Cartografar me permitiu pesquisar sem a pretensão de encontrar respostas fixas e verdadeiras, mas sim, acompanhar os processos de produção subjetiva no campo de pesquisa, podendo experienciar o fluxo de forças que emergia dele.

A pesquisa é por si só um dispositivo que impulsiona a pensar “forja modos de ver, modos de dizer, modos de produção, modos de relacionar-se consigo mesmo e com o outro” (DELEUZE, 1992, p. 38). Assim, o ato de pesquisar é um ato de criação de novas possibilidades, é um ato de potência. E foi esta potência de produção de novas subjetividades que procurei acompanhar no campo de pesquisa.

Nesta pesquisa, busquei analisar os modos de subjetivação produzidos pelo dispositivo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ao decorrer do trabalho, dois grandes modos de subjetivação se descortinaram: um relacionado aos modos de subjetivação de uma racionalidade de governo biopolítico, e outro, relacionado aos modos de

subjetivação que produzem resistência e práticas de liberdade. Para fins didáticos, foi necessário analisar estes dois aspectos separadamente, mas volto a ressaltar que o objetivo não foi discutir se a referida política produz, em um determinado, subjetividades capturadas pelo poder e, em outro, possibilidade de resistência, pois estes movimentos são contínuos e simultâneos. A potência não está nem em um, nem em outro, mas na fronteira e é nesta fronteira que os sujeitos criam para si novas estéticas da existência.

Esta dissertação tensionou a relação entre Estado e sociedade civil, ao apontar que as políticas públicas, além de serem respostas do Estado aos problemas sociais, também são estratégias de regulação das relações sociais e, assim, funcionam como dispositivo de gerência da vida (DIMENSTEIN, 2010). Assim, busquei primeiramente, colocar em evidência que o surgimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde só foi possível em função das rupturas nos modos de poder sobre a vida, onde todo o corpo social é passível de se tornar objeto de governo, lembrando que “governar não é determinar fisicamente a conduta de objetos passivos. Envolve oferecer razões pelas quais os governados deveriam fazer o que lhes é dito, e isto significa que eles podem também questionar estas razões” (OKSALA, 2011 p. 108). E é desta brecha que emerge a resistência, onde os sujeitos podem criar para si novos modos de subjetivação, pois, como colocou Foucault (1999), as forças que resistem se apoiam sobre aquilo mesmo que o poder investe, ou seja, a vida.

Foucault (2004a) buscou deixar claro que as relações de poder não são *más* em si mesmas, das quais é preciso se libertar, visto que, acreditava que não poderia haver sociedades sem relações de poder; o problema não seria tentar dissolvê-las na utopia de uma comunicação totalmente transparente, mas sim, que através da ética e da prática de si, seria possível, nos jogos de poder, jogar com um mínimo de dominação possível.

Para Deleuze (1991),

a luta por uma subjetividade moderna passa por uma resistência as duas formas atuais de sujeição, uma que consiste em nos individualizar de acordo com as exigências do poder, outra que consiste em ligar cada indivíduo a uma identidade sabida e conhecida, bem determinada de uma vez por todas. A luta pela subjetividade se apresenta então como direito à diferença e direito à variação, à metamorfose (DELEUZE, 1991, p. 113).

Esta experiência nos mostrou que podemos variar, inventar novas estéticas da existência, não restritas aos controles das condutas e às subjetividades do modelo neoliberal e positivista de educação e trabalho em saúde. Ou seja, possibilidades de minoração, de devir.

O VER-SUS surgiu de devires minoritários, da potência micropolítica de estudantes que poderiam simplesmente se deixar capturar pelo modelo hegemônico de educação e trabalho em saúde. No entanto, o devir revolucionário destes estudantes foram a força propulsora para que pudessem subverter o que estava estabelecido como padrão.

Ainda lembrando-me do Diário de Campo: “*olhando para todos os que estão aqui, penso que a mudança pode, novamente ocorrer pelo movimento da saúde, pela luta dos atores sociais que militam para a efetivação de um sistema de saúde cidadão*” (Diário de Campo, 10 de novembro de 2011). Isso foi escrito quando estava no Encontro de Educação Permanente em Saúde, onde o VER-SUS foi relançado pelo Ministério da Saúde. Enquanto escrevia, relembra do que havia estudado durante a graduação sobre o surgimento das políticas públicas de saúde, sobre a participação ativa de estudantes e trabalhadores que, em plena ditadura militar, lutaram pela conquista de um sistema público de saúde para o povo brasileiro.

Hoje, este sistema existe, o Sistema Único de Saúde foi implantado, porém, após mais de vinte anos da sua criação. Ele ainda enfrenta muitos desafios, entre eles, a resistência pela não mercantilização da saúde. Neste cenário de embate, o trabalhador da saúde encontra a possibilidade de não ser apenas espectador passivo, mas sim, protagonista ativo no processo de consolidação do SUS. O campo de pesquisa mostrou que isto é possível, mostrou que a educação que aprisiona também abre para a vida, também permite problematizar nossas práticas em saúde e educação, nossa ética nas relações conosco e com o outro.

Esta experiência de educação permanente em saúde permitiu que os sujeitos que a experienciaram, inventassem novas formas de existência, existência ética consigo e com o outro, experienciassem a diferença entre as profissões enquanto potência de invenção, experienciassem a diferença com os usuários do serviço enquanto cuidado com o outro enquanto alteridade. Esta é a novidade, esta é a potência da educação permanente em saúde enquanto um dispositivo que produz novas subjetividades.

O VER-SUS faz com que passemos uma parte das *preciosas* férias de verão, “recheando” nosso currículo, investindo no nosso capital humano, como preconiza a governamentalidade neoliberal, mas também conhecendo-nos a nós mesmos, nos desconstruindo e nos reconstruindo na relação com o outro na sua diferença.

Quero salientar que não se trata de enaltecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o VER-SUS, como se fossem a verdade para os desafios da educação e trabalho em saúde. Se fizesse isso, jamaisalaria em devir revolucionário, pois quando a revolução se concretiza, ela deixa de ser revolução, ela passa a ser maior e é sempre

necessário duvidar daquilo que se apresenta enquanto verdade única. Sempre são necessárias desterritorializações, por isso, disse que estaria finalizando provisoriamente. Quem sabe, algum dia, alguém se habilite a desterritorializar o que foi posto aqui.

Nesta dissertação, principalmente, com a leitura que Deleuze fez de Foucault, encontrei um pouco de possível para a angústia que me acompanhou durante esta caminhada: transpor a linha do poder, encontrar os pontos de resistência, de criação de novas estéticas da existência, mesmo sabendo que este é um movimento constante onde, mesmo encontrando linhas de fuga, podemos ser novamente capturados pelo poder. Mas este é o movimento da vida e é neste movimento que os estudantes buscam uma nova ética e estética da educação e do trabalho em saúde, uma ética para com suas implicações, seus desejos, suas relações.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre a produção de mitos na educação médica no Brasil Contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12):2234-2249, dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n12/03.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2012.
- AMADOR, Fernanda; FONSECA, Tânia Mara Galli. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa – considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 61, n. 1, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/abp/v61n1/v61n1a04.pdf>. Acesso em 02 de junho de 2012.
- BARROS, Regina Benevides de. Grupo: *A Afirmação de um Simulacro*. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.
- BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. Diário de Bordo de uma Viagem-intervenção. In.: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 172-200.
- BARROS, Laura P. de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. de. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 52-75.
- BERNARDES, Anita Guazzelli. Políticas da Existência no Campo da Saúde: o público como um dispositivo. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- BERNARDES, Anita Guazzelli *et al.* Políticas de Saúde: Alteridade e questão indígena. In: SILVA, Mozart Linhares da; HILLESHEIM, Betina; OLIVEIRA, Cláudio José de. (Orgs.). *Estudos Culturais, Educação e Alteridade*. 1ª ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009. p. 108-133.
- BERNARDES, Anita Guazzelli; QUINHONES, Dionatas Godoy. Práticas de cuidado e produção de saúde: Formas de governamentalidade e alteridade. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 2, pp. 153-161, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/5743/4527>
Acesso em: 10 de agosto de 2011.
- BERNARDES, Anita Guazzelli; HILLESHEIM, Betina. Insistência em minorar: reflexões sobre políticas públicas e saúde. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Bogotá (Colombia)/Vol. 30(2)/pp. 365-376, 2012.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. *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.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição*. Parecer CNE/CES 1133/2001. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 5 de março de 2012.

_____. 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*. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 198/GM em 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, 2004b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em 06 de agosto de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Conselho Nacional de Saúde, *Resolução Nº 350, de 09 de Junho de 2005*. Brasília, DF. 2005b. Disponível em: <<http://meclegis.mec.gov.br/documento/view/id/63>>. Acesso em 20 de março de 2011.

_____. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial Nº 2.118 de 3 de Novembro de 2005*. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Brasília, DF. 2005c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23175>. Acesso em 20 de março de 2011.

_____. Presidência da República; Casa Civil; Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei Nº 11.129 de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF. 2005d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 15 de julho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 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, 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_1996_GMMS.pdf. Acesso em 04 de maio de 2012.

_____. 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 : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 421 de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/inter-ministerial/103143-421.html>. Acesso em: 11 de setembro de 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In.: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al* (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2009, p. 137-170.

CASTRO, Edgardo. Leituras da modernidade educativa. Disciplina, biopolítica e ética. In.: GONDRA, José e KOHAN, Walter. *Foucault 80 anos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 63-77.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.161-168, setembro 2004/fevereiro 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Macruz. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Articulação com o Segmento Estudantil da Área da Saúde: uma Estratégia de Inovação na Formação de Recursos Humanos para o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *VER-SUS Brasil: Caderno de Textos, Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília – DF 2004. p. 6-25.

CECCIM, Ricardo Burg; BRAVIN, Fábio Pereira; SANTOS, Alexandre André dos. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. *Lugar Comum*, nº28, p. 159-180, s.d.

COIMBRA, Cecília; NASCIMENTO, Maria Livia do. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. S.D. Disponível em: <http://www.infancia-juventude.uerj.br/pdf/livia/analise.pdf>. Acesso em 09 de maio de 2012.

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: 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: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-58.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

_____. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____. *O Mistério de Ariana*. Lisboa: Vega Passagens, 1996.

_____. *Spinosa: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. Linhas de Fuga. In: ZOURABICHVILI, François. *O Vocabulário de Deleuze*. Rio de Janeiro: Centro Interdisciplinar de Estudos em Novas Tecnologias e Informação, 2004. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/corpoarteclinica/obra/voca.prn.pdf> Acesso em: 20 de setembro de 2012.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Volume I. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

_____. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Volume III. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

_____. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Volume IV. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

DIMENSTEIN, M. Introdução. In: Neuza, GUARESCHI *et al.*, *Psicologia, formação, políticas e produção em saúde*. Porto Alegre: Edipucrs, 2010, p. 159-166.

DUARTE, André. Foucault e as novas figuras da biopolítica: o fascismo contemporâneo. In: VEIGA-NETO, Alfredo; RAGO, Margareth. (Orgs). *Para uma vida não-fascista*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, p. 35-50.

FOUCAULT, Michel. Verdade e subjectividade (Howison Lectures). *Revista de Comunicação e linguagem*. nº 19. Lisboa: Edições Cosmos, 1993. p. 203-223. Disponível em: http://escolanomade.org/images/stories/biblioteca/downloads/foucault_verdade_subjectividade.pdf Acesso em: 14 de outubro de 2012.

_____. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. *Resumo dos Cursos do Collège de France*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003a.

_____. *História da Sexualidade II: O uso dos prazeres*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003b.

_____. *Ditos e Escritos V: ética, sexualidade e política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a.

_____. *O nascimento da clínica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b.

_____. *A Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004c.

_____. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005a.

_____. *Ditos e Escritos II*. Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. 2ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005b.

_____. *Microfísica do Poder*. 24ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

_____. *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

GADELHA, Sylvio. *Biopolítica, governamentalidade e educação: introduções e conexões a partir de Michel Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

HADDAD, Jorge, et al. *Educación permanente de personal de salud*. Serie desarrollo de recursos humanos en salud. Washington, D.C.: OPS, 1994.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 32-51.

KASTRUP, Virgínia; BARROS, Regina Benevides de. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 76-91.

KLAFKE, Teresinha; LARA, Lutiane; SANTIN, Gisele. A Construção de Mudanças na Graduação Envolvendo Múltiplos Cenários. In: MENEZES, Ana Luisa Teixeira; MOURA, Rosylaine; KLAFKE, Teresinha; GASS, Sônia Elisete. (Orgs.). *Formação em Saúde: VER-SUS/Extensão como estratégia de mudança na graduação*. 1. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2010. p. 24-44.

LAZZARATO, Maurizio. Biopolítica/Bioeconomia. In.; PASSOS, Izabel C. F. *Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 41-52.

LAZZARATO, Maurizio; NEGRI, Antônio. *Trabalho Imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LOPES, Maura Corcini. Políticas de Inclusão e Governamentalidade. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 34(2): 153-169, maio/agosto 2009.

LOURAU, René. Implicação e Sobreimplicação. In.: ALTOÉ, Sônia. *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004a, p. 186-198.

LOURAU, René. Implicação: um novo paradigma? In.: ALTOÉ, Sônia. *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004b, p. 246-258.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história recente, passado antigo. In.: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al* (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2009, p. 19-39.

OTICS. Observação de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e serviços de Saúde. www.otics.org/otics. Acesso em 10 de julho de 2012.

OKSALA, Johanna. *Como ler Foucault*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 492 32 (4) : 492–499; 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>>. Acesso em: 22 de março de 2011.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 17-31.

PAULON, Simone Mainieri. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, n. 3, v. 17, set./dez. 2005. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid. Acesso em: 19 de outubro de 2009.

PELBART, Peter Pál. *A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea*. São Paulo: FAPESP/Iluminuras, 2000.

_____. *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2011.

PEREIRA, Luciana Alves; LOPES, Maria da Graça Kfourir, LUGARINHO, Regina. Diretrizes Curriculares Nacionais e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar? In: VII CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, s.d. *Anais do Congresso Nacional da Rede UNIDA*. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/termo_oficina1.pdf. Acesso em: 10 de março de 2012.

PETERS, Michael. Governamentalidade Neoliberal e Educação. In.: SILVA, Tomaz Tadeu da (org). *O sujeito da educação: estudos foucaultianos*. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PORTAL DA SAÚDE. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1261. Acesso em 20 de abril de 2012.

RAMMINGER, Tatiana; NARDI, Henrique Caetano. Subjetividade e Trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.12, n.25, p.339-46, abr./jun. 2008.

REVEL, Judith. Nas origens do biopolítico: de Vigiar e Punir ao pensamento da atualidade. In.: GONDRA, José e KOHAN, Walter. *Foucault 80 anos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 61-62.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, n. 21, p. 166-173, 2º/2009.

SARAIVA, Karla; VEIGA-NETO, Alfredo. Modernidade Líquida, Capitalismo Cognitivo e Educação Contemporânea. *Revista Educação e Realidade*. 34(2):187-201 mai/ago 2009.

SOARES, Carmen Lúcia. Escultura da carne: o bem-estar e as pedagogias totalitárias do corpo. In: VEIGA-NETO, Alfredo; RAGO, Margareth. (Orgs). *Para uma vida não-fascista*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009, p. 63-81.

SOUZA, Ricardo Timm de. *Sentido e Alteridade: dez ensaios sobre o pensamento de Emmanuel Levinas*. Porto Alegre: Edipucrs, 2009. Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/sentidoalteridade/index.html> Acesso em: 09 de novembro de 2012.

SPINK, Peter. *Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista*. Núcleo de Organizações e Ação Social, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2003.

TORRES, Odete Messa. *Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde: das experiências regionais à (trans)formação político-pedagógica do VER-SUS/Brasil*. 2005. 154 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Gestão de Sistemas de Saúde) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2005.

VEIGA-NETO, Alfredo. Governo ou Governamento. *Currículo sem Fronteiras*. V. 5, n. 2, pp. 79-85, jul/dez. 2005. Disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol5iss2articles/veiga-neto.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2012.

_____. Dicas. *Revista Aulas*. Dossiê Estéticas da Existência. n. 7, 2010. p. 11-23.

VILELA, Eugénia. Resistência e acontecimento. As palavras sem centro. In.: GONDRA, José e KOHAN, Walter. *Foucault 80 anos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 107-127.