

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CARLOS ALBERTO RODRIGUES MORRUDO FILHO

**DESLOCAMENTOS DE IMAGENS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS E ENCONTROS NAS
VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SUS**

PORTO ALEGRE

2015

CARLOS ALBERTO RODRIGUES MORRUDO FILHO

**DESLOCAMENTOS DE IMAGENS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS E ENCONTROS NAS
VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Izabella Barison Matos

PORTO ALEGRE

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Rodrigues Murrudo Filho, Carlos Alberto
DESLOCAMENTOS DE IMAGEM DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS E
ENCONTROS NAS VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO
SUE / Carlos Alberto Rodrigues Murrudo Filho. --
2015.
118 f.

Orientador: Izabella Barison Matos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2015.

1. Educação em saúde. 2. Vivências e estágios no
SUE. 3. Saúde Coletiva: Brasil. 4. Sistema Único de
Saúde. I. Barison Matos, Izabella, orient. II. Título.

CARLOS ALBERTO RODRIGUES MORRUDO FILHO

**DESLOCAMENTOS DE IMAGENS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS E ENCONTROS NAS
VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Banca de Avaliação

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Luiza Helena Dalpiaz – Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC)

Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todas as pessoas que clamam por mais saúde; àquelas que calam por se acharem diferentes, esquisitas, anormais, patológicas, indignas de vida; àquelas que sentem necessidade de viver na *diferença!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Izabella Barison Matos, que, com toda paciência acolheu os meus desafios acadêmicos e acreditou na minha potência. Izabella é daquelas professoras que, incansavelmente, faz um trabalho de Escuta às inquietações dos alunos; faz das limitações, *designs* de potencialidades.

Agradeço à minha banca de qualificação, pelas indicações de leitura, e por provocar pensamentos, referentes à pesquisa. Alcindo Antônio Ferla, Luiza Helena Dalpiaz, José Geraldo Soares Damico e Dulce Maria Bedin.

Sigo meus agradecimentos ao prof. Roberto Henrique Amorim, pela sua delicadeza em acolher meus devaneios de pesquisa. Ao professor Ricardo Burg Ceccim, pelas aulas-encontros que aguçaram meu desejo pela relação saúde-educação-Sistema Único de Saúde.

Aos participantes desta pesquisa, abraços intermináveis que se iniciaram no VER-SUS Lages (SC), em 2012, e parecem não ter fim!

Ao Ricardo Gausmann, meus agradecimentos serão, também, intermináveis: quanta dedicação a nossa amizade.

À Natália, obrigado pelos inúmeros convites para dançar, conversar, assistir filmes; convites os quais, várias vezes, necessitei recusar. Obrigado pela paciência.

Aos queridos amigos: Pedro Mello, Vitáli Marques e Junior Abalos que, incansavelmente perguntavam-me: Como está a dissertação Carlinhos?

À incansável amiga, Leocilda Pacheco que, entre tapiocas e pizza vegana, colocava o mestrado como recheio das discussões.

À Larissa, pela generosidade em acolher minhas fragilidades e potências.

À Andrea Lopes que, desde a minha primeira graduação, em 2002, acompanhou meu desejo pela Saúde.

Ao Luciano Bedin, pela sua sensibilidade de escuta sobre os meus desejos de pesquisa.

Ao Dani Noal, amigo da Faculdade de Educação (Faced).

À Colega Thais Maranhão de Sá e Carvalho que, com seu ar questionador, colocou-me a olhar para além do que estava vendo.

Ao Anderson Renato, amigo de longa data que, entre massas e vinhos, procurou entender sobre o que eu estava pesquisando.

À Fabiana, amiga cujas dores são metamorfoseadas em risadas.

À amiga Cloerci, amizade de longa data e de muitas aprendizagens.

Ao Isaque que fez a revisão textual, na minha qualificação.

À Silvana, que aceitou revisar o texto e sentiu-se em processo de deslocamento ao ler a dissertação.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Rio Grande do Sul (Fapergs) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela bolsa de pesquisa concedida em diferentes momentos.

Aos meus sobrinhos: Rafael, Henrique, Thais, Pedro Cauã e Gabriela; estes dois últimos deram-me um salto de vida.

Aos meus pais, pessoas que, meio sem entender o que eu estava fazendo no mestrado, nunca deixaram de incentivar-me a continuar os estudos.

Ao fazer os agradecimentos, percebo que pesquisa se faz em **redes!**

RESUMO

A dissertação apresenta discussão referente aos deslocamentos de pensamentos referentes aos conceitos de saúde, estes problematizados em duas Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), Lages, edições 2011 e 2012. O desafio insere-se na seguinte questão: estilhaar a subjetividade e produzir outros modos de pensar saúde. O VER-SUS, tem se revelado ferramenta ativadora de incômodo ao que está instituído como: normal, comum e natural, tanto na graduação como no cotidiano dos serviços em saúde. Para o estudo de campo, iniciou-se com estudos bibliográficos referentes à temática: conceitos/concepção de saúde. Tratou-se de pesquisa com abordagem qualitativa, cujos instrumentos de produção de dados foram: pesquisa documental, pesquisa bibliográfica e entrevistas semiestruturadas aplicadas a viventes (estudantes, docentes e facilitadores) que participaram do VER-SUS Lages das edições citadas. Os dados coletados foram analisados a partir de mapas analíticos que se propõem a construir mapas transversais às produções do desejo, em ato. Em interligação aos mapas analíticos, os dados coletados tiveram aporte dos conceitos de Experiência, e de Encontro, os quais permitiram destacar alguns disparadores de deslocamentos de imagens de saúde, tais como: **Olhares** rizomáticos como produção de Experiências e Encontros no VER-SUS Lages (SC); **Escutar**: produzindo ruídos no modo estar com o outro; Como **falar** de coisas que não existem? **Perguntar**: ato possível para criação de problemas; **Cheirar**: territorializando imagens de saúde; **Marcadores** de subjetividades no VER-SUS Lages (SC). Com esses disparadores foi possível perceber que os os viventes que participaram do VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012, seja aluno, docentes e facilitador, produziram múltiplas imagens sobre saúde, as quais permitiram repensar a formação na área da saúde o que coloca o VER-SUS como cenário de aprendizagem potente para estilhaar modos instituídos da compreensão sobre saúde.

Palavras-chave: Imagens sobre saúde. VER-SUS. Experiência. Encontro. Mapas analíticos.

RESUMEN

La disertación presenta discusión con respecto a los pensamientos de los desplazamientos relacionados con los conceptos de salud, éstos problematizan en dos etapas Experiencias y Realidad del Sistema Único de Salud (VER-SUS), Lages, emite 2011 y 2012. El reto es parte de la próxima edición: destruir la subjetividad y producir otras formas de pensar la salud. Los VER-SUS, ha revelado la activación herramienta molestia para lo que se establece como: lo normal, común y natural, tanto en la graduación y en los servicios diarios en la salud. Para el estudio de campo, que comenzó con los estudios bibliográficos sobre el tema: conceptos / concepción de la salud. Esta fue la investigación cualitativa cuyos datos de producción herramientas fueron: investigación documental, la literatura y entrevistas semiestructuradas aplicadas a vivos (estudiantes, profesores y facilitadores) que participaron en el VER-SUS Lages los temas antes mencionados. Los datos recogidos fueron analizados a partir de mapas de análisis que pretenden construir mapas transversales a desear producciones, en el acto. Al vincular los mapas analíticos, los datos recogidos tenían contribución de conceptos de comodidades y reuniones, lo que permitió poner de relieve algunas imágenes desencadena cambios de salud, tales como rizomática parece experiencias de producción y reuniones en la SEE-SUS Lages (SC); Escuche: la producción de ruido con el fin de estar con el otro; Al igual que hablar de cosas que no existen? Pregunte, puede actuar para crear problemas; Olor: territorializar imágenes de salud; Subjetividades marcadores en VER-SUS Lages (SC). Con estos factores desencadenantes se reveló que los vivos que participó en el VER-SUS Lages (SC), las cuestiones de 2011 y 2012, ya sea estudiante, maestro y facilitador, produjo varias imágenes en la salud, lo que permitió la formación replanteamiento en la salud de la Acostado VER-SUS como un escenario de aprendizaje poderosa para destrozarse las formas establecidas de entender la salud

.

Palabras clave: Imágenes sobre salud. VER-SUS. Experiencia. Encuentro. Mapas analíticos.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Mapa do município de Lages (SC) _____	35
FIGURA 2 – Mapa B e C - de participante da pesquisa. _____	64
FIGURA 3 – Visita domiciliar no VER-SUS Lages (SC), edição, 2012 _____	71

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1** – Formação universitária dos viventes do VER-SUS Lages, edição 2011 e 2012 _____ 52
- GRÁFICO 2** – Atuação dos viventes do VER-SUS Lages, 2011 e 2012, no momento da entrevista (2015) _____ 53

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Trilhando cenários produtores de imagens de saúde no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012 _____	36
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACASEF	Associação Catarinense de Apoio Social e Educacional à Família
AD	Atenção Domiciliar
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CA	Centro Acadêmico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CCMQ	Casa de Cultura Mário Quintana
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais da Saúde
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão de Educação na Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FACVEST	Centro Universitário FACVEST
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OnG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OTICS	Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PPGCol	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PM	Polícia Militar
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PUC-RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REDE UNIDA	Associação Brasileira Rede Unida
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Serviço de Assistência Social
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENAR	Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SENAT	Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte
SESC	Serviço Social do Comércio
SESCOOP	Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo
SESI	Serviço Social da Indústria
SEST	Serviço Social de Transporte
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFFS	Universidade da Federal da Fronteira Sul
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UNE	União Nacional dos Estudantes
UNICRUZ	Universidade de Cruz Alta
UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense

UNOCHAPECÓ	Universidade Regional Comunitária de Chapecó
UNOESC	Universidade do Oeste de Santa Catarina
UPP	Unidade Prática Pedagógica
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do SUS

Sumário

<i>Um convite: catar grãos de pensamentos sobre saúde</i>	17
<i>Saúde e sua rede de conceitos</i>	22
<i>VER-SUS como dispositivo de deslocamentos de imagens sobre saúde</i>	29
Por que VER –SUS Lages (SC)?	34
<i>Experiências e Encontros: conceitos possíveis para pensar múltiplas imagens sobre saúde</i>	39
Em busca de experiências no VER-SUS	40
Do Encontro em Deleuze para o Encontro com o VER-SUS	43
<i>Meu jeito rupestre de pesquisar na Saúde Coletiva</i>	46
Viventes da pesquisa: encontros sobre o VER-SUS Lages (SC)	50
Mapeando a formação universitária dos viventes do VER-SUS Lages (SC)	52
Locais das entrevistas: ateliê polifônico de narrativas sobre o VER-SUS	54
Retorno à Lages: havia alguns rastros de imagens a serem reveladas	55
Entrevista: em busca de um tempo não perdido	56
Aprendendo sobre ética na entrevista	57
Inquietudes na pesquisa: qual é o gosto dos procedimentos metodológicos?	58
<i>Mapeando deslocamentos de imagens de saúde no VER-SUS Lages (SC)</i>	60
Como fui construindo meus mapas analíticos?	62
<i>Experiências e Encontros como deslocamentos de imagens de saúde no VER-SUS Lages (SC)</i>	67
Olhares Rizomáticos como produção de Experiências e Encontros no VER-SUS Lages (SC)	69
Visita domiciliar: olhares nos territórios	70
CAPS: quem abandona a luta nunca poderá saber o gosto da vitória	74
Quantos olhares podemos ter sobre saúde?	76
Olhar sobre a facilitação no VER-SUS Lages (SC)	79
Escuta como exercício potencializador para a formação na área da saúde	80
Como falar de coisas que não existem?	84
Terapia comunitária: produzindo ruídos nas unidades básicas de saúde	84

Roda de Conversa: na interdisciplinaridade e outro na indisciplina [ridade]	86
Pós VER-SUS: polifonia quando do retorno à universidade	87
Perguntar: ato possível para criação de problemas	91
Metodologias ativas: produzindo interrogações na formação na área da saúde	92
Metodologias Ativas como dispositivo para alta hospitalar da docência	95
Cheirar: territorializando imagens de saúde	96
Marcadores de subjetivades no VER-SUS Lages (SC)	98
Vídeo: marcador em cena	99
Sentido do VER-SUS e sua multiplicidade de marcas	102
Sobre o que falar das análises dos dados?	106
Minhas importâncias nesta pesquisa	108
Referências	110
Apêndice A – Roteiro de entrevista	117
Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido	118

Um convite: catar grãos de pensamentos sobre saúde

“Um homem catava pregos no chão.
Sempre os encontrava deitados de comprido,
ou de lado, ou de joelhos no chão. Nunca de ponta.
Assim eles não furam mais - o homem pensava.
Eles não exercem mais a função de pregar.
São patrimônios inúteis da humanidade.
Ganharam o privilégio do abandono.
O homem passava o dia inteiro nessa função
de catar pregos enferrujados.
Acho que essa tarefa lhe dava algum estado.
Estado de pessoas que se enfeitam a trapos.
Catar coisas inúteis garante a soberania do Ser.
Garante a soberania de Ser mais do que Ter”.

(O catador – Manoel de Barros).

Após ter lido o poema de Manoel de Barros, “O catador”, deparei-me com algo familiar à minha vida, catar grãos de pensamentos para dar sentido à minha existência. Catar pode ter o sentido de separar coisas, das importantes às não importantes; assim como, cata-se grãos de arroz, de feijão, do mesmo modo que os animais catam uns aos outros. Apresentarei aqui, meu percurso *catador de pensamentos*, modo pelo qual fui aprendendo a ser na saúde coletiva.

Como estudante do curso de Psicologia da Universidade Comunitária Regional de Chapecó (UNOCHAPECÓ) de Santa Catarina, em 2003, havia aprendido que a saúde se alinhava, predominantemente, a partir do biológico. Isso devido ao estudo de inúmeras patologias e testes psicológicos os quais afirmavam o lugar do profissional da saúde distanciando, por exemplo, dos aspectos políticos do SUS como sistema de saúde brasileiro.

Mesmo assim, tive alguns professores que provocaram algumas rupturas na minha formação acadêmica inserindo, em seus discursos, questionamentos quanto aos aspectos políticos dos saberes, colocando em pauta a seguinte pergunta: “A quem as profissões da saúde estavam servindo?” Foi então, a partir da aproximação com esses professores e alguns colegas, que alinhei minhas inquietações na participação no Centro Acadêmico (CA).

Foi no percurso dessa sutil militância estudantil que pude conhecer o projeto Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), em 2004, por meio de uma colega¹, que pediu apoio do CA para receber alunos participantes do VER-

¹ A colega referida, naquele momento, era facilitadora do VER-SUS Chapecó (SC), 2004.

SUS/Chapecó, 2004. Foi a primeira vez que vi alunos de diferentes cursos dialogarem sobre saúde e sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos parágrafos seguintes desta dissertação farei breve histórico sobre o VER-SUS. Neste momento, me limitarei a dizer que, atualmente é um projeto do Ministério da Saúde (MS) realizado em parceria com a Rede Unida; Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS; União Nacional dos Estudantes (UNE); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e demais parceiros (organizações, instituições, conselhos municipais de saúde, dentre outros), desde 2012. O objetivo deste projeto é alinhar relações de aprendizagem entre estudantes de graduação e o Sistema Único de Saúde (SUS). “[...] possibilitando a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população” (OTICS, 2014).

Na minha segunda graduação, licenciatura em Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), participei como vivente² do VER-SUS Lages (SC), em 2012. Foi o momento oportuno para repensar a relação entre educação e saúde e aproximar minha formação acadêmica³ com o que havia aprendido anos antes no VER-SUS Chapecó.

Quando da minha participação como vivente no VER-SUS Lages, edição 2012, o retorno à universidade suscitou algumas inquietações: a formação em saúde centralizada nas doenças, caracterizada pelo modelo biomédico; a medicalização da sociedade cujas práticas universitárias constitutivas da formação universitária tendem a não valorizar o SUS como espaço de formação, nem mesmo como sistema de saúde pública do país.

Essa experiência positiva no SUS, por meio do VER-SUS, também incentivou minha participação, em 2013, na elaboração de manuscrito sobre a vivência e o seu significado na formação, que foi submetido e publicado⁴. Isso tudo me impulsionou a candidatar-me a uma vaga no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) – Mestrado em Saúde Coletiva, da UFRGS.

Naquele ano, já no mestrado em Saúde Coletiva, sabia que o meu percurso de pesquisa envolveria o VER-SUS. Mas, havia tanto a pesquisar! Assim, me debati por um

² Nas edições anteriores os estudantes eram nominados estagiários; nas edições atuais denominaram-se “videntes” sujeitos (discentes, facilitadores, docentes) vinculados a alguma instituição do ensino superior que participam do VER-SUS.

³ Após a minha participação no VER-SUS Lages (SC), decidi fazer os estágios curriculares da licenciatura em Psicologia numa Escola Técnica (Federal) de Saúde de Porto Alegre (RS).

⁴ BURILLE; *et al.* Do VER-SUS: do que é, do que foi e do que ficou. Rio de Janeiro. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**, v.7, n.4, 2013. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/523>>. Acesso em: 28 de julho, 2015.

tempo: Qual seria o meu objeto de pesquisa? Sobre o que pesquisar? Foi então que, ao ler um texto de Ceccim (2012), consegui definir meu objeto. Para esse autor o grande mérito do VER-SUS é muito mais “[...] apropriar em si a afirmação da saúde [...] do que ver para conhecer ou para saber o que mudar ou melhorar” (CECCIM, 2012, p. 274).

A formação de futuros trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido assunto debatido por diversos autores (CECCIM, 2012; FEUERWERKER & CECCIM, 2005; PINHEIRO & CECCIM, 2005; CARVALHO & CECCIM, 2006), sendo consenso a distância, ainda existente e persistente (FERLA *et al.*, 2013), entre o que preconizam os documentos legais - principalmente as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na área da saúde - e o cotidiano da formação. Pode-se afirmar que, Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) não têm contemplado, de forma satisfatória, à formação voltada para o SUS, cujas iniciativas ainda se mostram tímidas; embora registre-se experiências acumuladas em relação à formação profissional buscando deslocamento quanto às imagens referentes à saúde e, conseqüentemente, produzindo efeitos de aprendizagens.

Ao ter participado do VER-SUS Lages (SC), edição 2012; tive a oportunidade de conhecer a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), saber das práticas relacionadas à saúde e perceber que a referida vivência não teve a ressonância, esperada por mim, na universidade de origem. O desejo de compartilhar as reflexões sobre os diferentes cenários vivenciados (gestão, assistência, ensino e de participação social no SUS); a possibilidade de repensar modos de aprendizagens diferentes, incitando o protagonismo da nossa formação como estudantes; a necessária abordagem da concepção ampliada de saúde; tudo isso não repercutia na formação acadêmica.

No entanto, tinha presente que o VER-SUS havia despertado a possibilidade de intensificar práticas pedagógicas congruentes com o compromisso político, a fim de fortalecer transformações sociais no âmbito da formação acadêmica orientada para o trabalho no SUS. O que pode o VER-SUS então? Oferecer a experimentação de um novo espaço de trabalho das organizações de saúde [...] possibilitando a formação de profissionais comprometidos/as ética ou politicamente com as necessidades da população” (BRASIL, 2013, p. 1).

No primeiro ano de mestrado em Saúde Coletiva no PPGCol/UFRGS catei vários recursos metodológicos e conceituais, formulei perguntas, pensei em estratégias, na

tentativa de encontrar um caminho seguro para me debruçar na pesquisa. Assim, foi na qualificação de projeto de pesquisa, realizada em agosto de 2014, que os membros da banca examinadora sugeriram alguns caminhos a serem seguidos: conexão do projeto à problemática atual do campo e à proposta do PPGCol, linguagem criativa e autoral e ter como investigação aspectos relativos à quebra/estilhaço do instituído sobre saúde.

Dialogar com os viventes que participaram do VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012, era certo; mas não tinha clareza sobre o que e como conversaria com eles. Acalentava o que essa vivência produziu em mim, isso era certo; bem como a produção de imagens sobre saúde para além do que a formação universitária oferecia.

Eis o momento que foram surgindo algumas inquietações: que imagens sobre saúde foram produzidas pelos viventes no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012? Em quais atividades foram produzidas essas imagens sobre saúde? De que maneira aconteciam esses deslocamentos de imagens sobre saúde? Qual era o sentido do VER-SUS para cada vivente? Como era o retorno à universidade após o VER-SUS?

Senti a necessidade em *catar* conceitos e metodologias, as quais dariam a devida consistência a esta pesquisa, para responder às minhas inquietações; assim como, firmar uma escrita autoral e aliando com as propostas epistemológicas da Saúde Coletiva. Foram horas, dias, meses debatendo-me sobre esse leque de possibilidades que, aos poucos, foi criando forma e resultou neste trabalho, que foi sistematizado em quatro capítulos. O primeiro, intitulado Saúde e sua rede de conceitos, apresenta alguns subcapítulos. O inicial trata dos conceitos sobre saúde, desde a consagrada concepção da Organização Mundial de Saúde (1946) até dialogar com alguns autores da Saúde Coletiva como Ceccim & Ferla (2013), Lefevre & Lefevre (2007), Luz (2007) e Coelho & Almeida Filho (1999). O segundo subcapítulo traz um diálogo sobre VER-SUS: sua história e aspectos metodológicos e pedagógicos. Posteriormente, sigo descrevendo sobre o VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012.

No segundo capítulo, nomeado VER-SUS como possibilidade de formação de imagens de saúde; acrescento dois conceitos: Experiência, em Bondía (2002) e Encontro, em Deleuze (1988). Sendo esses conceitos cruciais para pensar a maneira como foram se constituindo os deslocamentos de imagens sobre saúde produzidas pelos viventes no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012.

No terceiro capítulo, denominado Experiências e Encontros: conceitos para pensar imagens de saúde nas vivências no SUS, mostro como fui constituindo modos de ser “pesquisador-rastejante” na produção de dados e de informações. Para este capítulo destaco as entrevistas: o encontro com os viventes, os locais das entrevistas e o sobressalto diante das minhas sensações engendradas nesse momento.

O quarto capítulo foi consagrado à análise dos dados e das informações obtidas. Para este, o título ficou: Meu jeito rupestre de pesquisar na Saúde Coletiva. Aqui, o ponto de encontro refere-se à construção de Mapas Analíticos (FRANCO & MERHY, 2007), que possibilitaram cartografar os deslocamentos das imagens sobre saúde produzidas pelos viventes. Depois, foi inserida a ideia de deslocamentos sendo eles intrinsecamente existencial, profissional e político (DALPIAZ, 2005). Por fim, os disparadores de deslocamentos de imagens de saúde que proporcionam o estilo de deslocamento em ação.

O quinto capítulo, Mapeando deslocamentos de imagens de saúde no VER-SUS Lages (SC), destaquei alguns disparadores que provocaram deslocamentos nos viventes durante o VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012.

Encerro as escritas com algumas considerações finais, as quais me fizeram pensar sobre a necessidade da produção de imagens de saúde e repensar seus possíveis deslocamentos. Assim como, repensar os deslocamentos de imagens de saúde na dimensão do coletivo porque se aproxima dos pressupostos epistemológicos da Saúde Coletiva.

O convite para leitura insere-se na possibilidade de que cada leitor/a possa catar suas importâncias, lançar ao alto os grãos de pensamentos, misturar-se às minhas importâncias, deixar que grãos se espalhem pelas ruelas da vida, permitir que o vento leve outros grãos para lugares longínquos sem pretensão de retorno, mas de semeadura.

Durante as minhas andanças na pesquisa, estive em companhia dos poemas de Manoel de Barros (2006, 2008), cujos versos misturaram-se às escritas dos capítulos dessa dissertação. Estas escritas podem ser entendidas como um convite para que, cada leitor/a possa catar um punhado de capítulos, de palavras, de vírgulas, dois pontos, pontos de interrogação; e fazer delas, novos diálogos, com vista àquilo que ainda é possível na formação para diversas áreas do conhecimento: dar visibilidade às multiplicidades de imagens sobre saúde nas vivências no SUS produzidas pelos viventes, e quem sabe, dar outros sentidos para a sua existência.

Saúde e sua rede de conceitos

“A poesia está guardada nas palavras – é tudo que eu sei.
 Meu fado é o de não saber quase tudo.
 Sobre o nada eu tenho profundidades.
 Não tenho conexões com a realidade.
 Poderoso para mim não é aquele que descobre ouro.
 Para mim poderoso é aquele que descobre as insignificâncias (do mundo e as nossas).
 Por essa pequena sentença me elogiaram de imbecil.
 Fiquei emocionado.
 Sou fraco para elogios”.

(Manoel de Barros –
 Tratado Geral das Grandezas do Ínfimo)

Ao realizar o exercício de escrever este texto senti-me, em vários momentos, desconexo com a realidade, tal como suponho tenha acontecido com o poeta Manoel de Barros. Também não tive a intenção de descobrir ouro, mas sim encontrar pistas para travar alguns diálogos visando esta pesquisa. Sendo assim, para pensar as imagens de saúde no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012, fui ao encontro de alguns autores e cenários que possibilitaram-me pensar a presente temática.

Início com Georges Canguilhem (2010) sobre a relação entre normal e o patológico. Posterior a isso, compartilho a ideia de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e algumas discussões acerca dessa conceituação. Procurei alinhar minhas pistas sobre imagens de saúde em um dispositivo que tem como atravessador a ideia de saúde, o VER-SUS, especificamente as Vivências realizadas em Lages (SC), em 2011 e 2012. Para enredar esse diálogo compartilho dois conceitos intercessores à discussão sobre imagens de saúde em uma Vivência no SUS: Experiência, em Bondía (2012) e Encontro, em Deleuze (1988). Finalizo com alguns achados a fim de entrelaçar diálogos com a Saúde Coletiva.

Antes de iniciar o diálogo com os autores, faço uma pausa para trazer uma pista fundamental que atravessa essa pesquisa: utilizar o termo imagens de saúde. Foi na minha qualificação, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol), que a banca examinadora sugeriu esta substituição, a fim de dar visibilidade às multiplicidades de imagens de saúde que poderiam emergir durante a pesquisa.

Levei certo tempo para compreender o sentido que faria daquela substituição de nomenclatura. Mas, foi em Deleuze (2003) que encontrei explicações referentes ao termo “imagens de saúde”.

Deleuze, apoiado na obra de Proust, “Em busca do tempo perdido”, abre para a discussão sobre as verdades advindas da filosofia clássica; coloca em tese que as verdades sobre o pensamento são arbitrarias, pois “[...] não basta uma boa vontade nem um método bem elaborado para ensinar a pensar [...] sem algo que force a pensar, sem algo que violente o pensamento, este nada significa” (DELEUZE, 2003, p.89). transgredir o pensamento sobre saúde, principalmente àquelas ideias que produzem verdades, já indicavam uma pista do que estava procurando na minha pesquisa. Levei um tempo para entender que não estava em busca de imagens que desenhasses verdades sobre a ideia de saúde, mas aquelas que produzissem estilhaços no pensamento sobre modos de pensar saúde; ou seja, produzindo quebras na maneira de pensar sobre saúde.

Um dos autores intercessor de pensamento sobre saúde foi Georges Canguilhem (2010) que no livro, “Normal e o Patológico”, especificamente no capítulo “Doença, Cura e Saúde”; mostra a variabilidade na maneira de comprovar que a distinção entre o normal e o patológico torna-se imprecisa (CANGUILHEM, 2010). A imprecisão entre o normal e patológico refere-se aos aspectos quantitativos, mas congruente com os qualitativos: “Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado” (CANGUILHEM, 2010, p. 135).

Com base nessas reflexões Canguilhem (2010) passa a reforçar a sua teoria de que a saúde se constitui de um jogo de normas de vida, de comportamentos e da capacidade de tolerar as variações desses eventos. Reforça que a saúde não pode ser aprendida pela razão e o mistério entre ela e a enfermidade é difícil de ser entendido. Canguilhem faz construções quanto à existência de uma saúde filosófica e científica sendo a primeira individual, difícil de ser medida, implicando em um corpo subjetivo e a segunda vinculada ao coletivo que compreende a saúde da população.

Em suas contribuições epistemológicas, esse autor traz possibilidades de inclusão dos determinantes sociais correlacionados à saúde; avistar “[...] para além do corpo que precisa olhar, para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo” (CANGUILHEM, 2010, p. 152). Entendi que não basta denominar patologias e fazer delas um fim em si, como comentam Coelho & Almeida Filho (1999) ao referirem-se à obra de Canguilhem. Os autores apontam para algo que respinga na formação em saúde: a linearidade da relação entre profissional da saúde e os usuários: **diagnosticar → curar → fazer voltar ao normal.**

Sobressaltei em negrito, a visão de tratamento médico apontada por Canguilhem (1943) e lembrada por Coelho & Almeida Filho (1999), pois parece respingar ainda, na formação das profissões de saúde.

Nos estudos sobre o normal e o patológico, em Canguilhem (2010), é possível entender que saúde é uma categoria da normalidade maior e a doença está na subcategoria da saúde. A saúde implica poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação, adoecer e sair do estado patológico (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999, p. 29).

Há concepções de saúde oriundas de enunciados oficiais que são consagradas, contra as quais se travam lutas constantes; uma vez que produzem tanto imaginários como práticas. A da Organização Mundial da Saúde (OMS), disseminada no pós-guerra, define saúde como “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). Concepção esta que remete à multiplicidade de imagens de saúde, como a de Almeida Filho (2000, p.5) que a representa simbolicamente como “Nirvana”. Outra autora, Luz (2007, p.31) expressa por meio da palavra “poética” aquilo que evoca de tal conceito; por sua vez, Ceccim (2012, p.270) diz que tal imagem suscita algumas ressalvas, uma vez que à época, apresentou caráter “inovador”. Para além de místico, intangível e controverso; o conceito de saúde segue provocando intensos debates, subsidiando práticas e produzindo imaginários.

Em relação à definição de saúde da OMS, Almeida Filho (2000) salienta que ela ocorre no contexto mundial do pós-guerra onde tal ambientação forneceu um enunciado que passou a alimentar “um novo misticismo sanitário” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 5). Assim, esse conceito de saúde, configurando-se como enigma, vem provocando diversas mobilizações mundo afora. Nas palavras de Almeida Filho (2000, p.6) representando uma “mandala totalizante das virtudes e dos valores humanos”, tal conceito constitui-se epistemologicamente, em um dos pontos cegos paradigmáticos, que se reflete no desinteresse das disciplinas em construir conceitualmente o objeto saúde. Esta afirmação pode ser constatada uma “[...] razoável concentração de esforços, que ainda é hegemônico na formação em saúde, no sentido de produzir e reproduzir modelos biomédicos” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 6).

Para Ceccim (2012, p. 270) um aspecto positivo argumentando é que à época, a concepção de saúde da OMS foi inovadora. Pois, para além de uma definição negativa de

saúde; apontava para uma concepção distinta da ausência de doença não atrelada apenas, a terapêutica, promoção e prevenção. Por outro lado, Ceccim (2012) faz uma crítica a essa concepção de saúde, na mesma direção de Almeida Filho (2000).

A persistência de um imaginário, cujos saberes apresentam “evidência biocientífica, preside as intervenções profissionais de tratamento, prevenção ou promoção da saúde, verificando-se a vigência de um suposto biologicista e medicalizador”, é salientada por Ceccim (2012, p. 270). Sobre esta questão Luz (2007, p. 31) vai dizer que “[...] não é necessário nem possível adotar a poética definição da OMS [...] porque não teríamos como medir, pela subjetividade implícita na definição, a extensão da ausência de saúde na população [...]”.

Em contraposição ao referido conceito criado pela OMS, Ferla & Ceccim (2013) argumentam que a concepção de saúde é um processo em movimento permanente, interligado aos aspectos individuais e coletivos da sociedade que assume longitudinalmente papel de protagonismo às demandas sociais. Além disso, os autores apresentam outros aspectos relacionados à saúde: “modos de andar a vida”. Termo advindo de Cecílio (2009), refere-se aos movimentos no cotidiano de cada sujeito, o que inclui estabelecer vínculos, inclusive com a doença, portanto, ver o sujeito na integralidade; isso sinaliza para olhares que valorizem a qualidade de vida das pessoas potencializando-as para mudanças às quais tornem seu cotidiano dignos de se viver e estabelecer “[...] mecanismos para lidar com a dor e o sofrimento causado pela doença, efeito de políticas sociais no cotidiano, institucional ou coletivo, e, sobre a vida que levamos e nossa potência de criação e vigor” (FERLA & CECCIM, 2013, p. 18).

Esse outro conceito de saúde, mencionado anteriormente pelos autores, extrapola a mera ideia de usuário como um sujeito passivo, pelo contrário, colocam os usuários como participantes dos valores de cidadania. As reflexões dos autores citados no parágrafo anterior colocam o seguinte: “Sendo um cidadão detentor do direito de pedir e receber ações e serviços que ampliem sua qualidade de vida precisa ser compreendido na sua integralidade, detentor do direito de ter direitos” (FERLA & CECCIM, 2013, p. 16-17).

Ao mesmo tempo, Ferla & Ceccim (2013) apontam alguns desafios em relação ao conceito de saúde. O primeiro deles é a sua quebra na subjetividade, alertando que não é tarefa das mais fáceis romper com os conceitos hegemônicos sobre saúde, pois implica transmutar os modos de pensar e agir no cotidiano. Uma das justificativas para os desafios

da quebra da subjetividade, apontada pelos autores, está na própria formação em saúde; uma vez que, docentes estão imbuídos com o ideal de suas corporações, bem como o arsenal tecnológico preconizado por elas. Assim, não é de se estranhar que a ação considerada a “[...] mais legítima é o combate especializado aos sinais, sintomas e doenças” (FERLA & CECCIM, 2013, p. 17).

Para desconstruir as subjetividades enraizadas no modelo corporativista biologizante, há de se pensar em outra quebra: a da associação entre saúde e doença. Isto significa dizer: desamarrar os nós que embrulham o entendimento sobre saúde ampliando sua compreensão como processo complexo, dinâmico e mutável com características históricas e sociais logo, subjetiva (FERLA & CECCIM, 2013). Mencionar aspectos subjetivos acoplados ao conceito de saúde sugere ressignificar os desejos que tramitam no pensamento.

Os autores apontam para a necessidade de *aggiornamento* dos conceitos sobre saúde. Almeida Filho (2000) reivindica o avanço em direção ao que fornece uma definição de saúde considerando as condições concretas da sociedade no sentido da sua produção e reprodução como coletividade. Nessa direção, Ferla & Ceccim (2013) colocam em pauta os aspectos subjetivos do cotidiano, onde saúde se produz pela ruptura da dependência dos modelos biomédicos acoplando-se a novos modos de vida.

Diante dos argumentos apontados por estes autores (ALMEIDA FILHO, 2000; CECCIM, 2012; LUZ, 2008; FERLA; CECCIM, 2013), fica evidente a necessidade da atualização dos conceitos que se tem sobre saúde para além de definições normativas. No que tange à formação, entendo que uma das possibilidades para esse *aggiornamento* possa ocorrer a partir do VER-SUS, cujo processo pode se dar pela afirmação da saúde por meio de outros modos de representá-la conforme destaca Ceccim (2012). Uma vez que para este autor, as vivências se caracterizam pela “implicação ética, pela exposição”, cujo processo de deslocamento parece favorecer a criação de novas imagens tencionando com as consagradas concepções de saúde e, assim quem sabe inventar outros modos de afirmá-la.

A necessidade em inventar e afirmar outros modos de pensar saúde diz respeito também à formação acadêmica que apresenta no cotidiano universitário, o excesso de conteúdo, cuja relação ensino-aprendizagem conecta-se quase que exclusivamente com a postura docente apoiada pelos “[...] manuais de diagnóstico e de terapêutica, com estudo programado e com os profissionais de serviço em campo de treinamento supervisionado

[...]” (CARVALHO & CECCIM, 2012). Nesse caso, o aprender está submetido a registros que prevalecem à doença reduzindo a vida à impossibilidade do novo.

De acordo com Ceccim & Ferla (2009), mesmo em que pese a promulgação, em 2001, das DCNs cujas recomendações indicam aproximação curricular com o Sistema Único de Saúde (SUS) para os cursos na área da saúde, a persistência na formação ainda é orientada por desenhos curriculares concentrado no modelo hospitalocêntrico, atualizando modos de adoecimento sob o ponto de vista biológico e, como se não bastasse, desagregando clínica e política (CECCIM & FERLA, 2009). Portanto, é preciso persistir com a formação em espaços pedagógicos que ultrapassem os hospitalares; afirmar que a saúde não cabe mais sob a ‘higienização’ da imagem hospitalocêntrica que, saúde se faz pelas misturas, pelas aberturas de novos olhares e ações que propiciem a atualização das imagens de saúde.

Outra contribuição significativa sobre os conceitos de saúde, faz se valer pelos escritos de Lefevre & Lefevre (2007), onde ambos apontam que saúde já não pode ser entendida como um *é*, mas sim sobre, ou seja, a existência de coletivos subjugados em práticas correspondentes em tempo e espaço diferente e tem como objeto um estar/ser positivo de um corpo/mente/espírito em escala individual e coletiva (LEFREVE & LEFREVE, 2007, p. 16).

Os autores do parágrafo anterior apontam dois contextos em tensão, ambos relacionados à saúde. No primeiro contexto encontra-se criação de dispositivos combatentes à doença. No segundo contexto, dá-se pela investigação das causas do adoecer, com intenção de erradicar aquilo que poderia vir a ser a doença. O que se tem entre esses contextos? A busca permanente do equilíbrio negada pela produção da doença (LEFREVE & LEFREVE, 2007, p. 16).

Negar a doença pode ser entendido como um slogan estampado nas subjetividades: “é proibido ficar doente”. Para atender esse slogan busca-se incessantemente a prevenção, pois ela ameaça àquilo que as subjetividades estão programadas: serem produtos da máquina econômica. No discurso hegemônico da saúde há uma sequência lógica de entendimento: se há uma doença logo, deve ser combatida para evitar a morte, ou seja, “[...] criar mecanismos que façam a vida voltar ao normal, a fim de que os sujeitos não fiquem fora do ar, seja esse ar o posto profissional, o cuidado do filho, as contas a serem pagas” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007, p. 17).

Seguindo a linha de raciocínio dos autores do parágrafo anterior, a doença é vista como algo que ameaça à vida; para combatê-la criam-se mecanismos que façam a vida voltar ao normal, o que precisaria, portanto, de bens e serviços com vista para a promoção, dito à saúde. Os dispositivos: saúde e doença estão direcionados para o sujeito/doente. Como desconstruir essa verticalidade que assola a relação saúde → doente ← doença?

Desconstruir pode ser entendido como ação dialética em ressignificar modos correspondentes à doença que ainda, por muitas vezes carrega a visão do corpo como máquina (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007). Tal perspectiva remete ao funcionamento deste corpo com a mesma lógica que rege o mundo do trabalho e sua cadeia produtiva que, quando ele não funciona mais, deve ser retirado da cena e se aposentar.

A proposta de Lefevre & Lefevre (2007) corresponde à luta pelos deslocamentos de sentidos dados à doença, sabendo que há discursos em disputa: o hegemônico, que mantém a doença correlacionada à mercantilização da vida. Por outro lado, o contra hegemônico, que coloca em discussão a existência ou não da doença. Nessa perspectiva, a sugestão é colocar a doença como signo, logo “[...] buscar na doença um desarranjo não diretamente dos organismos humanos, mas deles passando pela sociedade” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007, p. 22). Ou seja, olhar a doença como disparador de reflexões sobre o cotidiano da sociedade, o que desloca a ideia da doença no sujeito, abrindo-se para olhar o todo, o sujeito em movimento.

Trouxe no início deste texto o poema de Manoel de Barros, “Tratado geral das grandezas do ínfimo”. O poeta entende que o poderoso para ele não é descobrir ouro, mas descobrir as insignificâncias do mundo e as nossas. Também não tenho a pretensão em descobrir ouros, mas aquilo que pode ser relevante às Vivências no SUS, por isso busquei nesta pesquisa, imagens de saúde produzidas pelos viventes que participaram do VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012.

VER-SUS como dispositivo de deslocamentos de imagens sobre saúde

Criar mecanismos que colaborem para as mudanças das subjetividades, ou seja, torná-la sempre em movimentos – processo de subjetivação – tem sido uma das tarefas árduas no âmbito da formação na saúde. Tendo em vista que a subjetividade de quem está em formação na saúde pauta-se pela base estrutural conhecida como ideal Flexneriano, que direciona a capacidade de resolver problemas de saúde a partir do modelo biologizante (FRANCO, 2013, p. 190).

Logo, a de se entender que a subjetividade, de quem está em processo na formação na saúde, é complexa e difícil de mudá-la para atuação sobre o *socius* (FRANCO, 2013, p. 191). Entretanto, há indicativo de possibilidades de que a subjetividade crie processos de subjetivação, “Isto é possível a partir das vivências, do experimento da vida, em processos que criam a exposição das pessoas e que ao mesmo tempo as afetam no seu modo de pensar, ser e agir sobre a realidade” (FRANCO, 2013, p. 191).

Entre as vivências possíveis, destaco as Vivências e Estágios na realidade do SUS (VER-SUS) que historicamente foram criadas para aproximar a relação entre o ensino e serviço no SUS. Mas de onde surge o VER-SUS? Quais caminhos foram trilhados até aqui? E com quem esses caminhos foram construídos? De acordo com autores há um marcador histórico importante na construção dos estágios-vivências no SUS. No início dos anos 2000; houve uma parceria entre o Ministério da Saúde, Movimentos estudantis e associações científicas; as quais desenvolveram projetos para futuros profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi com essa intencionalidade que surgiu as Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), iniciando suas propostas no Rio Grande do Sul e ampliando posteriormente para outros estados brasileiros (FERLA *et al.*, 2013, p.2).

No ano de 2004 ocorreu o VER-SUS/ Brasil, envolvendo dezenas de estados, diversos municípios e movimentos estudantis. Já em 2005, houve uma redução no número de edições do VER-SUS, sendo realizado apenas em dez municípios. A interrupção do projeto em nível nacional, deu-se em virtude de mudanças na gestão da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (FERLA; RAMOS; LEAL, 2013, p. 3). A interrupção ocorreu diante de alguns desacordos entre movimento estudantil que à época, era participativo nas decisões relacionadas ao VER-SUS e os rumos da política brasileira, exemplo: intensões do Ministério da Educação em encaminhar ao

Congresso Nacional, projeto de lei para Reforma Universitária; a Reforma da Previdência, esta última provocando rompimentos políticos com os partidos da esquerda, ao qual o movimento estudantil estava vinculado (MARANHÃO, 2015, p. 136).

Somente no ano de 2011, o VER-SUS/ Brasil é retomado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e do Departamento de gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde de sua rede de parceiros” (FERLA *et al.*, 2013).

Em 2012, intensificam-se as edições do VER-SUS e, desde então mantêm-se edições regulares (FERLA & MATOS, 2013). Descrever a Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) significa incluir diversas dimensões do cotidiano; onde corpos, lugares, práticas, memórias, políticas e saberes se imbricam na saúde. Por isso, compreender o contexto do VER-SUS a partir dos seus objetivos, sua proposta metodológica, as redes que agenciam a efetividade e vivências e, tornar-se-á fundamental para alicerçar novas discussões sobre a dimensão do VER-SUS, principalmente na ampliação das imagens de saúde.

Geralmente em um período de cinco a quinze dias; estudantes de graduação e, por vezes docentes de diversos cursos e universidades; produzem encontros com profissionais, gestores, prestadores de serviços, instituições de ensino, organizações não governamentais que tenham relação com o SUS, a fim de criar novos processos de ensino-aprendizagem.

Esses encontros consistem em vivências diárias durante os períodos de férias nos serviços de saúde da atenção básica do SUS, no cotidiano acadêmico de formação inovadora e na atuação articulada de instâncias do controle social; há uma avaliação sistemática destas vivências. Os implicados vivenciam conquistas e desafios de um sistema complexo e amplo como o SUS. Trata-se de uma possibilidade de proporcionar a criação de novas relações de compromisso e cooperação entre estudantes, docentes, gestores de saúde, instituições de ensino superior e movimentos sociais.

As edições do VER-SUS geralmente ocorrem nos períodos das férias, verão e/ou inverno. Nestas ocasiões os alunos visitam serviços relacionados ao SUS, compondo-se com múltiplos olhares sobre as instituições, as práticas, os profissionais; a comunidade e as instituições. No VER-SUS, além de os estudantes vivenciarem práticas e serviços correlacionados ao SUS, a ideia da imersão, conviver integralmente com o

compartilhamento de experiências traz à tona tensões do cotidiano. Não há como evadir dessas tensões produzidas pelo novo, por aquilo que não se reconhece.

O VER-SUS fundamenta-se pela possibilidade de intensificar práticas pedagógicas congruentes com o compromisso político, ou seja, permite “[...] ao/à estudante experimentar um novo espaço de trabalho das organizações de saúde [...] possibilitando a formação de profissionais comprometidos/as ética ou politicamente com as necessidades da população” (FERLA, RAMOS & LEAL, 2013, p. 1).

Em seu aspecto pedagógico, o VER-SUS possui três eixos estruturantes que problematizam modos de aprender sobre a organização no trabalho. O primeiro eixo é aprendizagem significativa, que pressupõe “o encontro com o novo, a sensação de incômodo e o desejo de ação” (BRASIL, 2013, p. 3). O sentir-se incomodado é um elemento fundamental “[...] porque ocupa, na aprendizagem, uma postura crítica da educação” (CYRINO & TORALLES-PEREIRA, 2004, p. 783).

O segundo eixo estruturante do VER-SUS são as pedagogias problematizadoras, cuja finalidade pressupõe “[...] o constante questionamento dos fatos ou fenômenos, compreendendo-os nos seus contextos histórico-sociais e propondo novos arranjos possíveis” (BRASIL, 2013, p. 3). A desnaturalização dos saberes e das práticas dar-se-á pela crítica do contexto social e permitirá ressignificar práticas pedagógicas.

O último eixo estruturante do VER-SUS é da multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, cuja nuance prática é “[...] articular saberes e práticas no desenvolvimento e produção de conhecimento, de ciência e tecnologia” (BRASIL, 2013, p. 4). Ou seja, produzir misturas de saberes e práticas as quais possam contribuir para a produção da educação interligada ao contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Há de se considerar que os três eixos estruturantes do VER-SUS foram criadas a partir da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2004, cuja caracterização se insere “[...] a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm” (BRASIL, 2009, p. 20).

Além da Educação Permanente em Saúde (EPS), o VER-SUS também conta com outra contribuição teórica, cujo dispositivo alicerça-se na produção de processos educativos relevantes a formação. Trata-se do “Quadrilátero da formação para área da saúde”,

proposto por Ceccim & Feuerwerker (2004), que contempla: ensino, gestão, atenção e controle social. Estes quatro componentes convergem na construção e organização de educação responsável pelo movimento dos quatro eixos com vista ao protagonismo de quem atua nesse movimento, portanto, produzir encontros com diferentes realidades; cruzar imagens do instituído com o instituinte, conseqüentemente criar rachaduras na formação da área da saúde.

Nesse cenário, as Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) têm se revelado um dispositivo de formação sinalizando para uma “implicação ética, pela exposição; e a realidade do SUS [...] pelo dimensionamento do campo de atuação e objetivos do SUS” (CECCIM, 2012, p. 273). Além disso, o VER-SUS possibilita que os alunos aproximem diversos conhecimentos aos quais podem ativar compromisso com os processos de Reforma sanitária e a construção do SUS (FERLA, 2013; FEUERWERKER, 2007).

É constatado que, para construir formação adjacente ao SUS, tendo como componente transversal a concepção ampliada de saúde; assim como, a integralidade e formação de redes de profissionais, ainda levará um tempo (FERLA & MATOS, 2013). Esse longo caminho pode ser traduzido pelo “[...] o hiato entre o que as instituições formadoras ofertam e o que o sistema de saúde necessita” (FERLA *et al.*, 2013, p.2).

Atualmente, intensificam-se esforços na direção do preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e as políticas de saúde voltadas à formação apontando aproximações significativas entre as necessidades de saúde da população e a formação profissional. Ou seja, um estreitamento permanente com a realidade da população, tendo o SUS como interlocutor de saberes e práticas. Não há imprecisão, “As normas atuais [...] apostam radicalmente na interferência recíproca entre educação (o ensino/pesquisa) e a saúde (a atenção/gestão)” (FERLA; CECCIM, 2013, p. 13).

Assim, somado aos diálogos com colegas que participaram de edições do VER-SUS ou pesquisam sobre a temática, pude aumentar meu repertório de conhecimentos quanto ao campo da saúde coletiva. Para tanto, pensar sobre os modos como os viventes foram produzindo imagens sobre saúde ao participarem do VER-SUS e ao mesmo tempo, pensar nessas imagens como efeitos de aprendizagem inventiva, tem sido para mim um caminho possível para pensar a pesquisa voltada à formação em saúde.

No VER-SUS pode-se extrair aquilo que se reserva aos futuros profissionais do ensino superior, aprender a conviver com as diversidades dos saberes, com práticas

diversificadas, com o caleidoscópio que conforma o contexto social. Portanto, com todo o atravessamento das políticas públicas, com o silêncio, com a polifonia, com os ditos e não ditos, com as surpresas, com as dores e amores que percorrem o cotidiano dos profissionais que trabalham na saúde ou correlacionados à temática.

Entendendo que o VER-SUS tem como proposta suscitar em cada sujeito envolvido, a apropriação da “afirmação da saúde” (CECCIM, 2012, p. 274) - o que permite, portanto, estar sempre em contato com um novo modo de aprender sobre saúde, pergunto: será então que o VER-SUS tem conseguido proporcionar novas imagens referentes à saúde entre os viventes? Como se inserem novas aprendizagens relacionadas à afirmação da saúde quando se está numa formação universitária na qual, historicamente, prevalecem aspectos biológicos/hospitalocêntricos? (ALMEIDA-FILHO, 2000; LUZ, 2004).

Além disso, é possível perguntar se o VER-SUS - principalmente as vivências que levam em consideração tanto a Educação Permanente em Saúde como o Quadrilátero da formação para área da saúde – tem provocado deslocamentos referentes à imagem sobre saúde tendendo a provocar, no vivente, processos que possibilitem certo tensionamento entre o real e o imaginário sobre saúde.

De modo geral, é possível perceber que o VER-SUS/Brasil tem sido desafiador na sua própria proposta: criar coletivos com diferentes atores, diversas instituições sejam do ensino, da gestão, do controle social e atenção; a deslocar imagens de saúde as quais se fazem nas experimentações do cotidiano. Dentre tantos VER-SUS/Brasil que poderiam ter sido pesquisados, escolhi o VER-SUS Lages (SC), sendo os motivos os quais descrevo a partir daqui.

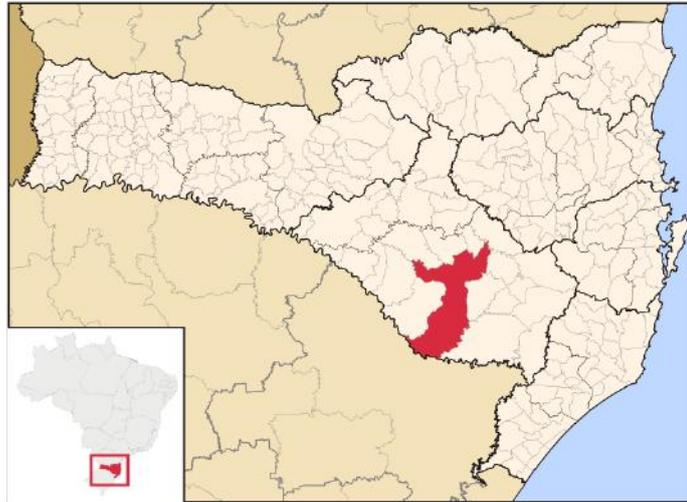
Por que VER –SUS Lages (SC)?

A primeira edição do VER-SUS Lages (SC) foi realizada em julho de 2011 como projeto-piloto e contou com cerca de 30 estudantes dos cursos de (Saúde Coletiva, Odontologia, Medicina, Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia) da UFRGS e da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC); de 10 professores e 6 servidores públicos municipais. Na segunda edição, em fevereiro de 2012, participaram vinte e um estudantes (Psicologia, Enfermagem, Direito, Ciências Sociais, Licenciatura em Psicologia, Serviço Social, Biomedicina, Farmácia, Saúde Coletiva e Medicina) de diferentes universidades⁵; 10 professores e 6 servidores públicos municipais. Nesta edição, havia três facilitadores, alunos de graduação da UFRGS: dois da Saúde Coletiva e uma da enfermagem.

O município de Lages (SC), localizado na Serra Catarinense, distante 200 km da capital Florianópolis, tem cerca de 157 mil (IBGE, 2010) e é considerado o mais “pobre e atrasado” (MUNARIM, 2000) do estado, tanto em aspectos sociais, educacionais, políticos (PEIXER, 2002) como no de saúde. A região serrana tem aproximadamente 290 mil habitantes e apresenta a menor densidade demográfica (ROSSETTO *et al.*, 2008) com bases agrícolas diferentes e assentada sob o latifúndio; modelo fundiário responsável pelas relações de poder desiguais e arcaicas caracterizadas pelo mandonismo, compadrio e clientelismo (LÖCKS, 2010); nefastos ao exercício da cidadania.

⁵ A saber: UFRGS, PUCRS, ULBRA, UNICRUZ e UNIPLAC.

FIGURA 1 – Mapa do município de Lages (SC)



Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Lages#mediaviewer/Ficheiro:SantaCatarina_Municip_Lages.svg. Acesso em: maio 2015.

Os municípios da região apresentam baixos índices de desenvolvimento humano e altas taxas de morbimortalidades, desemprego (NETTO, 2008) e de analfabetismo (ROSSETTO *et al.*, 2008). Em relação aos indicadores de saúde da última década, Lages detém o pior perfil em relação ao estado e à média nacional (ibidem *et al.*, 2008). Nos últimos anos, alguns movimentos de articulação regional – redes sociais e políticas – têm sido observadas. Embora incipientes, buscam a reversão da conjuntura socioeconômica e sanitária esboçada no parágrafo anterior. Também, Lages vem se tornando um polo educacional: há uma universidade comunitária Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC)⁶ que completa 56 anos em 2015; há um campus estadual da Universidade de Santa Catarina (UDESC) criado na década de 1970; além de uma instituição de ensino superior privada (FACVEST) que iniciou atividade há cerca de 20 anos; cursos de Educação a

⁶Em Santa Catarina as IES apresentam um modelo educacional único no país na década passada tendo 83% dos alunos matriculados em cursos superiores no estado (não foram localizados dados mais atuais). Algumas características destas IES são: "atuação em microrregiões homogêneas, voltadas às peculiaridades regionais, ensino pago pelos estudantes, não visam lucro, são imunes de impostos sobre o seu patrimônio, renda e serviços, podem receber recursos públicos e suprem a ausência do Estado na oferta de ensino, pesquisa e extensão (ACAFE, 2005, p. 7). As IES catarinenses são agências formadoras e espaços privilegiados de reflexão sobre a necessidade de responder às exigências de uma sociedade com problemas que demanda soluções. Esta atitude coloca as IES diante de problemas concretos que demandam respostas e alternativas" (ROSSETTO *et al.*, 2008).

Distância de diferentes IES e um instituto técnico federal criado em 2010. Por fim, conta também com a atuação pontual do Sistema S⁷ de formação.

Em quais situações e/ou atividades os viventes que participaram do VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012 foram lançados/convidados/transpassados a pensar em imagens de saúde diferentes das já estabelecidas pela formação universitária e/ou pelo imaginário do trabalho na área da saúde?

Após entrevistas com os viventes refiz os caminhos que estavam na programação das duas edições do VER-SUS Lages (SC), os quais encontra-se nas figuras abaixo, respectivamente edições 2011 e 2012.

QUADRO 1 – Trilhando cenários produtores de imagens de saúde no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012

CENÁRIOS	DESCRIÇÃO
Recepção	<ul style="list-style-type: none"> A Serra e os (as) serranos (as) – conhecendo a região e seus habitantes. Responsável: Prof. Geraldo Augusto Löcks (Antropólogo – UNIPLAC).
UNIPLAC	<ul style="list-style-type: none"> Contextualizando a UNIPLAC e apresentando a articulação ensino-serviço: histórico – Rede de serviços de saúde como cenários de prática e não somente campo de estágio. A experiência da UNIPLAC na formação de profissões da saúde: inovações, avanços e recuos; Roda de Conversa: potencialidades e desafios revelados pela experiência dos cursos da área da saúde da UNIPLAC; Vivência de Tutoria – Abertura do problema; prevendo espaço/tempo EaD – espaço para realização de pesquisa para Tutoria; Seminário Saúde do Homem, lançamento da Política Nacional do homem.
UBS	<ul style="list-style-type: none"> Vivência UBS: Bairro Tributo e Santa Helena – com participação de residentes do Programa de Residência Médica - Medicina de Família e Comunidade, profissionais do NASF e do CRAS.
VISITA DOMICILIAR	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento dos atendimentos - Odontologia, Medicina, Serviço Social e de Psicologia; visita domiciliar com enfermeiro e médico; acompanhamento com Agente Comunitário de Saúde.
FÓRUM de Justiça de Lages (SC)	<ul style="list-style-type: none"> Judicialização da Saúde com Silvio Dagoberto Orsatto – Juiz de Direito /Vara da Fazenda Pública da Comarca de Lages; A demanda das ações judiciais (Responsável: Maurício B. Machado – advogado), Conselho Gestor de Judicialização de Medicamentos (Responsáveis: Rita de Cássia Lang, Carolina Gargaro, Djéssica Branco, Jéssica Mota Delfes, Lívia Michels Ouriques Machado e Rosangela Mazio, Lucilene Aparecida Moraes e Rafael Àvila Lopes).

⁷ O sistema S engloba SENAI, SESI, IEL, SENAC, SESC, SENAR, SENAT, SEST, SESCOOP e mantém rede nacional com oferta de cursos a partir das necessidades e demandas dos setores nos quais o sistema atua.

CENÁRIOS	DESCRIÇÃO
Instituto de Paternidade Responsável	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação grupo de teatro, peça de teatro apresentado na escola, a prevenção às drogas, sexualidade, paternidade responsável. Coordenação: Rita de Cássia Lang.
Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)	<ul style="list-style-type: none"> • Visita ao laboratório de DNA, localizado no Centro de Ciências Agroveterinárias-CAV/UDESC; • Conhecendo o Centro de Ciências Agroveterinárias. Universidade do Estado de Santa Catarina.
Projeto Anoi-tecer	<ul style="list-style-type: none"> • Orientações de promoção e prevenção à saúde junto a profissionais do sexo. Abordagem de rua e em casas noturnas de Lages – ONG ACASEF – Lages (SC).
Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> • Participação da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Lages.
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • A Gestão da Saúde em Lages nas palavras do Secretário Municipal de Saúde: Juliano Polese Branco; • Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Serrana.
Trânsito	<ul style="list-style-type: none"> • Central de Regulação Estadual/CRE – SAMU/PM: funcionamento e articulação com Polícia Militar.
Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos programas de Saúde Mental do município de Lages: CAPS II; • Visita ao CAPSi.
Esporte	<ul style="list-style-type: none"> • Academia da Terceira Idade São Judas.
Terapias não-residuais/Terapias não convencionais/complementares: etnoconhecimento com plantas medicinais no Planalto Catarinense	<ul style="list-style-type: none"> • Pastoral da Saúde.
Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • Visita ao Hospital Infantil Seara do Bem.
Conhecendo a região Serrana de Santa Catarina	<ul style="list-style-type: none"> • Visita e almoço no hotel Fazenda Pedras Brancas.
Avaliação da Vivência	<ul style="list-style-type: none"> • Devolutiva, ao município, dos sentidos do VER-SUS para os viventes.

Fonte: Elaborado pelo autor, maio 2015.

Após refazer os caminhos percorridos pelos viventes durante o VER-SUS Lages (SC), nas edições 2011 e 2012, fui pensando com que autores poderia então dialogar sobre os deslocamentos de imagens de saúde. Foi o momento de criar minha rede de

personagens que poderiam esfarelar meus pensamentos sobre a ideia de saúde e, conseqüentemente, a esta pesquisa a qual tenho me debruçado.

Experiências e Encontros: conceitos possíveis para pensar múltiplas imagens sobre saúde

“Três personagens me ajudaram a compor estas memórias. Quero dar ciência delas. Uma, a criança; dois, os passarinhos; três, os andarilhos. A criança me deu a semente da palavra. Os passarinhos me deram desprendimento das coisas da terra. E os andarilhos, a preciência da natureza de Deus [...] os pássaros, os andarilhos e a criança em mim são meus colaboradores destas Memórias inventadas e doadores de suas fontes”.

(Manoel de Barros – Fontes)

Assim como Manoel de Barros, também tive meu momento de ir ao encontro de personagens que dessem sentido ao que estava realizando, no meu caso, a dissertação. Personagens aqui se referem às pessoas que puderam no trilhar do seu cotidiano compartilhar comigo de fontes possíveis, as quais fariam sentido aos objetivos dessa pesquisa.

Descrevo a partir do meu encontro com esses três personagens. Iniciarei a falar sobre meu encontro com o Prof. Luciano Bedin da Costa⁸. Com ele, pude brincar com sacolas de fazer companheiros de leitura. A segunda personagem foi com a Me. Thais Maranhão, atual Secretária Executiva do VER-SUS/Brasil. Com ela fomos mapeando modos de produzir encontros com os achados da pesquisa. E finalmente com a Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Dalpiaz borramos pensamentos sobre conceitos de implicação e sobreimplicação na pesquisa.

Experiência e Encontro foram conceitos que fizeram sentido ao que estava pesquisando. Foi no encontro⁹ com Prof. Dr. Luciano Bedin que pude realizar algumas leituras sobre esses conceitos: para o conceito de Experiência, alinhei leituras com o autor José Larrosa Bondía (2002); já para o conceito de Encontro, desfiei leituras com Gilles Deleuze (1988).

⁸ Pude conhecer o professor Luciano Bedin, psicólogo e docente no Programa de Pós-Graduação da Saúde Coletiva (PPGCol) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (PPGPSI), ambos da UFRGS, na qualificação de doutorado da Daniele Noal Gai, em 2014. Nesse encontro, Luciano, ao realizar a arguição do projeto de pesquisa da Daniele, falou sobre deslocamento, termo que foi fazendo parte da minha pesquisa no mestrado em Saúde Coletiva na UFRGS. Desde então fomos alinhando conversar sobre o conceito de deslocamento.

⁹ Para este encontro, enviei ao prof. Luciano uma carta falando sobre minhas inquietações quanto aos achados da pesquisa.

Em busca de experiências no VER-SUS

Jorge Larrosa Bondía (2002), num Seminário realizado em Campinas, São Paulo, dialogou sobre o “saber da Experiência”¹⁰. Mas para apresentar esse conceito, Bondía fez um garimpo sobre o que não seria a Experiência, a isto ele chamou de “antiexperiência”, cuja formulação se apresenta sob quatro aspectos: sujeito da informação; excesso de opinião; falta de tempo; e excesso de trabalho (BONDÍA, 2002).

Para o pedagogo espanhol, o “sujeito de informação” é aquele que rastreia incessantemente estar informado, não dando espaço para a Experiência. O autor traz um exemplo que faz sentido ao VER-SUS, de modo geral: “[...] depois de termos feito uma viagem [...] podemos dizer que sabemos coisas que antes não sabíamos, mas ao mesmo tempo, podemos dizer que nada nos aconteceu, que nada nos tocou [...]” (BONDÍA, 2002, p. 22).

Segundo aspecto da antiexperiência é o “excesso de opinião”. Além de saber sobre tudo, o sujeito moderno também precisa opinar: primeiro se informa, depois se opina, o que “[...] anula nossas possibilidades de experiência, também faz com que nada nos aconteça” (BONDÍA, 2002, p. 22).

Terceiro aspecto é a “falta de tempo”, tudo deve passar de maneira aligeirada. O cotidiano se constitui pela transitoriedade instantânea, o velocímetro da vida não pode ser inferior a 120 km/h. “A velocidade com que nos são dados os acontecimentos e a obsessão pela novidade, pelo novo, que caracteriza o mundo moderno, impedem a conexão significativa entre acontecimentos” (BONDÍA, 2002, p. 23).

Último aspecto da antiexperiência que faz conexão com as três primeiras, “o excesso de trabalho”. Ao que Bondía se refere quando o excesso de trabalho é o oposto da experiência? “[...] o sujeito moderno, além de prevenido pelo excesso de informações, assim como um sujeito avaliativo: tudo opina; é um ser que trabalha, ou seja, ele encaixa o mundo de acordo com o seu saber, poder e vontade” (BONDÍA, 2002, p. 24).

Mas então, o que seria um “sujeito de experiência” para Bondía? Para se pensar em experiências há de se pensar em interrupção, ou seja, um tropicão; algo que faça dos sentidos corporais (olhar, escutar, sentir, pensar) aberturas para desacelerar a opinião,

¹⁰ No texto, escrevo o conceito de Experiência com a primeira letra em maiúsculo para diferenciá-la do uso comum do conceito de experiência.

suspender o juízo e, nesse processo de descontinuação do cotidiano “[...] cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço” (BONDÍA, 2002, p. 24)

Neste caso, diria que a Experiência é praticamente encontro com um modo de vida artesanal, “[...] algo como uma superfície sensível que aquilo que acontece afeta de algum modo, produz alguns afetos, inscreve algumas marcas, deixa alguns vestígios, alguns efeitos” (BONDÍA 2002, p. 24).

Os vestígios da Experiência podem ser entendidos como os rastros dos estilhaços que ficam diante dos encontros, aquele que dá espaço ao se perguntar, ao pensar, à não prontidão das respostas; “o sujeito da experiência se define não por sua atividade, mas por sua passividade, por sua receptividade, por sua disponibilidade, por sua abertura” (BONDÍA, 2002, p. 24).

As aberturas para a Experiência podem ser entendidas como aberturas que acontecem em algumas danças¹¹, cujos movimentos são imprecisos e se encarnam pelo momento e pela imprevisibilidade. A Experiência convida o sujeito moderno a “[...] perder seus poderes precisamente porque aquilo de que faz experiência dele se apodera” (BONDÍA, 2002, p. 25).

O que sobra das Experiências? Escombros de corpos pasteurizados onde o avistar as ruínas do pensamento não há respostas para o que aconteceu. Na Experiência, não há buscas pelas verdades, mas do “[...] sentido do que nos acontece” (BONDÍA, 2002, p. 27).

A Experiência, no processo do existir, também conta com uma unidade gestual, o saber; ele é dispare dos saberes científico; divergentes aos saberes da informação; concatena sua permeabilidade como mediação entre o conhecimento e a vida humana. A questão é que o conhecimento, principalmente o científico, tende a ser capturado pela ideia de experimento, ou seja, “[...] uma etapa no caminho seguro e previsível da ciência.” (BONDÍA, 2002, p. 28).

Exemplo, no conhecimento científico, a firmeza está na dominação das técnicas, pois nelas se constituem verdades; não há tempo para caminhos sem destino; perambular

¹¹ Lembrei-me de uma Experiência que tive com a dança na Casa de Cultura Mário Quintana (CCMQ). Ao passar pelo corredor do CCMQ, fui encarnado por uma artista que realizava alguns movimentos com um novelo de lã, percebia que esses movimentos se davam pelo momento; pelo sentir; pelas aberturas com que nós estávamos dispostos a realizar naquele momento. Era apenas um instante.

descalço e descamisado pelos corredores do conhecimento não faz, do sujeito moderno um ser digno de troféus.

O desejo pela Experiência, essa apontada por Bondía (2002), também não está em alta nos tempos modernos. As aspirações atuais se encaminham para buscas dos tesouros e não pelas vivências dos processos. A inalação do conhecimento científico contém exorbitâncias de conhecimentos objetivos, enciclopédias de conhecimento técnico e uma “[...] enorme pobreza dessas formas de conhecimento que atuam na vida humana, nela inserindo-se e transformando-a” (BONDÍA, 2002, p. 28).

Diante desses encontros com os conceitos de experiência de Bondía (2002), fui mapeando nos achados dessa pesquisa a seguinte questão: de que maneira foi se constituindo imagens de saúde, a partir da ideia de Experiência em Bondía (2002), no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012?

Do Encontro em Deleuze para o Encontro com o VER-SUS

“Quando li sobre o que o conceito de Encontro em Deleuze, pensei em que momento tive Encontro. Lembrei-me quando fui ao teatro assistir “Medéia Vozes”, do grupo de teatro Terreira da Tribo, aqui da Porto Alegre (RS). Sai da peça sem entender o que tinha se passado. Embora não compreendia a história, fui entrelaçado pelos cheiros; pelo beliscão da atriz; pela nudez das atrizes que denunciavam a luta contra o machismo; do pênis ereto do ator que expressava a violência contra as mulheres. Foi nesse momento que entendi o que era Encontro em Deleuze: ser arrebatado pelo inesperado, pois são esses Encontros que faz a gente deslocar o pensamento, que seja por um instante”.

(Diário de campo, 15 de junho de 2015)

Gilles Deleuze (1988) em mais uma obra, traz no seu abecedário a ideia de Encontro; encontrei este termo no C de cultura do abecedário deleuzeano. Encontro para Deleuze é ficar à espreita onde o Encontro se dá com coisas; seja um quadro, uma música, “[...] quando as pessoas querem juntar a isso um encontro com elas próprias” (DELEUZE, 1988, p. 12).

Produzir Encontro é poder e sair e de ficar nos papéis os quais são representados. Exemplo; ser psicólogo, ser enfermeiro, e tantas profissões da área da saúde ou não; aos quais são assumidas com todo o aparato de verdades. O Encontro se dá quando se sai e fica numa profissão. Deleuze (1988) exemplifica sobre Encontro ao se referir de sua ida a uma exposição, pois nesse espaço cultural a expectativa desse filósofo francês era o Encontro com coisas sempre “[...] estou à espreita, em busca de um quadro que me toque, de um quadro que me comova, quando vou ao cinema [...] Uma exposição de pintura, ou o cinema... Sempre tenho a impressão que posso ter o encontro com uma ideia” (DELEUZE, 1988, p. 13).

Fui entendendo que, Encontro em Deleuze poderia ser o encontro de pessoas com coisas ou de pessoa com pessoas desde que; faça pensar, sacudir as ideias; ou seja, deslocar pensamentos. Fui percebendo também que para entender esse Encontro proposto por Deleuze (1988), precisaria de um entendendo, já que Deleuze falava do encontro com coisas. Mas de coisas poderiam ser encontros?

Fui então, em busca de novos encontros, e foi no livro “Proust e o signos”. Nesse livro, Deleuze (2003) apoia-se no livro “Em busca do tempo perdido” de Marcel Proust. Deleuze falará sobre o conceito de signo, entendido por ele como “são objeto de um aprendizado temporal, não de um saber abstrato. Aprender é, de início, considerar uma matéria, um objeto, um ser, como se emitissem signos a serem decifrados, interpretados” (DELEUZE, 2003, p. 4).

O filósofo francês cita exemplos de profissões e a relação com os signos, “Alguém só se torna marceneiro tornando-se sensível aos signos da madeira, e médico tornando-se sensível aos signos da doença” (DELEUZE, 2003, p. 4). Como os signos poderiam ser entendidos a partir da obra de Proust? Destaco aqui, passagem literária Proustiana inspirada em Deleuze:

Ela mandou buscar um desses bolinhos pequenos e cheios chamados madalenas e que parecem moldados na valva estriada de uma concha de São Tiago [...] mas no instante em que aquele gole, de envolta com as migalhas do bolo, tocou meu paladar, estremei, atento ao que se passava extraordinário em mim (PROUST, 2006, p. 71).

Proust narra em sua obra, as sensações que o personagem sentia ao deliciar-se com os bolinhos, “A obra de Proust é baseada não na exposição da memória, mas no aprendizado dos signos” (DELEUZE, 2003, p. 4). Signos podem ser entendidos como unidades do pensamento que se organiza e cruza vários pontos. “O signo não é uma aparência nem tampouco uma aparição, é um sintoma que encontra seu sentido em uma relação de forças” (ABREU, 2007, p. 91).

A possibilidade dos Encontros a partir dos signos é propiciar desmanchar as representações embalsamadas nos corpos, exemplo, dos profissionais da área da saúde, cujo fazer se dá pela imobilidade de deslocar pensamentos *outros* sobre as imagens de saúde.

Nas entrevistas fui pesquisando se houve Encontros no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012, e de que maneira esses Encontros aconteciam. Ficava perguntando-me: Será que os viventes encontraram no VER-SUS Lages (SC) suas *madalenas*? Estava entendido por mim que, ao conversar com os viventes, não buscava resgatar memórias sobre o VER-SUS Lages (SC), mas que Encontros possibilitavam deslocar o olhar sobre a

saúde, desmanchando as representações do ser vivente; ser futuro profissional da saúde, ser universitário.

Meu jeito rupestre de pesquisar na Saúde Coletiva

“Por viver muitos anos dentro do mato moda ave.
 O menino pegou um olhar de pássaro – contraiu visão
 Fontana.
 Por forma que ele enxergava as coisas por igual como
 os pássaros enxergam.
 As coisas todas inominadas.
 Água não era ainda a palavra água.
 Pedra não era ainda a palavra pedra. E tal.
 As palavras eram livres de gramáticas e podiam ficar
 em qualquer posição.
 Por forma que o menino podia inaugurar.
 Podia dar às pedras costumes de flor”.

(Manoel da Barros – Poemas rupestres)

Assim como o menino descrito pelo poeta Manoel de Barros, que inaugurava maneira de se relacionar com a natureza, eu ao escrever sobre os procedimentos metodológicos, experimentei relações possíveis com as ferramentas que dispunha no ato da pesquisa.

O meu jeito rupestre de pesquisar na Saúde Coletiva refere-se à duas dimensões. Primeiro, pela valorização do primitivo como um caráter simples, atento às sensações e afetos acoplados às técnicas que foram se constituindo durante a pesquisa. Segundo, pela imbricação com a necessidade em refletir sobre cidadania por toda parte (CECCIM, 2007).

Enxerguei algumas ferramentas – entrevistas, documentos – como entes inominados pois, em contato com pessoas, textos e diálogos fui percebendo que podia “dar às pedras costumes de flor”.

Para essa pesquisa fui em busca de imagens sobre saúde, as quais foram surgindo pelas mãos dos viventes¹² durante o VER-SUS Lages, edições 2011 e 2012. A busca dessas imagens se constituiria, a partir de narrativas dos viventes, numa forma de rastreamento de testemunhos sobre aquilo que foi vivido no VER-SUS Lages. A ideia de testemunhar conecta-se à possibilidade em narrar um acontecido (RICOUER, 2003), ou seja, uma maneira de legitimar o enunciado de alguém sobre uma determinada situação. Ao mesmo tempo, conectar esses testemunhos com a literatura científica, com o intuito de analisar as imagens de saúde que foram se constituindo no VER-SUS Lages (SC).

¹² Nome atribuído aos estudantes (exceto facilitadores) que participavam das Vivências no SUS. Atualmente, tem-se utilizado o nome viventes para se referir aos mesmos (MARANHÃO, 2015, p. 49).

Fui entendendo que o meu ato de pesquisa poderia ser entendido como a rastejar e rastrear restos que se “[...] acreditam ainda intactos e em condição de espera de enunciação” (FONSECA *et al.*, 2014, p. 25).

A partir desse ponto, os termos “rastejar e rastrear” entrelaçaram-se no meu modo de pesquisar, pois sentia-me como um *pesquisador-rastejante*, seguidor de um rastro, abrir os olhos para o sentir o que estava sendo narrado pelos viventes. Assim, percebia cada sujeito da pesquisa como *pesquisado-rastreado*, como aquele que me dariam pistas para eu poder chegar a responder aos objetivos dessa pesquisa.

Os encontros entre esse pesquisador-rastejante e cada pesquisado-rastreado permitiram que pudéssemos, com nossos próprios olhos e mãos, relembrar das vivências, abrir os arquivos do pensamento, do vivido no VER-SUS Lages (SC).

Foi necessário revisitar algumas subáreas do conhecimento, das ciências humanas e sociais: linguística, letras e artes – as quais foram elementos fundamentais para que pudesse decidir sobre os aportes acerca do que pesquisar.

Em busca de respostas aos pressupostos/às indagações dessa pesquisa, perambulei por sensações já vividas por mim: diversas incertezas sobre como pesquisar e por onde começar – não obstante estivesse com o projeto de pesquisa delineado para tal. Entendia que esse momento expressava o caráter exploratório de uma pesquisa.

Como foi construído o meu projeto de pesquisa? Inicialmente foi pensado a partir de uma Unidade de Prática Pedagógica¹³ (UPP) oferecida pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS). Nessa UPP; os rabiscos, as escritas desorganizadas – muitas vezes incompreensíveis aos meus olhos – faziam-me; por tantas vezes, anotar dicas de colegas e ressignificar experiências anteriores.

Com o tempo, fui entendendo que o processo de rabiscar modos de pesquisar também fazia parte da pesquisa e, assim, fui aproximando conhecimento e construindo outros nos “[...] quais se exercita a apreensão, a compreensão, a crítica e a dúvida [...]” (MINAYO, 2010, p. 171).

¹³ A UPP referida chamava-se: Seminário de Pesquisa e Escrita em Saúde Coletiva, ministrada pelo Prof. Dr. Roberto Henrique Amorim Medeiros no ano de 2013.

Quantas dúvidas foram ativadas no primeiro ano do mestrado? Quantas participações em outras UPPs, tanto do PPGCol como em outros Programas¹⁴ foram necessárias para tornar visível o que eu desejava pesquisar? A única certeza que tinha é que pesquisaria sobre o VER-SUS.

A pesquisa bibliográfica permitiu-me entendimentos acerca dos escritos sobre conceitos correlacionados à saúde. Na pesquisa documental foi possível acessar arquivos, tais como: *blog* dos viventes do VER-SUS Lages, edição 2011; registros de inscrição para o VER-SUS; Cadernos textos e marcos legais (leis normas). Assim, subsidiaram uma ideia inicial do que eu estava desejando pesquisar. Os registros das inscrições, obtidos com a coordenação do VER-SUS Lages, foram fundamentais para entrar em contato com os possíveis participantes da pesquisa.

Pesquisei também alguns documentos no Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS)¹⁵, uma vez que através dessa ferramenta tecnológica, os interessados em participar do VER-SUS preenchem um questionário explicitando sobre o que os motiva. Entretanto, o *site* da OTICS não permitiu que eu acessasse esses dados. Então, em conversa com a Secretaria Nacional do VER-SUS Brasil soube que nas edições anteriores ao ano de 2014, os interessados em participar do VER-SUS colocavam seus dados no referido ambiente sem acesso público¹⁶.

Duas decisões foram fundamentais para dar continuidade à pesquisa: ter a entrevista como possibilidade de trazer à tona os processos subjetivos do VER-SUS Lages, edição 2011 e 2012 e a segunda, criar um diário de campo.

A escolha da entrevista se deu por dois motivos: primeiro, porque eu desejava compreender as imagens de saúde produzidas no VER-SUS Lages, edições 2011 e 2012, a partir dos viventes que as prestigiaram e a melhor forma de capturá-las pareceu-me ser por meio de entrevistas. Segundo, pela relevância do encontro entre pesquisador e pesquisado, acoplado a essas entrevistas: espaço físico, tempo e sensações. A "entrevista é [...]"

¹⁴ No Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (UFRGS) cursei a disciplina "O método cartográfico de pesquisa e intervenção: desafios teóricos e metodológicos" e no Programa de Pós-Graduação em Artes Visuais (UFRGS) cursei "Tópico especial: a fotografia: entre simulacro e mimese".

¹⁵ OTICS é uma parceria do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICT) da Fiocruz com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para pesquisar, desenvolver e disponibilizar soluções metodológicas e tecnológicas que contribuam para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do apoio à gestão e ao ensino na saúde.

¹⁶ Segundo a Secretaria Executiva Nacional do VER-SUS Brasil, atualmente todos os registros postados pelos viventes são públicos.

destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e (permitir a) abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo” (MINAYO, 2008, p. 261).

Incorporado às entrevistas, fui construindo um diário de campo, instrumento de pesquisa recente nas minhas andanças acadêmicas. Com esse recurso metodológico aprendi a anotar sobre tudo que me fizesse pensar durante o processo do Mestrado.

O meu primeiro diário de campo tinha na sua capa um poema de Mário Quintana, “você que aí estão, você passarão, eu passarinho”¹⁷. Fui entendendo que o diário de campo era uma passagem fina, entre lugares, como um passarinho citado pelo poeta alegretense.

Já no segundo ano do Mestrado, especificamente no último semestre, utilizei meu diário de campo em formato de carta. Ao reunir todas as minhas cartas, por vezes alguns bilhetes, percebia que não tinha apenas um diário de campo, mas sim vários cadernos espalhados pelo meu quarto. Eram lembranças que se associavam ao modo de pensar a pesquisa, ou seja, “[...] refletir sobre o seu modo de ação, de intervenção” (HESS, 2009, p. 67).

Portanto, de abordagem qualitativa, este estudo conta com pesquisa bibliográfica, entrevistas semiestruturadas e diário de campo como ferramentas para a produção de informações e dados, bem como para análise de dados a partir dos mapas analíticos.

¹⁷ Ao adquirir essa caderneta cuja capa apresentava o poema de Mário Quintana, fui lançado à lembrança da minha participação no Fórum Mundial da Educação em Gravataí, 2005, onde a escrita desse poema era a partir do bordado de uma ex-presidiária que relatava sobre como se sentia em cárcere privado. Essa lembrança anunciou para mim pistas de como entendia educação para além dos muros institucionais, o que de certa maneira, remete à proposta do VER-SUS, ou seja, criar linhas de fuga. (DELEUZE, 1995).

Viventes da pesquisa: encontros sobre o VER-SUS Lages (SC)

Para esta pesquisa, inicialmente escolhi quatorze sujeitos que participaram do VER-SUS Lages nas duas edições (2011 e 2012), em conformidade com a proposta apresentada em banca de qualificação em agosto de 2014.

Para localizar os viventes participantes do VER-SUS Lages, edição 2011, recorri a um documento fornecido pela Comissão Organizadora das Vivências¹⁸ onde constava: nome dos viventes, *e-mail* e contato telefônico. Para os viventes do VER-SUS Lages, edição 2012, na qual eu também participei como vivente, recorri a um grupo na rede social virtual (*facebook*).

Em relação à edição 2011; intitulada "VER-SUS Lages (SC) Educação, Trabalho e Cidadania"; constavam nos documentos consultados, dezessete participantes e três docentes.

O convite para entrevista desses sujeitos da pesquisa foi feito inicialmente via *e-mail*, através do envio de comunicado para todos os nomes constantes na lista. Do total, quatro não deram retorno; um demonstrou interesse, mas não conseguia agendar a entrevista; com uma participante houve desencontro, não sendo possível outro agendamento. Portanto, foram de fato entrevistados onze viventes e duas docentes desse evento.

Em relação ao VER-SUS Lages/edição 2012, constava na lista de participantes da Comissão Organizadora, vinte e três estudantes. Era do meu conhecimento, uma vez que participei como vivente, que esses participantes criaram um grupo fechado¹⁹ numa rede social (*facebook*). Verifiquei então, o nome de cada participante na lista existente no *facebook* e constatei que apenas dois deles não estavam incluídos nessa rede virtual. Assim, por meio de outros contatos enviei convite a esses dois participantes.

Inicialmente, enviei convite coletivo no *facebook* para os viventes, mas percebi que minha postagem tinha sido apenas curtida²⁰ por eles, então, enviei convite para cada

¹⁸ O VER-SUS Lages (SC) foi realizado através das seguintes parcerias diretas: UFRGS, Rede Unida, UNIPLAC e Prefeitura Municipal de Lages (SC).

¹⁹ Quando se fala em grupo fechado, significa que somente os participantes do grupo podem visualizar as postagens.

²⁰ Uma curtida no *facebook* significa apenas que a pessoa visualizou e concordou com a postagem do remetente da mensagem.

participante através dessa rede social/desse recurso, o que imediatamente foi respondido por quatorze viventes e uma facilitadora.

Após convidar os participantes do VER-SUS 2011 e 2012; acertei com eles data, local e horário de cada entrevista. Esse rastreamento iniciou e foi concluído em março de 2015.

Importante salientar que o projeto previa entrevistar 14 (quatorze) participantes das duas edições do VER-SUS Lages, no entanto, foram realizadas vinte e seis entrevistas: vinte e quatro na Região Metropolitana de Porto Alegre (RS) e duas em Lages (SC). Portanto, foram doze entrevistas além do previsto, sendo que decidi pela análise de todas.

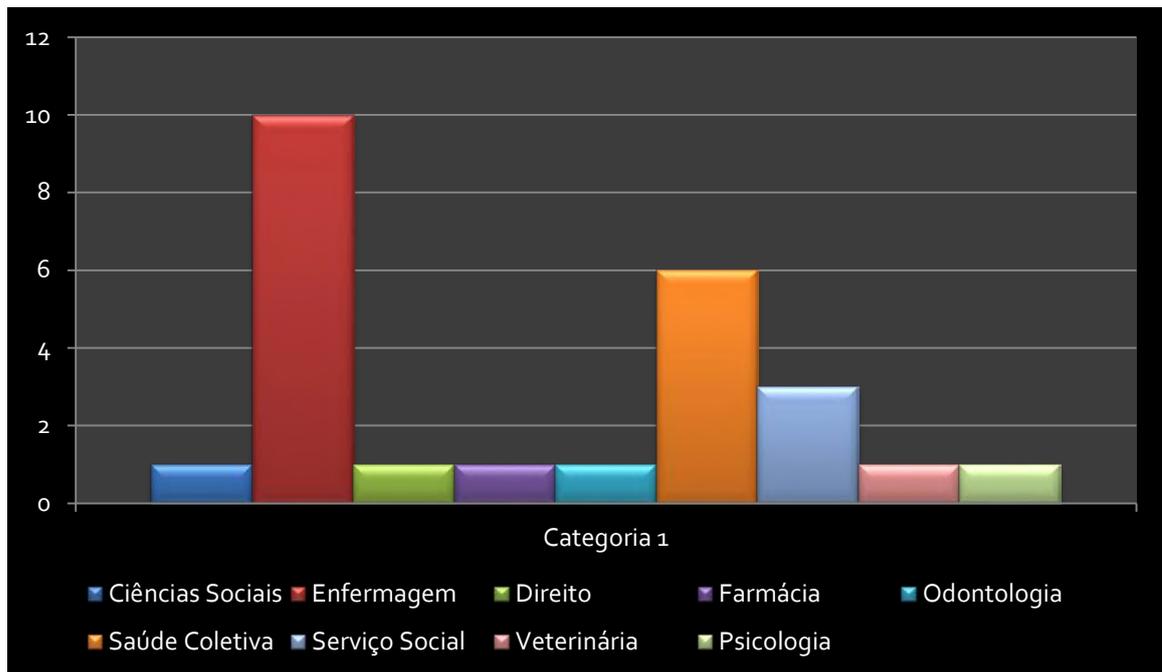
Foi somente nas entrevistas que fui entender o motivo pelo qual a maioria dos viventes aceitaram participar da pesquisa, porque para muitos entrevistados, a entrevista era o único momento posterior ao VER-SUS. Como relatou uma participante: "*A gente nunca tinha falado do VS, depois. A gente não teve um pós VER-SUS*" (vivente 9).

Embora a fala da vivente indique caráter de análise, registrei-a neste capítulo apenas para sinalizar alguns rastros que justificam o número significativo de entrevistados nesta pesquisa, uma vez que elaborei um capítulo que insere sobre o pós-VER-SUS.

Mapeando a formação universitária dos viventes do VER-SUS Lages (SC)

A relação direta entre os viventes e o VER-SUS é a formação universitária, por isso, no ato da entrevista perguntei sobre a formação de cada vivente no momento da participação do VER-SUS Lages. Do total de vinte e seis entrevistados, constatei o seguinte:

Gráfico 1 – Formação universitária dos viventes do VER-SUS Lages, edição 2011 e 2012

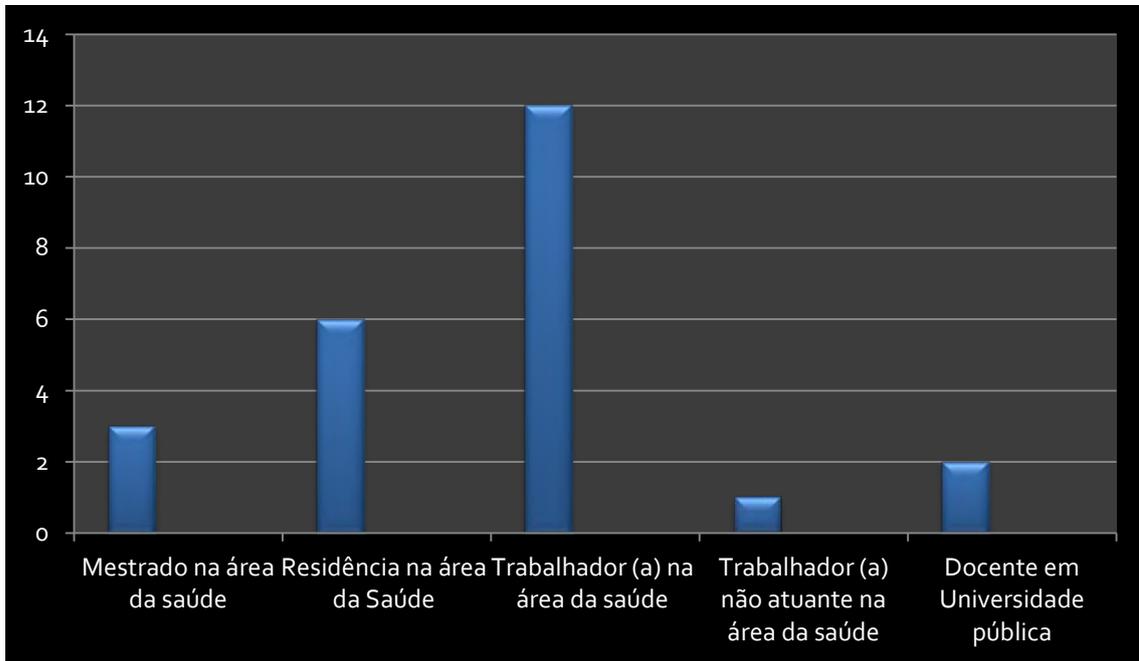


Fonte: Elaborado pelo autor, maio, 2015.

A existência de maior número de viventes dos Cursos de Enfermagem e de Saúde Coletiva da UFRGS deve-se ao fato de que à época do VER-SUS Lages, edição 2011, a coordenação do evento estava vinculada à Escola de Enfermagem.

Entre os diálogos sobre o VER-SUS Lages, os viventes citaram sua ocupação profissional e/ou formação de pós-graduação no período da entrevista. Foi possível observar o seguinte, como mostra o Gráfico 2.

Gráfico 2 – Atuação dos viventes do VER-SUS Lages, 2011 e 2012, no momento da entrevista (2015)



Fonte: Elaborado pelo autor, maio, 2015.

Como demonstra o gráfico, dos vinte e seis entrevistados, apenas uma participante não atua na área da saúde. O que é interessante saber, embora não tenha sido esse um dos objetivos da pesquisa, ou seja, verificar se há uma relação direta entre o VER-SUS e a atuação profissional ou de formação dos viventes. Por sua vez, nas falas entendi que de certa maneira, essa inserção quer no mercado de trabalho, quer na continuidade da formação, parece ter implicações com o VER-SUS.

Locais das entrevistas: ateliê polifônico de narrativas sobre o VER-SUS

Em que pese minha ansiedade em garantir um bom local para realização das entrevistas, para minha surpresa, elas foram realizadas em lugares escolhidos pelos participantes, tais como: Faculdade de Odontologia, Cafeteria, Secretaria Estadual da Saúde, Escola de Saúde Pública/RS, Hospital Conceição, Rede Governo Colaborativo de Saúde, *Shopping Center*, Planetário, Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre (RS), Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), Instituto de Psicologia/UFRGS e Biblioteca da Enfermagem/UFRGS, sendo que nesse último aconteceu a maior parte das entrevistas.

O local das entrevistas já era um motivo para iniciar o diálogo, pois os viventes falaram sobre as possibilidades e desafios dos seus locais de trabalho. Em alguns momentos, a entrevista também foi um espaço para escuta²¹, onde os participantes, atualmente trabalhadores no SUS, fizeram desabafo sobre suas condições de trabalho, tendo como ponto de partida a gestão estadual e municipal. Assim, esses referidos locais transformaram-se em verdadeiros ateliês polifônicos, onde o pesquisador-rastejante e o pesquisado-rastreado podiam inventar modos de realizar entrevistas.

²¹ Em uma entrevista, especificamente conversamos durante 40 minutos sobre a condição de trabalho da participante da pesquisa. Foi um momento de escuta, pois a própria entrevistada alegava que não havia espaço para o diálogo no trabalho que, aliás, era na área de Saúde Mental. Essa situação levou-me a pensar sobre a relevância da Educação Permanente em Saúde (EPS) como dispositivo ativador de escuta e replanejamento do cotidiano de trabalho, o que implica, direta ou indiretamente, nas imagens sobre saúde.

Retorno à Lages: havia alguns rastros de imagens a serem reveladas

Retornar à Lages (SC) para realizar duas entrevistas proporcionou-me a possibilidade de me debruçar sobre o diário de campo, pois algumas sensações – implicações desse retorno – ativaram em mim pensamentos sobre o VER-SUS, vivências de quatro anos atrás. Nesse retorno, buscava convidar os entrevistados – moradores de Lages (SC) – a revelar novas imagens. Para a minha surpresa, também fui compondo algumas imagens antes não percebidas quando realizei o VER-SUS Lages (SC), edição 2012.

A exemplo disso, um *outdoor* que fisgou meu olhar, cujo enunciado era claro: “o que a noite esconde, o dia revela”²². Essa escrita estampada numa praça pública, ao lado do terminal de transporte coletivo, foi o suficiente para que eu ficasse horas pensando. Ela continha um tom de controle sobre quem circulava naquele lugar e afirmava explicitamente que qualquer ato “fora da lei” acarretaria revelações. Aquele *outdoor* levou-me a refletir sobre o que eu estava desejando esconder e revelar na pesquisa.

Entre refeições e caminhadas esbarrava nos locais onde havia realizado minha vivência no SUS. A quantidade significativa de igrejas, não avistei moradores de rua e nem andarilhos, o que ativou em mim a seguinte pergunta: que partido político governava o município de Lages na época do VER-SUS? Ao mesmo tempo, pensei se essa pergunta seria relevante à pesquisa, então o diário de campo era a única maneira de reunir minhas inquietações.

²² Essa frase não tinha a assinatura de um autor, mas como estava numa parede de um local da Prefeitura e não era uma grafia artística e sim de um aviso, entendi que o tom daquela frase era de ameaça sobre quem frequentava o local à noite. Pensava: será que neste local tem câmeras? Guardas municipais? Por qual via era revelado o que se fazia à noite em Lages? O que se fazia com essas revelações? Essa reflexão foi pertinente para a minha pesquisa porque me fez questionar o seguinte: o que fazer com o material coletado, já que os caminhos são múltiplos?

*Entrevista: em busca de um tempo não perdido*²³

Para as entrevistas²⁴, ofereci a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)²⁵ que, após leitura, era assinado. O disparador da entrevista era o questionamento: *"Fale-me sobre tua experiência no VER-SUS Lages: que atividades foram significativas? Como foi se dando o processo para chegar ao VER-SUS Lages"*.

Durante a entrevista, instalava-se o silêncio ou a ansiedade pelo esquecimento das atividades. Alguns entrevistados pediam-me, em momento anterior à entrevista, a programação do VER-SUS Lages para poder lembrá-las. Aliás, na maioria das entrevistas os participantes associavam o esquecimento a problemas de memória.

Intrigado com essa constatação – do esquecimento como problema de memória – detive-me um tempo da pesquisa para buscar compreender esse assunto, pois não me contentava com uma simples explicação biológica para a "falta de memória". Entendia sim que o não lembrar das atividades ou situações do VER-SUS sinalizavam com a maneira como cada vivente envolvia-se em cada atividade do VER-SUS.

Entre buscas sobre o assunto – memória e esquecimento – encontrei um livro de Paul Ricoeur intitulado "A memória, a história, o esquecimento". Para esse filósofo francês, "O esquecimento tem igualmente um polo ativo ligado ao processo de rememoração, essa busca para reencontrar as memórias perdidas que, embora tornadas indisponíveis, não estão realmente desaparecidas" (RICOEUR, 2003, p. 5).

Durante a entrevista, uma palavra era o suficiente para enredar uma conversa. Entendia que algumas palavras que pareciam soltas eram, justamente, um convite para que juntos tirássemos o pó que cobria aquelas imagens guardadas pelo tempo e passássemos a dar visibilidade ao não dito.

Nossas conversas, fios soltos pelas narrativas, cruzavam-se com outros fios de conversa, cartografando o vivido. Fios cruzando fios, linhas com outras linhas, assim aconteciam as entrevistas.

Ultrapassaram enfim a ideia de constituírem-se apenas em uma busca verticalizada de coleta de dados. Eu então tracejava nas conversas: afetos, emoções, suspiros, lágrimas,

²³ Esse título é uma analogia ao título de Marcel Proust "Em busca do tempo perdido", onde as lembranças de algumas imagens ativam modos de pensar a existência.

²⁴ Apêndice A.

²⁵ Apêndice B.

sorrisos, desabafos, ansiedade, reencontros. Além desses, um dobrar de pernas devido a uma pergunta que faz pensar, um olhar para o teto quando uma atividade não vinha à lembrança, um morder dos lábios pela lembrança parcial de uma atividade, um café para depois das entrevistas, um recostar o corpo na cadeira ao lembrar de uma situação significativa, o ato de aproximar-se do gravador quando se pretendia fazer uma crítica ou elogio ao modo como foi organizado o VER-SUS.

As entrevistas fizeram-me entender que era um momento também de aprendizagem para o pesquisador- rastejante. Tempo, paciência e acima de tudo “[...] estar aberto à escuta do que é inédito” (SOUSA, 2012, p. 87), fez-me abandonar as planilhas avaliativas que carregamos no pensamento e deleitar-me à entrega do inusitado.

Aprendendo sobre ética na entrevista

Após realizar as vinte e seis entrevistas, diante de tantas vozes e tantos testemunhos, passei à etapa seguinte: as transcrições dos diálogos. Entendia que a transcrição era um momento que exigia do pesquisador-rastejante muita suavidade para a escuta, pois era a oportunidade de perceber algo não entendido, algo dito sem aviso, sem ênfase.

Foi necessário criar algumas estratégias para conseguir transcrever as entrevistas, tais como: esconder-me em bibliotecas da Universidade para que pudesse ficar atento ao que foi narrado na entrevista ou aguardar o silêncio da noite para, assim, iniciar as longas jornadas de transcrição.

Com as transcrições constatei que foram: 275 páginas de transcrições, fonte *corbel*, tamanho 11, simples; 1.047 minutos de gravação. O período da transcrição ocorreu entre março e abril de 2015.

No segundo semestre de 2012, realizei a UPP²⁶ intitulada “Pesquisa em saúde: aspectos epistemológicos, éticos, ferramentas”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação da Saúde Coletiva. Nessa UPP, aprendi ferramentas para construção de postura ética na pesquisa, em aspectos referentes à entrevista, a exemplo da recomendação de que

²⁶ Essa UPP foi oferecida pelos docentes: Alcindo Antônio Ferla, Madel Therezinha Luz e Izabella Barison Matos.

a transcrição da entrevista deve ser enviada ao entrevistado, a fim de certifi-cá-lo de que corresponde fielmente à narrativa da entrevista.

Com as transcrições realizadas, enviei-as para cada entrevistado solicitando a revisão e o retorno ao pesquisador com a necessária aprovação ou o pedido para alterações. Apenas uma entrevistada solicitou revisão da entrevista, pois segundo ela, algumas palavras não coincidiram com a sua fala. Nesse caso, retomei a gravação e tendo concordado com os apontamentos feitos por ela, realizei as devidas alterações. Na sequência, reenviei a transcrição revisada que foi aprovada.

Inquietudes na pesquisa: qual é o gosto dos procedimentos metodológicos?

{ *Eu não preciso desistir das minhas escolhas,
apenas dar outros sentidos a elas.
(Diário de campo – setembro de 2014)* }

Desatei alguns “nós” relativos aos procedimentos metodológicos, tendo em vista que eles não passaram por mim de maneira despercebida, nem agiram sobre mim de maneira mecânica, pelo contrário, fizeram de mim e eu deles, modos de pensar a pesquisa.

Inicialmente, confesso que foi uma tarefa árdua decidir sobre os procedimentos metodológicos, pois como se não bastasse atingir a compreensão do objetivo da pesquisa, precisei compreender com quais ferramentas chega-se aos resultados da pesquisa. Por esse motivo, concordo com Zanella (2013, p. 21), ao realizar a crítica sobre modos de pesquisa linear. A autora registra: “Doce ilusão, assim como é ilusória a pretensa relação linear entre método previamente escolhido e qualidade da pesquisa desenvolvida”.

A linearidade na pesquisa constituía-se inicialmente como amarga ilusão devido às relações tensas entre tempo, modos de existir e instituição de ensino; principalmente quando já era entendido por mim que a pesquisa poderia vir a ser um processo de criação (ZANELLA, 2013).

Compreendi que fazer escolhas de procedimentos metodológicos são passíveis de serem revistos permanentemente e, muitas vezes necessários à revisão, pois vão sendo construídos nos encontros com as coletas dos dados e com os registros.

As inquietudes metodológicas foram meus talismãs, que me acompanharam desde o ingresso no Mestrado em Saúde Coletiva na UFRGS até o final dessas escritas. Segui então a pesquisa com as análises dos dados, dos achados relacionais entre entrevistas, documentos e alguns “companheiros” teóricos.

Mapeando deslocamentos de imagens de saúde no VER-SUS Lages (SC)

Retomei os objetivos do projeto de pesquisa: analisar imagens de saúde reveladas pelos viventes que foram produzidas quando da realização do VER-SUS Lages (SC), edições, 2011 e 2012; assim como, identificar as imagens de saúde produzidas nas vivências, elencar as atividades e cenários que foram significativos para os viventes; como também, caracterizar os efeitos dessas vivências para os viventes após o retorno à universidade e finalmente, conhecer o sentido das vivências para a formação acadêmica.

Diante das análises das narrativas dos viventes fui percebendo que para realizar o mapeamento necessitaria de algumas ferramentas metodológicas que permitissem produzir interlocuções entre os materiais rastejados nas entrevistas e o diálogo com a teoria.

Percebia a necessidade de encontrar algum *chão* para pisar e seguir a pesquisa; isso foi possível nos encontros com a Thais Maranhão²⁷, atualmente Secretária Executiva Nacional do VER-SUS Brasil. Nesses encontros produzimos algumas imagens de materiais para a análise das informações obtidas quando da aplicação das ferramentas de produção de dados para esta pesquisa – mapas analíticos.

Na conversa com Thais Maranhão trocamos imagens: eu falando dos meus objetivos de pesquisa e os achados, ela falando de sua experiência ao utilizar os mapas analíticos na sua pesquisa de mestrado em Saúde Coletiva, cujo tema também foi o VER-SUS, a função facilitação.

Foi então o momento que procurei compreender os mapas analíticos como dispositivo proposto por Franco & Merhy (2007). O texto dos autores versa sobre a análise dos modos de trabalho em ato; o que lhes interessava era possibilitar que trabalhadores pudessem analisar seu cotidiano de trabalho e assim permitir “[...] fazer aparecer coisas que estão fazendo parte das relações de trabalho, que não estão visíveis” (FRANCO; MERHY, 2007, p. 2).

Mas, o que consistiam esses “mapas analíticos”? Primeiramente versam sobre os modos de olhar as situações as quais se deseja analisar. Para tanto, há de se juntar com

²⁷ Thais Maranhão realizou sua pesquisa no PPGCol da UFRGS, intitulada “Função-facilitador(a) nos Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde”, ano de 2014.

outras bifurcações teóricas, exemplo, as sensações produzidas quando se vivencia algo. Neste caso, reportando-se à Suely Rolnik (2006), Franco & Merhy (2007) associam a construção dos mapas analíticos a dois olhares: “olhar retina” e um “olhar vibrátil”, que versam sobre a forma como percebemos o mundo.

O “olhar retina” insere-se na simulação de um olho que enxerga a partir das representações, as quais se apresentam como verdade. Já o “olhar vibrátil”, que possui relação com o corpo vibrátil, faz dele aberturas em se afetar e ser afetado, num vaivém da atração ou repulsão; se compõe no exercício de ir ao encontro daquilo que “[...] alcança o invisível” (ROLNIK, 2014, p. 31).

Outra unidade correlacionada aos “mapas analíticos” é o método cartográfico. No entanto, diferente dos mapas cartográficos da geografia, onde as linhas de territórios, de modo geral, já estão dadas como verdades. Franco e Merhy (2007) falam de outro método cartográfico, aquele cujo “[...] desenho acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem” (ROLNIK, 2014, p. 23).

Então, qual seria a tarefa do cartógrafo? Sobressaltar os afetos que se engendram nas linhas de força que constituem os modos de realizar pesquisa. Não há conhecimento prévio, “Partimos do pressuposto de que o ato de conhecer é criador da realidade, o que coloca em questão o paradigma da representação” (KASTRUP; PASSOS, 2013, p. 264).

No entendimento sobre “mapas analíticos”, cujas linhas de forças concatenam com o “olhar vibrátil”, se traduz como ferramentas que têm a função de revirar o olhar do cartógrafo desfocando os enraizamentos das representações e, possibilitando visualizar processos de trabalho e a produção da realidade na sua micropolítica²⁸ (FRANCO; MERHY, 2007, p. 5).

Fui percebendo que os “mapas analíticos” propostos por Franco e Merhy (2007), poderiam fazer parte do meu ateliê de imagens as quais colaborariam na análise dessa pesquisa. Tive como tarefa realizar o exercício em analisar o que sobressaltava modos de pensar as imagens de saúde que se constituíram no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012.

²⁸ Para falar de micropolítica, também se faz necessário falar de macropolítica. Ambas são linhas políticas que compõem o modo de fazer a vida. A primeira se traduz pela invisibilidade, pela multiplicidade; a segunda, a macropolítica, traduz-se pelas linhas visíveis. Mas, há de se considerar que tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica” (DELEUZE & GUATTARI, 1996).

Como fui construindo meus mapas analíticos?

Para revelar as subjetividades constituídas nas relações de trabalho, Franco & Merhy (2007) propõem oficinas com os trabalhadores da saúde, onde estes últimos narrariam o seu cotidiano de trabalho. Nessa polifonia de discursos, a atenção se daria nos ruídos produzidos pelo cotidiano de trabalho. Para tanto, os autores propõem três tipos de mapas: A) mapas dos conflitos; B) mapas dos atos inusitados; C) mapas dos atos inúteis.

Os **mapas dos conflitos** surgem nas narrativas dos trabalhadores, justamente pelos conflitos vividos por eles no cotidiano do trabalho, pois é entendido que o conflito é um potente analisador das relações (FRANCO & MERHY, 2007, p. 9). O segundo, os **mapas dos atos inusitados** revelam o inesperado pelos trabalhadores; que pode ser traduzido pelo estranhamento, assimilação; portanto, revelador do modo singular do cotidiano daquele grupo de trabalhadores (FRANCO & MERHY, 2007, p. 9). E finalmente, os **mapas dos atos inúteis** são aqueles que, como o próprio nome já diz, a inutilidade das atividades no trabalho correspondente às demandas normativas.

Percebia que tinha em mãos uma longa tarefa, traçar o que havia nas entrevistas de: mapas dos conflitos, mapas dos atos inusitados e mapas dos atos inúteis. Portanto, foi momento de retomar os objetivos para não perder de vista as imagens de saúde as quais estava procurando nas narrativas dos viventes que participaram do VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012.

Como um pesquisador-rastejante fui buscar ferramentas que poderiam auxiliar nessa nova empreitada- construir mapas analíticos. Com cartolina, canetas, lápis e borracha fui traçando conversas, termos, conceitos, o entendido e não o não entendido, o dito e o não dito.

Com as vinte e cinco entrevistas nas mãos, fui desenhando meus mapas analíticos; neles criei algumas sacolas de apoio; nelas encontravam-se: as atividades destacadas pelos viventes, as imagens de saúde que se alinhavam aos objetivos da pesquisa e as falas as quais poderiam indicar “linhas de fuga”²⁹.

²⁹ Linhas de fuga pode ser entendido como um movimento que abandona parcial ou absolutamente territórios, provocando deslocamentos (DELEUZE & GUATTARI, 1996).

Construir mapas analíticos foi um vaivém das leituras das entrevistas, pois ora achava uma fala potente de análise, ora substituía por outra, puxava um risco que ligavam e desconectavam discursos.

Algumas narrativas sobressaltavam modos que foram constituindo as imagens de saúde no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012. Considerei pertinente destacar essas narrativas com canetas marca-texto: para os mapas de conflito – caneta verde, para os mapas dos atos inusitados – caneta amarela, para os mapas dos atos inúteis – caneta laranja.

Após marcar as narrativas com as cores as quais identificava nos mapas, fui percebendo que sobressaltava meus olhos, preponderantemente a cor amarela, ou seja, os mapas dos atos inusitados. Foi então que percebi que nesses riscos já estava encontrando alguma pista para possíveis discussões sobre a pesquisa. Ilustro um mapa apenas como visualização de como fui construindo esta etapa da análise dos dados.

Experiência (BONDÍA, 2002) ou Encontros (DELEUZE, 1988), e reconhecia que não havia, em mim, nenhuma neutralidade no ato de pesquisar. Logo, na construção dos mapas analíticos, fui pensando sobre as minhas implicações no ato de analisar dados.

Senti-me novamente numa tarefa árdua, precisei pegar fôlego, pois onde achava que iria encontrar respostas, percebia que desenhava outras perguntas; neste caso, como lidar com as minhas implicações diante dos achados na pesquisa?

Sabia de antemão que o termo “implicação” não estava solto na pesquisa; e sim, fazia parte dos modos de olhar aquele arsenal de material e minha experiência como pesquisador-rastejante.

Diante desses desafios, construir os mapas analíticos, tive um encontro com a Profa. Dra. Luiza Helena Dalpiaz, onde pudemos conversar sobre dois conceitos: implicação e sobreimplicação. O conceito de implicação sugere colocar em análise a interrogação, produzindo, então, campo paradoxal: “[...] aproximação-distanciamento do sujeito, subjetivação e objetivação do conhecimento” (DALPIAZ, 2005, p. 68). Ou seja, a implicação agrega, na prática profissional, elementos que fazem parte dessa relação, sujeito – instituição, sujeito e outro sujeito.

Em relação à sobreimplicação, a Prof.^a Luiza e eu fomos trocando textos que possibilitariam algumas conversas sobre esse conceito. Assim, recorri a um texto acerca da “sobreimplicação”, a fim de compreender o modo pelo qual estava realizando as análises dos dados. A sobreimplicação refere-se ao impedimento de análise, que mesmo sendo realizada alcança apenas um objeto, dificultando visualizar as multiplicidades que se fazem presentes na prática, ou mesmo no ato de pensar (COIMBRA; NASCIMENTO, 200, p.4).

Significa dizer que, para analisar as imagens de saúde constituídas durante o VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012, eu precisaria ficar atento ao meu olhar em relação às narrativas dos viventes; para não vetorizar uma instituição, uma prática, um pensamento; talvez pensar as narrativas como multiplicidades de forças rizomáticas³⁰ as quais compõem modo de fazer a instituição, ou uma prática.

Fui construindo os mapas que se compunham na revisão das entrevistas, na maneira como surgiam minhas perguntas diante do que era falado pelos sujeitos da pesquisa; fui produzindo reflexões sobre os atos da minha prática, entendida por mim como

³⁰ Rizomáticas aqui entendida como multiplicidade de forças as quais não tem início, nem fim, mas está sempre no meio (DELEUZE, 1995).

uma tríade – refletir – praticar – modificar- sentia-me, em muitos momentos em crise³¹ do praticante (DALPIAZ, 2005, p. 68).

Continuando meus desenhos de análise, destaquei os deslocamentos de imagens de saúde produzidas pelos viventes no VER-SUS Lages (SC), edições, 2011 e 2012. O esforço foi reconhecer os riscos de captura em vetorizar apenas presença ou ausência de imagens de saúde e traduzi-las como incapacidade seja do vivente ou de outro sujeito ou instituição implicado com o VER-SUS Lages (SC). A sobreimplicação escorre pelas linhas da binarização e homogeneidade das práticas (COIMBRA; NASCIMENTO, 2004, p. 16).

A questão recente da pesquisa é colocar em análise a sobreimplicação de achados que já estava em vias de análise. Percebia também que o campo de problematização aumentava, pois, meus pensamentos já se misturavam devido aos encontros que fui produzindo nessa caminhada de pesquisa.

Retomei a ideia de “crise do praticante” proposta por Dalpiaz (2005) e percebi que nele se constituem três disparadores que atravessam o campo de prática profissional: existencial (crise de identidade profissional); político (dificuldade em compreender relações de poder e saber transversais à prática) e científico (conflito teoria e prática).

Quando em plena análise dos dados, fui percebendo que os deslocamentos de imagens de saúde, de fato, não se davam apenas por uma dimensão de deslocamento. Ou seja, ocorria por diversas dimensões, o que, aqui chamarei de três deslocamentos: existencial, político e científico (DALPIAZ, 2005).

Fui perceber que o termo “deslocamento” já havia sido falado em alguma Unidade Prática Pedagógica (UPP)³² onde apresentei minhas angústias na pesquisa, em diálogo com as professoras³³.

Tive como tarefa, não somente localizar as narrativas que potencializam os deslocamentos de imagens de saúde produzidas no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012, mas principalmente de que maneira esses deslocamentos se constituíram e sob que

³¹ A crise pode ser entendida como aquele momento da pesquisa em que as certezas escapam dos nossos olhos, a previsibilidade não tem mais espaço para o campo de prática.

³² Esta UPP intitulava-se “Práticas de Pesquisa e Interlocações Interinstitucionais” oferecida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, tendo como responsável à Profa. Dra. Izabella Barison Matos. Dentre os objetivos dessa UPP, destaco um: Promover a interlocução interinstitucional entre docentes e discentes de cursos de mestrado da saúde coletiva e da educação.

³³ No momento em que apresentei o meu projeto de pesquisa estavam presentes as seguintes professoras: Profa. Dra. Luiza Helena Dalpiaz (UNOESC – Joaçaba); Profa. Dra. Izabella Barison Matos (UFRGS/ UFFS) e a Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira (UFRGS). Além das professoras havia colegas de mestrado, uns finalizando a pesquisa, outros iniciando sua trajetória no mestrado em Saúde Coletiva.

condições os deslocamentos foram produzidos. Além disso, visualizar as possíveis forças que constituíam esses deslocamentos e também, pois havia um recorte de tempo no mestrado; das minhas compreensões sobre o que estava sobressaltando minhas investigações.

Diante dos carretéis de imagens do VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012, percebi que tinha um longo exercício pela frente, olhar as imagens sob todos os ângulos, aproximar ou afastar o foco do meu olhar, colocar conceitos lado a lado, juntar narrativas e separá-las. Fui riscando meu modo de ser pesquisador-rastejante, onde precisei lidar com o cansaço, retomar o fôlego e seguir por caminhos ainda principiantes por mim.

Experiências e Encontros como deslocamentos de imagens de saúde no VER-SUS Lages (SC)

“Nosso Prof. de latim, Mestre Aristeu, era magro e do Piauí. Falou que estava cansado de genitivos dativos, ablativos e de outras desinências. Gostaria agora de escrever um livro. Usaria um idioma de larvas incendiadas! Mestre Aristeu continuou: quisera uma linguagem que obedecesse a desordem das falas infantis do que das ordens gramaticais. Desfazer o normal há de ser uma norma. Pois eu quisera modificar nosso idioma com as minhas particularidades. Eu queria só descobrir e não descrever. O imprevisto fosse mais atraente do que o de já visto. O desespero fosse mais atraente do que a esperança. Epa! O prof. Desalterou de novo – outro colega nosso denunciou. Porque o desespero é sempre o que não se espera. Verbi gratia: um **tropicão** na pedra ou uma sintaxe insólita. O que eu não gosto é de uma palavra de tanque. Porque as palavras do tanque são estagnadas, estanques, acostumadas. E podem até pegar mofo. Quisera um idioma de larvas incendiadas. Palavras que fossem de fontes e não de tanques. E um pouco exaltado o nosso prof. Disse: Falo de poesia, meus queridos alunos. Poesia é o mel das palavras! Eu sou um enxame! Epa!... Nisso entra o diretor do Colégio que assistira a aula de fora. Falou: Sr. Enxame espere-me no meu gabinete. O senhor está ensinando bobagens aos nossos alunos. O nosso mestre foi saindo da sala, meio rindo a chorar”.

(Manoel de Barros – Aula)

Iniciar esta etapa da pesquisa – analisar os dados – traz os mesmos sentimentos do Prof. Aristeu - ir ao encontro do imprevisto, da descoberta e, sem querer, do desespero. São

situações que dão passagem para experimentar modos de revisitar o cotidiano de quem está envolvido com pesquisa.

Diante dos materiais coletados: entrevistas, documentos e diário de campo, debruço-me a compartilhar imagens as quais permitiram-me fazer algumas reflexões sobre os deslocamentos de imagens de saúde produzidas no VER-SUS Lages, edições 2011 e 2012.

Partindo do pressuposto que procurei nos materiais coletados, deslocamentos de imagens de saúde, a partir do conceito de Experiência em Bondía (2002) e Encontro em Deleuze (1988), fui questionando-me: mas de que maneira foram produzidos esses deslocamentos de imagens de saúde?

Nas narrativas dos viventes, fui percebendo que não bastava identificar atividades ou cenários de deslocamentos, ou dizer, simplesmente como foi o retorno pós-VER-SUS. Mais do que compreender onde, em que momento se dava o deslocamento de imagens de saúde, precisava saber de que maneira isso acontecia, que elementos sobressaltavam esses deslocamentos.

Foi então que percebi que estava diante de um novo desafio: verificar nas entrevistas que elementos ativavam os deslocamentos de imagens de saúde. Para minha surpresa, os elementos estavam diante de mim, mas não conseguia enxergar. Então, retomei os mapas analíticos e fui sobressaltando esses elementos que procurava.

Na minha lista encontrei alguns disparadores de deslocamentos de imagens de saúde: olhar, escutar, falar, perguntar, cheirar e marcar; pois eram esses disparadores³⁴ que estavam atravessando modos dos viventes deslocar pensamentos sobre saúde. Além disso, esses disparadores referidos acima foram ao encontro do conceito de Experiência, cujo sentido se faz ao “[...] abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros [...] inscrever algumas marcas” (BONDÍA, 2002, p. 24). Assim como, se deparar com o conceito de Encontro, onde o sujeito fica à espreita do inesperado, estar em processo de comover-se (DELEUZE, 1988).

Mais do que estar numa determinada vivência, ou pensar na pós-vivência, ou no sentido da vivência, para afirmar que houve deslocamento das imagens de saúde, sentia a

³⁴ Tive a inspiração em prestar atenção nesses disparadores ao ler o “Pesquisar na diferença. Um abecedário”, livro organizado pelas Prof.^{as} Dr.^{as} Tânia Galli Fonseca, Dr.^a Maria Lívia do Nascimento e Dr.^a Cleci Maraschin. Este abecedário traz vários verbos, os quais podem ser pensados no processo de pesquisa.

necessidade de saber de que maneira isso acontecia. Foi então que percebi que o ato de olhar/escutar/falar/perguntar/cheirar/marcar eram os sentidos transversais das subjetividades dos viventes que faltavam para fechar a compreensão sobre os deslocamentos de imagens de saúde.

Olhares Rizomáticos como produção de Experiências e Encontros no VER-SUS Lages (SC)

“Nas férias toda tarde eu via a lesma no quintal. Era a mesma lesma. Eu via toda tarde a mesma lesma se despregar de sua concha, no quintal, e subir na pedra [...] Nunca escondi dos meus pais aquele gosto supremo de ver. Dava a impressão que havia uma troca voraz entre a lesma e a pedra [...]”
 (“Ver” – poema de Manoel de Barros)

Ao analisar as narrativas dos viventes que participaram do VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012, verifiquei que o ato de olhar trazia sentidos em relação aos deslocamentos de imagens de saúde. Para esta pesquisa, O *olhar* sustenta o sentido de aprender a ver, ver com outros olhos; assim como Manoel de Barros foi aprendendo a tomar o gosto do ver a partir do andar da lesma. Aprender a olhar o outro; o entorno; o olhar para si; olhar as linhas e entrelinhas; o visto e o não visto (ZANELLA, 2012).

De que maneira o ato de *olhar* foi aparecendo como deslocamento de imagens de saúde para os viventes que participaram do VER-SUS Lages, edições 2011 e 2012? Destaquei algumas atividades e situações as quais os viventes narraram nas entrevistas, sendo elas: a Visita Domiciliar, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a identificação de imagens de saúde.

Visita domiciliar: olhares nos territórios

Com intuito de reorientar os modelos de atenção à saúde, cujo arquétipo de trabalho ainda vigora modelos biologizante, foi criada em meados de 2006, a Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo modelo de atenção está voltado para a família e território (CUNHA & SÁ, 2013).

A ESF, com intuito de qualificar a Atenção Básica³⁵, prevê a Atenção Domiciliar (AD) como estratégia na assistência à saúde, onde os usuários necessitam de cuidados permanentes; além disso, a AD também colabora no “[...] diagnóstico local e programação das ações a partir da realidade das famílias” (CUNHA & SÁ, 2013, p. 62).

Por sua vez, a visita domiciliar é uma estratégia da Atenção Domiciliar, cujo instrumento de atenção à saúde permite conhecer a realidade dos usuários, como também, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (CUNHA & GAMA, 2012); sendo esse conjunto de estratégias realizado por profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Uma das atividades realizadas no VER-SUS Lages (SC), edição 2012, foi a visita domiciliar. Os visitantes acompanharam à equipe de saúde nas visitas domiciliares, como mostra a foto abaixo:

³⁵ Atenção Básica pode ser entendida por um conjunto de ações de saúde, que se dirige aos indivíduos e coletivos, onde perpassa por algumas estratégias: promoção, proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde; todas essas estratégias para direcionadas para um objetivo - desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 27).

Figura 3 – Visita domiciliar no VER-SUS Lages (SC), edição, 2012



Fonte: VER-SUS. Arquivo digital, julho, 2015.

Encontrei nas entrevistas, narrativas referentes à visita domiciliar, aquelas que poderiam fazer pensar sobre as imagens de saúde que se deslocam para além dos conceitos vigentes, como narra a vivente B:

"[...] Quando a gente fez uma Visita Domiciliar, a gente passou por uma academia, numa praça, e não tinha ninguém usando, isso me chamou atenção [...] Mas tu pensar nesse investimento, volto a te dizer, vem o olhar da assistência e o olhar da gestão. De tu pensares que é um investimento grande, que por vezes muito ocioso [...] Eu pensei, daqui um pouco tu monta um grupo de caminhada dirigida, de exercícios, de práticas corporais. Ao invés de usar a própria unidade, puxa, leva pra lá, porque algo que vai ser lúdico, usar o espaço, tu vais apresentar aquele espaço para os usuários. Daqui a um pouco tu vais sensibilizá-los aquilo" (vivente B).

Na fala da vivente durante a visita domiciliar, o olhar se constituía no modo de pensar a comunidade, ou seja, modos de pensar generalista, características comuns de quem está na formação em Saúde Coletiva, como o caso da vivente B.

A formação em Saúde Coletiva resulta na implicação dos estudantes com ações formuladas a partir do "fazer saúde", assim como, da importância do protagonismo dos indivíduos, alargando os aspectos políticos, de debate diante das necessidades em saúde (PORTES & CECCIM, 2013, p. 15).

Outros olhares foram se constituindo na visita domiciliar; um deles, refere-se ao olhar que mapeia os espaços de moradia, da comunidade. "[...] lembro que a gente foi, era umas lombas, umas casinhas, bem humildes, de madeira (...). a gente visitou umas três, quatro casas, junto com os agentes [...]" (vivente E).

Esse olhar avança à medida que a visita domiciliar ultrapassa os muros residenciais. Os passos dados na Visita Domiciliar entrecruzam-se com a possibilidade de conhecer as residências dos usuários, como relatam alguns viventes:

"[...] Foi bem legal, meio impactante, a gente entrou nas casas das pessoas, para conversar." (vivente E).

"[...] A idosa que nos atendeu estava acostumada; mas comigo ela nunca me viu, e mesmo assim [ela] me convidou para entrar, e falou do SUS, eu achei, tanto por parte da comunidade, como do agente comunitário, excelente" (vivente F).

"Foi a primeira vez que eu fiz uma visita, foi literalmente entrar na casa da pessoa, do usuário, são pessoas que já tem vínculo com as agentes comunitárias, é bem aquela coisa de casa, "ah, vai entrando", um dos usuários que eu acompanhei era um senhor idoso, acamado, tinha uma cuidadora que era uma parente" (vivente G).

O que significa entrar numa residência? Entendo como abrir espaços para que o corpo entre em vibração. O "vai entrando" dá passagem para fotografar imagens que compõem diversos saberes sobre saúde, isso é possível perceber na fala da seguinte vivente:

"[...] [usuários] faziam um café, chamavam pra sentar e conversar; traziam várias questões cotidianas [...] às vezes, nem tanto relacionadas com a saúde, mas com proximidade de algum amigo, conhecido mesmo. Conversas sobre família, várias questões" (vivente E).

E quando a Visita Domiciliar se transfigura pelo deslocar na horizontalidade dos passos, como se refere o vivente:

"[...] foi a minha primeira vivência, nesse sentido, próxima das pessoas. Não aquela relação médico-paciente, ou como profissional, como alguém superior. Algo, assim horizontal mesmo, de uma troca, assim. De uma vinculação com essas pessoas que a gente não vê na emergência, enfim, lugares de maior complexidade, da saúde"; (vivente E).

O deslocamento de imagens de saúde entrelaça-se com o VER-SUS, portanto, há de se considerar outras experiências as quais se juntam com as vivências: "[...] foi concomitante a minha experiência no trabalho, na saúde e com a experiência no VER-SUS" (vivente E).

E quando os deslocamentos de imagens sobre saúde se constituíram pelas perguntas que interrogam cenário visto pelos viventes.

"[...] a gente foi na casa de uma mulher que era acamada, que morava numa área que era vulnerável. Tinha uma série de questões que precisavam de acompanhamento, não tinha ninguém para ficar com ela. Ela tinha um consulta mas não tinha como sair de casa [...] eu vi, de fato uma situação bem complexa, e fiquei pensando de como o sistema de saúde pode auxiliar essas pessoas? Pode melhorar o acesso" (vivente I).

Quando a vivente da fala acima narra seu deslocamento diante do cenário vivido na casa de uma usuária, pergunto, de como ela se sentiu nessa experiência. Ela, subitamente responde: "Senti um pouco de impotência, porque eu não tenho resposta até hoje de como fazer para melhorar o acesso das pessoas, até hoje" (vivente I).

Ao narrar o sentimento de impotência, seguimos conversando para entender o que conectava a sensação de impotência, nisso a vivente desabafa: "[...] porque quando tu vê as coisas na teoria, tu acha as coisas muito simples, tudo muito fácil, às vezes muito fácil. Quando tu começa a vivenciar, a te aproximar de práticas de trabalho, rotina e das relações de trabalho [...] nem sempre a teoria conversa com a prática, tu se enche de perguntas, não tem nenhuma resposta [...]" (vivente I).

Pelo relato da vivente do parágrafo anterior, fui percebendo que o olhar na visita domiciliar expande para questionamento sobre a formação; a relação entre o simples e complexo; teoria e prática. A angústia narrada pela vivente lança-me a pensar sobre a formação: Por que há uma divisão entre teoria e prática? Será que ao teorizar também estou praticando? E ao praticar, também não estaria teorizando ou partindo da teoria? A Visita Domiciliar proporcionou olhar sobre os afetos, os quais podem ser constitutivos no modo de pensar saúde. Assim, foi a fala de uma vivente:

"[...] A relação é quando tu recebes o serviço na tua casa [...] não só o serviço em si, aquela coisa de medicamento, de curativo, de dieta, mas a gente percebeu o vínculo que aquela equipe conseguiu[...] é mais importante o vínculo que o serviço, em poder dizer "ah, hoje eu não estou muito bem, aconteceu tal coisa", aquela pessoa está ali, conversa; é um momento de escuta, também, muitas vezes. Isso foi bem impactante para mim" (vivente G).

Essa transitoriedade entre os cuidados a serem praticados – medicamento, dieta e para além disso, da possibilidade de vínculo. Abrir-se para o cuidado em saúde é mais do que a medida certa do medicamento, o olhar se dá no punhado de vínculo que se derrama entre profissional, estudante e usuário.

Há de se considerar que os viventes, ao relatarem sobre a Visita Domiciliar como atividade significativa, eram alunos da graduação em Saúde Coletiva, uma formação cuja

ênfase se articula entre gestão e Sistema Único de Saúde (SUS), como fala um vivente: “[...] no meu curso tem essa dimensão porque é Saúde Coletiva, acaba tendo esse viés do profissional ter atuação no SUS” (vivente E).

É explícito que, a partir dos relatos dos viventes referentes à Visita Domiciliar no andar do território e no entrar nas residências, provocou deslocamentos na dimensão profissional, cujos olhares foram aprendendo a dimensionar as imagens de saúde para além dos modelos biomédicos.

CAPS: quem abandona a luta nunca poderá saber o gosto da vitória³⁶

“Em tal estado de espírito, penetrado de um profundo nihilismo intelectual, foi que penetrei no Hospício, pela primeira vez; e o grosso espetáculo doloroso da loucura mais arraigou no espírito essa concepção de um mundo brumoso, quase mergulhado nas trevas, sendo unicamente perceptível o sofrimento, a dor, a miséria, e a tristeza a envolver tudo, tristeza que nada pode espancar ou reduzir”.

(Cemitério dos vivos – Lima Barreto)

O modelo de serviço de saúde mental, centrado na hospitalização – hospícios – perpetuou intensamente em décadas passadas no Brasil. Instituições às quais Lima Barreto relata vigorosamente em seu diário - episódio narrado pelo cronista em uma das suas internações num hospício do Rio de Janeiro no início do século XX.

A Reforma psiquiátrica tem sido motivo de luta para mudar o cenário vivido por Lima Barreto. Atualmente, no que se refere aos serviços de saúde mental, o Sistema Único de Saúde dispõe, desde 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

Como constitutivo da RAPS, os serviços de saúde dispõem de componentes de Atenção Psicossocial especializada, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dividido em modalidades: Centro de Atenção Psicossocial I, II, e III; CAPS de Álcool e outras Drogas (CAPS ad); CAPS ad III e CAPS infantil (CAPSi).

³⁶ Este título copiei do vídeo produzido pelos viventes do VER-SUS Lages, edição 2012.

De modo geral, o objetivo dos CAPS é disponibilizar a população “[...] acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13).

No VER-SUS Lages, edições 2011 e 2012, foram realizadas atividades nos CAPS Álcool e outras drogas (CAPSad) e CAPS Infantil (CAPSi), onde foi apresentado aos viventes os programas de Saúde Mental do município de Lages (SC). Como a visita aos CAPS foi citada nas entrevistas, procurei compreender de que maneira os deslocamentos de imagens de saúde foram produzidas nessas atividades.

Como era de se esperar, para muitos viventes, o CAPS era uma novidade, como relatam os viventes:

“O CAPS, foi bem interessante porque geralmente o que o cara escutava que louco era paciente com doença mental, e o manicômio é o lugar específico para tratamento fechado. O que não é a realidade. Tem como fazer um atendimento muito mais aberto, o paciente convivendo com a sua família. O CAPS foi uma coisa completamente nova que eu conheci lá, eu não sabia que existia” (vivente A);

“[...] eu não sabia que alguém se interessava por um usuário de droga, ou que alguém desse suporte a essas pessoas, eu achava que todo o usuário que quisesse fazer um tratamento, seria por conta própria. Eu não sabia que existia um lugar que a gente fosse e conseguia essa ajuda” (vivente M);

“[...] O CAPS foi uma quebra de paradigma pra mim, porque a gente viu um trabalho muito claro [...] com os próprios usuários que estavam lá, via um trabalho bem sério, os profissionais bem envolvidos.” (vivente O);

“[...] então, para mim era tudo novo, até porque eu não tinha visto, até então, na universidade” (vivente X).

Como demonstrado pelos viventes, as atividades realizadas nos CAPS lançaram os olhares dos viventes para quebra de paradigma referente aos usuários que utilizam os serviços da saúde mental. Aliás, esse tem sido o desafio da reforma psiquiátrica: criar mecanismos que potencialize os usuários dos serviços mentais para sua autonomia (MARQUES *et al.*, 2013).

Os CAPS possuem diversas atividades terapêuticas, cuja finalidade tem sido, minimizar o estigma e promover o protagonismo de cada usuário frente à sua vida (BRASIL, 2004, p. 18). No VER-SUS Lages (SC), uma vivente deslocou seu olhar sobre a saúde mental, ao ver uma atividade no CAPS: “[...] eles estavam fazendo artesanato, me chamou muito atenção, isso [...] quando eles falavam do CAPS [...] foi aí que eu tive conhecimento, que eles não queriam prender as pessoas em sanatórios”; a vivente segue falando: “[...] Eu nunca

esqueço de um menino que fez um bangalô, aquilo é muito difícil de fazer, somente quem tem um dom para arte, para fazer aquilo” (vidente U).

O CAPS apresenta suas potencialidades e desafios (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2010; AMARANTE *et al.*, 2012), o que faz dele um espaço potencializador para colocar em análise a produção de saúde numa lógica antimanicomial³⁷ que procura ressignificar o *status quo* da loucura; isto é, produzir outros olhares, cujo fim em si não se restringe as patologias, mas a construção da cidadania.

Quantos olhares podemos ter sobre saúde?

Após os sujeitos da pesquisa relatarem as atividades significativas, perguntei a eles sobre o que ficou de imagens de saúde. Durante os relatos dos videntes, as imagens de saúde deram sentido de complexidade.

Quanto às imagens e sua complexidade, foram aparecendo diversas respostas. Uma das videntes comentava que a ideia de saúde é inacabada: “Quanto mais tu pensa saúde, mais ela aumenta [...] aumenta, não tem uma coisa que defina o que é saúde” (vidente G). Para outra vidente, saúde a complexidade se alia ao contexto, como narra outra vidente: “[...] na verdade, tu vê como a saúde é complexa. Tu vê território diferente da tua realidade. E tu vais pensando saúde em todos esses contextos. Tu vê como o conceito de saúde é complicado, vai mudando [...]” (vidente I).

Uma vidente narra sobre o imaginário da saúde, como ausência de doença: “a gente sempre está voltado, não adianta a gente sempre busca saúde como ausência de doença [...]” (vidente F). Mas com a vivência, a mesma vidente foi se perguntado sobre saúde, ela diz: “[...] não é apenas isso, e tem muitas outras coisas, e como isso é complicado, o que é saúde mesmo? É muita coisa envolvida, eles falando, e, eu pensando “meu Deus, não se esgota”, o tema não se esgota está em tudo [...] o quanto que a saúde é ampla [...]” (vidente F).

³⁷ Sobre o termo antimanicomial, considero oportuno salientar que dia 18 de maio tem sido a data denominada como comemoração da luta antimanicomial, onde os movimentos sociais, profissionais da saúde e instituições de ensino de diversos estados brasileiros, fazem suas manifestações para que a sociedade seja convidada a olhar para os modos de produzir saúde, assim como, doença.

Para outro vivente, pensar saúde é estar relacionado aos aspectos políticos. “[...] como é a saúde para essas pessoas? Elas são atendidas? [...] Como essas pessoas enxergavam saúde? Isso, pra mim, foi impactante [...] Eu tenho pra mim que saúde é uma questão política, também [...]” (vivente J). Saúde como questão política pode ser entendida enquanto modo de governar a vida, em conduzir e ser conduzido (FOUCAULT, 2008).

Para as docentes, o VER-SUS produziu algumas imagens de saúde, ora como reafirmação de saúde para além do biológico, o que produzia na docente sentimento de deslocamento em relação aos demais colegas de trabalho, como narra uma vivente-docente:

“[...] eu tinha uma ideia de saúde destoava, daqui, do grupo. Eu me achava errada. Não é que eu me achava errada, eu me achava deslocada. Eu dizia: só eu que penso assim? Tem alguma coisa errada comigo. Claro que tem as minhas características pessoais, mas agora eu consigo clarear mais. O cuidado de enfermagem, eu entendo, mas tinha coisas da enfermagem. Eu não via cuidado só da enfermagem. Pra mim, é uma coisa mais ampla. E, eu não conseguia ver aquilo dentro. Eu achava que estava errada. Eu me achava deslocada. Estou fazendo uma confissão, aqui, de divã. Eu disse: meu Deus, tudo bem, então eu sou errada mesmo, o que a minha cabeça tem [...]”; (vivente – Docente A).

O saber sobre a imagem de saúde, o qual atravessa a narrativa da vivente-docente, pode ser entendida como: saber instituído e instituinte. O primeiro, pode ser entendido como componente que normatiza, rege, vira lei; já o instituinte, expressa a particularidade, movimento contrário ao instituído; “movimento de autoanálise” (LOURAU, 1993). Para a vivente-docente, saúde se apresenta pelas multiplicidades de imagens dadas pelos diferentes profissionais:

“Saúde não é o que o enfermeiro pensa, não é o que o médico pensa, não é o que o fisioterapeuta pensa; mas é o que os três pensam. Isso é uma coisa que eu acreditava [...]e, ao mesmo tempo, saúde é o que o enfermeiro pensa. Saúde é prestar aquele cuidado, da melhor maneira, fazer um curativo de lesão de pele, da melhor maneira: é saúde. (vivente Docente A).

Mesmo que a vivente-docente dilate seu olhar sob saúde, e não se sinta mais “uma estranha no ninho” compondo outros profissionais a sua ideia de saúde, e alargando o cuidado para além de um curativo, há de se considerar que há um deslocamento relativo, mesmo que sua fala escorregue para discursos higienista: “Mas eu não faço só saúde, fazendo um curativo adequado, se aquele paciente não está com uma nutrição adequada;

alguém tem que estar vendo, tu entende. Tomar o antibiótico, ou que tenha que limpar o lixo da casa dele, porque aquilo pode estar infectando; a saúde é tudo isso: é individual e é grupo” (vivente Docente A).

Outro aspecto importante sobre as imagens de saúde, na vivência, sob o ponto de vista da docência é que o VER-SUS possibilitou avistar saúde em outros espaços, para além do hospital.

“A saúde tem uma capilaridade, ela tem caminhos muito diversos, se tu pensar em saúde. Olha tudo que a gente visitou era saúde. O Ministério Público, era saúde; a saída com os profissionais do sexo, é saúde; a mesa redonda com os professores e mestrandos, da UNIPLAC, também é saúde, porque a gente estava falando de projeto em saúde. Então, saúde se vê com várias faces. Coisa, hiper complexa [...] saúde ela é bem diversificada [...] enxergar muito mais saúde em outros lugares, enxergar que saúde dá para trabalhar de diversas formas [...]” (vivente- docente B).

Ficou visível que as viventes-docentes apontaram saúde como um caleidoscópio, ou seja, possibilitando diferentes olhares ao que se refere à saúde, o que, de certa maneira, também produz efeitos, como ver nessas imagens de saúde potência para pensar a prática docente, como narra a vivente: “[...] eu comecei a buscar o mundo! Ninguém me segura mais [...]” (vivente docente A).

Buscar o mundo pode ser entendido como aliar-se a coletivos que também têm produzido movimentos instituintes em relação a imagens de saúde. Há exemplo, da Associação Brasileira Rede Unida³⁸ (REDE UNIDA) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)³⁹ ou o bacharelado em Saúde Coletiva, todas voltadas para o fortalecimento do SUS, assim como, produzir múltiplas imagens de saúde a partir dos conceitos vigentes.

Como parte do movimento instituinte da vivente-docente B, a aproximação com coletivos foi fundamental para pensar a saúde, assim como ela diz: “[...] Essas experiências: na Rede de Atenção, no VER-SUS, essas experiências que o grupo da Saúde Coletiva está trazendo, fecharam com as minhas. Então, agora eu estou me sentindo [...] alguém pensava

³⁸ Associação Brasileira Rede Unida instituição de ensino e pesquisa, como objetivo “Estabelecer parcerias, vínculos, relações com pessoas, projetos e instituições comprometidos com a renovação permanente na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e na construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania” (REDE UNIDA, 2014).

³⁹ ABRASCO, instituição acadêmico-científico criada desde 1979, tem como objetivo “atuar no apoio e articulação entre os centros de ensino e pesquisa em saúde coletiva para fortalecimento mútuo das entidades-membro e para ampliação do diálogo com a comunidade técnica, científica e desta com os serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil” (ABRASCO, 2013).

como eu [...]” (vivente docente A). Há, portanto aposta de que, ao se debruçar sobre diversas imagens sobre saúde, âncoras de apoio podem também se constituir como microrredes no processo de trabalho (FRANCO, 2006).

Também pode ser entendido, que nos espaços de formação universitárias, existem algumas iniciativas, as quais trabalham vivências no SUS, como constitutivo da formação na área da saúde e outras áreas. Há exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- SAÚDE)⁴⁰ e o Programa Nacional de Reorientação da Formação profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)⁴¹.

Olhar sobre a facilitação no VER-SUS Lages (SC)

Como constitutivo ao VER-SUS, existe a figura do facilitador⁴²; “estudante que atua e colabora no processo político-pedagógico do grupo de estudantes que participam das Vivências no SUS” (MARANHÃO, 2015, p. 49). As atividades dos facilitadores concentram-se na problematização das experiências vivenciadas pelo grupo; o auxílio em questões de convivência do grupo imerso e a articulação com as comissões organizadoras (ibidem, p. 49). Historicamente, pode-se registrar que o facilitador do VER-SUS entrecruza seu modo de fazer/ser aos aspectos militantes, políticos, pedagógicos e de defesa do SUS (ibidem, p. 191).

Sendo assim, tive interesse em compreender que imagens de saúde foram constituindo para a facilitadora, participante desta pesquisa. De modo geral, a narrativa da facilitadora não destoia do que os outros viventes comentam sobre as imagens de saúde,

⁴⁰ PET-SAÚDE instituído pelo Ministério da Saúde e da Educação, tem como proposta instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2008).

⁴¹ PRÓ-SAÚDE foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC) e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tem como objetivo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população (BRASIL, 2007).

⁴² Facilitadores são estudantes universitários que já participaram, em edições anteriores, como viventes. Geralmente, há espaços de formação para facilitador, atividades as quais preparam esses estudantes para o processo de imersão no VER-SUS. A quantidade de facilitadores dependerá da quantidade de viventes dessa edição (BRASIL, 2013).

mas, ela traz um detalhe - olhar saúde a partir do olhar do outro - como ela comenta: “[...] o quanto saúde tem a ver com a comunidade, com lugar onde tu moras, onde tu estás inserido [...] o quanto a concepção de saúde é a do outro [...] ele (usuário) tem esses mil problemas: sobre o que ele quer falar? Até onde eu posso ir? Onde eu consigo tratar? Consigo conversar com ele sobre esses assuntos?” (vivente Z).

A fala da facilitadora faz pensar sobre a articulação necessária entre diferentes saberes, seja o científico seja o popular. Colocar-se em dúvida indica iniciativas que, não se faz saúde sem encontros com o que se deseja, com o que está posto nos imaginários.

Tendo em vista que saúde está correlacionada ao cotidiano de vida seja de cada pessoa ou de coletivos, o desafio tem sido permanente: transmutar o cotidiano para criar condições de vida em meio a sofrimentos, àqueles que produzem doença; aos correlacionados aos efeitos das políticas sociais, àquelas que insistem na privatização da vida, seja individual ou coletiva (FERLA; CECCIM, 2013).

Os olhares, constitutivos de deslocamentos de imagens de saúde produzidas nas vivências transcorridas nesse capítulo, levaram-me a pensar o conceito de rizoma proposto por Deleuze e Guattari (1995), pela sua multiplicidade de pensamentos em relação à ideia de saúde, seja na atividade de Visita Domiciliar seja na visita de um CAPS, ou mesmo, repensar a própria ideia de saúde. Pensar o deslocamento sobre imagens de saúde são rizomáticos, porque “[...] não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual ele cresce e transborda” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 31).

Escuta como exercício potencializador para a formação na área da saúde

Bondía (2002), ao caracterizar o sujeito da Experiência - como aquele que cria território para deixar flutuar o cotidiano do sensível, dispõe como ferramenta o ato de escutar. O dicionário português, explica que escutar refere-se ao ato de “estar atento para ouvir” (FERREIRA, 2004, p. 797). O ato de escuta, como produção de sensibilidade no processo formativo, seja para áreas da saúde ou não, tem sido desafiador, já que os tempos atuais tem sido hipermoderno⁴³.

⁴³ Hipermoderno pode ser entendido como um tempo “[...] onde não há escolhas, não há alternativa, senão evoluir, acelerar para não ser ultrapassado pela evolução” (LIPOVETSKY, 2004, p. 57).

Ao referir sobre o processo de escuta, na formação na área da saúde ou outra área do conhecimento, interessa o seguinte alerta: “[...] o trabalho em saúde é um trabalho de escuta” (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p. 49), pois a relação entre o profissional da saúde com o usuário é fundamental para a resposta da qualidade assistencial.

No VER-SUS Lages, edições 2011 e 2012, foi realizada a atividade: Projeto Anotecer, onde os viventes, acompanhados de dirigentes de uma Organização não Governamental (OnG), foram acompanhar trabalho de prevenção de DST/AIDS; que consistia na entrega de preservativos masculinos e conversas com as profissionais do sexo acerca dos exames preventivos.

A partir do relato dos viventes observei que essa atividade proporcionou *escutar* duas dimensões de imagens de saúde. A primeira, aquela imagem identitária com os preceitos da formação. A segunda imagem proporciona deslocar-se para outras imagens de saúde, as que provocam ruídos inaudíveis, aqueles que exigem do vivente ressignificar seu modo de ser da área do conhecimento.

Um dos momentos marcantes para os viventes foi a chegada ao local, chamada popularmente “Rua da Vergonha”, onde os profissionais do sexo, na maioria travestis, esquivaram-se “[...] Foi um pouco frustrante [...] a gente desembarcou [do ônibus], e cada um [profissional] achou seu esconderijo e a gente não pode conversar com eles” (vivente V).

A intenção de alguns viventes, acompanhar um trabalho de prevenção, foi interrompida pelo inesperado “o esconderijo”, ato que produziu ruídos no modo de fazer a prevenção, o que inclui, entregar camisinha e realizar orientações de quem detêm o conhecimento científico. O fetiche preventivista foi interrompido pelas estratégias usadas pelos profissionais do sexo, o que já dava tons de deslocamento produzindo outras imagens de saúde em relação a prevenção, por exemplo.

O deslocamento foi estendido quando os viventes foram visitar as boates localizadas em Lages (SC); o lugar era convidativo para que outros sons viessem a acoplar-se com outros modos de escuta: o bater dos copos, a música de fundo, o grunhido da porta, vozes embriagadas e falas sedutoras. Para muitos viventes, estar numa boate⁴⁴ era novidade:

⁴⁴ Em vários momentos, durante a escrita deste capítulo percebi que tinha dificuldade para descrever o nome certo do lugar. Em alguns momentos, pensei em escrever puteiro, em outros momentos, local de profissionais do sexo, em outros, boate. Foi então, que percebi o quanto sentia falta em *escutar* as profissionais do sexo,

"[...] eu nunca tinha entrado num lugar desses [...] aquele conceito que as pessoas têm "ah, quem trabalha no prostíbulo é vagabunda, gosta de sexo", não é bem assim, as pessoas têm uma história porque elas estão ali [...] o que seria a minha parte: orientar para que ela não viesse ter risco da saúde dela; que era a distribuição das camisinhas [...]" (vivente N).

Provocar o deslocamento se faz também no reconhecimento que, mesmo em formação, transita no pensamento o imaginário do senso comum, aqueles pensamentos anteriores à formação, aqueles que estão no cotidiano.

Já para alguns viventes, ao participarem da atividade do Projeto Anoitecer, propagava-se o ato de perguntar sobre as histórias de vidas das profissionais do sexo:

"[...] acho que foi uma das experiências que mais me chamaram atenção, porque a gente perguntava para elas, e elas falavam que elas estavam ali por um motivo: pelo filho [...]"; *"me falaram que estavam ali pela família. Uma delas eu perguntei: você gosta? Ela destacou "eu não gosto de estar aqui, eu não gosto nem que me toquem, não gosto nem de pensar nisso [...]"*;
"[...] puxa, o que eu estava fazendo lá?" (vivente O);
"Eu conversei e me chamou atenção que ela falou que tinha dois filhos, que ela estava lá, porque estava desempregada por algum tempo, e tinha duas crianças; pagava uma babá durante a noite para ficar com as crianças [...]" *Eu acho que a gente tem um preconceito, quando tu não conhece, parece que são pessoas de outro mundo, parece que não são pessoas do mesmo mundo que a gente, com realidades parecidas em muitas coisas [...]" (vivente W);*
[...] a gente via ali, pessoas que a gente conversou que tinha filhos, marido, mas que precisava estar ali [...]" (vivente Q).

Pensar a escuta é referir-se aos afetos que os ruídos do cotidiano provocam nos sujeitos; é prestar atenção no "[...] estalar dos dedos em noite fria ao redor da fogueira e pelos sentidos que se aguçam à proximidade dos corpos com suas cores, cheiros, texturas, rugosidades e asperezas" (ARANTES, 2012, p. 93).

E quando os deslocamentos de imagens de saúde incorporam sons que fazem dançar em meio aos movimentos tímidos, ou um sentar no "sofazinho rosa", são Encontros que fazem da escuta um convite para vivenciar o lugar e conhecer tantas realidades forem possíveis:

"[...] fomos ver os quatinhos onde o pessoal poderia levar as pessoas da casa para transarem, aquela coisa toda [...]" (vivente V);

para que elas e os viventes decidissem que nome dar ao local de trabalho das profissionais do sexo, imaginei que poderia ser um bom analisador de educação permanente em saúde.

"[...] Eu me lembro que eu fiquei sentada num sofazinho, me lembro até que era rosa, e a gente sentou uma de frente para outra, e a gente conversando [...]" (vivente Q); "Essa foi impactante [...] eu estava morrendo de medo de chegar lá [...] Quando a gente chegou tinha alguns frequentadores, eles até queriam dançar com a gente"; "a gente tinha as camisinhas para entregar, mas meio envergonhada, assim, porque eles estavam soltos, liberados, parecia que a gente não estava ali para eles. Então, era meio difícil de abordar eles [...]" (vivente L).

Destaquei "os quartinhos", "o sofazinho" e o "dançar" como parte do deslocamento que não somente entre pessoas, mas no "Encontro" (DELEUZE, 1988) entre pessoas e objetos. Ou seja, aquele que faz do corpo-máquina engendrar-se ao corpo dançante, cujos movimentos sacodem os pensamentos, "[...] o corpo que dança 'salta' para desbravar novos gestos e compor novas imagens, e, para tanto, é preciso que se desprenda do antigo 'eu' que dançava, do antigo corpo" (MOEHLECKE; FONSECA, 2005, p.48).

Para deixar o antigo corpo e movimentá-lo para outras dimensões ainda não pensadas, se faz na quebra do pensamento como refere a vivente abaixo:

"É uma coisa que quebra a regra, uma coisa que tu faz diferente. Tu estás ali como estudante, tu estás estudando, tu vais para aula; com esse programa tu tens a possibilidade de fazer isso, que é diferente, tu não teria habitualmente, rotineiramente nas nossas cadeiras [...]tu quebras com a metodologia de ensino" (vivente L).

Após destacar narrativas dos viventes em relação à participação no projeto Anoitecer; pude perceber que as sonoridades emitidas pelos locais visitados, pelas conversas realizadas, pelas danças descompassadas, dilataram nos viventes outros modos de escuta, onde se permitiu fazer movimentos fora do ritmo acadêmico, o que proporcionou pensar que, nessa escuta, não cabia um método e sim, um estilo (ZORDAN, 2014) de aprendizagem que convida a fazer outros movimentos, a começar pela desconstrução da formação para área da saúde.

Como falar de coisas que não existem?

O título deste capítulo foi utilizado a partir da minha visita à 31ª Bienal de São Paulo⁴⁵. Para os curadores dessa Bienal, o verbo falar denota a ideia de ações, as quais precisavam ser desenvolvidas para que coisas que não existem venham torna-se presentes (BIENAL, 2014).

Falar será o verbo utilizado para este capítulo, como agenciador de discussão sobre o deslocamento de imagens de saúde produzidas pelos viventes no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012.

Inicialmente, tratarei de três atividades realizadas no VER-SUS Lages (SC). A primeira, a Terapia Comunitária, que colocou na roda de conversa situações as quais fizeram pensar sobre os modos de falar sobre saúde. Posteriormente, discutirei as ramificações da Roda de Conversa: atividade utilizada nos VER-SUS/Brasil. E finalmente, tratarei sobre o pós o VER-SUS quando do retorno dos viventes à universidade, situação a qual faz calar os efeitos do VER-SUS na relação com a universidade.

Terapia comunitária: produzindo ruídos nas unidades básicas de saúde

A terapia comunitária foi uma atividade que aconteceu nas duas edições e eu pude participar como vivente no VER-SUS Lages, em 2012. Em conversa com os entrevistados foi possível mapear alguns pontos de reflexão, aqueles que colocam pesquisador e pesquisado a pensar. Terapia Comunitária é uma técnica de trabalho com grupos apoiada nos “relatos da história de vida dos participantes e do modo como cada um lida com suas dificuldades do cotidiano” (GOMES & MERHY, 2011, p. 15).

Inicialmente, as sensações em relação à Terapia Comunitária (TC) relatada pelos viventes ancoravam-se pela surpresa da atividade: “[...] eu nunca tinha vivenciado isso [...] para mim isso não era saúde; pra mim era alguém que ia para chorar as mágoas” (vivente J); “Eu não imaginava que as pessoas pudessem se unir, independentemente, sem subsídios, e desenvolver uma atividade assim” (vivente R); “Geralmente tu faz isso em quatro paredes,

⁴⁵ A 31.ª Bienal de São Paulo, evento que trata especificamente sobre arte, foi realizada no segundo semestre de 2014, onde foram utilizados vários verbos temáticos, a fim de expressar coisas que não existem; exemplo: aprender, viver, usar.

com certo sigilo. No início eu disse “ Meu Deus o que é isso?”. Tu vais expor? Como as pessoas se abrem aqui? Acho que eles não vão falar” (vivente D). O relato da vivente “T” indica deslocamento existencial, porque transborda os limites de pensar um grupo no âmbito profissional, fazendo pensar em grupo, na vida: “Foi a minha primeira atividade, em grupo que eu vi na minha vida” (vivente T).

Ao mesmo tempo, a TC desloca os pensamentos sobre saúde colocando em discussão práticas tradicionais aos profissionais da saúde, assim aponta um vivente: “Esse trabalho coletivo, em grupo, eu nunca tinha visto, nem sabia que existia [...] bem diferente do que a gente está acostumada em consultório: atende, prescreve e tchau” (vivente A).

O relato do vivente A coloca na roda as possibilidades de trabalho dos profissionais de saúde, que pode ir para além das prescrições médicas. Como se refere uma vivente: “[...] o profissional não é o mais importante, o profissional é o mediador daquilo tudo” (vivente c).

Entre os questionamentos de alguns entrevistados sobre a Terapia Comunitária, destaca-se a vinculação da participação da comunidade ao ganho dos medicamentos, como revela o entrevistado: “[...] eles disseram: primeiro tem que participar para depois conseguir a receita, é uma estratégia deles [...]” (vivente F). Lembro-me que nessa atividade, realmente para os usuários conseguirem os medicamentos precisava participar da sessão de terapia, o que trouxe algumas discussões entre os viventes.

Ao mesmo tempo, alguns viventes deslocaram-se para pensamentos onde compreenderam que a Terapia Comunitária poderia ser uma ferramenta de potência para a comunidade:

“[...] eram espaços que elas podiam ir e desabafar, falar das angústias, dos enfrentamentos [...] mas também, espaço de descontração, espaço de escuta [...] E tu vê que aquilo acaba ajudando, através da fala da outra mulher, que vive na mesma comunidade, que passa por problemas “assim, assim, assado”, acaba sendo, também, um ponto de conforto, de fortalecimento na outra pessoa [...] Eu achei sensacional, realmente uma terapia, porque pensar que uma comunidade, que vive em questão de vulnerabilidade social, onde tem mulheres que são agredidas, que sofrem questão de violência doméstica, desemprego, baixa escolaridade. Mas de repente elas tem um espaço, uma vez por semana, que elas podem se encontrar, desabafar, falar dos seus problemas, e sair de lá assim “alguém se importa comigo”; “as pessoas estão aqui, estão me ouvindo”, isso, para mim, foi muito emocionante, nunca tinha participado” (vivente G);
 “[...] foi uma novidade porque, me fez ver da potência que tem uma unidade de saúde, que pode muito além de atendimento, médico, atendimento da enfermagem, que podem ser novas propostas para trazer conforto, ou de buscar

soluções para alguns problemas, vão além dos problemas biológicos, fisiológicos, mas que poderia ser um espaço para novas invenções” (vivente I).

Produzir rachaduras nas paredes das unidades básicas de saúde, que sugere ao invés de paredes, erguer rodas de conversas, é dar espaço para o inventivo. Conversas as quais deixaram circular muitos saberes, e vários poderes dos diferentes atores; desmanchar o peso que se carrega na centralidade da doença, eis a tarefa árdua da Atenção Básica, assim como “Dar voz aos sujeitos é um dos passos para se rever a relação oferta-demanda no âmbito do SUS e repensar a organização de práticas de integralidade em saúde” (LACERDA & VALLA, 2005, p. 289).

Roda de Conversa: na interdisciplinaridade e outro na indisciplina [ridade]

A roda de conversa tem sido uma prática comum no VER-SUS/Brasil como maneira de avaliar a vivência diária, é o momento em que todos os viventes “[...] possam se expressar, compartilhar impressões, refletir sobre as diversas percepções e buscarem respostas para os questionamentos que surgiram ao longo do dia” (BRASIL, 2013, p. 29).

Os viventes, participantes do VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012, narraram sobre as rodas de conversa. Essa atividade acontecia à noite, após as atividades diurnas, antes ou após as refeições. Lembro-me que era uma decisão do grupo, pois havia questões a pensar e falar, um cronograma a ser seguido pelos organizadores do VER-SUS.

Primeiramente, as rodas de conversas foram vistas como o momento de ampliar escuta sobre a atuação dos profissionais. “É o momento dos vários olhares. Eu lembro que tinha alunos de várias formações [...] alguns com mais senso crítico, outros nem tanto. Forma de ver, não é certo ou errado, mas forma de ver diferente” (vivente B).

Essas escutas focavam-se para a possibilidade de ver a interdisciplinaridade, como relata o seguinte vivente: “[...] eu conseguia ver, uma multidisciplinaridade que antes eu não conseguia [...] eram os alunos, os professores, sem outros locais envolvidos” (vivente A).

Se para alguns viventes o momento da roda de conversa possibilitava ampliar a escuta sobre o outro; para outros viventes, esse momento alongava-se: “[...] era um momento bem demorado, cada um tinha que falar, e algumas pessoas se alongavam, era um período em que eu estava meio cansado, pra mim foi meio cansativo, da experiência [...]” (vivente E).

A partir do relato dos viventes citados nos parágrafos anteriores, coloquei-me a pensar em que outros deslocamentos foram possíveis para dar visibilidade a outras escutas que permitisse também criar espaços de aprendizagem significativas. Então, nas entrevistas me deparei com alguns achados que podem estar relacionados as outras configurações de roda de conversa:

“Foi feito uma paeja com pinhão [na verdade trata-se de um prato típico que se chama “Entrevero”: vários tipos de carne fritas numa panela especial e verduras cortadas, por último, é colocado o pinhão já cozido]. Era a casa de alguém, tipo secretário de saúde, alguma coisa, era alguém representativa; abriu a casa, fez uma paeja típica; foi um momento legal de confraternizar. Tinha sinuca, foi legal esse momento. Foi no último dia. Foi um momento de confraternização do VS” (vivente E, grifos meus []);

“[...] era divertido porque a gente tocava violão, música [...] eu ficava no computador, outras nos celulares, enfim, foi muito interessante essa troca descontraída. Isso, após um dia de vivência, de um dia cansativo, ter esse descanso [...]” (vivente X);

“[...] tinha aquela sala enorme, onde a gente ficou tocando violão, conversando, bebendo” (vivente K);

“[...] a gente acabou quebrando as regras, pelo fato de esconder a cerveja, que bem, faz parte da vida, quebrar regras” (vivente N).

Quem disse que rodas de conversa não incluem comidas, bebidas e músicas? Esse pareceu-me um jeito singular de fazer rodas de conversa, as quais não perdem seu valor para ampliar escutas sobre saúde no que se compõe conhecer outras áreas do conhecimento; vivenciar outras culturas e ritmos populares; pisar em outros territórios, isso sem invalidar as constituídas rodas de conversa, aquelas que possibilitam “ [...] o diálogo [a] partilha, porque pressupõe um exercício de escuta e de fala, em que se agregam vários interlocutores [...]” (MOURA & LIMA, 2014, p. 100).

Pós VER-SUS: polifonia quando do retorno à universidade

Ao dialogar com os viventes sobre o retorno deles à universidade após o VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012, fui constatando alguns desafios para pensar a relação da vivência no SUS e a universidade.

Diante das falas dos viventes, o retorno à universidade produziu alguns deslocamentos no que se refere à pesquisa: “[...] estou fazendo meu TCC sobre Atenção Primária, é bem interessante, vamos ver se vai funcionar, isso” (vivente S). Além disso, foi

possível perceber que o retorno à universidade aproximou os viventes às disciplinas que integram cursos na área da saúde, ou seja, que se correlacionavam ao SUS, como narra o vivente: “[...] foi o VER-SUS que me motivou a participar; era uma cadeira eletiva pra nós. Entre todas específicas da odontologia, eu preferi participar da disciplina integradora, por conhecer mais o sistema, da realidade” (vivente A).

Destaco aqui, três linhas que identificam o retorno dos viventes à universidade, como: a) ter momento pós-VER-SUS; b) desconexão entre a vivência no SUS e o cotidiano acadêmico; c) sensação de ser “estranho no ninho”⁴⁶, expressada nestas palavras por um dos sujeitos da pesquisa.

Diante da fala de uma vivente ficou visível da necessidade de ter um espaço de diálogo após o VER-SUS: “[...] Eu acho que deveria ter um momento pós-VER-SUS onde as pessoas poderiam se encontrar, tempo de digerir tudo aquilo e poder falar [...] mas acho que ficou uma coisa mais individual, mesmo” (vivente I).

Outra observação dos viventes, foi a desconexão entre o VER-SUS Lages (SC) e o cotidiano acadêmico, como comenta uma vivente “[...] Eu vi que uma coisa não ligava a outra, então não se deu espaço para falar sobre o VER-SUS. Nunca, nenhum professor disse sobre o VER-SUS[...]” (vivente Q).

Ficou transparente, na fala de uma vivente-docente, da possibilidade do VER-SUS desdobrar-se em outras atividades acadêmicas: “[...] Eu montei uma disciplina, que há horas vinha pensando em fazer, sobre criatividade, pró-atividade, inovação em saúde [...] eu comecei a me dar conta que a forma como nós trabalhamos, principalmente, na área que eu estava, que é uma área hospitalar, era muito cheio de rotinas, de protocolos, de legislações. Isso faz com que a gente seja muito tolhida ou tem que estar dentro de uma caixinha [...] começou com essa vivência, tive coragem de buscar outras formas de fazer saúde” (vivente docente A).

O retorno à universidade pós-VER-SUS, produz alguns efeitos subjetivos, como narra a facilitadora: “[...] eu me sentia uma estranha no ninho, muitas vezes, na sala de aula, porque quando tu volta para a sala de aula, tu volta para o teu curso, começa por aí [...]” (facilitadora). Esta sensação de inadequação e de achar-se fora do lugar, para vivente,

⁴⁶ O termo “estranho no ninho” foi utilizado por uma vivente. Tal termo faz alusão ao filme “Um estranho no ninho”, de 1975, aborda a sensação de inadequação num mundo que segue normalidade, um padrão, chocando-se com pensamentos questionadores de um paciente que resiste às disciplinas da instituição psiquiátrica e mobiliza outros pacientes para movimentos instituintes.

parecia estar relacionada ao encontro dela com a antiga rotina acadêmica, na qual não havia interlocução possível sobre o que ela tinha vivido no VER-SUS. Seu relato é revelador: “[...] Aquele mesmo currículo, aquelas mesmas formatações, aquela mesma mania dos professores em acharem que tu vai sempre pensar daquela forma, e que tudo mundo é igual [...] quando eu falava de algumas questões do VER-SUS: de clínica ampliada, de preocupação social, de questões sociais, do quanto isso adocece, eu lembro que eu era a estranha no ninho [...]” (vivente Z).

Curiosamente, o desencontro entre os viventes e seus respectivos cursos de graduação produziram alguns efeitos subjetivos e despontencializadores, como relatam dois viventes:

“[...] É bem difícil o retorno; foi um pouco difícil para mim, porque tu teres o olhar ampliado, e muitos professores da universidade não conseguem acessar, não conseguem porque é a formatação que eles tem. Então, para mim, foi um pouco difícil. Por momentos, tu tens que abafar aquilo, aquilo que tu pensa, o teu projeto, para poder seguir, e não te dispor, muitas vezes, porque tu discordar de um professor é um pouco complicado” (vivente Z);

“[...] por conta do que aconteceu no VER-SUS e fui fazer terapia, sim, para conseguir elaborar tudo que tinha acontecido. Isso eu senti falta, de um apoio, porque ele [VER-SUS] mexe, não adianta, porque conviver com pessoas [...] essa vivência, de Lages, ela mexeu com muitas pessoas [...] mas eu sofri com ela [vivência] pelas relações pessoais” (vivente N).

O Ministério da Educação, por meio das recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais de Cursos de graduação na área da saúde (BRASIL, 2001), promulgadas há 15 anos, a aproximação dos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) ao Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto de recomendações, temos: a necessidade da abordagem do conceito de saúde ampliado, articular ensino superior e saúde, para que essa articulação permita com que os egressos tenham competências para trabalhar no SUS. Mas, o que se percebe é o distanciamento entre o SUS e as práticas educativas, ainda persiste. Já tem um tempo que estudos apontam para a necessidade da aproximação entre a formação acadêmica e o SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM; CARVALHO, 2006; CECCIM, 2005).

De acordo com o relato daqueles viventes (N e Z), o VER-SUS deveria ser inserido como parte do currículo dos cursos da área da saúde “[...] Acho que é uma experiência que todo o profissional da área da saúde, ou de outras áreas, também, deveria ter, acho que

deveria ser até uma disciplina” (vivente G); “[...] Eu acho que o VER-SUS tinha que ser um crédito obrigatório de quem entra na área da saúde, conhecer o SUS” (vivente E).

Aproximar o ensino superior com a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser entendido como possibilidade a partir de vivências como o VER-SUS; de engendramento para tornar *presente* falas, ruídos, sons de diferentes atores e instituições; seja: usuários, gestores, trabalhadores e instituições de ensino; para pensar, colocar em análise permanente, o sistema de saúde vigente no Brasil.

Talvez, uma das pistas a essa interlocução entre ensino superior e SUS seja a fala de um vivente: “[...] eu acho que todo mundo deveria ter uma oportunidade de participar do VER-SUS, não obrigado, porque obrigado não se torna tão prazeroso” (vivente A). Estenderia a fala desse vivente que “[...] No lugar do par prazer/desprazer, o que se terá neste caso é a alegria da atividade do desejo [...]” (ROLNIK, 1996, p. 9).

Como falar de coisas que não existem? Retomar a essa pergunta significa pensar que a fala se faz necessária e presente, isso quando se deseja criar espaços de escuta, quando se deixa entrelaçar diversas vozes, as quais criem forças para colocar em disputa saberes, como também, circular poderes; e assim, territorializar percursos, os quais fortaleçam o SUS, seus princípios e diretrizes, cito aqui, a participação da população no controle social no SUS através de conselhos de saúde⁴⁷, como promulga a lei 8142/90 (BRASIL, 1990).

⁴⁷ O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Perguntar: ato possível para criação de problemas

O ato de perguntar é uma prática corriqueira no cotidiano, pois faz parte da comunicação humana. Interessei-me pelo verbo perguntar como constitutivo da Experiência (BONDÍA, 2002) em vivências no SUS, uma vez que, pode inverter algumas lógicas da educação tradicional – recebimento do conhecimento. O que se coloca em discussão é: de que maneira pode o conhecimento ser perguntado/questionado/problematizado nos diferentes espaços de aprendizagem, seja ele nas instituições de ensino ou nos serviços de saúde?

Ressalto que há diferença entre o ato de interrogar e perguntar. Interrogar refere-se, por exemplo, “quantos livros devo ler?” Diferente do quando se pergunta “que livro desejo ler?” No primeiro, a interrogação conota a aceitação de verdades, não há possibilidade de questionamento sobre o que se deseja ler, mas o quanto se aceitar o ato de ler. Já no segundo caso, o leitor coloca-se como protagonista das escolhas de leituras. Há diferença entre interrogar e perguntar; a primeira limita-se a opinião do outro; já a segunda, cria problemas (DELEUZE, 1988b).

A partir de perguntas, problematizar foi entendido por mim como constitutivo do deslocamento de imagens de saúde durante o VER-SUS Lages (SC), 2011 e 2012. Mais do que ter resposta, o ato de perguntar e criar interrogações sobre tudo que se refere à saúde.

Obviamente, durante o VER-SUS Lages (SC), foram surgindo várias perguntas por parte dos viventes em diferentes atividades e cenários, mas ao olhar para os meus mapas analíticos, fui percebendo que havia uma atividade que se destacava no ato de perguntar, as metodologias ativas, por tudo que essa metodologia provoca na produção do conhecimento. Nessa metodologia, os viventes foram perguntando-se sobre o ser aluno, tanto no processo de aprender como no processo de ser ensinado.

Metodologias ativas: produzindo interrogações na formação na área da saúde

A possibilidade em problematizar a formação no âmbito da saúde tem sido um dos desafios da educação no Brasil. Como parte das estratégias que mobilizam discussões acerca da relação entre o ensinar e o aprender, alguns projetos políticos pedagógicos (PPC) têm preconizado o uso de Metodologias Ativas; há exemplo da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), que utiliza as metodologias ativas no curso de medicina.

As Metodologias Ativas se valem da problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, que objetiva alcançar e motivar o estudante uma vez que “[...] diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas” (MITRE *et al.*, 2008 p. 2136).

Nas edições 2011 e 2012 do VER-SUS Lages (SC), os viventes foram convidados a participar de uma vivência de tutoria na UNIPLAC. A tutoria consistia nas seguintes etapas: leitura do problema; identificação e esclarecimento de termos desconhecidos; identificação dos problemas proposto pelos enunciados; formulação de hipóteses diante do caso discutido; a investigação teórica das hipóteses criadas pelos alunos; retorno ao grupo para dar rediscutir o caso-problema (BERBEL, 1988).

Na tutoria realizada nos VER-SUS Lages (SC), os viventes foram divididos em grupos, onde cada grupo ficou com um tutor⁴⁸. Nesse encontro triangular – viventes de diferentes cursos de graduação⁴⁹, tutor e caso-problema – foi se cumprindo as etapas das Metodologias Ativas.

Quando os entrevistados foram perguntados sobre o uso das Metodologias Ativas, era de se esperar que alguns viventes considerassem a metodologia como quebra de paradigma, já que essa ferramenta metodológica se propõe a produzir conhecimento e envolver o estudante na sua própria formação. Para alguns viventes, a experiência com metodologias ativas foi:

⁴⁸ Tutor é um docente que faz a mediação das etapas realizadas nas Metodologias Ativas.

⁴⁹ Destaquei no texto diferentes cursos de graduação, pois para aquele momento, fazer roda de conversa com diferentes cursos e ainda, discutir o mesmo caso-problema, era algo novo para a maioria de nós, viventes.

*"[...] todo mundo estava curioso para saber como eles aprendiam daquele jeito, a partir da questão da patologia para depois entender da onde eles viram; eles começavam de **fora para dentro**, ao invés de começar de **dentro para fora**, como a gente está acostumado, geralmente [...]". "Para mim, não ficou claro como é avaliação [...] eu fiquei pensando se eles conseguiam manejar tudo isso [...]" (vivente B);*

"De início eu tomei um choque, pelo jeito ao qual eles levam o ensino; eu acho que foi o que mais chocou todo mundo. Do ensino não ser tão metodista, tão certinho em relação a ter provas, conteúdo, carga horária, fechar grade. E lá, eles tem um jeito diferente de lidar com os alunos, são aulas por problemas. [...] O que me assustou foi isso, tão prática e não ter teórica. Se tu não tem teoria tu não pode colocar em prática, a coisa vai ficar solta, muito vago. Isso me assustou porque foge de uma faculdade convencional: tu tens muito teoria, e tu tens prática, mas não assim, desde o início como eles veem a prática, lá. [...] eu tenho minhas dúvidas. Eu acho que tu tens que ter uma base boa, para depois colocar em pratica aquilo que tu aprendes" (vivente R).

O caráter duvidoso colocado pela vivente R em relação às metodologias ativas se pautava pela colisão entre teoria e prática na formação universitária no sentido de fazer pensar: o que vem primeiro, a teoria ou prática? Segundo relato, de uma vivente, nas metodologias ativas, teoria e prática exigiam muito do aluno: *"[...] eu lembro da dinâmica: se dava uma situação problema: no primeiro momento a gente fazia a leitura, ficava pegando os termos desconhecidos [...] mas eu lembro de toda a dinâmica [...] ficou muito claro para gente o quanto aquilo implicava em tu seres proativo e mobilizar para pesquisar e ficou evidente que tu tinhas que estudar muito mais, porque tu farias a diferença. Não é esperar uma aulinha e esperar alguém fazer tudo prontinho, mastigado" (vivente C).*

Como bem lembrado pela vivente C, parte da atividade envolvendo a experiência com metodologias ativas foi para os viventes um estudo de caso para ser estudado, onde tinha um docente que mediava nossas discussões. O estudo de caso exigia dos discentes estudar para além das áreas do conhecimento de cada aluno, como relata o vivente a seguir: *"[...] tu não estuda somente a tua área, tu acabas tendo que estudar todo aquele conjunto de ações que vai ter que ser feito naquele caso" (vivente I).*

Consequentemente, estudar outras áreas implicava ter conhecimento de áreas afins ou não, portanto, nas Metodologias Ativas o aprendizado lança aberturas para o coletivo, como narra o vivente a seguir: *"Eles reforçavam a ideia [...] dessa coisa do **coletivo**, de se aprender coletivamente, aprender baseado em problema, o quanto isso faz a diferença, na formação do trabalhador, do individuo para o SUS, do aluno" (vivente G).* Outra vivente sinaliza para o mesmo entendimento, da importância do coletivo: *"[...] ficou muito marcado,*

para mim, a questão do trabalho interdisciplinar; as diferentes visões e discussões diferentes profissionais da área da saúde sobre o mesmo caso” (vivente L).

Além dos viventes trazerem à tona a questão do coletivo que se constitui no *fazer com*, outros viventes trouxeram nas entrevistas o movimento de aprendizagem que as metodologias ativas proporcionaram. Como narram os viventes: *“Eles (alunos) tem que estudar e buscar [...] é um método que vem de lá para cá”* (vivente S); *“[...] era uma metodologia diferente [...] eles começavam de fora para dentro, ao invés de começar de dentro para fora, como a gente está acostumado, geralmente”* (vivente K).

O de *“fora para dentro”,* ou de *“lá para cá”,* sugere pensar na multiplicidade de movimentos, os quais permitem pensar nas diversas realidades, como descrevem os viventes nas falas a seguir:

“[...] Mas foi uma atividade para que eu percebesse que a realidade não é uma só, existem realidades diversas, distintas, dependendo do local onde tu estás, depende do meio, depende das pessoas, e é com essa realidade que tu tens que procurar te encaixar para tentar resolver os problemas que estão ali [...]” (vivente V);

“[...] Metodologias Ativas, evita que tu vá receber um paciente, no consultório, “ah, tu tem asma, então tira todos os tapetes da casa, afasta os bichos”, e daí vai olhar a realidade daquela pessoa, a pessoa é moradora de rua, não tem cortina, não tem nada em casa, ou tem um chão batido [...]tu organiza o teu atendimento, oferece o teu serviço, de acordo com a realidade do paciente, além do conhecimento que tu recebe, o teu conhecimento é construído gradativamente, em cima de outras realidades. E tudo, nada muito separado, se estuda o paciente como um todo, o biopsicossocial, onde ele vive [...]” (vivente X).

A potencialidade das metodologias ativas se dá pela possibilidade de colocar em análise a relação ensino e aprendizagem, o que permitiria entrar em cena a Educação Permanente em Saúde no ensino. Ou seja, a pauta do ensino se faz pelo processo de interrogação permanente sobre as facetas que inserem a educação, forçando estilhaçar o ensino tradicional, construindo pensamentos críticos impulsionadores de práticas cuidadoras *“[...] capazes de responsabilização pelo cuidado e pela transformação das condições que afetam a vida”* (FERLA; CECCIM, 2013, p. 20).

Metodologias Ativas como dispositivo para alta hospitalar da docência

Na edição 2011 do VER-SUS Lages participaram como viventes duas docentes de uma universidade pública da região sul do Brasil. Ao perguntar para uma vivente-docente enfermeira como se sentiu ao vivenciar a prática de metodologias ativas, ela narra: “[...] foi um impacto muito grande [...] eu não tinha clareza de como tu trabalhas o conhecimento, de forma interdisciplinar.” (vivente docente A). Inicialmente, a vivente-docente relaciona seu impacto com sua trajetória no âmbito hospitalar. “No hospital a gente diz que trabalha em equipe, mas a gente não trabalha em equipe [...]” (vivente docente A).

O processo de abertura para a vivente referente às metodologias ativas trouxe outros questionamentos quanto à prática profissional “[...] se eu for trabalhar desse jeito, o que vai sair da enfermagem? O conteúdo da enfermagem eu vou deixar? Eu tinha uma impressão de que aquilo abolia meu conhecimento específico” (vivente docente A). Tal experiência possibilitou a ela da necessidade de, aplicando tal metodologia, saber que é preciso ir além dos conteúdos: “[...] o conteúdo tu tens que saber, tem que saber além do conteúdo; tem que saber como tu coordena o grupo, como tu puxa para que ele aprenda mais, sabe”. (vivente docente A).

O que fazer quando se pergunta para além do conteúdo da disciplina na prática docente? De acordo com algumas experiências relacionadas às metodologias ativas (MARIN, *et al.*, 2010; FREITAS *et al.*, 2009; GOMES & REGO, 2011; BALLARIN *et al.*, 2013), a relação ensino e aprendizagem não pode ser medida somente pelos resultados. Mas, sim possibilitar dispositivos, os quais permitem inventar modos de estar/fazer o ensino superior. A sinalização de invenções de metodologias de ensino-aprendizagem estende-se aos cursos da saúde que insistem numa formação com abordagem biologizante.

Logo, é possível visualizar que a experiência com metodologias ativas produziu deslocamentos de imagens sobre saúde, principalmente na dimensão profissional, porque endereça tanto aos discentes como docentes, sujeitos ativos na formação para área da saúde. O perguntar, na atividade de metodologias ativas utilizada no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012, permitiu com que os viventes pudessem colocar na roda de conversa, a possibilidade de criar perguntas endereçadas ao ensino superior, às práticas discentes e docentes.

Cheirar: territorializando imagens de saúde

“No fim tu hás de ver que as coisas mais leves são as únicas que o vento não conseguiu levar: um estribilho antigo um carinho no momento preciso o folhear de um livro de poemas o cheiro que tinha um dia o próprio vento...”

(O que o vento não levou - Mário Quintana)

Mário Quintana, em seu poema, convida para observar os atos simples do cotidiano que, de tão leve, o vento não carrega. Nesse capítulo, uso o verbo cheirar como deslocamento de imagens de saúde. Aqui, cheirar terá o sentido de acoplar-se a territórios⁵⁰ correlacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Criar territórios que possibilitam permanentemente pensar saúde, tem sido um dos desafios do SUS; um deles é valorizar as diversas culturais terapêuticas. Para dar visibilidade, Ministério da Saúde criou, em 2006, a Política nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Dentre os objetivos do PNPIC na promoção e recuperação da saúde, com “ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde” (BRASIL, 2006, p. 24).

Dentre as atividades realizadas no VER-SUS Lages, edições 2011 e 2012, houve visita a uma horta comunitária, momento para cheirar outros aromas de deslocamentos de imagens de saúde. Na horta comunitária, a ênfase se dava pelo uso de plantas com poderes terapêuticos. A horta ficava localizada na Pastoral da saúde, instituição a qual estava vinculada a Diocese⁵¹ de Lages (SC). Foi o momento de ir ao encontro dos saberes populares, possibilitar pensar nas práticas alternativas de saúde para além do uso de fármacos.

Como lembrado pelos viventes, essa atividade teve um caráter para pensar a outras maneiras de cuidado à saúde. Ao relembrares da vivência na horta comunitária, alguns

²²Território pode ser entendido como um acontecimento que cria um espaço; uma ideia de pertencimento, mas que permite entrar e sair do território (DELEUZE, 1988, p. 5).

⁵¹ Diocese significa, “circunscrição territorial sujeita à administração eclesiástica de um bispo, ou, por vezes, arcebispo, ou dum patriarca” (FERREIRA, 2004, p. 681). A título de curiosidade visitei o *site* da Diocese de Lages (SC) e havia um *link* sobre um encontro para pensar a alimentação saudável e os conselhos de saúde. Compartilho aqui, a fala da palestrante desse encontro: “A responsabilidade do controle social e determinante democrático do SUS é função dos Conselhos de Saúde. No entanto cabe a cada cidadão e cidadã conhecer as leis da saúde para poder cobrar junto aos órgãos públicos e fazer valer os seus direitos. Ficando assim os agentes da pastoral da saúde com o compromisso de vivenciar e multiplicar esses conhecimentos em suas comunidades, paróquias”. Disponível em: <<http://www.diocesedelages.org.br/28-05-15-not3.htm>>. Acesso em: 18 de julho, 2015.

viventes olharam essa prática como possibilidades de cuidado em saúde, como relata o seguinte vivente: “essa foi legal porque foi mais saúde, mais natureza. A gente vê que não precisa ser só fechada, de consultório, ampliar, um pouco, os horizontes” (vivente A). “[...] realmente, se tu estás precisando de uma ajuda, não é só medicação. É uma via bem interessante, assim” (vivente L).

Concordando com a vivente L sobre possibilidades de via de cuidado em saúde, entre os relatos dos viventes encontrei outras vias que possibilitam pensar os deslocamentos de imagens sobre saúde ao que tange os saberes populares. Assim diz uma vivente: “Eu lembro que a gente ficou encantado com os chás, com o cheiro maravilhoso [...] Para aquele senhor e aquela senhora que estavam lá; tinha mel que eles vendiam. Tu vias o brilho nos olhos deles, estavam sendo reconhecido pelo trabalho” (vivente O).

Sublinhei algumas narrativas dadas pela vivente “O”, pois o deslocamento de imagens sobre saúde também se dá por vias dos signos (DELEUZE, 1988). Aqueles que ampliam a visão sobre saúde para além dos modelos tradicionais, os biologizantes. A mesma vivente reforça os motivos aos quais a fazem estar na vivência: “[...] foi mais um momento em que a gente sentiu mesmo o que estava fazendo lá [...]” (vivente O).

O sentido dado aos viventes em relação à visita à horta comunitária estendeu-se também com preocupação pela vivente T ao constatar que, a cultura dos saberes populares em relação às plantas medicinais se encaminhava para vias do saber científico: “[...] a gente vai deixando essa cultura regional, e vai para as farmácias [...] quanta coisa a gente pode usar. Com medicação alternativa [...] tudo tinha uma receitinha, a importância disso, da comunidade saber, conhecer, de ser aceito também” (vivente T).

Os deslocamentos de imagens sobre saúde, produzidos pelos viventes em relação à visita na Pastoral da Saúde, exalam a relação entre saber popular em saúde e o saber científico. A partir de estudo bibliográfico relacionado à educação popular em saúde à prática fitoterápica, há exemplo do uso de chás como abertura para uma terceira via de diálogo entre profissional e a população, ampliando modos de pensar saúde, “[...] pois identificando os usos das plantas por parte da população, os profissionais podem enriquecer seus arsenais terapêuticos” (GOMES & MERHY, 2011, p. 12).

Cheirar como deslocador de imagens de saúde possibilitou pensar dois sentidos: o primeiro, aquele do sujeito da Experiência (BONDÍA, 2002) como ato de parar para sentir os cheiros das plantas, conversar com a comunidade, trocar conhecimento entre saberes; o

segundo, que se interliga ao primeiro, cheirar como criação de territórios de conhecimento, sobre as políticas do SUS, neste caso, relacionado às práticas integrativas.

Marcadores de subjetivades no VER-SUS Lages (SC)

Marcadores de subjetivades podem ser entendidos como aqueles registros afetivos que ficam no corpo; assim como as tatuagens; ora podem ficar cobertas pelas camadas de tecidos/malhas; ora podem ficar a céu aberto, para que todos olhem e façam suas interpretações. A única diferença é que na tatuagem há um registro desejado, almejado pelo sujeito; já o marcador de subjetividade aqui referido, pode acontecer involuntariamente; os registros se dão a golpes, desmanchando formas engessadas de ser e pensar o cotidiano.

Escolhi dois marcadores no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012; o primeiro foi uma atividade realizada na edição 2012, a produção de um vídeo. O segundo, será as marcas que o VER-SUS Lages (SC) deixou nos viventes.

Vídeo: marcador em cena

Durante o processo do VER-SUS/Brasil, é realizada a avaliação final das vivências e, neste momento, os estudantes são mobilizados, através da mediação dos facilitadores, a expressarem o produto final de como foi para o grupo o VER-SUS/ Brasil (BRASIL, 2013,).

Ao mapear as narrativas das entrevistas a partir dos mapas analíticos, fui cartografando os “mapas dos conflitos”. Aqueles que narram os embates e divergências vivenciados pelos viventes enquanto realizam alguma atividade no VER-SUS Lages. O conflito revela as subjetividades trabalhando na realidade (FRANCO; MERHY, 2007, p. 9).

Especificamente no VER-SUS Lages, edição 2012, foi escolhida pelos alunos a produção de um vídeo a ser apresentado como parte da avaliação final aos representantes das instituições parceiras.

O processo de produção do vídeo abriu para alguns deslocamentos de imagens correlacionadas à saúde, tendo em vista algumas divergências e do que isso produziu entre viventes envolvidos. Para uma vivente, a produção de vídeo foi a “[...] a coisa marcante, para mim foi o trabalho final, que tinha tido alguns conflitos, teve algumas divergências” (vivente N).

Ao dar continuidade a sua fala, a vivente N relata o quanto a produção daquele vídeo desencadeou o modo de se trabalhar em grupo: “[...] o vídeo para mim representou muito, porque representou, como pessoa, uma experiência de que, eu conseguia concluir um trabalho [...] aquilo foi uma descarga de adrenalina, coisa que, até hoje eu me emociono, de lembrar, porque foi muito legal chegar e conseguir apresentar” (vivente N).

Perguntei à vivente o que significou realizar a produção daquele vídeo. “[...] Aprendi que dependendo do espaço onde a gente se encontra, ou seja, como estudante [...] existem papéis, e que a gente tem que pensar nesse espaço que a gente está nesse papel que nós estamos [...]” (vivente N).

Como é de se esperar, toda a atividade desprende o maior envolvimento dos sujeitos; possibilita repensar os papéis assumidos por cada envolvido; provoca a quebra da maneira de pensar sobre si, sobre o trabalho. Quando perguntada sobre como foi a produção de vídeo, a vivente N responde: “[...] tenso [...]; [...] desconforto [...]” (vivente N).

Como efeito da atividade da produção do vídeo, foi percebido, a partir das narrativas da vivente N, o processo de culpabilização e a relação ao modo de perceber o

mundo do trabalho. “[...] é claro que, se a gente for para uma análise psicológica isso tem a ver comigo, com o fato da minha personalidade, de eu ser uma pessoa que gostava de coordenar tudo o que eu fazia, no meu trabalho. Então, claro, acredito que isso tenha gerado uma certa competitividade com os facilitadores que eu não entendia [...]” (vivente N).

Além da culpa, ficaram evidentes entre os viventes, as crenças em relação ao SUS daquilo que se acredita diante daquilo que se vive. “Eu acho que mais incomodou foi o fato de eu acreditar numa coisa, que é um SUS diferente, que é um SUS para todos, e ter vivenciado algo que eu vivi, que era algo coordenado, hierárquico [...]” (vivente N).

Lembro-me que o conflito gerado na produção do vídeo se deu fortemente pela relação entre viventes e facilitadores. Para uma facilitadora, a atividade citada nesse parágrafo a mobilizou para repensar o papel do facilitador. “[...] eu não sei lidar com essas situações, e talvez esse tenha sido o meu momento um pouco mais sensato, durante toda a vivência [...] eu não sei lidar com conflito” (vivente Z).

Ao perguntar para outra vivente sobre a vivência do vídeo, a mesma coloca a seguinte questão: “[...] se tu vais para um projeto assim, sem ter a mente aberta para isso, tu não pode ser irredutível, tu tens que entender o outro. E o outro tem que te entender, afinal a gente ficou uma semana juntos” (vivente U).

Ao analisar o que havia acontecido com a produção do vídeo, voltei aos meus arquivos e revi o vídeo fornecido pela vivente N. Lembro-me que a atividade referida despreendeu de nós, viventes, dedicação, regada a vinho e chocolate, sendo que entramos a madrugada fazendo o vídeo. Uma das questões que trago à tona foi uma pergunta que fiz para os achados na entrevista: por que o vídeo despreendeu, em alguns viventes e facilitadores, diversos deslocamentos sobre o modo de se trabalhar em grupo?

Entendo que essa mobilização se deu pelo intenso envolvimento dos viventes mencionados neste capítulo, quanto maior a exposição (CECCIM, 2012, p. 273), maior a possibilidade de ser atingido, desmanchado pelo fato de ser sujeito implicado, aquele que está exposto às diversidades micropolítica do cotidiano (MERHY, 2004).

Talvez este ensaio cinematográfico tenha possibilitado aos viventes deslocar-se das representações que verticalizam modos de ser sujeitos para entrar em processo no modo de ser coletivo no trabalho.

Em alguns momentos de minhas análises, procurei entender os deslocamentos de imagens de saúde que foram narradas pelos viventes que participaram do VER-SUS Lages, edições 2011 e 2012. Fui percebendo que se destacaram os deslocamentos de imagens sobre saúde no âmbito profissional. Por quais razões sobressaltou esse tipo de deslocamento?

Primeiramente, quando se está dialogando sobre o VER-SUS, inevitavelmente discute-se sobre vivências que acontecem durante a graduação de estudantes universitários, logo, revela-se uma articulação com a formação de futuros trabalhadores para área da saúde.

Que cenários a formação na área da saúde tem expressado a ponto de uma vivência, como o VER-SUS, disparar deslocamentos em relação às imagens sobre saúde?

Uma das pistas encontradas na literatura é que a formação de futuros profissionais para área da saúde ainda tem se mostrado reservatório de resistência às demandas da população (CECCIM & FERLA 2009; CECCIM, 2012; CECCIM; BRAVIN & SANTOS, 2011). O que se encontra nesse reservatório? Campo de disputas entre saberes e poderes (FOUCAULT, 2012).

Entra em cena outra área do conhecimento, a Saúde Coletiva, que também disputa por espaços de conhecimento aos quais coloca em análise a formação para área da saúde. De acordo com Feuerwerker (2005), a saúde coletiva tem como desafio consolidar o SUS, colocando-o em análise no campo das políticas de saúde. A aposta é promover rachaduras nos reservatórios da formação de futuros profissionais para área da saúde, “[...] O investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção de saúde” (CECCIM, 2007, p. 46).

Sentido do VER-SUS e sua multiplicidade de marcas

No decorrer do Mestrado em Saúde Coletiva na UFRGS, fui pensando quais foram os sentidos do VER-SUS Lages (SC) para a formação acadêmica? Logo, essa pergunta tornou-se um dos meus objetivos dessa pesquisa a fim de encontrar fios que permitissem pensar dessa relação desafiadora: VER-SUS e formação acadêmica.

Após entrevistar os viventes do VER-SUS Lages, fui percebendo da diversidade de marcas que essa vivência deixou nos estudantes/facilitador/docente. Por isso, resolvi criar algumas imagens que pudessem colaborar na discussão sobre o tema proposto, as imagens ficaram assim: a) VER-SUS como aprendizado para vida; b) VER-SUS como divisor de águas; c) VER-SUS e o SUS; d) VER-SUS e horas complementares.

Para uma vivente, o sentido do VER-SUS Lages (SC) a levou para experimentar os restos vibráteis da aprendizagem soltos ao longo da vida, para a vivente: “[...] o VER-SUS ampliou esse olhar completamente [...] isso é um aprendizado que eu vou ter para o resto da minha vida, que eu vou ter que fazer durante o resto da minha profissão [...]” (vivente ZF). Como complementa outra vivente, o VER-SUS, “[...] não é uma experiência que bate e passa, tu vai carregando; fica” (vivente T). Ficaram átomos de poeira que puderam sacudir as certezas, a previsibilidade que há no humano. O sentido e o aprender para essas viventes arrolaram-se pelos signos que compuseram na vivência (SORDI, 2009).

Quando os viventes falavam sobre os sentidos do VER-SUS, o caracterizavam como um divisor de águas, por vivência única durante a graduação, como relata o vivente abaixo:

“[...] Então, esse divisor de águas, para mim foi interessante, porque eu não tinha feito essa vivência, ainda. De conhecer outras pessoas, com ideologias diferentes, com religiões diferentes, com posições diferentes, porque, na verdade a gente teve que dividir quartos, em duplas [...] esse divisor de águas, na verdade, ele é marcante em virtude disso, em estar uma semana com pessoas diferentes da tua convivência, que tu não convives, que tu não sabes nada. Tinha uma oportunidade de conhecer um pouco mais essa pessoa. Eram várias faculdades, não era uma. Que faculdade ela veio? Que curso ela faz? O que ela pensa da vida? oportunidade de conhecer um pouco mais dessa pessoa. E saber dos projetos que existiam naquela cidade. Então, para mim foi muito marcante, de conhecer um pouco mais da Atenção Primária em Saúde, também [...]” (vivente V).

Nesse caso, o divisor de águas parece ter uma relação com o dividir afetos, vínculos os quais fazem parte de uma vivência, como o VER-SUS, onde os alunos ficam juntos de

sete a quinze dias. Dividir um quarto com alguém desconhecido talvez seja um início de deslocamento da relação indivíduo e coletivo.

O divisor de águas também pode se expressar na direção por onde correm as águas do pensamento que a constitui, muitas vezes, nos banhados hospitalocêntricos, mas que se desviam para as margens de outras experimentações abrindo brechas para novas redes. Para uma vivente:

“[...] o VER-SUS foi um marcador, um divisor [...] foi uma forma de eu experimentar uma nova profissão. De enxergar aonde eu poderia intervir [...] deu um corpo, uma forma, um entendimento, eu consegui fazer uns links com aquilo que eu estava estudando. Queira ou não queira, no hospital tu fica muito centrado no cuidado ao paciente e ponto. Tu não te enxerga na gestão, tu não te enxerga em outros momentos. Pra mim, foi nesse sentido” (vivente B).

O pensamento hospitalocêntrico tem lá suas nascentes na formação acadêmica, como se refere a vivente a seguir: “[...] antigamente não pensava assim [...] estava acostumada com hospital, a visão da [universidade] é bem hospitalocêntrica, de trabalhar em hospital, tanto é que, quando entrei na faculdade eu disse que iria trabalhar no hospital, isso é o que eu tinha na minha cabeça (vivente K).

O VER-SUS/BRASIL caracteriza-se por proporcionar aos viventes experimentações na Atenção Básica (AB). Para uma vivente, o VER-SUS pode se expressar pelas afirmações com aquilo que já se desejava como trabalhar na AB. “[...] acho que o VER-SUS veio para reforçar esse sentimento que eu tinha de ver que realmente é isso que eu quero trabalhar no SUS, quero trabalhar na Atenção Básica” (vivente G).

Para muitos viventes, foi no VER-SUS que eles tiveram possibilidades de conhecer o SUS de outra maneira, “[...] a forma como eu conheci o SUS foi pelo VER-SUS [...] o que me ativou a participar e a atuar no SUS. O VER-SUS foi uma dessas chaves” (vivente A). Com as chaves nas mãos, o que os viventes encontraram do outro lado da porta? Uma pista pode ser o que uma vivente relata: “[...] eu abri os meus olhos sobre o SUS, o que estava acontecendo com ele, sobre mim, também, como eu estava, se eu me importava ou não as situações que estavam ocorrendo, vamos dizer assim [...]” (vivente PS).

Conhecer o SUS também passa pela questão ética do modo de pensar, como relata a vivente: “[...] eu abri os meus olhos sobre o SUS, o que estava acontecendo com ele, sobre

mim, também, como eu estava, se eu me importava ou não com as situações que estavam ocorrendo, vamos dizer assim [...]” (vivente P).

Com chaves nas mãos e olhos atentos para o que está acontecendo no SUS, o que mais o VER-SUS pode fazer? “[...] então, para mim foi muito marcante conhecer um pouco mais da Atenção Primária em Saúde [...]” (vivente V).

Um dos desafios do VER-SUS tem se constituído na possibilidade da formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com as necessidades de saúde da população (FERLA *et al.*, 2013, p. 4). Dentre os caminhos oferecidos pelo VER-SUS Lages (SC) para que produza encontros entre a formação e a necessidade da população, foi conhecer a Atenção Básica (AB), já que possui no seu conjunto de ações um intercessor - o sujeito – que deve ser visto na sua singularidade, no aspecto sociocultural e integralidade (BRASIL, 2012, p. 20).

Além disso, a relação VER-SUS e Atenção Básica também provoca pensar o município dos viventes, como narra uma vivente “[...] daqui a pouco tu vai até vendo o teu município com outros olhos, porque os questionamentos que eu fiz foi esse: puxa, fui para Santa Catarina, peguei um ônibus, não sei quantas horas foi de viagem para ver o SUS em Lages, e no meu município eu não conheço como funciona” (vivente O).

Será que os deslocamentos de imagens de saúde no que tange à aproximação com a Atenção Básica se configuram num cutuque? “[...] sim, ele foi aquele cutuque: ah, tu vai ficar atendendo dentista vida inteira [...] é isso mesmo que tu queres?” (vivente G). Para esta vivente, ter participado do VER-SUS Lages (SC) foi um achado para que ela tomasse decisões sobre a relação dele entre formação profissional e trabalho no SUS.

Inevitavelmente, trabalhar no SUS é também trabalhar em equipe, conviver com diferentes e semelhantes saberes seja ele científico ou senso comum. Lidar com diferentes saberes, entrar em territórios cujas formações se estabelecem pelos seus especialismos (COIMBRA, 2003). Para uma vivente, trabalhar em equipe se traduz em trabalhar em rede: “[...] o VER-SUS me fez gostar de trabalhar com equipe multiprofissional, porque eu não tive uma formação voltada para uma equipe multiprofissional [...] ter essa visão que existe outras redes, outras coisas que funcionam e tem que andar integrado” (vivente Q).

Pensar redes é puxar fios de conhecimentos - práticos e epistemológicos; juntar com outros fios - com as políticas de saúde; enredar-se com outros fios - dos serviços de

saúde, e assim, criar alguns “nós”, os quais poderão viabilizar conexões rizomáticas (KASTRUP, 2004).

Essas junções de fios, principalmente nas vivências no SUS, deixam marcas, as quais podem criar subsídios para repensar a formação na área da saúde. Esse pode ter o intuito em estilhaçar o imaginário da formação em saúde que privilegia a perspectiva liberal-privatista (CECCIM *et al.*, 2008). Um estudante, ao iniciar um curso na área da saúde, já possui de antemão um imaginário idealizado da formação, o problema é quando a formação confirma esse imaginário (FERLA, 2014).

Percebi nas entrevistas, uma maneira da formação confirmar o modelo competitivo. Trago aqui, a questão da realização do VER-SUS como atividade complementar. Desde 2001, as DCNs foram orientadas para que os currículos do ensino superior tivessem atividades complementares (BRASIL, 2001, p. 2). Ou seja, devem constar nos Projetos Políticos Pedagógico dos Cursos atividades complementares⁵².

É emitido a todos os viventes do VER-SUS/Brasil um certificado de participação que geralmente, totaliza setenta horas. Essa certificação é utilizada para comprovar atividades complementares exigidas pelas universidades.

Nas entrevistas com os viventes do VER-SUS Lages (SC), quando perguntados sobre o sentido do VER-SUS, surgiu no diálogo as horas complementares, como narra um vivente: “A gente sempre comentou que o VER-SUS, além da setenta horas que nos deu de currículo, ele fez com que a gente crescesse muito e escutar o outro, e ouvir outras opiniões, ver as práticas” (vivente Q).

E essa maneira de proliferar vivências com fins individuais confirma numa fala de uma vivente: “[...] dialoguei com outras pessoas sobre o programa, aconselhei a fazer porque é uma experiência válida, ganha bastante horas para as complementares” (vivente K). A produção da vivência é convertida em créditos, mercadoria acadêmica, em “valor de troca” (BONDÍA, 2002, p. 24).

Da mesma maneira que os sentidos das imagens de saúde, o que correlaciona com a formação, sejam capturados pela lógica da mercantilização da formação, há deslocamentos que colocam o vivente em estado de incerteza, como relata as viventes abaixo:

⁵² Cada instituição de ensino superior (IES) possui suas resoluções internas relacionadas aos regimentos dos créditos complementares a serem cumpridos pelos alunos de graduação.

“No VER-SUS, eu me senti um pouco perdida [...] perdida no sentido de que era tudo novo, era tudo coisa nova, então era muitas siglas [...] muito nome, e anotar tudo e eu ficava meio perdida [...] o VER-SUS só me agregou bastante nisso em relação a ter uma visão de modo diferente em relação de como se distribui o SUS” (vivente U);

“[...] o VER-SUS me mostrou isso, de ter que respeitar a visão do fulaninho, não tem nada a ver com o que eu acredito, não tem nada a ver com aquilo que eu estudo, ou eu acho que não tem nada a ver, tudo vira uma pergunta, mas será que é? Será que não é? E é isso que o VER-SUS me trouxe, é muito mágico assim” (vivente Z).

As marcas vivenciadas no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012, e que produziram em cada vivente deslocamentos de imagens de saúde nas suas multiplicidades: pensar sobre a vida; fazer dicotomia entre teoria e prática; pensar sobre o SUS; olhar para tudo isso sem perder de vista da possibilidade em complementar horas exigidas pelas instituições de ensino, faz do VER-SUS ser essa multiplicidade de agenciamentos, o que faz desse dispositivo um arsenal de diálogos para pensar a aprendizagem em ato.

Sobre o que falar das análises dos dados?

Em noites frias que o sul do Brasil se apresenta, fui procurando aquecer meus pensamentos para compreender sobre o que havia analisado nesta pesquisa. Analisar as imagens de saúde produzidas pelos viventes no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012, foi meu foco de pesquisa, principalmente após a qualificação do projeto de pesquisa⁵³.

Para analisar as imagens de saúde, sabia que necessitaria a partir dos viventes: identificar as imagens de saúde reconhecidas por esses/as alunos/as; identificar as atividades e cenários significativos para os viventes; entender do retorno à universidade pós VER-SUS; assim como, compreender os sentidos do VER-SUS para cada sujeito da pesquisa.

Após as entrevistas realizadas, os mapas analíticos feitos e até mesmo um primeiro ensaio de análise dos dados concluídos, percebia que faltava algo para cruzar os dados, percebia; havia alguns elementos transversais que estavam nas narrativas dos viventes, as quais desejava destacar como disparadores de deslocamentos de imagens de saúde.

⁵³ A qualificação do meu projeto de pesquisa foi realizada em agosto de 2014.

Foi então, o momento em que reorganizei as análises dos dados para dar mais sentido ao que estava pesquisando. Após esse processo de reorganização e revisão das análises dos dados senti-me mais cansado, ao mesmo tempo, aliviado, ao saber que estava cruzando teorias conceituais – Experiência em Bondía (2002) e Encontro em Deleuze (1988) com os dados da pesquisa e novos disparadores – olhar / escutar / falar / perguntar / cheirar / marcar.

Fui entendendo que esses disparadores, citados no parágrafo anterior, levaram-me a fazer uma pergunta: o que pode o deslocamento de imagens de saúde? “buscar a potência, levantando questões, investigando realidades e interrogando paisagens, na perspectiva de uma aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais (potências profissionais)” (CECCIM, 2007, p. 41).

Desejava compreender o que estava buscando no VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012. Buscava cruzar modos de aprender nas vivências no SUS, a partir do entrelaçamento entre formação, produção de subjetividade e trabalho, com isso “[...] criasse territórios para uma escuta pedagógica em saúde” (CECCIM, 2007, p. 43).

Minhas importâncias nesta pesquisa

“Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças, nem barômetros. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produz em nós.”

(Manoel de Barros)

Assim como Manoel de Barros, desejo compartilhar neste capítulo, “o encantamento que as coisas produziram em mim”. Destacarei algumas importâncias vividas durante o processo de pesquisa.

A primeira importância refere-se à possibilidade desta pesquisa produzir reflexões acerca das diversas imagens sobre saúde que foram se construindo durante o VER-SUS Lages, edições 2011 e 2012, apontando para além do instituído. Os achados mostraram a necessidade do *aggiornamento* da concepção de saúde que se desdobrou em múltiplas imagens, fazendo do objeto saúde um disparador de reflexões.

Ter escolhido a temática – saúde em vivências no SUS – produziu, em mim, incessantes estilhaçamentos do meu pensamento tanto em relação a saúde, seus conceitos e concepções, quanto a questão das vivências no SUS, que assume compromisso social em torno das políticas de saúde.

Ter o mapa analítico como fonte metodológica para construir trilhas de pensamento sobre o desconhecido, fizeram-me criar, constantemente um novo modo de operar na pesquisa; a cada encontro com os dados, o processo de resignificação se fazia presente.

Diante da escrita, percebia que vivia em luta tênue entre minhas pulsações de desejo, as quais se traduziram na possibilidade de cartografar meu modo pesquisador – rastejante, que, submerso as forças instituídas e instituintes, encontrava fôlego para dar visibilidade ao sentido da pesquisa.

As entrevistas foram significativas pelo (re) encontro com os viventes (alunos, facilitador e docentes), o que ativou minhas lembranças, também, como vivente. As entrevistas fizeram parte da travessia que transcendeu, apenas, como dispositivo de coleta de dados, pois, para muitos viventes foi o único momento pós VER-SUS. Todo esse processo lançou-me a pensar sobre os desafios relacionados pós vivências, no SUS.

É possível perceber que estilhaçar o pensamento sobre saúde significa romper com os pensamentos verticalizados, enraizados numa única ciência, ou num pensamento do

senso comum; a criticidade a de ser um exercício permanente, que sopra perguntas, curiosidade, as quais configuram estar em relação com o outro, sendo esse outro como pessoa, e/ou objetos.

As vivências pesquisadas, VER-SUS Lages 2011 e 2012, mostrou-me que, há sempre algo que escapa do hegemônico, do instituído; não há possibilidade do pensamento homogeneizado quanto o assunto refere-se ao pensamento sobre conceitos/concepções de saúde, que estão para além da formação universitária, e sim da formação humana.

Ter decidido criar disparadores de deslocamentos de imagens sobre saúde (olhar, escutar, falar, perguntar, cheirar, marcar) foi, para mim, perceber que, esses sentidos do corpo, ou que fazem parte do corpo, são relevantes para os estilhaços relacionados ao pensamento sobre saúde, a fim de afirmar enquanto necessidade formativa para o SUS.

Ter como campo de pesquisa o VER-SUS, foi uma decisão política, porque, nessa vivência, o pensamento sobre saúde enreda-se a outros aspectos da vida, tais como: cultura, economia, meio ambiente, questões de gênero, aspectos jurídicos, religioso; ou seja, o VER-SUS possibilita dar visibilidade a multiplicidade de dispositivos que compõe conceitos/ concepções de saúde, de maneira rizomática, ou seja, sem início e fim, mas sempre no meio.

Espero que a possibilidade de repensar conceito/concepção de saúde numa vivência no SUS, a fim de deslocar para tantas imagens quantas forem possíveis; leva-me a convidar o leitor/a, também, a estilhaçar seus pensamentos àquilo que se refere a saúde, a formação universitária, como também, às vivências no SUS.

Referências

ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Estatuto da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/Estatuto_Assembleia-ABRASCO_14-NOVEMBRO-2013-maio-2015.pdf>. Acesso em: 17 de julho, 2015.

ABREU, Ovídio de. **O fora e o signo**. Disponível em: <http://www.oquenosfazpensar.com/adm/uploads/artigo/o_fora_e_o_signo/22_O_fora_e_o_signo.pdf>. Acesso em: 03 de julho, 2015.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia? In: **Revista Brasileira Epidemiologia**, v.3, n.1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v3n1-3/02.pdf>>. Acesso em: 14 de julho, 2015.

ARANTES, Esther Maria de Magalhães. Escutar. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; NASCIMENTO, Maria Lívia do; MARASCHIN, Cleci (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

BARRETO, Afonso Henrique de Lima. **O cemitério dos vivos**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração. 1993. Acesso em: 17 de julho, 2015.

BARROS, Manoel de. **Memórias Inventadas. As infâncias de Manoel de Barros**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2008.

_____. _____. **A segunda infância**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2006.

BIENAL. **Como falar de coisas que não existem**. 31.ª Bienal de São Paulo. 2014. Disponível em: <<http://www.bienal.org.br/post.php?i=494>>. Acesso em: 18 de julho, 2015.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. In: **Revista Brasileira de Educação**, jan./fev./mar./abr., n.19, p.20-28, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 13 de julho, 2015.

_____. _____. _____. **Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação**. CNE/CES 583/2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/58301orientacoes.pdf>>. Acesso em: 18 de julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8142**. Participação da comunidade na gestão do SUS. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 19 de julho, 2015.

_____. _____. **Portaria nº 3088**. Rede de Atenção Psicossocial. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 17 de julho, 2015.

_____. _____. Associação Brasileira da Rede Unida. **VER-SUS Brasil**: guia do facilitador. Adaptado por Alcindo Antônio Ferla et al. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. Secretaria de Gestão e do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_sau_de.pdf>. Acesso em: 14 de julho de 2015.

_____. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. 2007. Disponível em: <<http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>. Acesso em: 17 de julho, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde e da Educação. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Portaria Interministerial N.º 1.802**. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pr1802_26_08_2008.html>. Acesso em: 17 de julho, 2015.

BURILLE, et al. Do VER-SUS: do que é, do que foi e do que ficou. In: **Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, 2013. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/523>>. Acesso em: 28 de julho, 2015.

CANGUILHEM, Georges. Doença, cura, saúde. In: CANGUILHEM, Georges. **Normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

CARVALHO, YARA Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. In: **Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.6, n.2, 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1128>>. Acesso em: 13 de julho, 2015.

_____. Invenção da Saúde Coletiva e do Controle Social em saúde no Brasil: nova dimensão na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. In: **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, v.33, n.1, p.29-48, junho, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação e saúde**: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. In: **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n3, p.443-456, nov 2008/2009.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da Formação para Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. In: **Physics: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.14, v.1, p.41-65, 2004.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p.117-130, 2006.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. In: **Physics: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.9, v.1, p.13-36, 1999.

COIMBRA, Cecília. **Guardiães da ordem** – uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “Milagre”. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; GAMA, Mônica, Elinor Alves. A visita domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde. MALAGUTTI, Willian. (Org.). **Assistência Domiciliar** – Atualidades da Assistência de Enfermagem. In: Rubio, Rio de Janeiro p. 37-48, 2012.

CUNHA, Marcela Silva da; SÁ, Marilene de Castilho. **A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família**: os desafios de se mover no território. In: **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.17, n.44, p.61-73, jan/mar, 2013.

CYRINO, Eliana Goldfarto; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. In: **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.20, v.3, p.780-788, maio-junho, 2004.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças; NASCIMENTO, Maria Livia. **Sobreimplicação**: práticas de esvaziamento político? Disponível em: http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos_sti/Maria%20L%C3%ADvia%20do%20Nascimento/texto22.pdf>. Acesso em: 19 de junho. 2015.

DALPIAZ, Luiza Helena. **Método de problematização de práticas sociais e formação profissional**. Frederico Westphalen: URI, 2005.

DELEUZE, Gilles. **O Abecedário de Gilles Deleuze**. 1988. Transcrição integral do vídeo, para fins exclusivamente didáticos. Disponível em: <<http://stoa.usp.br/prodsubjeduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf>>. Acesso em maio de 2015.

_____. **Proust e os signos**. 2.ed. Trad.: Antônio Piquet e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia**. v.5. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

_____. **Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia**. v.3. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

FERLA, Alcindo Antônio *et al.* **A história do VER-SUS: um pouco sobre o conjunto das iniciativas que inspiraram o projeto VER-SUS/ Brasil**. In: VER-SUS Brasil: cadernos de textos. Porto Alegre: Rede Unida, p. 01-05, 2013.

FERLA, Alcindo Antônio *et al.* **Vivências e Estágios na Realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas**. 2013. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/892/1732>>. Acesso em: 08 de agosto de 2014.

FERLA, Alcindo Antônio; CECCIM, Ricardo Burg. A formação em Saúde Coletiva e as Diretrizes Nacionais da Área da Saúde: reflexões e começo de conversa. In: FERLA, Alcindo Antônio; ROCHA, Cristiane Maria Famer. (Orgs.). **Cadernos da Saúde Coletiva: inovações na formação de sanitaristas**. Porto Alegre: UFRGS, 2013.

FERLA, Alcindo Antônio; MATOS, Izabella Barison. Afinal, o que podem as Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) para a formação na saúde? In: **Cadernos da Saúde Coletiva**, v.2, p.99-102, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/83497/000906618.pdf?sequence=1&locale=pt_BR>. Acesso em: 10 de agosto de 2014.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FONSECA, Tânia Mara Galli. *et al.* **Testemunhos da Infância – Rumores do arquivo**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANCO, Túlio Batista. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS**. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. 2007. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf> acesso em: 29 de julho, 2015.

HESS, Remi. O momento do diário de pesquisa na Educação. In: **Revista de Educação Ambiental**, Rio Grande, v.14, n.01, p.61-87, 2009.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades@**. Lages. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=420930#>>. Acesso em 20/2/13.

KASTRUP, V. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: PARENTE, A. (Org.). **Tramas da rede**. Porto Alegre: Sulina, 2004.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. Cartografar é traçar um plano comum. In: **Fractal, Revista Psicologia**, Rio de Janeiro, v.25, n. 2, p. 263-280, Maio/Ago, 2013.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcante. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. In: **PHYSIS, Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.17, v.1, p.15-28, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a02.pdf>>. Acesso em: 14 de julho, 2015.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; ROCHA, Marisa Lopes da. Pensar. (Org.). FONSECA, Tânia Mara Galli; NASCIMENTO, Maria Livia do; MARASCHIN, Cleci. **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

LIPOVETSKY, Gilles. **Os tempos hipermodernos**. 4. reimp. São Paulo: Barcarolla, p. 49-104, 2004.

LÖCKS, Geraldo Augusto. **Algumas categorias úteis para pensar a territorialidade da Serra Catarinense**. Projeto Educação do Campo – Novas Práticas: Lages SC – Centro Vianei de Educação Popular, 2010, p.4-13.

LUZ, Madel Terezinha. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. In: **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v.9, p.8-19, maio 2008.

_____. **Ordem Social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, p.21-39, 2007.

MARANHÃO, Thais. **Função – facilitador(a) nos Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde**. Marcas de protagonismo estudantil na construção de práticas formativas. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

MARQUES, Cecília de Castro e, *et al.* Sobre mudanças de lugar e produzir a diferenças. A voz de usuários de serviços públicos de saúde mental. In: **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v.9, n.01, p.106-126, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MUNARIM, A. **Educação e esfera pública na serra catarinense**. Florianópolis: NUP, 2000.

NETTO, Rui Alvacir. Lages na encruzilhada da sua história. In: **Revista Visão**, jun./jul., 2008, n.42, ano 6, p.06.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 15 de julho. 2015.

OTICS. Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde. **Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus>>. Acesso em: 29 de julho, 2015.

PEIXER, Zilma Izabel. **A cidade e seus tempos: o processo de constituição do espaço urbano em Lages**. Lages: UNIPLAC, 2002.

PORTES, Virgínia de Menezes; CECCIM, Ricardo Burg. Saúde Coletiva na graduação: práticas de formação e campo de práticas. In: CECCIM, Ricardo Burg. **Fiz vestibular pra saúde coletiva**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Secretaria Estadual da Saúde, Escola de Saúde Pública, p. 12-21, 2013.

PROUST, Marcel. **Em busca do tempo perdido – o tempo redescoberto**. São Paulo: Globo, 2013.

REDE UNIDA. Associação Brasileira Rede Unida. **Estatuto da Associação Brasileira da Rede Unida**. 2014. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/rede-unida/estatuto-da-rede-unida/estatuto-da-rede-unida-versao-versao-3pdf>>. Acesso em: 17 de julho, 2015.

RICOUER, Paul. **Memória, história e esquecimento**. 2003. Disponível em: <http://www.uc.pt/fluc/lif/publicacoes/textos_disponiveis_online/pdf/memoria_historia>. Acesso em: 10 de março, 2015.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

_____. **Cartografia Sentimental**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2014.

ROSETTO, Adriana; ROSSETTO, Carlos Ricardo; FILIPPIM, Eliane Salete; MATOS, Izabella Barison; GÖCKS, Nara Maria Khun. Instituições democráticas, políticas públicas e desenvolvimento regional: o caso de Santa Catarina. In: ROSETTO, Adriana; FILIPPIM, Eliane Salete (Orgs.). **Políticas Públicas, Federalismo e Redes de Articulação para o Desenvolvimento**. Joaçaba: Editora UNOESC, p. 25-60, 2008.

SISTEMA S. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/educacao/2012/02/sistema-s-e-estrutura-educacional-mantida-pela-industria>. Acesso em: 09 de agosto de 2014.

SOUSA, Edson Luiz André. Entrevistar. In: FONSECA, Tânia Mara Galli; NASCIMENTO, Maria Lívia do; MARASCHIN, Cleci. (Orgs.). **Pesquisar na diferença** – um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ZANELLA, Andréa Vieira. **Perguntar, registrar, escrever**: inquietações metodológicas. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2012.

Apêndice A – Roteiro de entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Caracterização do sujeito

Curso:

Universidade/IES:

Sexo:

Idade:

Sobre a vivência

1. Edição que participou:
2. Que imagens sobre saúde durante a vivência você destacaria?
3. Essa (s) imagem (s) era (m) semelhante a (s) que você tinha anteriormente?
4. Destaque e comente os cenários do VER-SUS Lages.
5. Destaque e comente atividades que foram marcantes no VER-SUS Lages.
6. Qual o significado do VER-SUS Lages para a sua formação acadêmica?
7. Qual o significado do VER-SUS Lages para a sua formação/inserção profissional?
8. Além do VER-SUS você participou de outras vivências semelhantes? Que comentários você faria a respeito?
9. Como você descreveria seu retorno à universidade depois do VER-SUS?

Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a), você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **VER-SUS Lages (SC) edições 2011 e 2012: que imagens de saúde emergem dessas vivências?**, cujo objetivo é analisar as imagens de saúde, reveladas pelos viventes, que foram produzidas quando da realização do VER-SUS Lages (SC), edições 2011 e 2012.

Sua colaboração neste trabalho é **MUITO IMPORTANTE**, mas a decisão de participar é **VOLUNTÁRIA**, o que significa que você terá o direito de decidir se quer ou não participar bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento. Garantimos que será mantida a **CONFIDENCIALIDADE** das informações e o **ANONIMATO**. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas.

O **ÔNUS** quanto à sua participação refere-se a certo desconforto no sentido de dispor de tempo (cerca de 40 minutos) para responder perguntas da entrevista. Se houver concordância, a entrevista será gravada. O **RISCO** pode ser dimensionado como leve, pois haverá mobilização de seus sentimentos ao resgatar eventos e situações vivenciadas durante o VER-SUS. Como **BENEFÍCIOS DIRETOS**: você contribuirá na produção de conhecimento sistematizado sobre a potência do VER-SUS em relação aos seus efeitos em egressos.

Em caso de dúvida poderá entrar em contato com o responsável pelo projeto, o mestrando Carlos Alberto Morrudo Filho ou sua orientadora Profa. Dra. Izabella Barison Matos, pelo telefone (51) 33085444 (Saúde Coletiva/UFRGS). Deixamos disponível, também, o contato do Comitê de Ética da UFRGS onde este projeto foi aprovado – CEP/UFRGS (51) 3308-3738.

Declaro estar esclarecido (a) sobre os termos e consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

_____, ____/____/____.

PARTICIPANTE DA PESQUISA