

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

REFLEXÕES SOBRE AS VIVÊNCIAS NO CURSO  
DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO DOCENTE  
PARA ÁREA DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE

NARA SANDRA DO NASCIMENTO

Cuiabá – MT

2011

NARA SANDRA DO NASCIMENTO

REFLEXÕES SOBRE AS VIVÊNCIAS NO CURSO  
DE ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO DOCENTE  
PARA ÁREA DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE

Trabalho de Conclusão do Curso de  
Especialização de Formação  
Docente na área de Vigilância da  
Saúde da Escola Nacional de  
Saúde Pública Sérgio Arouca, para  
obtenção do título de especialista.

Orientadora: Adriana Geisler

Cuiabá – MT

2011

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	03
O PENSAMENTO SISTÊMICO .....	07
DE VOLTA AO TERRITÓRIO .....	09
A PAUTA .....	15
A IDENTIDADE PROFISSIONAL DO DOCENTE/DISCENTE .....	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	29
ANEXOS .....	31

## Introdução

O termo educação tem sido utilizado em muitas das atividades e ações desenvolvidas por nós trabalhadores<sup>1</sup> da saúde, nas chamadas ações de educação em saúde, sendo o termo mais apropriado informação/comunicação em saúde, como nas ações de formação, a educação permanente. As chamadas ações de “educação em saúde”, geralmente são associadas a eventos, são pontuais, com conteúdo estabelecido pela equipe de saúde de acordo com sua disponibilidade e interesse e, transmitidos a população comumente através de palestras.

A atuação ocorre em geral de forma cartesiana e não como um processo social, no qual os serviços de saúde não são escolas tradicionais, mas parte da rede social de aprendizagem (família, comunidade, igreja, internet, mídia).

O termo educação também é utilizado para os processos educacionais de produção de conhecimento, apoiados no pensamento reflexivo, dialógico, contextual, colaborativo, criativo e construtivo, direcionado as práticas de saúde, suas mudanças e melhorias, designados de educação permanente.

No entanto, apesar de ser uma pratica comum dos trabalhadores, em especial da atenção básica, a maioria não possui preparo para o exercício da função de educador e, a habilidade e a competência (ou não) vêm empiricamente através das experiências ou através de cursos e capacitações pedagógicas, muito rápidas e superficiais.

As metodologias institucionalizadas são definidas para determinada categoria profissional ou para determinado programa, de forma vertical, acrítica, sem discussão, demonstrando toda a fragilidade institucional tanto em relação ao desenvolvimento dos processos educativos dos profissionais, como em relação aos processos de informação e comunicação

---

<sup>1</sup>Utilizo as palavras trabalhadores, profissionais para designar todas as pessoas que possuem vínculo empregatício com o SUS, sem entrar nas questões relativas à gestão do trabalho ou na utilização de expressões mercadológicas e/ou corporativas como “médicos e profissionais de saúde”.

que os serviços<sup>2</sup> de saúde desenvolvem junto à população e que devem contribuir para o exercício da cidadania

De um lado temos um conjunto grande de profissionais formados por uma educação cartesiana, newtoniana, mecanicista, dentro do modelo biomédico, tecnicista, mas que de forma geral, incutiu numa parcela significativa de egressos um sentimento de responsabilidade social, também expresso por Maturana (2005), quando diz “estudei para devolver ao país o que havia recebido dele.” (p 12). São produtos desta educação, fundamentada na ciência clássica, a análise, a especialização, a disciplina, a dicotomia.

Com as limitações e críticas a ciência clássica e o desenvolvimento tecnológico, e como coloca Bibeou (1996) citado por Naomar (2005) “*paralelamente (e contraditoriamente) à superespecialização assistimos a um apagamento de fronteiras (pessoal-político; privado-público; local-global; individual-coletivo; sagrado-profano; objeto-sujeito)*” (p.35), práticas pedagógicas inovadoras são desenvolvidas, no entanto, o sentimento é de responsabilidade mercadológica, competitiva, a negação do outro, sendo as práticas solidárias, não institucionais e, em geral, não produto desse processo educativo.

Por outro lado, apesar dos avanços, a concepção de saúde como determinada pelo processo de produção e reprodução das pessoas em sociedade, ou seja, a saúde determinada pelas condições de vida e trabalho, não tem capilaridade no conjunto dos serviços de saúde. As ações de saúde são predominantemente voltadas para doença ou para manter o corpo produtivo (vida produtiva saudável), dentro dos modelos desenvolvidos pelo/para o capitalismo.

Na prática os processos de trabalho de saúde da família, por exemplo, colocada como estratégia para reorganização das práticas de saúde, inversão do modelo, constituindo-se num conjunto de normas e programas estabelecidos pelo Ministério de Saúde. Além disso, muitas das ações desse programa estão determinadas e condicionadas por programas verticais, no

---

<sup>2</sup> Incorporo aqui a concepção de Ceccim (2004), ou seja, que serviço não se restringe “à noção de práticas de atenção. Deve revelar uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor”.(p. 51)

alcance de metas, medidas através da quantificação de procedimentos, voltadas para atenção individual e, às vezes, dissociadas da realidade e dos problemas locais (área de abrangência).

As equipes de saúde da família realizam de forma bastante insuficiente as ações promocionais, não possuem habilidade para o atuar centrado na família, apresentam dificuldades para o enfrentamento de problemas tais como saúde e doença mental, violência, desfiguração ambiental. Não há valorização da formação dos trabalhadores, nem implementação da vigilância da saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde define essa como o processo de aprendizagem “no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”, baseia-se “na aprendizagem significativa e nas possibilidades de transformar as práticas profissionais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Numa breve revisão conceitual, temos que na aprendizagem significativa novas idéias se relacionam de forma lógica e substantiva (tem sentido) com as idéias já existentes. Segundo Moreira (2000, p.4)

“Aprendizagem significativa caracteriza-se pela *interação cognitiva* entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio. Nesse processo, que é não-literal e não-arbitrário, o novo conhecimento adquire significados para o aprendiz e o conhecimento prévio fica mais rico, mais diferenciado, mais elaborado em termos de significados, e adquire mais estabilidade.”

Educação permanente em saúde é, portanto, um processo contínuo, reflexivo, no qual os trabalhadores deveriam ser os protagonistas da ação, construindo, produzindo e transformando seus conhecimentos e, mudando sua prática com o objetivo de construir serviços humanizados, com atenção integral, qualitativa, que busque eliminar as iniquidades em saúde e reduzir as desigualdades sociais.

As atividades de educação destinadas aos trabalhadores de saúde, aqui incluídos os treinamentos, capacitações, oficinas e outros, ainda ocorrem sem preocupação com os aspectos conceituais e/ou metodológicos, requerido pela diversidade dos serviços. Usualmente, utilizando o extremo da aprendizagem significativa – “*aprendizagem mecânica*, na qual novas informações são memorizadas de maneira arbitrária, literal, não significativa”

(Moreira,2000, p.5), dissociada de um modelo de saúde que busque a integralidade, e muitas vezes homogeneizando a realidade e os trabalhadores de saúde, distanciando-os quando desconsidera os diversos conhecimentos e saberes, sobretudo, as necessidades da população.

A definição dos problemas de saúde não ocorre pelas necessidades de saúde da população, são levantadas pelas análises de indicadores epidemiológicos, além de outros instrumentos e junto aos usuários e/ou suas representações.

O controle social é sem dúvida uma conquista e uma ferramenta de democratização da política e da gestão da saúde, orientando/controlando as ações e gastos na direção dos interesses da população. Institucionalmente é estabelecido através dos conselhos de saúde que se constituem em campos com vários interesses (muitos individuais e/ou corporativos) e poderes, de ingerência política, reduzindo-se a aprovação de documentos/projetos visando repasse financeiro, sem uma organicidade entre representante e representados, e de mandatos longos, quase vitalícios.

A relação que hoje se estabelece entre os movimentos sociais, o controle social, a participação popular e os serviços têm muito que avançar no reconhecimento e efetivação da saúde como um direito de cidadania e mais ainda como parceiros na construção de uma sociedade mais justa, sendo necessário a horizontalização desta relação.

Ressalto, que a característica fundamental das representações não governamentais tem que ser a autonomia. Do contrário continuaremos assistindo o executivo cancelar suas propostas. E, resgato o papel dos trabalhadores de saúde como protagonistas no desenvolvimento de uma vigilância contra hegemônica, no fortalecimento do SUS. Para tanto é necessário uma atuação contínua, mais ativa, articuladora e mobilizadora.

Reconheço os avanços obtidos pelo SUS ao longo de sua história e a necessidade de fortalecê-lo. Considero essencial refletir e apontar os limites, alcances e perspectivas do nosso sistema nacional de saúde. No dizer de Gramsci (1986),

“O ser não pode ser separado do pensar, o sujeito do objeto; se faz esta separação cai-se na abstração sem sentido. Sentido no qual o fazer tem um significado particular, tão particular, que não significa senão conhecer.”

Assim o desafio posto, do qual sou sujeito-objeto, sujeito-sujeito, sujeito-sujeitado é produzir processos educativos de construção de sujeitos comprometidos ética-política-técnicamente com o cuidado em saúde individual e coletivo, priorizando e operacionalizando a vigilância da saúde. Educação esta que “promova o respeito às diferenças, à diversidade entre os seres, às diferenças culturais e aos diferentes processos de desenvolvimento humano.” (BERTICELLI, 2006, p. 22)

Neste sentido, este trabalho é produto de reflexão sobre o Curso Especialização de Formação Docente na Área de Vigilância da Saúde, especialmente dos momentos de conexão, seu processo, a relação teoria/prática, curso/realidade local (necessidades), interrogações, estranhezas, desafios e muitas incertezas, em holomovimento.

Justifica-se fundamentalmente por ser este curso um dos passos de um processo de implantação de uma vigilância da saúde de base territorial local, centrada nos problemas, vulnerabilidades e possibilidades das pessoas e populações, sendo uma contribuição para pensar e construir alternativas para melhoria e avanço na construção de um melhor entendimento e operacionalização da vigilância da saúde.

A vigilância da saúde constitui ferramenta na busca de mudança e reorganização das práticas de saúde, direcionada aos problemas, vulnerabilidades, agravos e determinantes, tanto individuais como coletivos, deve contemplar os princípios do SUS, democratizar o setor saúde e valorizar a participação social.

O Curso tem como finalidade preparar docentes, para desenvolverem processos pedagógicos para formação em vigilância da saúde, além de buscar potencializar a capacidade de reflexão e investigação desses docentes, em relação aos problemas e necessidade de saúde da população.

Neste curso modular os momentos de retorno a prática, usualmente chamados de dispersão, foram denominados conexão – conectados ao curso mental, laboral e virtualmente.

Tratando de dois temas muito instigantes – educação e vigilância da saúde, como ferramentas na construção de serviços que atendam as necessidades de saúde do indivíduo e do coletivo e, contribua para melhora da qualidade de vida, é também um convite a viver mais intensamente a crise da ciência clássica.

## O pensamento sistêmico

A crise da ciência clássica inicia-se com o borramento das fronteiras tão racionalmente estabelecida pelo método científico que dividia e subdividia o todo a ponto de fragmentá-lo para entender cada parte, como se assim de forma isolada, reducionista pudesse entender o todo. Os pressupostos da ciência clássica, isto é, a simplicidade, a estabilidade e a objetividade não dão conta de explicar a realidade.

O pensamento sistêmico é portanto uma nova forma de ver, explicar e agir no mundo. Para Vasconcelos (2003) é o novo paradigma da ciência emergente, sem contudo anular a ciência tradicional.

Pensar sistemicamente é pensar a realidade complexa, no qual só conhecemos o todo se conhecemos as partes e conhecemos as partes se conhecemos o todo. Os sistemas, ao contrário do estabelecido pela ciência tradicional, são complexos, apresentam vários níveis de complexidade e as relações (ações, interações, retroações) não lineares, abertas, se estabelecem intensamente dentro de um mesmo nível e entre os níveis. Como pensar diante de tanta complexidade que o mundo está pronto, é estável e controlável?

Outro pressuposto do pensamento sistêmico é a instabilidade, a desordem em convívio com a ordem, um mundo em constante tornar-se. Por fim, como se separar deste mundo? Reconhecer a impossibilidade da objetividade é admitir a relação entre o sujeito e o objeto, buscando entender/conhecer as intenções, sentimentos, lógica do outro. Implica em compartilhar, buscar a união onde antes se reconhecia a separação. É admitir que estou no mundo e o mundo está em mim. O pensamento sistêmico implica em incorporar a diversidade, as incertezas, o dinamismo, a criatividade.

Reconhecer ser parte da natureza é reconhecer as interações do homem com o meio ambiente, é a responsabilidade individual e da sociedade

com o ambiente (urbano, rural, natural) e a possibilidade de criar dispositivos eco tecnológicos, eco energéticos e eco saudáveis.

Para Gomez e Minayo (2006), partem do princípio que ações locais (micropolítica) podem causar impacto no ambiente coletivo e nos demais níveis, impactos positivos ou negativos. Entendem que as desigualdades da sociedade têm como uma das bases de sustentação as relações de gênero, consideram as de classe e raciais também, e que para melhorias das condições ambientais e de vida é necessário estabelecer uma forma de trabalho que inclua, valorize e torne responsáveis todos os atores envolvidos. Para esses autores, esta é a base da abordagem sistêmica.

Vasconcelos (2003) chama atenção de como o pensamento cartesiano está entre nós, como por exemplo, a linguagem e normas estabelecidas pela ABNT – produções com sujeito oculto. Neste sentido, apesar de pensar a narrativa cartográfica como uma forma de produzir este documento, acabo me prendendo ao estabelecido, um pretense rigor científico. Agir ecossistemicamente é difícil.

Neste sentido, recorro a Demo (1991) quando como coloca a importância da pesquisa no processo de aprendizagem, de produção e apropriação de conhecimento, e no agir ecossistêmico, desde que voltada aos problemas e necessidades de populações.

Nesta perspectiva, retorno aos momentos de conexão, entendendo, como Morin (2002) que conhecer é uma tradução da realidade e não uma foto imutável.

## De volta ao território

Várias são as concepções de território, podendo inclusive utilizar várias escalas, do território casa/moradia ao território global.

Para a saúde, o território não se faz apenas por uma demarcação geográfica – o município, a região, o bairro, a área de abrangência de uma unidade de saúde. Essas fronteiras são necessárias na organização econômica, administrativa, política, mas não impedem as relações/interações entre as pessoas, acha visto, mais recentemente as epidemias de dengue, e ainda mais recente o sorotipo 4 e da H1N1, demonstram que os limites

fronteiriços não impedem que as pessoas se relacionem, interajam e que doenças de uma determinada localidade se disseminem, comprovando relação local-global.

O território é onde a vida acontece, onde se estabelecem as relações entre as pessoas, e destas com o meio ambiente, onde estão as estruturas econômicas, jurídicas, políticas, os meios de produção. Onde o homem age e se configura social e culturalmente. O território caminha “do político para o cultural, ou seja, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas.” (MONKEN,2005, p 5)

O território é complexo, multidimensional, e o “setor” saúde necessita, dentro da perspectiva da integralidade, do cuidado e da efetividade, necessariamente ser interdisciplinar no conhecer e intersetorial na prática. Assim a análise do território não pode limitar-se às doenças e agravos prevalentes. O levantamento dos problemas deve considerar as vulnerabilidades, entendidas aqui como tudo que impede às pessoas de realizarem plenamente seus ciclos de vidas, suas potencialidades. É importante ao analisar o território identificar, também, as estratégias desenvolvidas para superar as situações de crise e para a melhoria da qualidade de vida.

Nesta perspectiva, o primeiro momento de conexão teve como objetivo um conhecimento preliminar do território institucional da vigilância, buscando identificar os limites, possibilidades e desafios na implantação da vigilância de base territorial local, tomando por referência o enfoque ecossistêmico, através dos atores-chave. Constituindo-se portanto numa reflexão, na identificação de problemas, no levantamento de questões e possíveis táticas para implantação da vigilância.

Faço aqui um parêntese, é neste momento também que o grupo de discentes<sup>3</sup> de Mato Grosso se constitui e começa a desenvolver de forma articulada as atividades do curso, estabelece cronograma de reuniões , estudos e articulação com outros setores.

---

<sup>3</sup> A Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso viabilizou a participação de cinco profissionais no Curso, sendo Cacilda B.Jacobina da Cruz, Giselle de Almeida Costa, Maria José M. do Amaral, Miriam Estela de S. Freire e eu.

Como o grupo é constituído por uma técnica da vigilância epidemiológica estadual, uma da vigilância sanitária estadual, duas da escola de saúde pública e uma da atenção básica municipal e do Instituto de Saúde Coletiva/UFMT, possibilita conhecer melhor outros cenários, formas de condução, novos saberes e vivenciar a interdisciplinaridade, a alteridade e a tolerância.

A análise do cenário para implantação da vigilância de base territorial local, remete a problemas antigos, históricos que sistematicamente fragilizam o SUS, sendo o maior desafio a operacionalização de políticas que tenham como referência as necessidades da população.

Em função da complexidade da realidade, a vigilância da saúde apresenta-se como uma das estratégias para essa efetivação. Sua prática também é complexa e deve ser uma “construção coletiva de conhecimentos entre os sujeitos de sua ação, ou seja, entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema”. (Mota, 2010)<sup>4</sup>. Neste sentido, é fundamental o conhecimento das necessidades da população e a definição coletiva da vigilância mais adequada a esta realidade.

O trabalho de campo realizado em Cuiabá (anexo1), entrevistando atores do sistema estadual e municipal (Cuiabá e Cosems) de saúde, aponta para problemas cruciais: a análise de situação de saúde da população (ASIS), o conhecimento ou não das necessidades da população, as vulnerabilidades, não estão presentes nas falas dos diversos atores como diretriz das propostas, dos projetos e das ações.

Sem a preocupação de avaliar como a análise situacional é feita, o fato é que indicadores são construídos. Ao que tudo indica, as análises feitas, ocupam um papel secundário na definição das ações. Se as necessidades da população não são o ponto de partida para a ação da vigilância, cada ator define e executa suas ações de acordo com a rotina, construída histórico e culturalmente, realizando alterações e mudanças em geral estimuladas/induzidas pelo Ministério da Saúde.

Não ficou claro qual o conceito de vigilância que norteia o planejamento e as ações de vigilância da saúde dos diversos setores das

---

<sup>4</sup> Apresentação realizada por José Inácio Jardim Mota na aula inaugural do Curso de Especialização em Formação Docente na Área de Vigilância da Saúde – ENSP/RJ, julho 2010.

secretarias municipal e estadual, oscilando entre a articulação das vigilâncias a ampliação das ações de promoção, e a relação da vigilância com o modelo de saúde, com exceção do Instituto de Saúde Coletiva/UFMT em que a concepção de vigilância está direcionada a integralidade, atendimento das necessidades e intervenções efetivas e inovadoras.

A fragmentação das ações de saúde, as chamadas caixinhas, o distanciamento das vigilâncias entre si, destas em relação à atenção básica e as instâncias de formação, ficou evidente, além das relações não horizontalizadas. A articulação intra e intersecretarias de saúde, e destas com outros setores, é muito fragilizada, logo a intersetorialidade, a interdisciplinariedade, descentralização e a construção coletiva da prática são incipientes (há muito tempo).

Apesar da definição dos papéis de cada instância envolvida no desenvolvimento da vigilância, ocorrem sobreposições – vigilância estadual desenvolvendo atividades pertinentes ao município, as áreas técnicas desenvolvem ações pertinentes a Escola e, dificuldade de executar as ações de sua responsabilidade. Por exemplo: a vigilância estadual apresenta séria deficiência em relação a sua principal função que é assessorar e apoiar tecnicamente os municípios, constatado na pesquisa realizada por Bertúlio et al.(2010). E a Comissão Estadual de Ensino Serviço (CIES/MT) e a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso(ESP/MT) principalmente em relação a disseminação e incorporação dos princípios da educação permanente, a discussão das necessidades, metodologias e conteúdos a serem desenvolvidos, cumprem mais uma função normativa de aprovar cursos cujos projetos e financiamentos já foram aprovados e emitem certificados aos cursos elaborados e executados pelas áreas técnicas.

As condições de trabalho são insatisfatórias desde a insuficiência de espaço físico a de recursos humanos e, mais ainda profissionais qualificados, em diferentes níveis, para todos os entrevistados. No entanto, a situação extremamente difícil, como viver apenas dos recursos repassados pelo MS, na qual se encontra a Escola de Saúde Pública demonstra a desvalorização da dimensão educacional, por conseguinte da formação dos trabalhadores, que vem sofrendo a ESP/MT nos últimos anos.

Em relação à vigilância da saúde, enquanto conteúdo dos cursos de graduação, particularmente de saúde coletiva, é trabalhado de forma incipiente, apesar do conhecimento acumulado, pois o curso de graduação em saúde coletiva do Instituto de Saúde Coletiva/UFMT, recentemente implantado, conta no corpo docente com profissionais com ampla experiência em vigilância.

Por outro lado, segundo Boaventura Santos (2010), a universidade vivenciou/vive várias crises – de hegemonia, legitimidade, crise institucional, sendo esta última resultado da

“contradição entre a reivindicação da autonomia na definição dos valores e objetivos da universidade e a pressão crescente para submetê-la a critérios de eficácia e de produtividade de natureza empresarial ou de responsabilidade social.” (SANTOS & ALMEIDA FILHO, 2008, p.14)

Associada a cortes orçamentários realizados pelo Estado, que cada vez mais se desobriga de financiar a educação pública e investe no setor educacional privado.

Os cortes financeiros fazem com que a Universidade busque cada vez mais alternativas. Assim os professores, especialmente, se veem enredados num emaranhado – dar aulas, realizar pesquisas, produzir artigos, projetos e relatórios.

Este cenário, por um lado gera novos movimentos, repensa a prática, transformações dentro da Universidade, principalmente na relação educação-trabalho, também dificulta transpor a redoma, historicamente construída, em que a Universidade vive – sendo necessário investir na ampliação da sua responsabilidade social, na intersectorialidade, no reconhecimento do serviço e dos movimentos sociais como parceiros, não só na execução das ações, mas também na proposição e na avaliação das mesmas, estabelecendo uma relação horizontal e democrática.

As considerações acima têm um pano de fundo comum, a responsabilidade do Estado, nas hierarquias de governo, e neste caso, principalmente em relação aos serviços de saúde, a efetiva priorização da saúde, enquanto política social.

Cuiabá (Secretaria Municipal de Saúde) e mais recentemente o Estado (Secretaria Estadual de Saúde), sofrem com as frequentes mudanças de secretários e, conseqüentemente de condução política e técnica, sendo um empecilho no desenvolvimento e ampliação das ações. Ao que tudo indica, numa análise política superficial essa é uma situação que tende a perdurar. Faz-se mister, criar alternativas, estratégias, ferramentas para enfrentar essa situação.

Paradoxalmente, o momento é propício para a implantação da vigilância da saúde de base territorial local, não só pelo repensar da vigilância e sua relação com o demais setores da saúde, pelo reconhecimento e incentivo a implementação das atividades de promoção, mas também impulsionados pela portaria 3252 da Secretaria de Vigilância da Saúde/Ministério da Saúde. Ou seja, queira ou não, esta questão está na agenda dos gestores, e vários movimentos vêm ocorrendo no sentido de fomentá-la, como por exemplo a demanda dos municípios, principalmente, do interior por cursos de técnico de vigilância em saúde.

As políticas elaboradas a nível ministerial sem dúvida buscam e efetivamente contribuem para a melhoria do SUS. No entanto, a forma como se disseminam e chegam aos serviços, muitas vezes é distorcida. Por exemplo, a proposta de uma vigilância integrada a atenção básica, reconhecendo-a e horizontalmente estabelecendo parceria, buscando criar condições de intervir mais efetiva e oportunamente – chega a unidade de saúde como desconcentração das ações de vigilância. Assim muitas propostas inovadoras, em sua operacionalização reproduzem o péssimo.

Quando falo das distorções, não estou me referindo ao desvio naturais entre o que foi pensado e o que foi realizado. Tomo como referência o que historicamente foi construído, como a dicotomia intelectual/braçal, especialista/generalista, preventivo/curativo, os níveis hierárquicos de assistência e a complexidade crescente e, assim culturalmente a atenção básica foi(é) olhada como o nível de execução de ações simples, de baixa complexidade e, naturalmente, por profissionais menos qualificados. Esse olhar tem influência nas relações e na implantação e/ou implementação de ações.

Tal fato, ainda se reproduz nas instâncias formadoras e pode ser evidenciado na forma como os alunos da graduação, em geral, encaram o estágio em saúde coletiva, especialmente, os da faculdade de medicina.

O percurso de desenvolvimento da vigilância da saúde, como tenho descrito neste trabalho, sem dúvida será mais longo, com desenvolvimento mais lento, se não houver preocupação com o empoderamento da atenção básica e sua implicação neste processo.

Faz-se necessário estabelecer uma relação horizontal entre os diversos níveis de atenção e entre o nível central da SMS e as Unidades de Saúde; reconhecer a capacidade de proposição, inovação, avaliação e criatividade dos trabalhadores da atenção básica; valorizar e disseminar as experiências exitosas; investir financeiramente - insumos, infra estrutura, assim como novas tecnologias. E, principalmente, que a atenção básica se reconheça como fundamental na atenção a saúde da população.

Em relação aos usuários, parte fundamental da construção coletiva da prática de vigilância da saúde, no trabalho de campo tivemos oportunidade de entrar em contato com uma representante dos movimentos sociais, na reunião da CIES, que demonstrou compreensão da ampliação das ações de saúde e, superação da atuação exclusivamente punitiva da vigilância.

Além do momento favorável, os vários movimentos que vem ocorrendo, a existência de alguns dispositivos em implantação, produtos de oficinas realizadas pela CIES, aumento da produção de conhecimento e formação dos profissionais da Escola, são possibilidades para a implementação da vigilância da saúde, sendo primordial a articulação dos vários atores, a configuração de uma rede

A pesquisa – Satisfação dos usuários dos serviços prestados pelas Vigilâncias da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, que considerou como usuários os municípios e, entrevistou secretários de saúde, gestores das vigilâncias e conselheiros, oferece importantes subsídios e direção para o desenvolvimento de uma vigilância da saúde de base local.

Coloco também, sem querer ser pretenciosa, reconhecendo suas limitações, a formação do grupo das discentes como uma das possibilidades, principalmente, em relação a discussão conceitual da vigilância.

## A pauta

A informação tem papel fundamental não só na formulação das políticas sociais, e em especial, da saúde, mas também na execução das mesmas sendo essencial para a tomada de decisões. A forma desigual como esta informação se distribui, influi diretamente no grau de participação dos vários atores, e conseqüentemente nos interesses, forma, direção que nortearam a elaboração das políticas.

A pesquisa realizada por Bertúlio et al, quando da avaliação das informações dos conselheiros municipais de saúde sobre vigilância da saúde, demonstra que a maioria tem pouquíssima informação e conhecimento sobre o assunto. Esta carência de informações restringe a participação nos processos de decisão, elaboração e avaliação da vigilância da saúde, compromete a defesa dos interesses e das necessidades da população.

A definição de vigilância de saúde que permeia este trabalho implica numa participação social ativa, em relações horizontais e democráticas. Está direcionada para uma promoção da saúde que contribua para a autonomia da pessoas em relação a sua saúde, não dentro da lógica de mercado, muito menos com diminuição da responsabilização do Estado, mas sobre tudo para melhoria das condições e qualidade de vida.

Neste sentido, promover a saúde incorpora elementos físicos, psicológicos e sociais, adquire uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, atravessa a perspectiva local e global e inclui o ambiente em sentido amplo. (CZERESNIA, 2003, p 39)

É importante ressaltar, que situação ambiental é a análise dos vários ecossistemas, que “são os sistemas de suporte à vida no planeta, para a espécie humana e para todas as outras formas de vida” (Sobral e Freitas, 2010, p 43), ou seja, desde do abastecimento de água, ao lazer, a cultura, a exposição aos desastres ditos naturais, sendo, portanto, imprescindível a avaliação de quem vive nesse ecossistemas.

A elaboração das propostas e, conseqüentemente, dos indicadores de monitoramento e avaliação, devem considerar não só as informações epidemiológicas, mas também as relativas as condições e qualidade de vida, de desenvolvimento humano e ambiental.

Romper com a vigilância convencional, significa: acionar as concepções de democratização da informação, construção coletiva do conhecimento e incorporação dos determinantes e indicadores ambientais, definir as necessidades de forma coletiva, valorizar fontes de informação não tradicionais e todos os atores envolvidos, buscar o acompanhamento da comunidade das propostas e indicadores, um controle social efetivo.

Para a construção da vigilância da saúde contrahegemonica é necessário além de apoio político e material, buscar estratégias, dentro de uma estrutura burocrática clássica, de superação da prática centralizadora, verticalizada, que privilegia o saber especialista, acadêmico, em detrimento da sabedoria popular, do multiculturalismo.

As atividades solicitadas para o momento de conexão 2, colocam em pauta, exercitar o enunciado acima, realizando dois processos – o de aprender, através da elaboração de uma pauta para a vigilância da saúde local, e o de ensinar, planejando uma visita ao território de modo a torná-la uma experiência da aprendizagem para trabalhadores da saúde.

Para desenvolvimento da pauta, foi utilizado como território, o bairro Parque Atalaia, localizado na periferia do município de Cuiabá/MT, onde atuo como enfermeira da unidade de saúde da família, além de estar devidamente contextualizada e implicada, contribui para operacionalização das ações e atribuições da equipe de saúde da família e, possibilitando a execução, acompanhamento, avaliação da pauta e possíveis alterações.

O levantamento dos problemas do bairro foi realizado utilizando várias fontes, sendo: as investigações realizadas pelos acadêmicos de enfermagem – estimativa rápida, entrevistando atores-chaves; levantamento realizado pelas ACSs através de instrumento elaborado pelo nível central, com o objetivo de subsidiar a elaboração da política municipal de promoção da saúde; dados do sistema de informação da atenção básica (SIAB); sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) e dados de mortalidade da Diretoria de Planejamento/SMS Cuiabá.

A contribuição da Unidade de Saúde, para o levantamento dos problemas poderia ter sido maior, se fosse realizada análise da demanda espontânea, da morbidade. Poderiam ter sido identificados outros problemas, como por exemplo: sofrimento ou transtorno mental e obesidade.

Durante o processo de levantamento dos problemas foram constatadas falhas e problemas no sistema de informação, como por exemplo: diferença no número de mortes registradas pela Unidade de Saúde e pela Diretoria de Planejamento e a utilização de territórios diferentes para a agregar dados e produzir informações, como levantamento de índice rápido de infestação – LIRA, usado pela Secretaria Municipal de Cuiabá para calcular a infestação pelo *aedes aegypti*, cuja as informações são elaboradas por distrito, e não por área de abrangência das Unidades.

Vários são os instrumentos preenchidos diária e mensalmente pelas Unidades de Saúde, no entanto, o acesso as informações produzidas a partir desses instrumentos, é bastante difícil, sendo vários os entraves, desde da falta de computadores nas Unidades de Saúde a produção de informações de difícil utilização pelas mesmas.

Tal situação, também, dificulta a identificação das singularidades dos serviços e das estratégias pertinentes para a resolução das deficiências e problemas de cada realidade, ou para difusão das experiências exitosas, assim como a definição e planejamento das necessidades de qualificação dos trabalhadores.

Em geral, os dados das Unidades de Saúde são utilizados para gerar relatórios, com a finalidade de alimentar os sistemas de informação e, garantir os repasses financeiros pelo Estado e Ministério da Saúde, subutilizando as informações para planejamento, avaliação e melhoria do serviço.

Os atores envolvidos foram os trabalhadores da Unidade de Saúde da Família, Associação de Moradores, Igrejas, ONGs, Sub-Prefeitura, Diretoria de Atenção Básica/SMS e moradores.

A participação dos moradores foi bastante tímida, tanto em relação ao número de participante, quanto em relação à atuação, refletindo a depreciação que as propostas do poder público vêm sofrendo ao longo dos anos, a falta de crença nas políticas públicas.

Vários movimentos foram realizados no Bairro Parque Atalaia, por parte da Prefeitura, candidatos e políticos, levando a mobilização dos moradores para melhoria do bairro, mas que não se efetivaram, fazendo com

que os mesmos ficassem descrentes e, contribuindo para uma posição mais passiva, menos atuante.

Além disso, muitos moradores acreditam que a presença do presidente da associação dos moradores os isenta de uma participação mais efetiva. Tal posição, é consequência não só da democracia representativa, do clientelismo, mas também da dificuldade de se co-responsabilizar pela sua condição de saúde, de vida.

Ressalto que esta foi a primeira experiência da Unidade, dos moradores e parceiros de discussão dos problemas do bairro, definição de prioridades e estabelecimento de uma proposta de atuação conjunta, reforçando o explicitado no início deste trabalho, em relação ao processo de trabalho das equipes de saúde da família.

A elaboração dos indicadores foi feita de forma solitária, pela falta de tempo dos atores envolvidos, por um erro estratégico, pois a definição conjunta iria gerar um maior envolvimento de todos, tanto na execução quanto na avaliação. E, principalmente revela a contradição teoria/prática, a dificuldade de romper com a prática cultural e histórica de privilegiar o saber técnico, da centralização e da dificuldade de agir ininterruptamente para o empoderamento das pessoas e da comunidade.

Habitualmente, em minha experiência, a definição, utilização e avaliação de indicadores, eram restritas aos comumente utilizados – mortalidade, morbidade, e indicadores de processo e de resultado, sem preocupação de estabelecê-los considerando as dimensões particular, singular e global e, dificilmente utilizando indicadores de impacto e social.

Considerando que quem erra aprende duas vezes, e que o exercício possibilitou a ampliação do olhar e da ação de construção de indicadores, estabelecendo uma relação local/global e/ou singular/global, a atividade contribuiu bastante para a melhoria do meu saber praxiológico.

A outra atividade de campo, planejar uma visita ao território de modo a torná-la uma experiência da aprendizagem para trabalhadores da saúde (anexo 2), foi elaborada pensando no mesmo território (bairro Parque Atalaia) como local para ser desenvolvida.

Conhecer um território é uma atividade contínua, processual. Tornar uma visita uma experiência de aprendizagem, não é esperar que o

discente conheça o território, mas basicamente que este espaço deixe de ser como uma “paisagem” e passe a ser olhado e entendido como processo social.

Neste sentido, sem desconsiderar os conhecimentos prévios, a proposta de aprendizagem convida os participantes ao estranhamento, a não banalização do cenário, do cotidiano.

A visita ao território, não é apenas uma prática de desvendamento, e sim fundamentalmente de estranhamento - de nossa forma de ver o mundo, de atuar profissional e socialmente, não na concepção de neutralidade, de afastar-se do objeto, mas de busca de mudanças, de melhorias, assim como de reconhecimento das estratégias desenvolvidas pela população para melhoria de sua qualidade de vida.

Assim, a proposta elaborada de visita visa também a contribuição do aluno para a melhoria do território, contextualizá-lo não só geograficamente, mas de forma relacional, através de contato direto com moradores e entidades que atuam no Bairro.

O encontro com os diversos atores que moram e atuam no Bairro, permitirá ao aluno identificar os diversos olhares, pontos de vistas e conhecimentos sobre e do território, relações de poder e de interesses, dando um caráter interdisciplinar, diverso, multicultural.

O registro diário das atividades, descobertas e sentimentos tem como objetivos a reflexão – escrever requer melhor análise da vivência e elaboração do conteúdo e, a avaliação dos movimentos realizados e conhecimentos adquiridos. Não foi pensado como componente para a avaliação dos estudantes, mas é uma opção.

A indicação de um texto busca estabelecer uma relação prática/teoria, local/global, além disso, o texto indicado “Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas”, visava estabelecer relação com a vigilância da saúde, formas e métodos de atuação e avaliação, e principalmente com a prática profissional dos trabalhadores envolvidos neste processo.

O planejamento da atividade de campo foi pensado de forma a propiciar aos participantes vivências significativas, que numa relação dialógica, possibilitem aos “estudantes” e ao facilitador (mobilizador) avançarem nos seus conhecimentos.

As reflexões pedagógicas que nortearam esta atividade foram o entendimento que o conhecimento tem que ser desejado, negociado e contextualizado, a interdisciplinaridade, o reconhecimento de interesses distintos e a constatação de um conhecimento socialmente distribuído.

A construção da pauta e o planejamento da visita, envolvem os mesmos atores, ou seja, moradores, trabalhadores de saúde e entidades que atuam no Bairro. A inclusão de novos sujeitos (os discentes), introduz também novos olhares e perspectivas e, a possibilidade de identificar outros problemas e ou experiências bem sucedidas. E assim, ampliar, reformular ou validar a pauta.

A possibilidade de validação da pauta, é interessante, pois apesar de ser uma Unidade de Saúde da Família, nova com apenas dois anos de implantação, com várias mudanças de profissionais, os trabalhadores ainda não têm clareza da estratégia e, os usuários têm dificuldades de acesso, especialmente as consultas médicas. No entanto, o desempenho da Unidade não foi colocado como problema.

Os problemas priorizados na pauta, podem, também, serem ferramentas de aprendizagem, ou seja, num movimento de ação-reflexão-ação os estudantes identificam os pontos chaves, levantam hipóteses de solução, e aplicam a realidade, considerando o contexto visitado, as interações entre os diferentes atores, seus conhecimentos e implicações pessoais.

Problematizar e intervir, pesquisar e intervir. A problematização da realidade, a contextualização das práticas são condições para que a pesquisa-intervenção se desenvolva, sendo um processo contínuo que acompanha o movimento do cotidiano, e “traz a análise das forças presentes nas questões e nas ações empreendidas, o que evidencia a complexidade dos processos de trabalho e de produção de conhecimento.” (AGUIAR & ROCHA, 2007, p 652)

Para Aguiar e Rocha (op.cit), “pesquisar é, antes de mais nada, uma atitude que interroga os homens e os fatos em seus processos de constituição” (p 654). A pesquisa-intervenção, interroga a prática, os conhecimentos e, exige uma atitude crítica, ética e política.

Os pressupostos da pesquisa-intervenção vêm ao encontro à implantação da vigilância da saúde de base territorial local, pois estabelece a análise dos diversos atores e interesses envolvidos, e a implicação dos

sujeitos, rompendo com conceito de neutralidade dado para os sujeitos das pesquisas e até mesmo para os sujeitos trabalhadores da saúde. Além de propor a restituição, isto é, a análise coletiva da situação presente, no presente (Aguiar & Rocha, 2007), como se deseja na vigilância – uma intervenção contextualizada e oportuna.

Pensando, que o processo de conhecimento tem estreita relação com o processo de produção e reprodução das condições de trabalho, a pesquisa-intervenção constitui-se em ferramenta bastante apropriada para os processos educativos, particularmente, de educação permanente. Estimula o trabalhador da saúde a investigar a realidade, reconhecer e estabelecer parcerias, numa relação mais objetivada e produtiva e, buscar uma intervenção mais eficiente e eficaz.

No entanto, ao pensar na realidade do serviço, mais especificamente, da Atenção Básica, a incorporação da pesquisa intervenção como ação habitual do serviço esbarra na Instituição. Hess (2000) citado por Aguiar e Rocha (2007), define “*Instituição* como produto de uma confrontação permanente entre o instituído [aquilo que já está aí, que tende a se manter] e o instituinte [forças de subversão, de mudança]”.(p 657)

A forma como hoje se estabelece a gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, tem muito mais proximidade com a concepção mercadológica de saúde, não como um bem a ser consumido, mas como um serviço a ser produzido, não em direção a saúde como um direito de cidadania, mas como procedimentos que são realizados e, para os quais são destinados recursos. Além disso, apesar de todos os avanços da municipalização, muitas das ações hoje desenvolvidas pelas Secretarias Municipais são estabelecidas pelo Ministério da Saúde, com várias fontes de financiamento, ligadas a vários setores e programas, cada um trabalha especialmente e especificamente com determinado agravo ou programa, criando uma série de instrumentos de implantação, monitoramento e avaliação, que são reproduzidos ou ampliados pelas Secretarias Municipais, enredando a Unidade de Saúde num emaranhado de relatórios.

A falta de condições de trabalho dignas, a precarização da relação trabalhista, associadas aos fatores exposto acima e outros, tem enquadrado os trabalhadores num processo de trabalho que pouco permite

refletir, planejar, ampliar e até mesmo modificar. É um apagar de incêndios constante, executar uma rotina de trabalho que já estava estabelecida, muitas vezes produzindo e reproduzindo a mesmice. E a reorientação das práticas, o efetivo atendimento as necessidades da população, se faz muito lentamente.

Neste sentido, para que a pesquisa-intervenção se efetive como princípio educativo é, necessária decisão política de valorização da dimensão educacional, e efetiva implantação da educação permanente.

No entanto, como coloca Paulo Freire (1987) citado por Merhy (2007) “devemos assumir que somos responsáveis, com os nossos saberes e fazeres, pelo que vai ser amanhã. Ou o fazemos diferentes, ou não o será.” Porém, Paulo Freire no mesmo trabalho, também entende, que nos libertamos (do processo de trabalho opressor) em comunhão uns com os outros.

Nesta perspectiva, considero como possibilidade para a efetivação da pesquisa-intervenção, a transversalização da mesma, e para isto a Universidade adquire papel fundamental. A pesquisa-intervenção deve se constituir princípio educativo nos estágios desenvolvidos nos serviços, principalmente, aqueles com média e/ou longa duração e em projetos como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde, estabelecendo um processo de aprendizagem para todos os atores envolvidos.

Estimula, também, a implementação da responsabilidade social da Universidade e, é um passo para apropriação pelo serviço deste recurso de produção de conhecimento e intervenção.

Outra possibilidade, é a articulação de pessoas, que estão em crise, com o cenário de saúde local, que sobretudo desejam repensar, protagonizar o desenvolvimento do seu trabalho e que não tenham medo do ousar.

## A identidade profissional do discente/docente

“Ninguém começa a ser educador numa certa terça-feira às quatro horas da tarde. Ninguém nasce educador ou marcado para ser educador. A gente se faz educador, a gente se forma, como educador, permanentemente, na prática e na reflexão sobre a prática”

[Paulo Freire, 2000]

A identidade é a construção dos sujeitos enquanto profissional, é um processo contínuo e em permanente construção, que envolve vários fatores. Primeiro, o de se reconhecer como docente. Entendendo que o conhecimento também é um processo em permanente construção, o docente também é discente, pois deve estar sempre aberto a novos conhecimentos, saberes.

Em segundo lugar, é necessário que seja reconhecido como docente, o que implica no desenvolvimento de várias habilidades, na capacidade de compartilhar, mobilizar, criar, de se comunicar. Em especial, deve estabelecer uma relação respeitosa, horizontal e de confiabilidade com os discentes.

Os processos educativos abordados neste trabalho, e que se espera sirvam não só para o desenvolvimento da vigilância da saúde, mas para a sociedade, são processos que levam a reflexão, emancipação e, verdadeiramente contribuam para construção de uma sociedade mais justa.

Neste sentido, o docente precisa ser crítico, capaz de pesquisar, debater, organizar suas idéias, tirar proveito das experiências, questionar a realidade, sua prática e conhecimentos, instigar a curiosidade, ser perseverante. Parafraseando Perrenoud (2002), somente um docente reflexivo pode formar trabalhadores reflexivos.

Ensino e aprendizagem são processos relacionais, ativos e interativos entre docentes e discentes. Esta relação deve ser orientada pelo professor e, a forma como se estabelece pode estimular o aluno e o próprio professor a produção do conhecimento, a investigar o desconhecido, tornando a interação rica e produtiva.

Ressalto, que o processo de construção da identidade profissional não se faz apenas com a reflexão das vivências, das experimentações, mas também com a formação teórica e metodológica do docente.

Como construir esta identidade profissional frente ao cenário do município de Cuiabá, exposto superficialmente neste trabalho? Maturana (2005), sustenta “que não há ação humana sem emoção que a estabeleça como tal e a torne possível como ato” (p.22). Para Deleuze e Guatarri, citados

por Franco e Merhy (2005) o desejo é a “energia capaz de mobilizar os sujeitos em processos de construção do novo radical, isto é, mudanças sociais que apontem para um devir que signifique uma outra estrutura de funcionamento das instituições”.(p 10)

Acredito, que este é o grande desafio de se fazer educador e/ou trabalhador reflexivo, desejar e emocionar-se, e criar situações que o outro se emocione e deseje mudanças, lembrando, que assim como o processo de aprendizagem, isto é auto determinado e consciente.

O evento local

Como parte da etapa final do curso de especialização em formação docente para a área de vigilância da saúde, foi proposto pela coordenação do referido curso, a realização de um evento local. Assim, no dia 07 de abril de 2011, foi realizada pelas discentes do curso de especialização em parceria com a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESP/MT), a Oficina de Práticas Educativas e Gestão do Trabalho em Vigilância da Saúde (anexo 4).

O objetivo da oficina foi promover o debate sobre a operacionalização da Vigilância em Saúde integrada a Atenção Primária, buscando identificar seus os limites e possibilidades.

A realização da Oficina de Práticas Educativas e a Gestão do Trabalho na Vigilância da Saúde, confirmou algumas das necessidades já apontadas neste trabalho, que são: a definição conceitual da vigilância da saúde, o planejamento das ações a serem desenvolvidas e o estabelecimento de formas mais efetivas de comunicação e articulação, são fundamentais.

Um pequeno parêntese.

Antes de fazer as considerações finais, gostaria de retomar ao grupo de discentes, por entender como dito anteriormente que é uma possibilidade e deve ser fortalecido.

Durante o transcorrer do curso de especialização em formação docente para a área de vigilância da saúde, o grupo pensou e iniciou a elaboração de uma proposta de atuação, um primeiro desenho (anexo 3), como o coletivo ampliado de vigilância da saúde e o quitute<sup>5</sup> de idéias. Passou por momentos de maior e menor interação e, hoje se articula com diversos atores, participando da elaboração da oficina sobre vigilância da saúde, a ser realizada XV Encontro de Secretarias Municipais de Saúde e Assembléia Geral do COSEMS-MT; colaborando no planejamento do curso de técnico em vigilância em saúde e, em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva está elaborando a proposta de criação de um grupo de trabalho de vigilância da saúde.

### Considerações finais

A fragmentação da realidade realizada pela ciência clássica, fragmentou o conhecimento e, a educação que acompanhou o desenvolvimento científico tornou-se fragmentária.

O pensamento ecossistêmico, resgata a complexidade da realidade, suas instabilidades e incertezas, a subjetividade em contraposição a neutralidade. A preocupação com o ser humano e a necessidade de preservar e promover ecossistemas com condições favoráveis a vida de todos os seres.

Este novo paradigma, além de ir ao encontro da dinâmica do mundo atual, coloca a necessidade de novas formas de construção do conhecimento, de elaboração do processo de aprendizagem, voltado para o desenvolvimento de uma sociedade mais igualitária.

Neste sentido, a Escola de Saúde Pública é provocada a inovação, a ressignificação da educação permanente, sua importância na inversão do modelo assistencial, na reorganização das práticas de saúde.

É imprescindível, que assuma como protagonista a orientação dos processos educativos dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde e, busque

---

<sup>5</sup> Quitute é uma brincadeira tradicional cuiabana, onde reunidas as crianças brincavam e comiam, sendo que cada uma colaborava com um alimento ou ingrediente para a refeição coletiva.

estabelecer parcerias mais efetivas com a Universidade, buscando discutir a formação do profissional que o SUS necessita.

Considero fundamental, que ela faça um movimento intenso para além de seus muros, articulando com outros setores do serviço de saúde, e mais ativamente com instâncias municipais de desenvolvimento de pessoas, responsáveis pelas capacitações, treinamentos, etc.

O cenário hoje no município de Cuiabá e no Estado, com problemas sérios de gestão, precarização das relações trabalhistas, deterioração das condições de trabalho e, com uma infiltração cada vez maior das organizações do terceiro setor, é um dos principais obstáculos para o desenvolvimento da educação permanente e da vigilância da saúde de base territorial local, pois afeta negativamente todos os trabalhadores. Requer, portanto, maior trabalho, comunicação, articulação e movimento dos trabalhadores, usuários, da sociedade, para preservação do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Kátia F., ROCHA, Marisa L. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2007, 27 (4), 648-663 Disponível em [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932007001200007&lng=pt&nrm=ISO](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200007&lng=pt&nrm=ISO). Acesso em 13 mar 2011.

BERTICELLI, Ireno Antonio. Epistemologia e educação: da complexidade, auto-organização e caos. Chapecó-SC: Argos, 2006. p. 13-81.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. In: *Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos / Secretaria da Saúde*. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. -- Salvador: SESAB, 2009.P. 22-33.

\_\_\_\_\_. Réplica. In: *Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos / Secretaria da Saúde*. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. -- Salvador: SESAB, 2009. P. 42-45.

CORREA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde in *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. Disponível em [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-6.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf). Acesso em 11dez 2010.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *Cadernos de Saúde Pública* (Czeresnia, 1999). In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E., *Produção Imaginária da Demanda* in Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.) "Construção Social da Demanda"; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro,2005.

GOMEZ, Carlos M.; MINAYO, Maria Cecília S. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. Disponível em: [http://www.interfacehs.sp.senac.br/images/artigos/11\\_pdf](http://www.interfacehs.sp.senac.br/images/artigos/11_pdf). Acesso em 21 jun 2010.

MATURANA R., Humberto. *Emoções e linguagem na educação e na política*./Humberto Maturana; tradução: José Fernando Campos Fortes. – Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998. P.10-38.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. In: *Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos / Secretaria da Saúde*.

Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. -- Salvador: SESAB, 2009. P. 38-41.

MONKEN, Marcelo, BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

MOREIRA, Marco Antonio. Aprendizagem Significativa Crítica. Atas do III Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa, com o título original de Aprendizagem significativa subversiva. Lisboa, 2000. P. 33-45.

ROVERE, Mario. Comentários estimulados por la lectura del artículo “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”. In: *Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo*, coletânea de textos / Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Estadual de Saúde Pública. -- Salvador: SESAB, 2009. P.34-37.

SANTOS, Boaventura S., ALMEIDA FILHO, Naomar. A Universidade no século XXI: para uma universidade nova. Coimbra

SÁTIRO, Angélica. O pensamento complexo de Edgar Morin e sua ecologia da ação. Disponível em: <http://www.edgarmorin.org.br/textos.php?tx=57>. Acesso em 11 dez 2010.

SIQUEIRA-BATISTA R., et al. Realidade e Consciência: Notas Sobre o Pensamento de David Bohm. Associação de Pós-Graduandos em Física. Revista Physicae 6 – 2006. Disponível em: <http://www.ifi.unicamp.br/physicae/ojs-2.1.1/index.php/physicae/article/viewArticle/99>. Acesso em 11 dez 2010.

VASCONCELLOS, Maria José E., Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência/ Maria José Esteves de Vasconcellos. Campinas/SP – Papirus, 2002. Disponível em: [http://books.google.com.br/books?id=yUSukT\\_EVwgC&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.br/books?id=yUSukT_EVwgC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false). Acesso em 12 dez 2010