

# Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde

Camilla Maia Franco<sup>1</sup>  
Lilian Koifman<sup>2</sup>

## Cenário

Não é fácil ser um homem livre: fugir da peste, organizar encontros, aumentar a potência de agir, afetar-se de alegria, multiplicar os afetos que exprimem ou envolvem um máximo de afirmação. Fazer do corpo uma potência que não se reduz ao organismo, fazer do pensamento uma potência que não se reduz à consciência.  
(Deleuze, Parnet, 1998, p.75)

A experiência relatada ocorreu em uma comunidade com 1.856 habitantes, localizada na periferia do município do Rio de Janeiro. O local não tem rede de esgoto e água encanada regular. Como equipamentos sociais, possui uma associação de moradores, duas escolas municipais, duas praças com quadra poliesportiva e uma Unidade de Saúde da Família (USF) com equipe de saúde bucal, atendendo, além da população local, a comunidade limítrofe.

As equipes de saúde da família se organizam em consultas médicas e de enfermagem. As visitas domiciliares são realizadas em grande parte pelos agentes comunitários de saúde. Os acamados são atendidos pela auxiliar de enfermagem, que, quando necessário, solicita a visita domiciliar da enfermeira. Dificilmente, a médica da equipe realiza visita domiciliar. Todas as suas atividades são concentradas em consultas. Os grupos são vinculados aos profissionais, e não à unidade, ou à proposta de promoção da saúde. Diante disso, com a saída recente do auxiliar de enfermagem da equipe, encerrou-se o grupo de idosos. Atualmente, desenvolve-se o grupo de caminhada, e o grupo de planejamento familiar encontra-se em construção.

Alguns projetos sociais são desenvolvidos e coordenados pela própria comunidade. O projeto Primeiro Tempo destina-se à promoção da prática esportiva e lazer para crianças, adolescentes e adultos, tem apoio do governo do Estado e é coordenado por lideranças locais. A Pastoral da Criança tem apoio do Fundo das Nações Unidas para a infância (Unicef) e também é coordenada por lideranças comunitárias.

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Silva Jardim. Rua Alpheno Correa Mello, 288, Reginópolis, Silva Jardim, RJ, 28820-000. camillamfranco@gmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense.

Insatisfeitos com os serviços prestados pela USF, os moradores da comunidade, por meio de sua associação de moradores, encaminharam um documento à ouvidoria da área de planejamento do município, relatando a baixa resolutividade da unidade, tendo em vista os excessivos encaminhamentos de pacientes para outras unidades de saúde. Nesse documento, a associação de moradores solicitou a transformação da USF em Unidade Básica de Saúde, por julgarem que um maior número de médicos e especialistas atenderia de forma resolutiva as necessidades de saúde daquela comunidade. Além disso, os moradores também estavam mobilizados para encaminhar tal proposta para a Assembléia do Conselho Distrital de Saúde.

### **Desenvolvimento do caso e discussão**

Com o intuito de exercer o direito ao controle social, percebemos que a associação de moradores não tinha clareza quanto ao significado e às formas de exercê-lo na prática. Do outro lado, a equipe de saúde, com pouca habilidade para lidar com a situação, estabeleceu uma espécie de “cabo de guerra” com a associação. Dessa forma, a tensão entre as partes só aumentou. Era necessário restabelecer o diálogo. Apesar de os conflitos evidenciarem as diferenças numa sociedade, eles precisam ser gerenciados a favor do bem comum. Entendemos assim que:

O conflito é democrático, é esclarecedor, é necessário. Uma das desgraças da herança cultural brasileira é essa mania das pessoas dizerem que querem chegar a um acordo. Que acordo coisa nenhuma! Temos que radicalizar as idéias para as pessoas compreenderem. Então, o conflito é necessário. (Lancetti, 2001, p.84)

Quando o conflito é nomeado e expresso, como nesse caso entre a associação de moradores e a USF, abre-se espaço para o enfretamento, para a possibilidade de se produzirem mudanças, e transformar. A problematização do conflito permite a troca e o movimento das ideias, compreensão e decisões.

A potência da equipe está justamente no crescimento coletivo, embora o movimento habitual seja de exclusão. As possibilidades de expressar as diferenças de opiniões, sentimentos, idéias são processos de democratização das instituições, dependente da abertura para acolher as mudanças em si, nos coletivos e nas instituições. (Brasil, 2005, p.100)

Considerando o momento oportuno, foi elaborado, pela psicóloga residente em saúde da família na USF, um encontro da equipe de saúde com a associação de moradores, lideranças comunitárias e as famílias da comunidade. Essa estratégia mostrou-se propícia para o estabelecimento de um acordo de cooperação e parceria entre os envolvidos. É nesse encontro, entre usuário e profissional, que é produzido o cuidado e consumido em ato. Merhy (2002) enfatiza que, nessa relação de encontro, há um espaço estratégico para as mudanças no modo de produzir saúde, permitindo que coloquemos o usuário, com suas necessidades, no centro da atenção para produção do cuidado.

A psicóloga residente e a enfermeira da equipe de saúde apresentaram a proposta em reunião da equipe. Após certo desconforto e desconfiança dos outros profissionais, a proposta foi aprovada. A equipe, nesse momento, movia-se do lugar da conservação para a “transformação”, no intuito de produzir mudanças na realidade local instituída.

Antes do encontro com os moradores da comunidade, foi realizada uma oficina com os trabalhadores da USF com o tema “Controle Social”. Esta primeira oficina, entendida como prática educativa para os trabalhadores, seguiu os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS), que tem como premissa o desenvolvimento e a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, o que possibilita mudanças nas práticas de saúde, em direção à consolidação das diretrizes fundamentais do SUS (descentralização política-administrativa, participação da comunidade, igualdade e integralidade da assistência à saúde, universalidade do acesso aos serviços de saúde, entre outros). Com relação à EPS, Ceccim (2005) esclarece-nos que esta se constitui como

estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola. (Ceccim, 2005, p.976)

Portanto, ao optar por essa orientação, damos vida à política de Educação Permanente no cotidiano do trabalho em saúde. O espaço da produção do cuidado pode transformar-se numa “comunidade educativa”, onde a construção do conhecimento, necessário e específico ao contexto, se dá no interior do processo produtivo em saúde, possibilitando a relação entre Educação e Trabalho. Seria este um dos marcos para a educação em serviço? Neste trabalho, as instituições de saúde são caracterizadas também como instituições educativas.

Ribeiro e Motta (1996) afirmam que a Educação Permanente em Saúde tem como objeto de transformação o processo de trabalho, a partir da reflexão *sobre* e *no* serviço, ou seja, o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado. Logo, podemos pensar que, numa perspectiva pedagógica, o processo de trabalho passa a ser valorizado como o centro do processo de ensino-aprendizagem. Para esses autores, a EPS não procura transformar todos os problemas em questões educacionais, e sim buscar as “lacunas” de conhecimento e as atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana dos serviços.

Diversos recursos pedagógicos foram utilizados durante a oficina com os trabalhadores, entre eles: a apresentação audiovisual, tempestade de ideias, palestra dialogada e a leitura coletiva de texto com debate. No final da atividade, a Equipe de Saúde da Família construiu coletivamente seu próprio conceito de Controle Social para a unidade. Para subsidiar a discussão, recorremos ao conceito de Controle Social utilizado pelo Conselho Nacional de Saúde, que é entendido como

o controle sobre o Estado pelo conjunto da sociedade organizada em todos os segmentos sociais. Evidentemente, esse controle deve visar o benefício do conjunto da sociedade e deve ser permanente. Por isso, quanto mais os segmentos da sociedade se mobilizarem e organizarem, maior será a pressão e o resultado, para que seja efetivado o Estado Democrático. Assim, a democracia representativa que aguarda a cada quatro anos, a eleição de representantes da sociedade (Poder Executivo e Legislativo), passa gradativamente a se completar com as várias formas de Democracia Participativa, que as conquistas sociais e democráticas vão realizando. (Brasil, 2000, p.24)

Esta atividade possibilitou maior segurança à equipe de saúde para abrir espaços de expressão e acolher possíveis mudanças no processo de trabalho. A USF passou a estar atenta para a identificação daquele local como espaço de formulação de ações que são interligadas e interdependentes.

No dia do encontro com a comunidade, o clima estava tenso. Porém, as pessoas foram tranquilizando-se aos poucos, ainda durante o momento de acolhimento, apresentação dos participantes e construção do contrato de convivência. Nessa atividade, foi apresentada, de maneira lúdica e interativa, a proposta da Estratégia Saúde da Família, os critérios que orientaram a seleção da comunidade para a construção de uma USF, e o trabalho que era desenvolvido pela equipe, ao longo de dois anos, desde a sua implantação. Também foram pontuadas as dificuldades e os limites desse trabalho, bem como suas potencialidades, como a possibilidade de transformação da realidade.

O recurso utilizado nesse momento, além da palestra dialogada, foi a roda de conversa. Esta dinâmica proporciona a exposição de ideias de todo o grupo, o esclarecimento de possíveis dúvidas e a troca de experiências sobre o serviço oferecido nesses dois anos de funcionamento da USF. Eram os olhares dos profissionais de saúde e os olhares da população se cruzando na possibilidade do encontro. Era preciso transformar as relações no processo de trabalho; permitir a proposição e o acolhimento

das críticas; escutar e trocar. Essa atividade permitiu à população conhecer o modelo de atenção à saúde, preconizado pela Estratégia Saúde da Família, e aos trabalhadores, a reflexão de sua prática profissional, frente ao modelo proposto. A avaliação desse primeiro encontro foi muito positiva, tanto por parte da equipe, quanto por parte da população. A associação de moradores desconhecia muito do que foi falado sobre o trabalho e a importância da ESF. A população e a equipe demonstraram interesse em criar estratégias para que pudessem realmente trabalhar de maneira coletiva e organizada.

Um novo encontro aconteceu dois meses depois, com duração de dois dias, e tinha como meta planejar as atividades do próximo trimestre da equipe da USF de maneira coletiva e participativa junto à comunidade. Esse segundo encontro marcou o início do que estamos chamando de Planejamento Participativo. Afinal, o planejamento não é tarefa dos “planejadores”; ele deve ser feito pelos atores envolvidos na ação (Tancredi, Barrios, Ferreira, 2000). Quem planeja é um ator social, que segundo Matus (1987), é um sujeito ou organização que controla recursos, e isto lhe dá capacidade de intervir sobre a realidade de acordo com seus interesses e necessidades, produzindo seus próprios projetos na situação analisada. O ator social que planeja é também parte do sistema planejado, ocupa um lugar determinado no processo e no sistema, de tal modo que suas percepções e seus saberes são fortemente influenciados por sua inserção e por sua história. A esta singularidade dos indivíduos, nomeamos subjetividade.

Tancredi, Barrios e Ferreira (2000) apontam que o planejamento participativo, adotado como prática social, exerce um forte poder de aglutinação de pessoas e grupos, os quais passam a compreender e conviver com os anseios dos outros atores sociais. Tem, portanto, o poder de criar uma nova cultura de compromisso com a instituição.

A oficina de Planejamento Participativo teve como objetivos:

- Instrumentalizar todos os atores para o trabalho comunitário;
- Possibilitar discussões e exercícios que auxiliassem a ampla compreensão da realidade;
- Analisar um problema central e as propostas para solucioná-lo;
- Elaborar um plano de ação para combater o problema;
- Promover compromisso social;
- Consolidar a prática da educação permanente, enquanto ferramenta de trabalho e estratégia de formação para a equipe de saúde.

O método de planejamento escolhido foi o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), desenvolvido sob a liderança de Carlos Matus. Este método se fundamenta nos mesmos princípios do Planejamento Estratégico-Situacional (PES) – indicado para planificações em organizações de nível central (Tancredi, Barrios, Ferreira, 2000). Por suas características operativas, constitui-se no método de eleição para planejamento no nível local, particularmente naqueles altamente descentralizados. É simples e criativo. Elaborado com o objetivo de viabilizar a planificação a partir de uma base popular. Dessa forma, aplica-se à solução daqueles problemas limitados ao espaço mais restrito do nível local, assim como daqueles que não se constituam numa rede de relações muito complexas. É, portanto, um método bastante coerente com os princípios do SUS, recomendado como instrumento para a elaboração do planejamento de Unidades Básicas de Saúde.

No processo de planejamento foram identificados e selecionados, pelo grupo, os problemas que acometem as comunidades. Em seguida, o grupo elegeu a ordem de prioridade dos mesmos, possibilitando a construção da “Árvore de Problemas”, que identificou de forma clara e objetiva as causas e consequências dos problemas eleitos, apontando ações necessárias para superá-los. A partir da árvore de problemas, foi construído, de forma coletiva, o plano de ação para o próximo trimestre de trabalho da equipe de saúde da família junto com a comunidade.

O planejamento participativo permitiu a criação de elos entre a comunidade - lideranças comunitárias, associação de moradores, moradores - e a USF, que firmaram compromissos sociais, pois, segundo Tancredi, Barrios e Ferreira (2000), objetivos amplamente discutidos e em que há consenso são mais facilmente aceitos e compreendidos por aqueles que, de alguma forma, participarão da execução das tarefas necessárias para atingi-los.

A necessidade de se promoverem mais momentos como esse foi ressaltada pelo grupo. Espaços que propiciassem maior aproximação entre as partes, para que a parceria entre Saúde da Família,

associações de moradores e lideranças comunitárias fosse cada vez mais efetiva e gerasse, de fato, um acordo de cooperação.

De acordo com Franco (2007, p.430), os processos educacionais na saúde possibilitam a “produção de sujeitos, entendidos como coletivos, com capacidade de intervir na realidade, com o objetivo de transformá-la”. Podemos pensar, com isso, no Planejamento Participativo como uma proposta educacional, visto que intervém na realidade local potencializando a sua transformação. Diante disso, o autor destaca a existência de duas grandes dimensões no campo da educação:

[...] **da cognição**, que é dada pela capacidade de transferir e produzir conhecimento técnico em saúde, aplicado aos seus processos produtivos, dentro de uma certa organização do trabalho; e uma segunda, **da subjetivação**, que deve ser dada pela capacidade que têm certas pedagogias de promover mudanças na subjetividade. (Franco, 2007, p.431)

Vimos, na experiência relatada, a possibilidade de construção de um espaço educativo que trabalhasse com a dimensão da cognição e da subjetivação. Tal experiência desencadeou a transformação das relações entre os profissionais e profissional-usuário, a criação de vínculos e o estabelecimento da corresponsabilidade. Os moradores da comunidade sentiram-se protagonistas do projeto para a saúde que a Estratégia Saúde da Família estabelece ao trabalhar com o território. Novas formas de gerir o serviço de saúde local foram instituídas e passou-se a contar com as lideranças e associações de moradores como parceiras na mobilização social, estimulando novos dispositivos terapêuticos, como os grupos de promoção da saúde. A implicação dos sujeitos (trabalhadores e usuários) como protagonistas na produção de mudanças na ESF do local também se refletiu na qualidade do serviço de saúde prestado/desenvolvido para/pela comunidade. O serviço passou a ser um produto comum produzido pelo encontro dos trabalhadores e moradores do território abrangido. Um exemplo disso é o grupo de adolescentes, que conta com a participação das lideranças locais na busca ativa desses jovens, ao mesmo tempo em que passou a ser um espaço para diálogo com os responsáveis pelos adolescentes.

Concordamos com Barembliitt (2002) que, para o protagonismo, é necessário que os sujeitos sejam empoderados<sup>3</sup> pelo processo de autoanálise, ou seja, que se apropriem das suas necessidades, seus desejos, suas demandas, seus problemas, soluções e limites, produzindo saberes acerca de si mesmo. Desta forma, apropriando-se como um coletivo autogestionário. O Planejamento Participativo estimulou a mobilização e o comprometimento da comunidade, que passou a fazer parte dos processos de tomada de decisão da unidade, teve suas reivindicações consideradas e construiu uma relação de parceria para a busca de soluções. Todo esse processo proporcionou a mudança de atitude no processo da produção de cuidado e potencializou o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos implicados. Tínhamos, anteriormente, um cenário onde a comunidade sentia-se sujeitada ao serviço de saúde local, questionando a arbitrariedade das decisões, por não fazer parte das mesmas, e, muitas vezes, por não compreender o processo de trabalho diferenciado da USF, e, por consequência, reivindicava sua mudança. Atualmente, a comunidade faz parte deste serviço, como elemento fundamental para o bom desempenho do mesmo e articulador de processos inovadores - como o grupo para educação de jovens adultos, o grupo de artesanato e geração de renda -, rompendo com a lógica da hierarquização

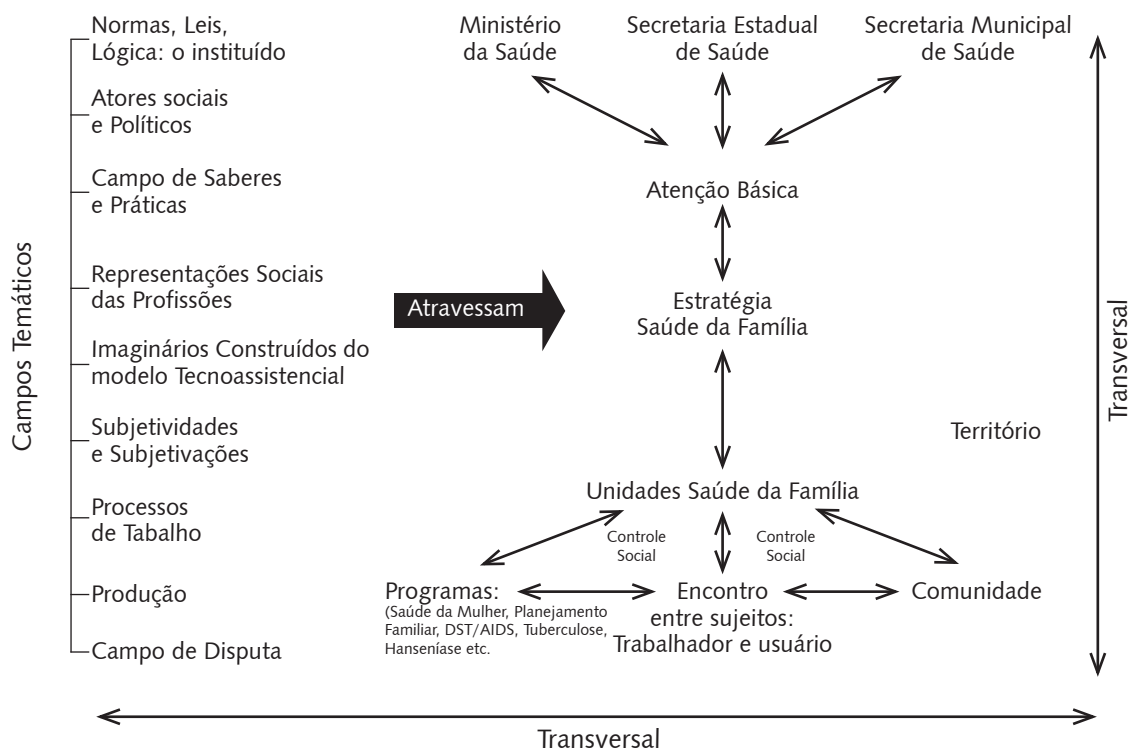
<sup>3</sup> O poder – formal, tradicional ou informal – está no coração de qualquer processo de transformação e é a dinâmica fundamental que determina as relações sociais e econômicas. Assim como Oakley e Clayton (2003), ao tratarmos sobre processo de “empoderamento”, nos referimos às posições relativas ao poder formal e informal desfrutado por diferentes grupos socioeconômicos e às consequências dos grandes desequilíbrios na distribuição desse poder. Um processo de empoderamento, tal como foi proposto na experiência relatada, busca intervir em tais desequilíbrios e ajudar a aumentar o poder daqueles grupos “desprovidos de poder”, relativamente aos que se beneficiam do acesso e uso do poder formal e informal.

na relação profissional-usuário, ainda presente no modelo tradicional de saúde, e possibilitando espaços intercessores, que, para Merhy (2002, p.21), significam:

o que se produz nas relações entre **sujeitos**, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os **dois** em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os **inter** se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro.

É no encontro entre trabalhadores-usuários e trabalhadores-trabalhadores, que se dá o lugar da produção do cuidado, que, ao mesmo tempo, configura-se como cenário para a produção pedagógica, porque permite a troca de saberes cognitivos e afetivos/subjetivos. Temos, portanto, uma forma de se pensar a integralidade no cuidado, pois todos os atores buscam atender e terem atendidas as necessidades de saúde. Constituem-se, assim, sujeitos deste processo, que acaba por ser um processo de ensino-aprendizagem, onde todos fazem os papéis de educando e educador.

Desta forma, baseados no diagrama interpretativo elaborado por Franco (2007) e nas reflexões teóricas a partir dos referenciais adotados, propomos outra possibilidade de diagrama para a produção pedagógica do cuidado na gestão da Estratégia Saúde da Família, a qual orienta a política de Atenção Básica.



**Figura 1.** Diagrama da produção pedagógica do cuidado na gestão da Estratégia Saúde da Família.  
 Fonte: Elaborado pelas autoras, inspirado no diagrama de Franco (2007, p.434).

As relações presentes neste diagrama apresentam tensão permanente entre os diversos cenários, visto que estes fluxos operam numa rede dialógica, que, paradoxalmente, na macrogestão ainda mantém um certo nível de hierarquização – herança do modelo tecnoassistencial curativista. Entretanto, não podemos esquivar-nos do fato de que o conflito, o dissenso, é democrático, rico, capaz de grandes produções no exercício pela pactuação.



Os campos temáticos que permeiam os cenários de produção da saúde de forma transversal e retroalimentar, ao mesmo tempo em que criam tensões sobre essa rede, também são geradores de processos educativos. Para Koifman e Saippa-Oliveira (2005), o processo educativo em geral está, e sempre esteve, vinculado à difusão de conteúdos “culturalizadores”, que se materializam por meio dos conteúdos abordados e pelas formas de se explicar os processos de produção e reprodução social. Com isso, os processos educativos configuram-se como dispositivos para criação de cenários promissores, na elaboração de possibilidades de intervenção nos problemas de saúde e educação, tanto no âmbito do território, permeado pelo controle social fortemente exercido pela comunidade e pelos trabalhadores da ESF, quanto no cenário da macropolítica, por meio da transversalidade dialógica que propõe nesta relação entre as esferas governamentais e a implementação da política de Atenção Básica em Saúde. Por meio deste diagrama, buscamos representar a interpenetração em nível instituinte, produtivo – a transversalidade – possibilitando a cooperação, a liberdade, a produção e a transformação ativa da realidade local, como propõe Barembliitt (2002).

Se considerarmos a prática educativa como libertadora, transformadora e afirmativa, o planejamento participativo, mais que uma possibilidade de criar um coletivo organizado e potencializar a autogestão do serviço, foi um dispositivo que contribuiu para que os sujeitos - atores deste processo de produção do cuidado - compreendessem sua função estratégica para a mudança da realidade outrora instalada. Assim, temos os cenários de produção do cuidado na ESF como, também, cenários de produção pedagógica do território. Compreendendo território como o amplo conjunto de necessidades e potencialidades. Segundo Franco (2007, p.435), estes cenários de produção do cuidado e produção pedagógica:

ressignificam a educação na saúde e colocam-na para além da relação ensino-aprendizagem, mas no âmbito dos agenciamentos de cognição e subjetivação, com o sentido de criar grupos-sujeito capazes de assumir para si o protagonismo, sob certa intencionalidade, que determina o desenvolvimento do SUS.

Se entendermos os processos educativos em serviço como intervenções capazes de mobilizar, circular, produzir, elaborar e apreender conhecimentos, tecnologias, valores e sentimentos; se compreendemos que tais intervenções se dão em instituições que operam sobre uma rede de relações de poder formal e informal estruturadas numa dada cultura organizacional; se consideramos a EPS como intervenção que desloca esses saberes e, portanto, mobiliza poder, podemos situá-la como atividade técnica e política, em sua dimensão estratégica.

Ribeiro e Motta (1996) auxiliam-nos a concluir que, se concebemos a EPS como ferramenta, a mesma deve estar inserida numa proposta de transformação social, a partir de reflexões sobre as possibilidades e o campo de disputa em que essa proposta intervencionista se insere. Assim, a EPS apresenta como desafio o fato de que a produção do cuidado em saúde e sua micropolítica são constituídas por práticas pedagógicas que também são práticas sociais de trabalho que envolvem reflexões sobre as relações estabelecidas neste processo produtivo.

As atividades de planejamento participativo continuaram na comunidade e na USF e estimularam a implantação do Conselho Local de Saúde na mesma unidade, reafirmando o exercício do controle social – a democracia em ato – capaz de potencializar e dar continuidade ao processo de transformação.

### Colaboradores

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito.

### Referências

- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional**. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.4, p.975-86, 2005.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p.41-65, 2004.
- CHORNY, A.H. El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. **Educ. Med. Salud**, v.24, n.1, 1990. (Versão e adaptação feitas por Maria Christina Fekete, para material instrucional do Curso de Especialização do Projeto GERUS/MS – mimeogr.).
- DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.
- FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.11, n.23, p.427-38, 2007.
- KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. Produção do conhecimento e saúde. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2005. p.111-30.
- LANCETTI, A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: BRASIL. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não**. Brasília, 2001. p.84-100. (Caderno de textos).
- MATUS, C. **Política, planificación y gobierno**. Caracas: Fundação Altadir, 1987.
- MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- OAKLEY, P.; CLAYTON, A. **Monitoramento e avaliação do empoderamento (“empowerment”)**. Trad. Zuleika Arashiro e Ricardo Dias Sameshima. São Paulo: Instituto Pólis, 2003.
- RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Saude Debate**, v.12, n.12, p.39-44, 1996.
- TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. **Saúde e cidadania: planejamento em saúde**. São Paulo: IDS/USP, 2000.



Este trabalho é fruto da experiência das Oficinas de Planejamento Participativo realizadas em uma Unidade de Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. Demonstra a importância do planejamento participativo e da educação permanente como ferramentas de organização do trabalho e de ensino para a qualificação em serviço. Busca estabelecer a relação entre produção do cuidado e produção pedagógica, que pode ocorrer por meio de práticas educativas desenvolvidas no processo de planejamento participativo, possibilitando interlocução com a Educação Permanente em Saúde. Na realidade local, permitiu o exercício do controle social – a democracia em ato - capaz de potencializar e dar continuidade ao processo de transformação nas relações trabalhadores-usuários, trabalhadores-trabalhadores e maior autonomia dos usuários. Assim, essa experiência retrata uma das formas de resolução de conflitos mediante instrumentos reconhecidos e capazes de auxiliar o processo de trabalho das equipes e a aproximação com a comunidade.

*Palavras-chave:* Planejamento participativo. Assistência à saúde. Educação em saúde. Educação continuada.

#### **Care production and pedagogical production in participative planning: a dialogue with continuing health education**

This paper is the result from the experience of participative planning workshops developed in a Family Healthcare Unit in the municipality of Rio de Janeiro. It demonstrates the importance of participative planning and continuing education as tools for organizing work and teaching aimed towards in-service improvement of qualifications. It seeks to establish the relationship between care production and pedagogical production that may occur through educative practices developed within the participative planning process, thus enabling a dialogue with continuing healthcare education. Within local realities, this allows social control to be wielded (democracy in action), which has the capacity to boost and continue the transformation process within worker-user and worker-worker relationships and enable greater autonomy for users. Thus, this experience portrays one of the ways to resolve conflicts, through using instruments of recognized capacity for helping in the teams' work process and moving closer to the community.

*Keywords:* Participative planning. Delivery of health care. Health education. Education continuing.

#### **Producción del cuidado y producción pedagógica en la planificación participativa: una interlocución con la Educación Permanente en Salud**

Este trabajo es fruto de experiencia en las Oficinas de Planificación Participativa realizadas en una unidad de Salud de la Familia en el municipio de Rio de Janeiro. Demuestra la importancia de la planificación participativa y de la educación permanente como recursos de organización del trabajo y de la enseñanza para la calificación en servicio. Trata de establecer la relación entre producción del cuidado y producción pedagógica que puede ocurrir por medio de prácticas educativas desarrolladas en el proceso de planificación participativa, posibilitando interlocución con la Educación Permanente en Salud. En la realidad local ha permitido el ejercicio del control social capaz de potenciar y dar continuidad al proceso de transformación en las relaciones trabajadores-usuarios, trabajadores-trabajadores y de mayor autonomía de los usuarios. De este modo tal experiencia refleja una de las formas de resolución de conflictos mediante instrumentos reconocidos y capaces de auxiliar el proceso de trabajo de los equipos y la aproximación con la comunidad.

*Palabras clave:* Planificación participativa. Prestación de atención de salud. Educación en salud. Educación continua.

Recebido em 23/10/2008. Aprovado em 02/07/2009.

