

CARTOGRAFIA EM SAÚDE: MAPEANDO AS EXPERIÊNCIAS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES NO COTIDIANO DO TRABALHO

MAPPING HEALTH: MAPPING THE EXPERIENCES, CHALLENGES AND POSSIBILITIES AT WORK EVERYDAY

*Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)*¹, Ana Maura Pereira da Silva², Fagner Luiz Lemes Rojas³

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência vivenciada no projeto “Formação integrada multiprofissional em educação permanente em saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Educasaúde”. Nesse percurso, motivou-se a construção de experiências construídas na plataforma virtual do Observatório de tecnologia informação e comunicação em sistemas e serviço de saúde (Otics). **Métodos:** ancorou-se na proposta da cartografia em saúde, referenciada por Guilles Deleuze e Félix Guatarri. As constituições das experiências deram-se pelas vivências durante o processo de trabalho da área técnica da Secretaria do Estado de Saúde que trata das políticas à Pessoa Idosa. **Resultados:** as interseções ocorreram nas reuniões nos 15 Escritórios Regionais de Saúde (ERS), entre 2013 a 2015 nas unidades descentralizadas, em que, envolveu a participação de profissionais que atuam diretamente com a população idosa, sociedade civil organizada, órgãos de defesas e entre outros segmentos. A abordagem narrativa das experiências foi disparada em forma de Roda de Conversa durante os encontros nas regionais de saúde. O processo ocorrido nas regionais foi materializado em experiências (escrita narrativa) no diário cartográfico (eletrônico). **Discussão:** a apropriação sobre a Educação Permanente em Saúde foi fundamental no processo de trabalho da área técnica de saúde da pessoa idosa, pois propiciou mudanças nas concepções da ideia da educação em saúde, culminando no desenvolvimento das ações educativo-pedagógicas geradas no ambiente de trabalho. Isso certamente influenciou mudanças no processo de trabalho, gestão do trabalho em saúde e na realidade local. **Conclusão:** o acompanhamento das atividades pela cartografia e as reflexões a partir das narrativas em saúde possibilitou promover a sensibilização dos profissionais quanto à necessidade do atendimento da pessoa idosa na perspectiva de acolhimento integral e articulação multiprofissional, despertando com isso, o processo de cogestão do trabalho em saúde, em que, a aprendizagem-trabalho-significativa gerou potências da educação autônoma a partir do cotidiano do trabalho em saúde.

Palavras-chave: Mapeamento Geográfico. Educação Continuada. Gerenciamento da Prática Profissional. Assistência à Saúde do Idoso.

-
1. Agência de Fomento: UFRGS - Educasaúde. Pesquisa relacionada ao estudo desenvolvido a partir do projeto: Educação Permanente em Saúde em Movimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Educasaúde.
 2. Fisioterapeuta, especialista em Geriatria e Gerontologia pela Faculdade de Medicina de Itajubá-MG, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).
 3. Enfermeiro, Mestre em Educação. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso, no Instituto de Saúde Coletiva (ISC).

Correspondência

Ana Maura Pereira da Silva – UFMT. Centro Político Administrativo, Palácio Paiaguás, Rua D, S/N, Bloco 5, CEP: 78049-902 Cuiabá-MT, Fone: (65) 3613-5349 email: ana_maura@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: to report the experience lived in the project "Integrated multidisciplinary training in continuing education in health, the Federal University of Rio Grande do Sul - Educasaúde". Along the way, led the construction of experiences built on virtual platform technology Observatory information and communication systems and health service (OTICs). **Methods:** was anchored in the proposed health mapping, referenced by Guilles Deleuze and Felix Guattari. The constitutions of experiences have given up the experiences in the technical area of work process of the Health Secretariat of State which deals with the policies the Elderly. **Results:** the intersections occurred at meetings in 15 offices Regional Health (ERS), between 2013-2015 in the decentralized units, which involved the participation of professionals who work directly with the elderly, organized civil society, defense agencies and between other segments. The narrative approach of the experiments was shot in the form of conversation wheel during the meetings in regional health. The process occurred in the regional was materialized in experiments (narrative writing) the daily chart (e). **Discussion:** the appropriation of the Permanent Health Education was instrumental in the technical area of work process of health of the elderly, as propitiated changes in conceptions of health education idea, culminating in the development of educational and pedagogical actions generated in the workplace. This certainly influenced changes in the process of work, health work management and the local reality. **Conclusion:** monitoring of activities by mapping and reflections from the health accounts enabled promote awareness of professionals about the need for elder care in the perspective of full reception and multi-joint, awakening it, the co-management process work in health, where the work-significant-generated learning powers of autonomic education from the health work everyday. **Keywords:** Geography Mapping. Continuing Education. Practice Management. Health Services for the Aged.

INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um processo que coloca o cotidiano do trabalho e da formação em saúde em análise, além de buscar atingir seus objetivos por meio da metodologia de problematização, dentro do cenário em que os profissionais de saúde estão inseridos, reconhecendo o potencial educativo no âmbito laboral, mudando suas práticas e qualificando o trabalho em saúde com fins resolutivos, que reconhecem a integralidade e, principalmente, a humanização. A partir da portaria GM/MS nº 1.996/2007, a EPS configura-se como uma política nacional que trata da educação em saúde, que deve ser conduzida sob as esferas estaduais e municipais, implicadas na melhoria da gestão do trabalho, educação em saúde e atenção em saúde¹.

Entende-se que a EPS pode contribuir para aprimorar a formação profissional e, conseqüentemente, fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando, assim, o desenvolvimento dos trabalhadores e instituições de saúde, no intuito de contribuir para qualificação do atendimento ao usuário. Para que a EPS alcance o status de vertente pedagógica no/pelo trabalho, um dos maiores desafios encontrados é a superação do tecnicismo e o desenvolvimento de propostas de aprendizagem que estimulem a reflexão e a sensibilização dos profissionais em reconhecer as experiências culturais, científicas e éticas como fundamentais na

construção do conhecimento, destacando elementos do cotidiano de trabalho para a sua significação, valorizando o saber tácito e o espaço de pertencimento¹. É um dos pilares na construção de práticas inovadoras para uma gestão democrática do sistema, construção de práticas em saúde, que aproxima o SUS do objetivo de atenção integral à saúde com qualidade para os brasileiros².

A cartografia em saúde é uma proposta metodológica, advinda da filosofia, e que, recentemente, foi incorporada pela saúde na pesquisa qualitativa, reconhecendo seu potencial metodológico, e, sobretudo, a capacidade de enriquecer as coletas de dados pelas narrativas em saúde, valorizando o percurso do pesquisador e a trajetória dos sujeitos envolvidos em todo o processo no desenvolvimento das pesquisas.

O método, originalmente descrito pelos filósofos franceses Gilles Deleuze e Félix Guattari ao final da década de 1960, e cuja abordagem é considerada relativamente nova quanto a seu uso na pesquisa qualitativa no Brasil, surge nos últimos anos como proposta metodológica adotada por pesquisadores brasileiros. Na cartografia, a construção de mapas permite a captação da complexidade presente no campo e nos dados produzidos, que falam dos encontros entre profissionais, gestores, pacientes e familiares³.

Podemos compreender que a ação educativa é importante para assegurar a autonomia e independência do idoso, como também, o envelhecer saudável. Porém, o modelo assistencial privilegia as ações curativas, centradas na atenção médica, desconsiderando o papel ativo que o sujeito cuidado pode desempenhar⁴. Nesse sentido, a EPS torna-se uma possibilidade relevante e potente para o aprimoramento do atendimento à pessoa idosa, que deve ser pautado na integralidade e intersetorialidade, sobretudo, considerando as peculiaridades desse público, que, mesmo sendo categorizado como indivíduo adulto no que tange à assistência em saúde, exige particularidades, tendo em vista as condições físico-fisiológicas, ou mesmo, os direitos sociais-civis e políticas inclusivas à terceira-idade.

Para tanto, seria necessário a ruptura de moldes ainda pautados no ato curativista e na condição de atenção à saúde verticalizada – que não articula os segmentos da sociedade civil organizada. Essa, no entanto, é uma condição paradigmática para os serviços de saúde, que devem estabelecer a interlocução entre as organizações governamentais, não governamentais, trabalhadores de

saúde, gestores e controle social. A experiência nas regionais de saúde foi motivada pelas rodas de conversa entre os segmentos, culminando em diálogos para além da proposta de discussão de temáticas, como também, para criar instrumentos e possibilidades com intuito de enfrentar as dificuldades encontradas pelos profissionais no atendimento do idoso, atividade que requer manejo e que não é aprendido apenas durante a formação profissional⁵.

Aprimorar o conhecimento e preparar os profissionais para ao atendimento da população idosa é um grande desafio que o Brasil e o Estado de Mato Grosso enfrentam. Mesmo que conste na lei orgânica GM/MS nº 8080/1990 a disposição legal para o SUS ordenar e formar os seus recursos humanos, a força da expressão da lei enfrenta as condicionantes estruturais e logísticas dispostas nos territórios. Esses enfrentamentos suscitaram a iniciativa da Secretaria do Estado de Saúde de estar mais próxima das regionais de saúde, articulando os diálogos e afeiando a proximidades com os agentes locais.

Os relatos no diário cartográfico, instrumento dessa pesquisa, possibilitaram que as narrativas empreendidas no mesmo compusessem a base material para elaboração deste artigo. O objetivo principal foi despertar a percepção, por meio da trajetória descrita no mapa cartográfico, ao mesmo tempo em que funcionasse como instrumento educativo-pedagógico para os profissionais de saúde, a fim de avivar a sua sensibilização para pensarem e repensarem sobre a sua trajetória e as suas práticas.

MATERIAIS E MÉTODOS

A cartografia buscou mapear o processo de trabalho da área técnica, que está relacionado à articulação intersetorial para aprimoramento das políticas de saúde voltadas para pessoa idosa, assessoria técnica a escritórios regionais de saúde e municípios, além de visitas técnicas para auxiliar na organização do serviço para atendimento adequado dessa população vulnerável. A maioria dos assuntos inseridos no diário cartográfico está relacionada às visitas técnicas realizadas nos anos de 2014 e 2015 bem como as diversas ações em parceria com outros setores da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e outros setores públicos e privados.

Primeiramente foi realizada uma busca por artigos relacionados à educação e educação permanente em saúde. O próximo passo foi avaliar as inserções

realizadas no diário cartográfico nesse período. E então, iniciou-se o processo de escrita do presente estudo, associando a leitura dos artigos pré-selecionados e as informações contidas no diário cartográfico. No decorrer desse processo viu-se a necessidade de inserir mais artigos relacionados à educação e envelhecimento, para auxiliar no entendimento das ações realizadas pela área técnica.

DISCUSSÃO

O envelhecimento e suas consequências ajudam a nortear as políticas de saúde e variam de acordo com cada região e, como preconizados pela EPS, devem ser levados em conta pelos profissionais da área e gestores. Portanto, a organização de serviços e ações de promoção à saúde devem ser adaptada para realidade municipal. Por isso a relevância de abordar o tema no decorrer do trabalho.

Tratar da cartografia em saúde é estabelecer reflexão intrínseca com a própria prática, que se dá construindo diálogos com o instrumento de coleta de dados – o próprio diário cartográfico – ou seja, ao utilizar-se da cartografia, o diário é o instrumento e “método” de pesquisa que está imbricado na construção da narrativa e, que, se faz ao descrever e contar sobre a trajetória e contexto do sujeito.

Nesse sentido, pode-se considerar que há interlocução entre três agentes: o sujeito-consigo; o sujeito com outros sujeitos e os cenários da saúde; e o sujeito com o diário cartográfico. Estrutura-se, assim, a complexidade da narrativa aqui proposta. Desta forma, descrever as situações significativas para si é, ao mesmo tempo, buscar apresentar a experiência da formação em EPS. É justamente compreender a conjuntura da educação autonômica de que ninguém é sujeito da autonomia de ninguém. Por outro lado, ninguém amadurece de repente, por exemplo, aos vinte e cinco anos. Amadurece-se todo o dia, ou não. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser⁶.

Se a cartografia é a condição de vir a ser, podemos considerar que a EPS é fator preponderante para a educação. Trabalho que se estrutura nas diversas ocasiões no/pelo serviço em saúde, aqui provocada na proposta de Rodas de Conversa com as 16 regionais de saúde de Mato Grosso. No entanto, cartografar em saúde, é materializar em forma de escrita a trajetória realizada em qualquer serviço de saúde, e, certamente, quando utilizadas as narrativas em destacadas no

diário cartográfico, serão um compilado daqueles que marcaram a trajetória do sujeito. Assim, construiu-se o percurso realizado para a escrita, essa, capaz de territorializar e desterritorializar a construção de novas concepções. Podemos compreender esse processo conforme propuseram Guattari e Rolnik (1996)⁷:

Queria falar de uma concepção um pouco clássica do desejo como algo de individual, e do social como algo que vai se construindo a partir desse desejo individual, por etapas sucessivas. É claro que se pode sempre tentar fazer a cartografia de uma situação a partir dessas noções. Não há, a meu ver, modelos universais e científicos para se tentar compreender uma situação, e, além disso, Os próprios modelos científicos se repelem, se intercambiam, se conjugam entre si. No entanto, essa concepção clássica de desejo esta aquém de uma série de fenômenos, especialmente de um que me parece muito importante, o da produção de subjetividade - mais do que o de sua modelização – em escala social, e mesmo mundial. (Guattari e Rolnik, 1996, p.233)

Durante a experiência do curso de formação multiprofissional em Educação Permanente em Saúde, em concomitância com as atividades nas regionais, ocorreu a alimentação do diário cartográfico. Toda e qualquer ação durante os encontros do curso de especialização e nas regionais de saúde foram registradas, *a priori*. Sequencialmente, após o primeiro semestre as alimentações do diário cartográfico, aconteceram semanalmente para que houvesse tempo de associar as afetações percebidas no processo de trabalho da área técnica de saúde do idoso e seus nexos com educação permanente em saúde.

Para a fundamentação teórico-prática e atribuição da compreensão sobre cartografia em saúde, a proposta pode ser considerada a partir de quatro perspectivas. A primeira é: ler o diário de alguém é um pouco como olhar no espelho, que reflete sobre si e do outro⁸. A segunda propõe produto de palavras, sentimentos, afecções. Tudo que trouxemos e construímos pela inventividade e oportunidade em inserir novas possibilidades ao encontro conosco e com o outro⁹. A terceira considera que a construção cartográfica pode ser compreendida como uma possibilidade de produção de visibilidades e dizibilidades (novas possibilidades de ver e dizer) para os acontecimentos e afecções que se estabelecem na produção da vida, dos afetos e das práticas¹⁰. Por fim, na quarta, não se trata de interpretar uma realidade como se esta tivesse um sentido em si mesmo a ser desvelado, mas uma criação singular de sentidos para a realidade vivida/experienciada, para a “criação de mundos”. O que se propõe não se realiza no nível teórico, mas sim no campo das

vivências e das experiências, ou seja, no plano das existências. É a existência que vai nos posicionar na vida e na forma como construímos redes de conexões com os outros. Isto potencializa a nossa narratividade e a possibilidade de rastreamento cartográfico. Diferentemente de uma cartografia convencional, fala-se de um desenho que dialogue com os acontecimentos e as afetações do cotidiano do trabalho e da vida. ¹¹.

Mapeando territórios e temas: as regionais de saúde que compuseram o estudo

Iniciou-se em 2013, ações da área técnica de saúde da pessoa idosa composta por duas técnicas de nível superior: uma fisioterapeuta, responsável pela pesquisa via *web*, selecionou aleatoriamente alguns municípios do estado de Mato Grosso, em que foram solicitados dados epidemiológicos, sobretudo os destinados às ações de promoção de saúde e serviços destinados à população em questão. A proposta inicial era obter um panorama que pudesse representar as ações destinadas à terceira-idade, mais precisamente as ações interinstitucionais, governamentais e políticas, e assim, iniciar a fase de desenho das visitas técnicas nas regionais de saúde.

A partir dos dados coletados, em 2014 iniciaram as visitas técnicas nos 15 escritórios regionais de saúde: Cáceres, Pontes Lacerda, Juína, Juara, Peixoto de Azevedo, Sinop, Alta Floresta, Colíder, Tangará da Serra, São Félix do Araguaia, Porto Alegre do Norte, Diamantino, Água Boa, Barra do Garças e Rondonópolis. No momento dessa investidura o escritório regional da Baixada Cuiabana não participou das ações devido sua desarticulação estrutural e política. A prioridade foi os Escritórios Regionais com população envelhecida (maior ou igual a 7% da população de pessoas idosas), porém, algumas exceções foram necessárias devido à logística.

As datas das visitas foram previamente agendadas e articuladas com os ERS através do técnico responsável pela área técnica de Saúde da Pessoa Idosa. O mesmo ficava responsável pela logística da reunião (reserva de salas e equipamento áudio visual) e de convidar os profissionais dos municípios que pertenciam a sua regional. Além dos profissionais de saúde, foram convidados profissionais de assistência social, gestores, instituições de longa permanência,

profissionais da segurança pública (bombeiros e polícia militar), instituições de ensino, sociedade civil organizada, entre outros.

Na reunião ampliada (denominada ampliada por se tratar do início dos diálogos junto aos gestores de saúde, e, posteriormente amplificando o quórum, agregando a comunidade e trabalhadores da saúde do nível central e local, utilizando-se das rodas de conversa para apontarem as necessidades e desafios que eles enfrentavam) eram destacados tópicos, como: causas de internação e mortalidade, violência, incidência de SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Aguda Adquirida), doenças crônicas, notificação de violência e ações intersetoriais consideradas importantes para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa e manter sua capacidade física e cognitiva.

A COMPREENSÃO DA LÓGICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE IMBRICADA NO MAPEAMENTO CARTOGRÁFICO

A EPS tornou-se política pública que estimula os agentes envolvidos nos processos de saúde a promover reflexões sobre si e o seu processo de trabalho. Os profissionais, usuários e gestores de saúde, em variadas situações do cotidiano, lidam com as experiências voltadas a si próprios e ao coletivo, fator esse que propicia o processo de autoanálise e autorreflexão capaz de estruturar novas formas de lidar com a realidade em que estão inseridos. Esse processo de se reconhecer como agentes de construto de respostas pode tornar-se “assustador” à medida que proporciona a retomada da responsabilidade do usuário, do trabalhador e do gestor quanto à participação na construção do SUS e suas políticas de saúde.

O processo de reconhecer as expressões da Educação Permanente em Saúde no/pelo trabalho ainda é um processo que requer esforço e mudança de postura, pois, além de audacioso, destina-se à construção de uma rede ensino-aprendizagem, ampliando as possibilidades de respostas voltadas para as necessidades de saúde dos serviços e usuários¹⁰. Nesse sentido a problematização das práticas de saúde no trabalho possibilita uma busca pela compreensão e propõe uma integração dos processos educativos de trabalhadores com as experiências dos cotidianos de trabalho¹².

A proposta educativa da EPS permite aos sujeitos aprender a aprender, construir conhecimentos para promover autonomia individual e coletiva, conectando

o processo de trabalho ao meio que este está inserido¹³. Foi nesse viés que a área técnica da pessoa idosa da Secretaria Estadual de Saúde buscou atuar nas variadas frentes de trabalho a partir das demandas levantadas nas regionais de saúde.

A ideia de rede que se construía era a concepção rizomática de articulação com diversos setores públicos e privados para formulação de políticas, desenvolvimento de ações que visavam à qualidade vida do idoso e, também, na mudança de práticas da assessoria técnica a Escritórios Regionais de Saúde (unidades descentralizadas da SES) e municípios.

Após conhecer a EPS no processo de trabalho e observá-la na disposição do mapeamento cartográfico realizado pelo diário (*online*), foi possível identificar que a atuação da área técnica já estava em consonância com a vertente pedagógica da educação permanente em saúde, pois existia a articulação multiprofissional dos profissionais, do controle social, gestão central e setorial da atenção à saúde e instituições formadoras¹⁴.

O que preocupava para além das questões do reconhecimento da EPS no processo de trabalho, circunscrevia a clareza de focalizar os ciclos de vida da pessoa idosa, justamente por necessitar de atendimento integral. Por ser um processo complexo, o envelhecimento populacional e seus reflexos para a saúde pública, o tema saúde do idoso tornou-se uma política pública. Nesse sentido a EPS funcionou como dispositivo educativo, pedagógico e formador de políticas locais e micropolíticas, para compreender o processo de trabalho em torno do idoso e do envelhecimento. Na construção coletiva, evidenciou-se como empoderamento o reconhecimento da população sobre o seu contexto, e com isso, passou a sugerir e fomentar os diálogos para criação de estratégias de promoção à saúde junto aos demais participantes.

ALGUNS RESULTADOS

O envelhecimento consiste em transformações que os seres vivos sofrem ao longo dos anos e pode ser considerado uma involução morfológica e funcional, que afeta a maioria dos órgãos e leva a um gradual declínio no desempenho funcional dos indivíduos. Pode-se considerar que a maioria dos idosos apresenta o envelhecimento considerado patológico, ou seja, associado às doenças e incapacidades¹⁵. Nesse sentido, desde 2014, estamos desbravando o Mato Grosso

buscando atingir a meta de visitar as 15 regionais de saúde.

As visitas técnicas realizadas no município sede foram importantes para integração dos profissionais e as ações desenvolvidas nos municípios circunvizinhos. As experiências exitosas foram compartilhadas bem como as frustrações e dificuldades encontradas no desenvolvimento de cada ação voltada para a população idosa.

No ano de 2014, foi possível visitar nove regionais, e, em 2015, as seis regionais restantes. Nestes encontros no interior de Mato Grosso foram realizadas reuniões envolvendo instituições governamentais e não-governamentais e os representantes do controle social. Nas rodas de conversa, foram elencados diversos assuntos, como: internação, mortalidade, violência, quedas, modelo de atenção integral, telessaúde e sistemas de informações. Reconhecemos o panorama atual e sensibilizamos durante os encontros todos os envolvidos sobre a importância de fomentar o diálogo local sobre os temas. Foi um encontro fundamental, sobretudo por estimular o desenvolvimento de ações intersetoriais para uma melhor efetividade das ações voltadas à atenção integral do idoso.

Nestas 15 reuniões foi possível realizar algumas constatações: muitas ações vêm sendo executadas para o atendimento e inclusão do idoso na sociedade, porém desarticuladas e isoladas; municípios menores conseguem se articular e desenvolver ações com diversas parcerias; os ERS mais atuantes conseguiram sensibilizar mais municípios para participar das reuniões; os serviços que mais se destacaram tinham na gestão um profissional que se identificava com essa população; e em alguns locais, serviços, antes de excelência, foram desmantelados por falta de apoio da gestão (troca de gestão municipal).

Ao mesmo tempo em que foram expostas experiências exitosas, encontramos profissionais extremamente desmotivados, principalmente pela alternância de gestores da saúde, pois ora o gestor tem a política de atenção à saúde do idoso como prioridade, ora outro não tem. Outro entrave percebido foi a baixa adesão dos municípios de algumas regionais em participar das reuniões (rodas de conversa), para tanto encontramos algumas justificativas, dentre elas, a distância geográfica bem como as dificuldades de acesso, a baixa articulação dos ERS com os municípios e, principalmente, a falta de incentivo financeiro dos municípios em custear as despesas da viagem dos seus profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A materialização das experiências vivenciadas e compartilhadas foi possível mediante o processo da cartografia em saúde, pois ela possibilitou o mapeamento do panorama do estado quanto à política do idoso e, ao mesmo tempo, a percepção das disposições das práticas da área técnica como dos sujeitos dos municípios locais. Compreende-se o diário cartográfico como um instrumento potente, capaz de narrar a história construída ao longo da trajetória da vida, e do trabalho.

A cartografia em saúde, em consonância com a vertente pedagógica da EPS, oportunizou movimentos para novas formas de fazer e inventar a educação na área, apresentando ao trabalhador, gestor, usuários e educadores uma forma diferente de trocar conhecimento e aprendizagem. Toda a potência que a cartografia mapeou está relacionada ao conjunto de conhecimentos presente no cotidiano do trabalho em saúde, nos territórios e imbricado nas práticas dos sujeitos, sendo construídas ao longo do percurso da vida.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma das formas de viabilizar estruturas e recursos para sua consecução, porém a sua capacidade pedagógica está além dessa condição de política de saúde, pois quando sua lógica está compreendida no processo de trabalho, atua-se consigo e com outros sujeitos para transformar as vivências e experiências em conhecimento, que podemos caracterizar por sensível à medida que estimula o pensar na saúde em geral, e do idoso como um processo que deve ser elaborado num conjunto de sujeitos protagonistas das práticas integradas ao coletivo que pertencem.

Nesse sentido, durante os encontros e a narrativa (escrita) no diário cartográfico foi necessário realizar, fazer, criar, interpretar e vivenciar a educação em saúde no ato do trabalho, que objetiva estimular o profissional de saúde a repensar suas práticas de trabalho de acordo com o contexto dele/ele inserido, não abandonando o tecnicismo, mas humanizando o serviço e permitindo a transformação da realidade que vivemos.

A EPS movimentou o processo de trabalho da área técnica, assim, levou a uma reflexão sobre as práticas, promoveu mudanças na forma de pensar e atuar. Influenciou-se positivamente na evolução do atendimento a pessoa idosa. Mostrou, também, a relevância de trabalhar a EPS no processo de envelhecimento

populacional e biológico ao qual a população brasileira está exposta. A cartografia, no entanto, foi instrumento essencial para que toda a produção das reflexões e conhecimento se concretizassem em processos de trabalho tangíveis ao (re)pensar, (re)fazer (re)estruturar os saberes e as práticas.

REFERÊNCIAS

1. Silva LAA, Bonacina DM, Andrade A, Oliveira TC. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. *Rev Enf UFSM* 2012; 2(3):496-506.
2. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Salud Colectiva Buenos Aires* 2006; 2(2):147-160.
3. Mastines WRV, Machado AL, Colvero LA. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva* 2013; 203-211.
4. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem* 2007; 16(2):254-62.
5. Bittar CML, Fonseca LMS. Dificuldades no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. *RBCEH Passo Fundo* 2014; 11(2):178-192.
6. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 1ª ed., Ed. Paz e Terra: São Paulo; 2015.
7. Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. 4ª ed., Ed. Vozes: Petrópolis; 1996.
8. Alaszewski A. Using Diaries for Social Research. *Forum: Qualitative Social Reserarch* 2006; 25:4(7):5-1.
9. Rojas FLL. *Fissuras em mim: O cotidiano "quadrilógico" em construção a partir da educação permanente em saúde Mato Grosso (2014-2015)*. Porto Alegre: UFRGS; 2016.
10. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol 5, Ed. 34: Rio de Janeiro; 1995.
11. Rolnik S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. 1ª ed. Ed. Sulina: Porto Alegre; 2014.
12. Silva JAM, Peduzzi M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde Soc São Paulo* 2011; 20(4):1018-1032.
13. Silva LAA, Franco GP, Leite MT, Pinno C, Lima VML, Saraiva N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*, 2011 Abr-Jun; 20(2):340-8.
14. Tronchin DMR, Mira VL, Peduzzi M, Ciampone MHT, Melleiro MM, Silva JAM, Silva AM, Soares JMS. Educação permanente de Profissionais de Saúde em Instituições Públicas hospitalares. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(2):1210-1215.
15. Moraes EN. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* 2008 2(4):151-175.