

EDUCAÇÃO E SAÚDE: ENSINO E CIDADANIA COMO TRAVESSIA DE FRONTEIRAS

EDUCATION AND HEALTH: TEACHING AND CITIZENSHIP TO BRIDGE BOUNDARIES

Ricardo Burg Ceccim¹
Alcindo Antônio Ferla²

Resumo O artigo procura construir, a partir de uma memória da Reforma Sanitária Brasileira e de aproximações entre as áreas científicas da Educação e da Saúde, uma *micropercepção* (matéria para o pensar, aprender, conhecer) à emergência de um domínio de conhecimento designado por Educação e Ensino da Saúde. Esse domínio emergente estaria bastante associado à invenção da Saúde Coletiva, no campo científico da saúde, e com a invenção do Controle Social em Saúde, no campo da intervenção política nesse setor. O novo domínio de conhecimento seria caracterizado por uma implicação singular do ensino com a cidadania, permitindo a travessia de fronteiras entre educação e saúde pela via da educação permanente em saúde. Os temas do ensino e da cidadania são problematizados com o auxílio explícito ou não (via seus leitores) de alguns pensadores da filosofia e do contemporâneo, como Michel Foucault, Michel Serres, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Francisco Varela, Humberto Maturana e Ilya Prigogine.

Palavras-chave educação profissional em saúde pública; educação médica; reforma dos serviços de saúde; educação continuada.

Abstract The article seeks to build, based on a memory of the Brazilian Sanitary Reform and on approximations between the scientific areas of Education and Health, a *microperception* (matter for thought, learning, and getting to know) about the surfacing of a domain of knowledge designated by Health Education and Teaching. This emerging domain would seem to be largely associated to the invention of Collective Health, in the scientific field of health, and to the invention of Social Control in Health, in the field of political intervention in this sector. The new knowledge domain would be characterized by a singular implication of teaching with citizenship, allowing the bridging of the boundaries between education and health via permanent education in health. The teaching and citizenship themes are problematized with explicit help or not (via its readers) from a few philosophers and contemporaneous thinkers such as Michel Foucault, Michel Serres, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Francisco Varela, Humberto Maturana, and Ilya Prigogine.

Keywords professional education in public health; medical education; reform in health services; continued education.

Introdução

Um movimento especificamente do setor da saúde organizou-se e consolidou-se no Brasil, principalmente durante os anos de 1970 e 1980, como luta social em defesa da saúde. Saúde como direito de cidadania e como parte integrante e ativa das lutas contra a ditadura militar. O *slogan* 'saúde é democracia' designava o direito à saúde e era a expressão de um conjunto de condições saudáveis – condições de vida e de trabalho – das quais não se poderia abrir mão. A saúde adquiria um conceito 'ampliado', ampliação resultante da compreensão de seus fatores condicionantes (ou determinantes) e em defesa da superação das dicotomias entre ações de promoção e prevenção (saúde pública) e ações curativas (assistência médica), como vigente até então. Antes da Constituição Federal de 1988, a saúde pública estava no setor da saúde e a assistência médica estava no setor da previdência social. O acesso à promoção da saúde e prevenção de doenças estava garantido apenas aos agravos e eventos de elevada prevalência ou impacto à saúde pública e o acesso à assistência às doenças estava garantido apenas pelo tratamento médico sob o foco da recuperação e reabilitação dos adoecimentos.

O contexto singular em que emerge esse 'movimento' no setor da saúde construiu também um sentido bastante singular à saúde pretendida: uma saúde colada no modo de andar a vida das pessoas e, portanto, muito além dos recortes preventivista ou curativista, saúde pública ou assistência médica, promoção *versus* reabilitação. Tal movimento disputava pela 'atenção' no lugar da 'assistência', pela integralidade no lugar da polaridade prevenção–cura e pela processualidade saúde–doença em lugar da promoção *versus* reabilitação. Emergia o Movimento Sanitário, base de formulação e projeção das reformas setoriais que se sucederam e com ele se confundem como as reformas do setor da saúde. O Movimento Sanitário Brasileiro possui o protagonismo da Reforma Sanitária Brasileira que levou ao Sistema Único de Saúde (SUS).

No interior da academia, o Movimento Sanitário cresceu por entre os docentes da área da Saúde Pública e da Saúde Preventiva e Social, cuja produção científica informava sobre os processos capazes de condicionar (ou determinar) estados de saúde e adoecimento, as repercussões sociais do atendimento ou da desassistência em saúde e a satisfação ou insatisfação dos cidadãos com os padrões assistenciais e preventivos disponíveis. Além disso, essa área de conhecimento realizava a análise e estabelecia interpretações científicas sobre os padrões de financiamento e geração de lucro sobre a vida e a saúde. Estudar Saúde e Sociedade era o modo de entender os padrões de saúde do país e, assim, detectar a existência de um perfil de classe social na distribuição dos adoecimentos e mortes, bem como contribuir para a conquista de maior correspondência entre projetos terapêuticos e história

cultural dos grupos e classes sociais (o cuidar profissional deveria aprender a ser capaz de respeitar as individualidades daqueles que demandam cuidados). Os estudos em saúde precisavam corresponder, então, não apenas aos padrões populacionais da saúde e da doença ou aos comportamentos populacionais do processo saúde-doença (saúde pública com recursos da epidemiologia e da planificação em saúde), mas ao conhecimento sobre as coletividades humanas, seus processos interativos e características de pertencimento (Saúde e Sociedade).

Um co-engendramento dos fatores de luta pela reforma setorial em saúde fez nascer o 'campo de estudos' da Saúde Coletiva – reunindo a Saúde Pública ou Saúde Preventiva e Social e a Saúde e Sociedade – e o 'campo de intervenções' do Controle Social em Saúde, componente organizativo da agenda política de base popular na defesa da saúde no Brasil. A Saúde Coletiva e o Controle Social em Saúde distinguiam a exigência de uma 'atenção integral à saúde' da assistência e prevenção centradas nos adoecimentos ou agravos à saúde e da promoção de saúde por políticas específicas. A defesa da saúde, com um caráter de enfrentamento da ditadura militar e de luta por direitos, deu posse a um conceito ampliado de saúde, como reconhecimento radical da qualidade de vida e de trabalho na expressão individual e coletiva da saúde. As lutas por mudança no setor tinham uma concepção de desfragmentação (não um setor curativo e um setor preventivo, mas um setor 'único'), de integralidade na atenção (não um modelo de assistência e um modelo de promoção, mas um modelo 'único'), de participação da sociedade na tomada de decisões sobre os rumos do setor (não um fórum de governo e um fórum de participação, mas governo e sociedade em fórum 'único') e entendida como direito de todos e dever do Estado (não um setor público e um setor privado, mas subsetores Estatal e Suplementar em um setor 'único'). Na presença de todos esses fatores, uma singular imbricação aos termos 'saúde' e 'cidadania': novidade conceitual, política e atitudinal na gestão setorial, nas práticas profissionais e nas formas de participação social.

Esse contexto fortaleceu a percepção de insuficiências no ensino das profissões da saúde. O conceito de educar para o trabalho em saúde deveria deixar de ser a transferência de recursos cognitivos e tecnológicos às novas gerações profissionais para tornar-se a formação de um quadro de militantes do setor da saúde na execução de um projeto de sociedade e de um projeto technoassistencial de saúde correspondente a esse projeto de sociedade, fundamentalmente uma sociedade de cidadãos, onde a saúde se relacionasse amplamente com a qualidade de vida e trabalho. Profissionais detentores, portanto, de habilidades, conhecimentos e valores capazes de fazer funcionar um sistema de saúde relativo à vida de todas as pessoas, estando a qualidade de vida na antecedência de qualquer padrão técnico a apreender

ou a exercer. Independentemente de militância, entretanto, o ordenamento da formação de profissionais de saúde deveria passar pela produção do entendimento sobre que mundos estavam em disputa na conquista do Sistema Único de Saúde.

O setor da saúde, com o SUS, deixou de ser apenas uma das áreas ou das políticas públicas do capítulo da Ordem Social numa sociedade democrática, representando a tradução de uma história social e cidadã, que mobilizou academia, trabalhadores de saúde, classe trabalhadora e movimentos sociais (desde os de bairro aos de motivação específica como de portadores de patologia, feminista, negro etc.). Se um povo democraticamente organizado foi capaz de formular um conceito de saúde, uma proposta de práticas para um sistema nacional de saúde e um processo de acompanhamento setorial, ele demonstra maturidade política. Respalda ou desmonta essa maturidade está, sim, no interior dos processos formativos profissionais, cuja natureza é conformar as novas gerações de pensadores, formuladores, avaliadores e efetutores da transposição de princípios e proposições em projetos de pesquisa, escuta, cuidado e tratamento em saúde.

A formação dos profissionais de saúde, no entanto, tem-se mostrado um importante reservatório da resistência contra os avanços da cidadania em saúde, não absorveu esse histórico de lutas e projeto de sociedade, fragilizando-o, o que em última instância, não revertido, a fará participar do desmonte de um patamar de cidadania conquistada, exigindo da sociedade novo posicionamento e novo enfrentamento pela mesma causa: saúde como direito de todos e dever do Estado. Diga-se: saúde como direito à vida com qualidade; saúde como direito à atenção integral, com privilégio da promoção e prevenção, sem prejuízo da recuperação e reabilitação dos estados de saúde; saúde como expressão do andar a vida. Coadjuvam para compor essa situação, jogos de influência das corporações e do mercado de interesses do complexo produtivo da saúde, a disputa pelos imaginários profissionais promovida pelas corporações e pelo ideário social neoliberal e conflitos de posição em estruturas de poder no trabalho, mas também deficiências no processo de educação dos professores, de composição dos cenários de aprendizagem e de interação das instituições formadoras com as instâncias de condução setorial e atuação profissional da saúde.

A educação dos profissionais de saúde não configurou, na história de lutas da reforma sanitária, um núcleo de conhecimentos e práticas específico, embora reiterada a necessidade de sua transformação em todas as instâncias de controle social. No Movimento Sanitário predominava a visão de que o mercado de trabalho condicionaria as características do aparelho formador, também se acreditava que a nova empregabilidade e a regulação do trabalho levariam à priorização da mudança na formação de profissionais de saúde na direção do SUS, mas o setor da educação não apenas res-

ponde por necessidades sociais, ele as engendra, assim como a si mesmo. Na verdade, as relações entre mercado de trabalho, prática profissional, estrutura acadêmico-administrativa dos cursos e prática educativa são constituídas de inúmeras interfaces de mão dupla, uma mudança não se constrói plenamente sem a outra. Como resultado de jogo de forças, todavia, a não ocupação privilegiada com a educação dos profissionais de saúde na implementação da reforma sanitária corresponde à não priorização da formação para essa transformação setorial e, por conseqüência, a sua fragilização.

Educação na saúde: contornos e potencialidades à cidadania

A saúde brasileira começou a constituir, via Saúde Coletiva, um novo movimento científico para a área. Além de domínio nas ciências básicas (ciências da vida), a área científica da saúde passou a demandar domínio na análise política das circunstâncias da vida com interferência sobre o adoecer e o morrer. A atenção integral à saúde não corresponde ao acesso às tecnologias biocientíficas, mas ao domínio dos fatores de condicionamento dos estados de saúde e às chances de intervenção oportuna ou adequada sobre os mesmos. A busca das possibilidades de articulação entre ação política e novos paradigmas científicos, a justa tradução entre informação biocientíficas e práticas terapêuticas, a transposição entre evidência epidemiológica e narrativa do processo saúde-doença, entre outros fatores capazes de auxiliar na escuta, cuidado e tratamento de pessoas e coletivos e na superação das crises setoriais construíram uma referência social ao pensamento intelectual da área. Na esfera das lutas pelo direito à saúde e na avaliação da implementação da Reforma Sanitária, a cidadania no Brasil contabilizou a ampliação e importante interiorização da rede de serviços; a abertura de estratégias de contato domiciliar do sistema de saúde com a população; a desinternação, com apoio social às pessoas vivendo quadros de cronificação e asilamento em serviços de saúde; a alocação de recursos orçamentários de destinação à saúde; o crescimento expressivo da empregabilidade e do mercado de trabalho para profissionais de saúde e o financiamento de pesquisas no interesse do sistema de saúde.

O 'poder de cidadania' presente na sociedade, para o setor da saúde e para a área científica da saúde coletiva, não teve correspondente para o setor da educação e para a área do ensino. Ainda é tênue na formação profissional a apropriação do Sistema Único de Saúde e ainda vigora um imaginário de saúde como prestação de serviços altamente tecnificados, com usuários tomados por seus padrões biológicos, com o processo saúde-doença constituído por história natural, com o hospital tomado como o topo

de uma hierarquia qualitativa de trabalho, com o emprego público entendido como alternativa de sobrevivência e produção de práticas coletivas, enquanto o trabalho de maior dedicação estaria no subsetor privado, com atendimento individual e com grande consumo de procedimentos. Um imaginário assim configurado está presente na formação, sendo produto construído e embasado em interesses corporativos e particulares.

A Educação Superior, como gestão setorial do ensino, teve pouca ocupação com a produção política que ocorreu no interior da área setorial da saúde. Foram as associações de ensino das profissões de saúde e o próprio Sistema Único de Saúde que se ocuparam do debate sobre a mudança na formação e a formulação de diretrizes curriculares. Devido ao Sistema Único de Saúde, tornou-se relevante para o conjunto das profissões da área o fortalecimento ou criação de associações de ensino congregando professores e estudantes de graduação, gestores desse setor nas políticas públicas, serviços de saúde e representantes da sociedade. As associações de ensino não correspondem às associações profissionais, estas são outras, ocupadas principalmente com especialidades e áreas de atuação profissional. Poderíamos supor que as associações profissionais teriam no setor da saúde a sua principal interlocução, enquanto as associações de ensino estabeleceriam principal interlocução com o setor da educação. Tal não ocorre. As associações de ensino têm buscado, há alguns anos, o setor da saúde para aprofundar seu compromisso com o SUS, entendendo que a isenção da educação para com a formação das novas gerações profissionais para o SUS rebaixaria a conquista da cidadania em saúde a um valor instrumental, invertendo a equação saúde e sociedade em prejuízo de novos contornos e potencialidades para o ensino e a cidadania. As associações profissionais buscam o setor da educação para preservar a lógica da especialização corporativa e a reserva de mercado, anulando o processo político e social da saúde, defendendo a vigência de um conceito de trabalho que não reconhece grande protagonismo aos trabalhadores em ato, mas ao seu próprio lugar de instituição das verdades e certezas do trabalho (trabalhadores, neste caso, como 'recursos humanos').

Na implementação real do SUS, em que pese a invenção da Saúde Coletiva – no campo do conhecimento – e do Controle Social – no campo da participação –, assistimos a um modo de operar em que as maneiras e valores tradicionais não perderam vigência e as redes de pensar, aprender e conhecer, agregadas pela 'formação', travam os processos de criação de si, dos entornos e de uma 'cidade com saúde' (redes para novas apropriações e apreensões) capaz de operar com o conceito ampliado de saúde.

A complexidade, diversidade e amplitude da produção da vida humana exigem/obrigam à formação de pessoal com qualificação para a compreensão e intervenção intersetorial e segundo estratégias de promoção da saúde

como qualidade da vida (potencialidade conceitual de que a saúde seja a produção da vida no coletivo). Para dar conta deste objetivo, o conceito de 'quadrilátero da formação' (cunhado para representar um novo arranjo de atores relevantes nas definições de estratégias para a educação na saúde) procura reunir ensino, atenção, gestão e controle social em saúde. Esse conceito é resultante do processo de reflexão e construção de inovações para uma política nacional de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde com caráter de educação permanente, isto é, uma gestão da formação integrante do cotidiano do Sistema de Saúde (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

A noção de 'quadrilátero da formação' embasa uma invenção do Sistema Único de Saúde para marcar o encontro da saúde com a educação: a Educação Permanente em Saúde – sugestão de uma ligação orgânica entre ensino (educação formal, educação em serviço, educação continuada), trabalho (gestão setorial, práticas profissionais, serviço) e cidadania (controle social, práticas participativas, alteridade com os movimentos populares, ligações com a sociedade civil). A Educação Permanente em Saúde seria não apenas uma prática de ensino-aprendizagem, mas uma política de educação na saúde, esforço de nomeação da ligação política entre Educação e Saúde (Ceccim e Ferla, 2006a).

Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou, como política pública, a iniciativa *Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde* (Brasil, 2003). Esse documento foi o marco para a definição do campo de saberes e práticas da Educação e Ensino da Saúde e para o reconhecimento de sua origem no campo de produções da Saúde Coletiva. Entretanto, a formação dos profissionais da área da saúde ainda é orientada por uma concepção pedagógica que estabelece o centro das aprendizagens no hospital universitário, hierarquiza os adocimentos em critérios biologicistas e dissocia clínica e política. Faz-se necessário, então, que os educadores abandonem a segurança deste modelo pedagógico e assumam posturas criativas de construção do conhecimento, tendo como referência as necessidades dos usuários, que são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas; lutem por um desenho orientado pelas complexidades locais e pela responsabilização dos profissionais e serviços pelo cuidado e pela cura, singular em cada caso ou realidade.

Temos sugerido a imagem de uma 'mandala' para ser incorporada ao imaginário docente na educação dos profissionais de saúde sobre a 'rede' assistencial da saúde, para que se consiga abrir mão da imagem impregnada – na didática em saúde – da pirâmide assistencial, explicação didática das redes de atenção em saúde. Em uma pirâmide a hierarquização é vertical e por níveis, em uma mandala há rede, fluxos, desenho, dobra, movimento (Ceccim e Ferla, 2006b). Uma reorientação da educação dos profissionais de saúde deve ocorrer e passar pela reversão da matriz vigente de

pensamentos e de práticas, desenvolvendo dispositivos também dinâmicos e extremamente flexíveis para escutar, retraduzir e trabalhar essas necessidades, tendo em vista a construção de uma cadeia de cuidados progressivos à saúde para os usuários, visando à garantia do acesso a todas as tecnologias disponíveis para enfrentar as doenças e prolongar a vida.

Ensino e cidadania sem fronteiras recíprocas

Para uma nova exigência de formação, cabe pensar não o que *é* ou o que *deve*, mas o que *pode* uma formação: buscar a potência, levantando questões, investigando realidades e interrogando paisagens, na perspectiva de uma aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais (potências profissionais). A aprendizagem é, segundo Kastrup (2001), atividade inventiva, pertence ao mundo dos movimentos. Longe da sensação apaziguadora em territórios pré-organizados ou de quem já desistiu de desejar, entregando-se ao desejo do outro que se responsabiliza pelos efeitos da tarefa, a aprendizagem é uma atividade da educação problematizadora. Trata-se do movimento tensionador entre o saber anterior e a experiência presente, inventor de novidade. Nem por isso é algo excepcional, privilégio de artistas ou cientistas.

É da natureza do fazer educacional pensar problematicamente, analisar, não os comportamentos, nem as idéias, mas as práticas refletidas e voluntárias por meio das quais os homens tanto se fixam regras de conduta quanto procuram modificar-se em seu ser singular (Foucault, 1988, p. 14-15). Esse 'pensar problematicamente' é aquele que coloca questões às perguntas em lugar de respostas. Foucault opõe-se a uma história das representações, pelo deslocamento do foco analítico para a captação das linhas de fuga de que cada pensamento é portador em prática. Ao invés de priorizar configurações estabilizadas e embasadas nos discursos vigentes, apostar em novas práticas de pensamento.

Nesta perspectiva, o aprender e o ensinar têm a ver com o modo de fazer. Como a aprendizagem não é uma operação intelectual de acumulação de informações, mas inclui afetos e supõe atividade dos atores envolvidos, estabelece o enfrentamento de um modo já estabelecido de ver o mundo com outro que é apresentado a partir das (novas) informações. Para Benevides de Barros (2001), aprender é, então, operar sobre determinadas práticas de modos diferentes daqueles a que se estava acostumado. Conforme a autora, é inventar novas práticas, fazer novas dobras no mundo em que as informações são fagocitadas, ingeridas, transformadas, produzindo-se, então, outras subjetividades, novas formas de estar no mundo. Isso implicaria pensar continuamente a interface formação, produção de

subjetividade e trabalho, dimensões pouco consideradas nos processos de formação.

Projetos pedagógicos não se restringem ao âmbito profissional, eles atingem, sobretudo, as relações humanas, o acolhimento e a própria qualidade de vida dos trabalhadores, pois se refletem em seu prazer, sua saúde, sua auto-estima, seu caráter, seu humor, seus hábitos; vão além do ambiente de trabalho ou da sala de aula, extrapolando para o mundo da vida. O ensino e a assistência deveriam se voltar às várias instâncias de produção da vida, pois o que produz a existência é a busca de cada vez mais saúde no processo de viver (Ceccim, 1998a).

No caso da educação permanente em saúde, projetos pedagógicos referem-se a certa organização dinâmica da educação, ampliação e potencialização, via dispositivos pedagógicos, dos atos de pensar, aprender e conhecer relativos a um atuar/proceder. Prigogine, no seu livro *O fim das certezas*, convida seus leitores a uma excursão pelo mundo de uma ciência em evolução, que nos põe diante da complexidade do mundo real, uma ciência que permite que se viva a criatividade humana. Referindo-se à física dos processos de não-equilíbrio, o autor pergunta: quem teria imaginado, no início do século XX, a existência de um universo em expansão, de fenômenos associados à auto-organização e às estruturas dissipativas? E essa ciência nos levou a esses conceitos novos, amplamente utilizados também nas ciências humanas, de que afetamos e somos afetados por um mundo cognoscível, donde estamos em autopoiese por pensarmos, aprendermos e conhecermos (Prigogine, 1996, p. 11 e 157). Pensar, aprender e conhecer, ressalte-se, não será jamais o mesmo que erudição ('pensar' não é cumulativo, é efeito de diferença-em-nós). 'Aprender' é rede de conexões, exposição arriscada ao outro. 'Conhecer' é possível somente diante do desconhecido e com abertura para o desconhecido.

Vários autores têm se dedicado ao tema da organização dinâmica que caracteriza os seres vivos – perfilada, por um lado, com a ordem e, por outro, com a desordem – o que tem sido recentemente denominado por auto-organização. Maturana e Varela (1995), tratando sobre o conhecimento, partem do princípio de que a vida é um processo de conhecimento e afirmam que nós construímos o mundo em que vivemos, que por sua vez também nos constrói no decorrer da viagem comum. Assim, temos que suspender nossa tentação pelas certezas, pois toda experiência de certeza é um fenômeno individual e cego em relação ao ato cognitivo do outro, numa solidão que só é transcendida no mundo que criamos junto com o outro. Desse modo, nosso ponto de vista será o resultado de um acoplamento estrutural no domínio experimental (contato com a alteridade e produção de diferença-em-nós). Nesse sentido, a rotina de um profissional de saúde pode ser só um ritual, mas pode também ser dispositivo se reconhecermos nela o

contato, o expor-se, o deixar-se afetar. A facilidade com que se produzem ferramentas de regulação técnica e corporativa do trabalho e a subordinação dos processos de trabalho aos conhecimentos estruturados e às tecnologias-equipamentos se contrapõem, aqui, ao compromisso ético e político de construir novas saúdes.

Serres (1993, p. 14-15) coloca que ensinar e aprender, em sentido pleno, implicam três variedades de alteridade, três estranhezas, três modos de se expor: partir, sair e deixar-se seduzir. 'Partir' é dividir-se em partes, tornar-se vários, abrir-se como universo ou como o caos onde tudo começa; 'sair' é deixar o ninho, lançar-se em um caminho de destino incerto, bifurcar a direção dita natural; e 'deixar-se seduzir' é aceitar o guia, o mestre, o condutor que conhece o lugar por onde levar o iniciado. Uma vez colocado em desequilíbrio por todos os lados, afeto, percepção e cognição estarão prestes a se distender.

"Nenhum aprendizado dispensa a viagem", assegura Serres. Em seu entender, "sob a orientação de um guia, a educação empurra para fora". Desafia: "parte, sai. Sai do ventre de tua mãe, do berço, da sombra oferecida pela casa do pai e pelas paisagens juvenis". Então, a aprendizagem: "ao vento, sob a chuva: do lado de fora faltam abrigos. Tuas idéias só repetem palavras antigas. Jovem: velho papagaio. Viagem das crianças, eis o sentido lato da palavra grega pedagogia. Aprender leva à errância" (Serres, 1993, p. 15). A palavra educação vem do latim e quer dizer, justamente, extrair, tirar para fora. A palavra pedagogia vem do grego e quer dizer condução da criança (pedagogo era o escravo que, na Grécia Antiga, conduzia a criança ao local de instrução). 'Educação' é construir aprendizados e 'pedagogia' é orientação/condução às aprendizagens, nesse sentido, a ciência da educação.

As fronteiras recíprocas entre ensino e cidadania se imbricam, posto que todo ensinar tem por finalidade construir uma potência que coloca um indivíduo ou coletivo em ato de cidadania e todo ato de cidadania configura uma potência ao saber. O ensinar é o disparador de micropercepções – introdução cognitiva e afetiva para os movimentos do pensar, aprender, conhecer –, criação de condições para que um conceito e um afeto constituam território em um si mesmo e um entorno, mas acima de tudo constituam uma 'cidade' (as redes de produção de sentido e ressingularização), um território ético de compartilhamento, confianças, cidadania (Deleuze e Guattari, 1992). Se o que ensinamos for cidadania e se cidadania for ensino, não há um exato conteúdo a transmitir, transmitimos a nós mesmos como aprendizes, esse aprender é cognitivo e afetivo, assim arma cidades e, por isso, é produtor de cidadania. A história e língua das lutas é o que vem para a sala de aula, não seus produtos inertes em conceitos a se tornarem 'saberes', mas não 'aprenderes'.

Conclusões

Com isso, somos provocados a pensar a Educação Permanente em Saúde como processo de formação, acionador de movimentos de estranhamento, de desacomodação, de ‘perguntação’ e de implicação, potência para um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas. A interface formação, produção de subjetividade e trabalho se torna o território para uma ‘escuta pedagógica em saúde’ (Ceccim, 1998b). O desenvolvimento de uma escuta pedagógica no ambiente de trabalho da saúde buscaria captar e potencializar os movimentos de interação e construção coletiva, introduziria dispositivos de troca para agenciar as forças que povoam os mundos interpessoais, tendo em vista a invenção de novos territórios ao ser profissional na saúde e mobilizaria um ensino-aprendizagem da realidade que fosse produtor de sentidos e de capacidades críticas. Esse conceito inspirou, entre outros, reflexões sobre a clínica (Ferla, 2002), associando-a à própria produção em Saúde Coletiva.

Estamos falando da Educação Permanente em Saúde, poderíamos falar de uma ‘pedagogia’ em ato para um ‘trabalho vivo em ato’, como na inteligente e desafiadora compreensão de Emerson Merhy (2002) sobre o trabalho em saúde: ‘trabalho vivo em ato’. Para esse pensador da Saúde Coletiva, o exercício da saúde é amplamente dependente do trabalho vivo em ato, onde os trabalhadores podem colocar todas as sabedorias de que dispõem como opções tecnológicas “para a produção de [modos de proceder] eficazes a serviço do usuário e de seu problema” (o autor usa a expressão “*procederes* eficazes”). Merhy (1997, p. 126) destaca que os trabalhadores de saúde não podem se recusar a ofertar tudo de que dispõem para defender a vida (‘vamos dizer’: escutar, cuidar, tratar), isto inclui o saber, o conhecimento e o trabalho em ato (‘vamos dizer’: um expor-se e um comprometer-se), donde a possibilidade da construção de “uma mútua ‘cumplicidade’ entre usuários e trabalhadores, na melhoria real da qualidade de vida” (Merhy, 1997, p. 126).

Pode-se dizer que a educação se compõe por uma estrutura didático-pedagógica (um currículo, uma progressão escolar, uma avaliação das aquisições lógicas), mas ela se compõe também pelas relações de aprendizagem (processos cognitivos, processos afetivos, processos sociais). A sala de aula ou o ambiente de trabalho em saúde é campo de construção cognitiva (aprendizagem formal) e afetiva (desenvolvimento), onde se vivem experiências éticas do estar junto e estéticas de grupo que compõem as atualizações da experiência cotidiana, tanto pela repetição de atos vividos quanto pela invenção do tempo através da evocação de novas percepções e experiências intensivas (Ceccim, 1998b). Voltando à ‘cidadanização’ de que nos falava Merhy, temos, no trabalho em saúde, como efetivo desafio, a busca de

um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários, engendrando “uma relação mais solidária entre os trabalhadores e os usuários e os próprios trabalhadores do ponto de vista do seu desempenho técnico, e da ‘construção de um trabalhador coletivo’ na área da saúde” (Merhy, 1997, p. 126).

Se o nó anticidadania mais identificado nas instâncias de controle social sobre o trabalho em saúde está na baixa disposição aos efeitos de alteridade dos trabalhadores para com os usuários, não poderão ser os programas plenos de conteúdos e que possuem ritos a serem percorridos e vencidos em condições e ritmos de tempos preestabelecidos que conquistarão a mudança necessária.

Na verdade, o percurso histórico e epistêmico que os encontros entre a educação (em particular, nas vertentes de educação popular e dos processos de mudança na educação de profissionais de saúde) e a saúde (em particular, a Saúde Coletiva) produziram no Brasil permite evidenciar uma emergência: a educação e ensino da saúde como domínio específico do conhecimento e como problemática singular da cidadania. Trata-se não apenas de dispositivo ou ponto de encontro, mas de um território onde se verificam nomadismos e hibridizações com potências teórica, política e pragmática próprias, inaugurando um campo conceitual que contribui para a renovação da Saúde Coletiva ou da Educação (em Saúde).

A Educação Permanente em Saúde requer que seus atores se sintam convocados à criação, à abertura e ao coletivo. Sob esta perspectiva, somos sempre uma novidade, potência de afetar e ser afetado, caminhando na diversidade, construindo alianças, desconstruindo evidências. O investimento pedagógico é para poder quebrar o que está dado, ampliar as noções de autonomia do outro e constituir espaços criativos e sensíveis na produção da saúde.

No campo do conhecimento, o Brasil inventou um referencial teórico, a Saúde Coletiva, para absorver a cidadania em compromisso científico e acadêmico; desenvolveu o controle social em saúde para gerar uma prática de abertura e efetuação política pelo compromisso legal, moral e ético com a cidadania. Se estas condições puderem registrar uma nova educação dos profissionais de saúde, novos contornos e potencialidades virão à cidadania, fazendo-nos revisitar a Saúde Coletiva e o Controle Social no setor como Educação Permanente em Saúde: cidadanização. Esse parece ser mais um desafio impostergável ao processo social que vem fazendo emergir as novas saúdes, generosas e geradoras de novas apreensões e apropriações de cidadania.

Notas

¹ Professor associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Doutor em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). <burg.ceccim@ufrgs.br>

Correspondência: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, EducaSaúde – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, Avenida Paulo Gama, 110, Prédio 12.201, Sala 409, Farroupilha, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, CEP 90046-900.

² Professor adjunto da Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). <alcindoferla@uol.com.br>

Referências

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 335, de 25 de novembro de 2003. Aprova a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde como instâncias lo-corregionais e interinstitucionais de gestão da educação permanente. Brasília, DF: CNS, 2003. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso335.doc>>. Acesso em: 6 jul. 2008.
- BENEVIDES-DE-BARROS, Regina Duarte. Grupo: estratégia na formação. In: ATHAYDE, Milton *et al.* (Orgs.). *Trabalhar na escola? "Só inventando o prazer"*. Rio de Janeiro: Ipub-Cuca, 2001. p. 71-88.
- CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 149-182.
- CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006a. p. 107-112.
- _____; _____. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco, 2006b. p. 165-184.
- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* -

Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, p. 41-65, jun. 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. *Políticas da inteligência: educação, tempo de aprender e dessegregação da deficiência mental*. São Paulo, 1998. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Núcleo de Estudos da Subjetividade, São Paulo, 1998b.

_____. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar Estermann (Org.). *Saúde e sexualidade na escola*. 2. ed. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 37-50.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O programa UNI: uma necessária ampliação de sua agenda. In: ALMEIDA, Márcio; FEUERWERKER, Laura; LLANOS, Manoel (Orgs.). *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 129-136.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *O que é a filosofia*. Rio de Janeiro: 34 Letras, 1992.

FERLA, Alcindo Antônio. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas*. Porto Alegre, 2002. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de

Pós-Graduação: Educação em Saúde. Porto Alegre, 2002.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: o uso dos prazeres*. v. 2. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

KASTRUP, Virgínia. Aprendizagem, arte e invenção. In: LINS, Daniel (Org.). *Nietzsche e Deleuze: pensamento nômade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001, p. 207-223.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Campinas: Workshopsy, 1995.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

PRIGOGINE, Ilya. *O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza* [Entre le temps et l'éternité]. São Paulo: Unesp, 1996.

SERRES, Michel. *Filosofia mestiça* [Le tiers-instruit]. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

Recebido em 06/07/2008

Aprovado em 17/07/2008