

INVENÇÃO DA SAÚDE COLETIVA E DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL: NOVA EDUCAÇÃO NA SAÚDE E NOVOS CONTORNOS E POTENCIALIDADES À CIDADANIA

Ricardo Burg Ceccim¹

RESUMO: O ensaio tematiza o sistema brasileiro de saúde, tomando-o por uma vertente na ciência, a invenção da Saúde Coletiva, e outra na política, o controle social em saúde. Como característica comum e conexão entre ambas vertentes, a cidadania. A cidadania, de um lado aparece como luta e conquista materializada no Sistema Único de Saúde, desenho brasileiro de um sistema de saúde disputado no seio da sociedade; de outro, aparece como urgência de disseminação de uma cidadania por toda parte. Entendendo-se que a vitória por instâncias normativas de representação e participação não supera a exigência de uma aposta cotidiana nos espaços e tempos singulares em que cada indivíduo, grupo e coletivo social pede escuta, cuidado e afirmação da vida. Na condição de novos contornos e potencialidades à cidadania, sob as lentes do setor da saúde, o ensaio formula e defende a emergência da educação na saúde como território vivo de conhecimentos e práticas e de configuração de saber-fazeres, tópico especial às Ciências da Educação e grupo temático na Área de Saúde Coletiva nas Ciências da Saúde. O objetivo central é mostrar que a cidadania brasileira mudou critérios e valores em saúde, precisa agora de uma educação (formação e desenvolvimento profissional e popular) que lhe corresponda.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde coletiva. Controle social em saúde. Cidadania. Educação em saúde.

INVENTION OF COLLECTIVE HEALTH AND SOCIAL CONTROL IN BRAZIL: NEW EDUCATION (FORMATION) IN HEALTH AND A NEW CONTOUR AND POTENTIALITY FOR THE CITIZENSHIP

ABSTRACT: This paper focuses the Brazilian system of health as having a double source, one in science, the invention of the Collective Health, and another in the politics, the social control in health. As the common characteristic and connection between both sources, emerges the citizenship. Citizenship, in one side appears as a struggle and a conquest materialized in the Brazilian Health System, a disputed health system drawn in the interior of the society; at the other side, it appears as the urgency of dissemination of a citizenship that would be spread everywhere. Understanding that the affirmation of normative instances of representation and participation does not surpass the requirement of daily struggle for space and singular times where each individual, group and social collective can ask for listening, care and life values affirmation. Taking in account the new contours and potentialities for citizenship under the lenses of the health sector, the paper formulates and defends the emergency of the education in health sciences as an alive territory of knowledge and practices and also skills configuration, present as a special topic on Education Sciences and as a thematic group in Collective (Public) Health studies, in Health Sciences. The central objective of this paper is to show that the Brazilian citizenship changed criteria and values in health, now it needs education efforts (professional and popular development in formation) that corresponds to it.

KEY WORDS: Collective health. Social control in health. Citizenship. Education in health.

¹Sanitarista, Doutor, Professor de Educação em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. burg.ceccim@ufrgs.br ; educasaude@ufrgs.br

Introdução

O Brasil registra uma história de lutas e vive um contexto particular na organização do setor da saúde e na compreensão da saúde como um direito de cidadania. Esse direito é traduzido com convicção pela expressão “controle social em saúde”, o que faz extrapolar do direito à saúde, a noção de acesso às suas ações e serviços ou garantia de bom atendimento, dirigindo-se à noção de participação da sociedade na tomada de decisões sobre a formulação e avaliação das políticas públicas setoriais e, mesmo, na conformação das práticas de cuidado.

Uma breve incursão nessa história e nesse contexto nos permite compreender como um campo conceitual da saúde nasceu com a marca do encontro entre área científica e interesses da sociedade, respondendo pela designação de Saúde Coletiva. De outra parte, nos permitirá identificar, também, no tocante à tematização da cidadania em saúde, a emergência de um grupo temático relativo à Educação na Saúde. Tornada um tema para a saúde e cidadania, a educação (educação na saúde) aporta conhecimentos, práticas e modos de fazer singulares ao fortalecimento da cidadania, seja por seus componentes de formação ou de educação permanente dirigidos aos profissionais da área, seja pela educação popular no seu âmbito ou ainda pelo ensino, pela extensão educativa, pesquisa e documentação da Saúde Coletiva.

Incursão na histórica de defesa da saúde como cidadania

Durante os anos de 1970 e 1980, organizou-se e consolidou-se no país, como parte integrante e ativa das lutas contra a ditadura militar, um forte movimento social que teve a defesa do direito cidadão à saúde como bandeira principal, o Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário. Essa luta organizada cunhou a qualificação de que “saúde é luta”, porque lutar pelo direito de todos à saúde era expressão de um estado saudável do qual não se deveria abrir mão. A saúde ganhava uma conceitualização designada como “conceito ampliado de saúde”, integrado pelos fatores que determinam e condicionam estados de saúde e em defesa da superação da dicotomia entre ações de promoção e prevenção (saúde pública) e ações curativas (assistência médica), como vigente até então. Saúde Pública e Assistência Médica, com estas designações, caracterizavam a política de proteção à saúde existente no país até a aprovação da atual Constituição Federal, em 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, por seu componente de construção com a população por meio de uma Assembléia Nacional Constituinte e pela realização de uma infinidade de Plenárias Temáticas e Audiências Públicas que geraram Emendas Populares (com milhares de assinaturas) ao texto constitucional em discussão. Saúde Pública e Assistência Médica estavam referidas a uma noção de promoção da saúde e prevenção de doenças de maneira programática, padronizada, orientada por indicadores epidemiológicos (as doenças prevalentes na população e os fatores de saúde com alto impacto na morbidade por moléstias infecto-contagiosas ou na mortalidade infantil e materna, respectivamente) e uma noção de oferta terapêutica centrada em etapas do processo saúde-doença onde a intervenção médica senso estrito (também chamada de diagnóstico de doenças e prescrição medicamentosa) é hegemônica, numa clara expectativa de reposição da força de trabalho (a gestão dessa área pertencia ao setor previdenciário, enquanto a gestão

da saúde pública ao setor sanitário). À Saúde Pública cabia o controle dos indicadores básicos de saúde e à Assistência Médica a reposição da Força de Trabalho e a manutenção de um Exército Industrial de Reserva.

O Movimento Sanitário, no interior da academia, crescia por entre os docentes da área da Saúde Pública ou da Saúde Preventiva e Social, cuja produção científica informava de maneira qualificada sobre os processos capazes de determinar ou condicionar estados de saúde e adoecimento, as repercussões sociais do atendimento e da desassistência em saúde, a satisfação ou insatisfação dos cidadãos com os padrões assistenciais e preventivos disponíveis na nação, além da realização de análises sobre padrões de financiamento e geração de lucro sobre a vida e a saúde, via “complexo produtivo da saúde” (fabricação e consumo de medicamentos e equipamentos e recursos da construção civil). 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, 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).

Nesse contexto, uma imbricação de fatores faz nascer o campo de estudos da Saúde Coletiva (capaz de reunir a Saúde Pública, a Saúde Preventiva e Social, a Epidemiologia e a Saúde e Sociedade) e o campo de intervenções do Controle Social em Saúde: o componente organizado e particularizado de defesa da saúde no Brasil, distinto de uma exigência centrada na assistência às doenças ou agravos à saúde e distinto de uma prevenção por políticas específicas (pré-natal e puericultura, por exemplo). Defesa da saúde com um caráter de enfrentamento da ditadura militar e de luta por direitos; de posse de um conceito ampliado de saúde, como reconhecimento radical da qualidade de vida e de trabalho na expressão individual e coletiva da saúde. Luta pela mudança do setor sob uma concepção de desfragmentação da saúde presente na dicotomia entre saúde pública e assistência às doenças, a ser superada pela noção de integralidade na atenção à saúde; mediante a participação da sociedade na tomada de decisões sobre os rumos do setor; entendida como direito de todos e dever do Estado e registrando acumulação científico-acadêmica na área de Saúde e Sociedade. Na presença de todos esses fatores, uma singular imbricação dos termos saúde e cidadania.

Na seqüência, 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 tecnoassistencial de saúde correspondente a esse projeto de sociedade, fundamentalmente uma sociedade de cidadãos. Profissionais, portanto, detentores 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 aprender ou a exercer.

Os estudantes de saúde teriam que entender que mundo estava em disputa ao conquistar-

mos o Sistema Único de Saúde (SUS) como tradução dessa história social e cidadã, sob pena de desqualificarmos a cidadania: se um povo democraticamente organizado é 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 estão, sim, no interior dos processos formativos profissionais, cuja natureza é conformar as novas gerações de pensadores, formuladores, avaliadores e efetua-dores da transposição de princípios e proposições em projetos de pesquisa, escuta, cuidado e tratamento em saúde. A formação dos profissionais de saúde, entretanto, tem-se mostrado um importante reservatório da resistência contra os avanços da cidadania em saúde, uma vez que não absorveu esse histórico de lutas e projeto de sociedade, fragilizando-o, o que em última instância, não revertido, se tornará o desmonte de um patamar de cidadania conquistada, exigindo novo posicionamento e novo enfrentamento pela mesma causa: saúde como direito de todos e dever do Estado.

Pouco compreendida, a educação na saúde não configurou núcleo de conhecimentos e práticas no interior da saúde coletiva e do movimento sanitário, embora reiterada em todas as instâncias de controle social na voz dos usuários que reivindicam outra qualidade de atendimento, outro padrão de adesão aos princípios do Sistema Único de Saúde e outros valores de auto-avaliação e avaliação corporativa da qualidade do trabalho em saúde. No movimento sanitário predominava a visão de que o mercado de trabalho condicionaria as características do aparelho formador, ou seja, a nova empregabilidade e regulação do trabalho levaria à priorização da mudança na graduação das profissões de saúde na direção do Sistema Único de Saúde. Ocorreu no movimento sanitário um abandono da luta por mudanças no processo de formação, esperando-se que a determinação, um dia, desse conta das mudanças nas instituições formadoras e nas práticas de ensino. 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, já que uma mudança não se constrói plenamente sem a outra. (REDE UNIDA, 2002-2003).

Reforma Sanitária e Cidadania

A partir da década de 1970, os movimentos sociais e políticos pela saúde e o governo militar encontraram como confluência de interesses o desejo de constituir um modelo de saúde que fosse menos dispendioso e que apresentasse alta eficácia no impedimento ou na cura de doenças prevalentes, em especial as infecto-contagiosas, aquelas decorrentes do processo produtivo e aquelas que denunciavam péssimas condições de vida. O movimento sanitário, identificado com as lutas da esquerda política e opositor das propostas implementadas durante o regime militar, teve um ponto comum com a agenda dos setores governamentais e capitalistas: a necessidade de racionalizar os gastos com a saúde, expandir a cobertura da assistência preventiva e promover a educação popular em saúde. Do ponto de vista dos sanitaristas (os estudiosos em Saúde Coletiva) que faziam parte desse movimento, o argumento da racionalização dos gastos podia servir, de um lado, à luta pela quebra do modelo prevalente, uma vez que o setor privado era responsável pelo aumento e pela maior parte das despesas na saúde. De outro lado, possibilitava uma maior

democratização do atendimento em saúde, estendendo-o à população pobre que não contribuía diretamente para a Previdência Social. A educação popular em saúde tanto participaria da redução da morbi-mortalidade infantil/materna e baratearia a assistência pela assunção de condutas protetoras do adoecimento e morte evitáveis com medidas populares quanto contribuiria para a elevação da consciência social e sanitária. Esse aspecto marca uma particularidade brasileira, pelo encontro da saúde com os movimentos populares para fazer educação em saúde.

A saúde começava a constituir um movimento ideológico, posicionando-se pela análise política das circunstâncias da vida com interferência sobre o adoecer e o morrer, onde se almejava uma renovação das bases da atenção à saúde pelo direito de acesso universal à assistência e pelo reconhecimento da promoção da saúde a partir de ações que alterassem os determinantes sociais do processo saúde-doença. A busca das possibilidades de articulação do movimento político aos novos paradigmas científicos, capazes de auxiliar na superação da(s) crise(s) da saúde construíram historicamente uma referência social ao pensamento na área.

Destacados pesquisadores brasileiros - Amélia Cohn, Antônio Sérgio Silva Arouca, Emerson Elias Merhy, Everardo Duarte Nunes, Gastão Wagner de Souza Campos, Jairnilson Silva Paim, Madel Therezinha Luz, Maria Cecília Ferro Donnangelo, Maria Cecília Puntel de Almeida, Nao-mar de Almeida Filho e Sônia Fleury Teixeira, entre outros - contribuíram para avaliar a crise de sustentabilidade do modelo então hegemônico na saúde: crises científica, econômica, social e política do projeto biomédico (aquele centrado em procedimentos, centrado no hospital e orientado pela prevenção da morte, não pela qualidade da vida). Esses pesquisadores analisaram a insustentabilidade do modelo, empenhando-se por sua denúncia à sociedade e pela construção de alternativas à gestão e avaliação setorial. Nascia a Saúde Coletiva como referencial teórico diferente da Saúde Pública, tal como conhecida na ciência em saúde em todo o mundo desenvolvido. Representou, então, a emergência de uma produção científica e conceitual identificada com as lutas sociais por democracia em saúde, empenhada com a reconceitualização da saúde e permeada por uma forte crítica às práticas hegemônicas, disputando por uma nova divisão do trabalho em saúde que assumisse o usuário como central ao processo de formação e atuação dos profissionais de saúde. Trata-se de um co-engendramento de saberes em ciências da saúde e em ciências sociais, co-engendramento que ocorre pelo debate da cidadania (direito universal à saúde, capaz de corresponder aos coletivos humanos).

Nunes (1994) coloca o saber, a reflexão e a crítica do social/coletivo como o núcleo central da Saúde Coletiva, aquilo que a legitima e distingue como área do conhecimento. Para o autor, a Saúde Coletiva configura uma corrente de pensamento, um movimento social e uma prática teórica. A Saúde Coletiva, na sua construção, expressa uma construção absolutamente singular no plano científico, uma vez que sua sólida produção epistemológica vinha da demanda por compromisso social em favor da cidadania coletiva e uma prática de transformação da sociedade pelo direito de inclusividade, pela defesa da vida e pelo respeito às singularidades individuais e coletivas, impondo-se tanto à prática curativa, como de prevenção. Cohn (1992) resume a Saúde Coletiva como a incorporação do social no conhecimento e na prática da saúde, afirmando que as práticas de saúde se dão sobre e no coletivo ao mesmo tempo que passam a se configurar como práticas coletivas de saúde.

Nunes define a Saúde Coletiva como fundamentada na interdisciplinaridade, “possibilita-

dora da construção de um conhecimento ampliado de saúde e na multiprofissionalidade como forma de enfrentar a diversidade interna ao saber/fazer das práticas sanitárias.”

Embora a literatura mais utilizada na Saúde Coletiva focalize na academia o movimento social de reforma sanitária, foram diferentes vertentes, com diferentes condutas e a articulação ímpar entre diferentes forças organizativas da sociedade civil que, por terem atuado juntas, tornaram possível a inclusão de um novo texto de saúde na “Constituição Cidadã”. Os movimentos reivindicatórios se tornam decisivos na configuração democrática de uma política social, nos ensinam Doimo e Rodrigues (2003), quando mantêm fortes vínculos com redes sociais predispostas à participação, possuem lideranças dentro do sistema político-administrativo (desativando bloqueios burocráticos e mobilizando recursos), possuem representatividade junto ao poder legislativo e equacionam e respeitam a diversidade e a pluralidade interna aos vários movimentos específicos organizados em torno de uma situação comum (consenso quanto ao interesse público).

Se analisarmos o perfil das entidades que compunham a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), mobilizada a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e que tiveram influência decisiva no processo constituinte, veremos um predomínio de representantes dos movimentos sociais (populares, sindicais e civis) em relação às entidades representativas dos setores acadêmicos da Saúde Coletiva. Fato que evidencia a relevância e a orientação da agenda desses setores.

O movimento sanitário no Brasil constituiu-se em torno de um projeto comum e abrangente, em favor da saúde, congregando uma diversidade de atores (líderes políticos, profissionais e militantes da área da saúde, lideranças de trabalhadores e lideranças populares, entre outros), podendo ser considerado uma *policy community*, tal como existente na Inglaterra. Conforme Walt (1994), as *policy communities* são redes formadas por indivíduos de várias instituições, atores de diversas organizações públicas e privadas que compartilham crenças a partir de projetos de interesse público e os fazem chegar às decisões governamentais. Muitos dos atores do movimento sanitário brasileiro, além de sustentarem o próprio movimento na construção da Reforma Sanitária, foram levando consigo este projeto e defendendo-o nas diferentes posições sociais ou cargos políticos que ocuparam, ou ainda ocupam, no contexto nacional. Cabe lembrar que, cada vez mais, esta é uma prática relevante, não apenas na saúde, na medida em que, crescentemente, por força das lutas por cidadania, os processos de decisão não são mais prerrogativas do gestor/governante. As decisões devem passar por outras instâncias, com pareceres técnicos e comissões consultivas para subsidiar as decisões, qualificando projetos. (ARMANI, 2006).

Prerrogativa do setor da saúde são as Conferências e os Conselhos de Saúde, previstos em lei federal específica sobre a participação da sociedade na gestão do sistema de saúde. A distinção entre as Conferências e os Conselhos está no caráter organizativo e na natureza de suas deliberações. As Conferências devem ser reunidas a cada 4 anos, os Conselhos têm caráter permanente; às Conferências cabem a avaliação da situação de saúde e a deliberação sobre a indicação de diretrizes para a formulação da política de saúde, aos Conselhos cabem a formulação de estratégias e o controle sobre a execução da política de saúde. As Conferências deliberam sobre diretrizes, os Conselhos deliberam sobre a execução. Como instâncias cole-

giadas, as Conferências subsidiam a decisão dos gestores e dos Conselhos (ênfase na política), os Conselhos participam da decisão (ênfase na gestão, o que lhes dá a designação “órgão colegiado deliberativo”), devendo suas deliberações ser homologadas pelo chefe do poder executivo setorial na esfera de governo correspondente (os Conselhos não são os executores das políticas públicas de saúde e, mesmo quando designados como “conselhos gestores”, cumprem papel de participação na decisão política, nunca na execução administrativo-gerencial ou técnica).

O texto da saúde na Constituição Cidadã impôs uma reforma a esse setor decorrente da habilidade do movimento sanitário em produzir fatos de articulação social entre diferentes forças organizativas da sociedade civil que se acumularam em torno de três eixos principais (CEBES, 1992; ABRASCO, 1992):

- a) conceitual e doutrinário: proposta de reconceitualização da saúde, concepção de saúde como expressão da qualidade de vida cuja conquista se dá por meio de políticas econômicas e sociais que diminuam ou eliminem os riscos de doenças e outros agravos, assim como pelas ações específicas setoriais de promoção, proteção e recuperação dos estados de saúde;
- b) político: concepção de saúde como direito de cidadania e, assim, um direito de todos e dever do Estado;
- c) estratégico-operacional: reorganização do campo da atenção à saúde em torno da proposta de um Sistema Único de Saúde, com co-responsabilidade entre União, Estados e Municípios, e comando único em cada esfera de governo, organizado em rede regionalizada e hierarquizada e sob controle social.

A reforma sanitária brasileira, tal como foi formulada e veio sendo implementada (o que não quer dizer consolidada ou sem contradições importantes), permitiu-nos alguns aprendizados sobre cidadania:

- a) construção do poder local: descentralização da gestão, reconhecendo o município como lugar de circulação da vida, de criação de instâncias para seu acolhimento e promoção, de produção de subjetividade e de autoria na formulação de políticas que dizem respeito à vida na cidade;
- b) democracia participativa: construção da pactuação intergestores, reconhecendo-se municípios, estados e União como “poderes de governo” (não como “níveis de governo”) sem hierarquia (âmbitos de gestão e interação); efetivação de Conferências de Saúde com caráter regular, mobilizadas por pré-conferências no âmbito dos serviços, dos bairros ou distritos das cidades, politizando e qualificando a participação, o debate e as deliberações da Conferência Nacional de Saúde (cumprida a lei) e instituição de Conselhos de Saúde em todos os municípios do país, independentemente de seu porte, em todos os estados da federação e um importante Conselho Nacional de Saúde, lugar disputado de participação da sociedade civil organizada;
- c) invenção da integralidade: abertura de um nova esfera na compreensão do direito à saúde, de um lado a emergência de uma escuta ativa das necessidades de saúde da população e, de outro, o papel ativo dos usuários na construção do sistema de saúde e do projeto terapêutico que lhes corresponda singularmente.

No processo de lutas pelo direito à saúde e na avaliação da implementação da Reforma Sa-

nitária, 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, de pessoas vivendo quadros de cronificação e asilamento em serviços de saúde; a garantia de recursos orçamentários de destinação obrigatória à saúde; crescimento expressivo da empregabilidade e do mercado de trabalho para profissionais de saúde e financiamento de pesquisas no interesse do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, entre outras circunstâncias que falam de um setor fortalecido nas políticas sociais, não exclusivamente dependente das decisões de cada governo pela ocorrência de decisões resultantes de suas instâncias participativas e pela pressão organizada da sociedade detentora de um referencial comum, capaz de instrumentalizar estratégias de luta para diversificados atores sociais.

Comparada ao “poder de cidadania” presente na sociedade, este ainda é tênue na formação profissional, onde ainda vigora um imaginário de saúde como prestação de serviços altamente tecnicizados, com usuários tomados por seus padrões biológicos, com o processo saúde-doença tomado como 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, mediante atendimento individual (com grande utilização de recursos complementares de apoio diagnóstico e terapêutico e de encaminhamentos). Claro que um imaginário assim não está presente na formação isoladamente (é um produto das mídias e de multiversos poderes de nomeação) e nem por acaso. De fato, a Educação Superior, como gestão setorial, não tem se ocupado, desde o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, da produção política que ocorre no interior das áreas setoriais para as quais forma seus quadros, como se à Educação coubesse uma vigilância da isenção científico-acadêmica e como se a ação intersetorial significasse necessariamente uma concepção funcionalista onde o setor interessado na habilitação para o trabalho se portasse como área finalística e atribuísse ao setor da educação lugar de área meio. A isenção, neste caso, rebaixa a conquista da cidadania em saúde a um valor instrumental, invertendo a equação em prejuízo de novos contornos e potencialidades para as políticas públicas de educação na saúde e não apresenta ao setor da saúde novos contornos e potencialidades à cidadania.

A dinâmica das implementações: ainda fortalecer a cidadania por toda parte

Na implementação real do Sistema Único de Saúde, no Brasil, 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 capturam as redes de pensar, aprender e conhecer, travando os processos de criação de si, dos entornos e de uma “cidade com saúde”. Essa fragilização da cidadania deve ser um desafio à dinâmica das conversações (MATURANA, 1997; 2001): redes de fluxos entre atores que se dizem respeito uns aos outros. Desafio a pôr em arena os saberes: debatê-los, cruzá-los, dobrá-los, como se arenas transepistêmicas (KNORR CETINA, 1982), incentivando as redes de conexões, as redes em interação. O aproveitamento múltiplo e diverso de conhecimentos dispersos, de outras áreas ou ressignificados (suposto da tradução de sentidos e aplicações) como em redes de

translação, não de difusão de modelos/modos/formas (LATOIR, 2000) e a autopoiese contínua (MATURANA; VARELA, 1995; 1997) poriam em movimento, por toda parte, no mesmo ato, conhecimento, intervenção e autoria, incentivando uma cidadania que ainda nos falta.

As intervenções políticas que se ocupam de conquistar hegemonia e legitimidade operam no campo legal (direito normativo) e moral (valores normativos). O movimento sanitário plantou e colheu aí enormes conquistas: uma avançada legislação em saúde, um discurso público e um poder de nomeação sobre o que é ou não o Sistema Único de Saúde: condição participativa, orientação pela integralidade, com comando descentralizado, mediante trabalho em equipe etc.. No campo das interações vivas, - que se fazem o tempo todo durante as relações -, as intervenções são micropolíticas (aqui ocorre - e corre - a ética, não a moral e muito menos a lei). A micropolítica, expressão inventada por Guattari, se ocupa de encontrar os focos de unificação, os nós de totalização e os processos de subjetivação que devem ser desfeitos, a fim de seguirmos a formação do novo, o que está emergindo de forma inédita ou a atualidade (no sentido de Foucault), conforme esclarece Deleuze (1992, p. 109).

Para a micropolítica interessa a vitória das forças que engendram e afirmam a vida, a dissolução das identidades e a reconfiguração das formas e figuras de ser-pensar-agir-perceber, não é uma disputa pela “nova hegemonia” (salvar os “nobres novos instituídos” da conquista política), apenas a vigência da poiesis. Como diz Maturana (1994), a vida é poesia constante (poesia/poieses é produção). É preciso, como diz Guattari, colocar a micropolítica por toda parte (GUATTARI; ROLNIK, 1986). Por seu sentido autopoietico, traduzo a cidadania micropolítica em direito de inventar e inventar-se, produzir-se e aos entornos, direito de cidadania viva, criativa, produtora da vida: precisamos colocar cidadania por toda parte (poder de nomear aquilo que afirma a vida, as conexões alegres e as apostas coletivas).

Descuidar da micropolítica, do incentivo e disparo de processos de aposta afirmadores da vida, às vezes por uma crença de que a vitória já está dada, apenas porque se conquistou um discurso público e uma nomeação de sentidos, é descuidar da cidadania inventiva, da possibilidade autopoietica da cidade. Processos de luta, ainda que possam derrubar vigências, não as eliminam e nenhuma vitória é para sempre, por isso a permanência da aposta é mais importante que a imposição de uma nova verdade do discurso.

Se lutas pela cidadania disputam a inversão dos instituídos que excluem, segregam, medicalizam, estigmatizam, corporativizam, segmentam etc., elas devem disputar a vigência da aposta, não a consolidação de certezas. Desmapear instituídos, desmapear hegemonias para aprender outros mapas, é uma tarefa pedagógica da cidadania. À espreita, nas pontas de desmapeamento de instituídos, se conectam as forças que não morreram, apenas perderam vigência na macropolítica. Na saúde, um exemplo é a dificuldade de alterar o processo de educação e de trabalho, mantida a hegemonia biologicista (o modelo Assistência Médica como modo predominante e impregnado nos imaginários profissionais que desejam identidade com tal modelo e não sua ruptura) e capacitacionista (o modelo Treinamento Especializado em Serviço). No biologicismo e no capacitacionismo as conexões das forças reativas continuam se fazendo com muito vigor.

Merhy (1997a) diz que temos que primar pela cidadanização do trabalho em saúde, construindo desse jeito tanto a dignidade do trabalhador, quanto a dos usuários. Para o autor, de-

vemos perseguir a ligação entre trabalhadores de saúde e usuários, no interior do conjunto das instituições de saúde, que não se limite à participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência, mas se coloque principalmente na produção do compromisso cotidiano do trabalhador de saúde com as práticas cuidadoras (que se orientam por ganhos de autonomia dos usuários perante seus modos de andar na vida). É preciso encontrar cenários (prover agenciamentos: instâncias políticas e dispositivos operadores) onde processos de formação e de atuação em saúde possam se tornar um tema público para os gestores, trabalhadores, docentes, estudantes e usuários.

Uma conexão por afecção (os afetos presentes onde ocorre interação, rede, comunicação/conversa) aglutina enunciações sem a interferência do intelecto (não é uma tomada de consciência, mas autopoiese). Marton (1990, p. 38) nos lembra que “não é graças ao prazer e ao desprazer que um organismo age ou reage; ao contrário, é do processo que nele está em curso que vêm prazer e desprazer”. As conexões por afecção são realizadas por ouvidos-construídos-em-ato em cada trabalhador pelo acolhimento, pela responsabilização diante da terapêutica e pelo desenvolvimento (com os usuários) da autodeterminação em seu andar a vida. Um processo de formação em saúde que deseja a cidadania por toda parte, naturalmente se opõe aos programas de treinamento, às fragmentações, à dissociação ensino-trabalho-cidadania (CECCIM et. al., 2006).

No Sistema Único de Saúde, outra invenção: a Educação Permanente em Saúde - ligação inextricável 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, inventada no interior do Sistema Único de Saúde, não é apenas a de uma prática de ensino-aprendizagem, mas uma política de educação na saúde, esforço de nomeação da educação na saúde (CECCIM; FERLA, 2006a). Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou, como política pública, o documento Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (Resolução CNS nº 335, de 25 de novembro de 2003). Esse documento foi o marco para a definição do campo de saberes e práticas da Educação e Ensino da Saúde.

Como legitimidade, a Educação Permanente em Saúde registrou as seguintes documentações:

- Aprovação na 133ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (04/09/2003);
- Aprovação pelo Conselho Nacional de Representantes Estaduais e Plenário da Diretoria do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (17/09/2003);
- Pactuação em Reunião Extraordinária da Comissão Intergestores Tripartite (18/09/2003);
- Resolução Nº 335, do Conselho Nacional de Saúde (27/11/2003);
- Portaria Nº 198, do Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde (13/02/2004).

Como abrangência da Educação e Ensino da Saúde, os “Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” registraram as seguintes estratégias:

- Pólo de Educação Permanente em Saúde - articulação locorregional e interinstitucional correspondente às Comissões Permanentes previstas pela Lei 8.080/90 (Art.14);
- Mudança na formação de graduação dos profissionais de saúde e projeto de Vivências e

Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) para estudantes de graduação;

- Formação de formadores e de formuladores de políticas em saúde;
- Acompanhamento e avaliação das iniciativas de formação e desenvolvimento em saúde no âmbito do SUS;
- Revisão da política de especializações em serviço e residências médicas;
- Secretarias Estaduais de Saúde Educadoras (formulação e acompanhamento dos atributos estaduais do SUS para com a formação e desenvolvimento em saúde);
- Rede de Municípios Colaboradores para a Educação Permanente em Saúde;
- Projeto de qualificação e formação em saúde para os profissionais de escolaridade básica e técnica (profissionalização);
- Educação Popular em Saúde (que gerou a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde - Aneps e a Câmara Intersetorial de Educação em Saúde na Escola Básica);
- Programa de Serviço Civil Profissional e prioridade à região amazônica brasileira;
- Educação nos hospitais de ensino.

Educação na saúde e os novos contornos e potencialidades à cidadania

Durante a década de 1990, em vários países ocorreram processos de reforma no setor da saúde, mas a experiência brasileira foi e continua sendo única. Desde seu início, seguiu na contramão dos projetos de redução do papel do Estado, pautando-se por princípios organizativos, políticos e éticos para uma condução legal e legítima do setor. A participação da sociedade civil, uma das características fundamentais do processo da Reforma Sanitária brasileira, muito tem pressionado por um movimento de mudanças, também na formação em saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), promovidas pelo Ministério da Saúde e realizadas entre 1941 (1ª CNS) e 1979 (7ª CNS), foram aos poucos ampliando a abrangência dos debates e incorporando representantes. No entanto, mantiveram-se restritas ao corpo técnico-burocrático governamental e às categorias dos profissionais de saúde. Somente a partir da década de 1980 as Conferências passaram a ser uma instância nacional da mais alta manifestação dos interesses sociais e da cidadania na área da saúde. Conforme a Lei Federal nº 8.142/90, que regulamentou o caráter (definição de diretrizes à formulação, à execução e à avaliação das políticas públicas de saúde), a periodicidade (quatro anos) e o processo organizativo (nacional com etapas estaduais e municipais) das Conferências de Saúde. Hoje, a participação da sociedade constitui fórum privilegiado e regular de debate e tomada de decisões quanto às políticas públicas de saúde. As conferências nacionais nunca tiveram uma mesma regularidade intervalar até sua regulamentação em lei do SUS.

A partir, fundamentalmente da 8ª CNS, realizada em 1986, marco da história da organização do sistema de saúde e do movimento sanitário no país (que abre nacionalmente o roteiro de debates que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde, tornado constitucional em 1988), um conjunto de princípios e diretrizes impôs um discurso ao debate sobre o setor da saúde.

As Conferências de Saúde, a rede nacional de Conselhos de Saúde, as Plenárias de Entidades e outras estratégias de articulação dos movimentos sociais certamente são mais numerosas,

envolvem uma participação maior de pessoas e, portanto, fomentam mais reflexões do que os fóruns acadêmicos. As reflexões produzidas nesses espaços não diferem substancialmente em densidade teórica dos congressos da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), por exemplo, que são excelente expressão das formulações teóricas sobre os indicadores de saúde e a gestão setorial, sobre participação em saúde (Saúde Coletiva e Controle Social) e sobre o ensino da saúde. Exceto no que se refere ao adensamento racional explicativo dos argumentos, os fóruns de conselheiros e dos movimentos sociais revelam contundente clareza e capacidade interpretativa. Nesses espaços dos movimentos sociais têm emergido uma forte vertente de produção de conhecimento vivo, vivido e interpretado, embasado nas práticas cotidianas sob densa análise reflexiva e crítica política (um saber cidadanizado).

Ao longo do tempo e sempre refletindo o contexto político, as Conferências Nacionais de Saúde foram se transformando e ganhando novos sentidos até se firmarem como um fórum privilegiado de discussões sobre os rumos da saúde no país. Elas ampliaram os debates, arregimentaram, ajustaram e legitimaram as diretrizes políticas em construção no país. Vêm demonstrando, também, a urgência de reversão da matriz de pensamento e práticas na formação dos profissionais da área da saúde para o SUS.

Para o “nó crítico” da educação e trabalho na saúde, como um fórum de elevada expressão da concepção participativa e de manifestação do controle social sobre as políticas públicas de saúde, foi realizada em 2005 a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com o tema: Trabalhadores de saúde e a saúde de todos os brasileiros - práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Ela teve o mérito de destacar o trabalho em saúde e os trabalhadores do SUS como cidadãos ativos na mudança das práticas de saúde, na qualificação da gestão setorial, na renovação da formação e na mais ampla valorização do controle social em saúde. Pela primeira vez, foi marcada a educação na saúde como componente definidor do trabalho e do desenvolvimento desse trabalho e de seus agentes de produção, distanciando-se da noção de recursos humanos que marca o período anterior.

O conceito ampliado de saúde, que implica aceitação da complexidade, diversidade e amplitude da produção da vida humana, exige/obriga 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 que se dá no coletivo). Para dar conta deste objetivo, inventei o conceito de quadrilátero da formação para reunir ensino, atenção, gestão e controle social em saúde, 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; FEUERWERKER, 2004).

A formação dos profissionais da área da saúde, ainda é orientada por uma concepção de sistema de saúde piramidal, hierarquizado em serviços, colocando o hospital no topo de uma cadeia suposta como de complexidade crescente e propondo uma base como porta de entrada e lugar do acolhimento e vínculo com os usuários do Sistema de Saúde. Faz-se necessário, conforme Cecílio (1997, 1999), Ceccim e Ferla (2003, 2006b) e Righi (2002), que os profissionais de saúde e gestores desse Sistema abandonem a segurança deste e de outros modelos e assumam posturas criativas - e arriscadas - de organização de serviços tendo como referência as neces-

sidades dos usuários, que são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas; que 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. Tenho 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 da pirâmide como explicação didática das redes. Em uma pirâmide a hierarquização é vertical e por níveis, em uma mandala há rede, fluxos, desenho, dobra, movimento (CECCIM; FERLA, 2006b).

A reorientação da educação dos profissionais de saúde deve passar, então, pela reversão dessa matriz de pensamento e de práticas, desenvolvendo dispositivos também dinâmicos, também 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.

Se deve haver uma reversão de pensamento sobre o sistema de saúde, igualmente deve haver uma reversão de pensamento da formação. 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 de um outro que se responsabiliza pelos efeitos da tarefa, a aprendizagem é uma atividade da educação problematizadora: invenção de problemas e experiência de problematização. Trata-se do movimento tensionador entre o saber anterior e a experiência presente de estranhamento, rumo ao imprevisível (uma vez que é invenção 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; 1991; 1995, p. 33). Esse “pensar problematicamente” é aquele que coloca questões às perguntas em lugar de respostas. Foucault opõe-se a uma história das representações pela captação das linhas de fuga de que cada pensamento é portador em prática.

Nesta perspectiva, o aprender e o ensinar tem a ver com o modo de fazer. Como a aprendizagem não é uma operação intelectual de acumulação de informações - ela inclui afetos - supõe atividade dos atores envolvidos e traz o enfrentamento de um modo já estabelecido de ver o mundo com o 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 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)

Projetos pedagógicos, no caso da educação permanente em saúde referem-se a uma 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 onde não há representações alienantes (desfazendo o mundo determinista e arbitrário, submetido apenas ao acaso). 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, 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.

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. Precisamos tomar consciência da situação em que nos encontramos e olhá-la a partir de uma perspectiva mais abrangente, com um certo distanciamento. 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.

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” e 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)².

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 saúde³. 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), associado-a à própria produção em Saúde Coletiva.

Estou falando da Educação Permanente em Saúde, poderia falar de uma pedagogia em ato para um trabalho vivo em ato, como na inteligente e desafiadora compreensão de Emerson Merhy 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 (1997a, p. 126) destaca que os trabalhadores de saúde não podem se recusar de ofertar tudo o 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”.

Pessoa (1999) nos lembraria que, nos processos de aprendizagem, somos tomados por uma espécie de “desassossego”. Sempre que há encontros, há dissipação de energias; portanto, há processo. Suely Rolnik (1993, p. 241-242) salienta que, ao longo de nossa existência, vivemos mergulhados em toda espécie de ambiente, não só humano, e também não só no plano visível. No plano visível, há uma relação entre um eu e um ou vários outros (não só humanos); mas no plano invisível o que há é uma textura (ontológica) que vai se fazendo dos fluxos que constituem nossa composição atual, conectando-se com outros fluxos, somando-se e esboçando outras composições.

²A 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.

³Propus o termo escuta pedagógica ao organizar o livro Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida (CECCIM et. al., 1997) que foi retomado em outras publicações e no referencial do Ministério da Educação sobre Classes Educacionais Hospitalares e Atendimento Pedagógico Domiciliar. Inicialmente pensada como escuta ao desenvolvimento cognitivo e afetivo que ocorre na produção da inteligência (aprender sócio-interacionista), a escuta pedagógica constituiria **núcleo** de competências da pedagogia no cuidado à saúde e uma prioridade no caso da atenção pediátrica em situações de internação, confinamento, restrição ao domicílio e semelhantes. Ao longo da orientação de tese de doutorado de Teresa Armani, surgiu, para ambos, o **campo** da escuta pedagógica como necessidade dos processos de trabalho em coletivos, a pedagogia em ato de colocar em análise o trabalho, as práticas cotidianas, as articulações formação-atenção-gestão-participação (educação problematizadora). Para saber mais sobre isso, é recomendável a leitura de Ceccim e Ferla (2006a) ou algumas das dissertações e teses em Educação que se orientaram pela saúde, como de Armani (2006), Fagundes (2006), Kulpa (2000), Machado da Silva (2003) e Schaedler (2003), além de Ceccim (1998b).

Estas composições, afirma Rolnik, passam a gerar em nós estados inéditos (marcas) em relação à consistência subjetiva do nosso corpo atual, rompe-se o nosso equilíbrio, tremem os nossos contornos. Há uma violência vivida com essa desestabilização, o que nos coloca a exigência de criarmos um novo corpo que possa suportar estas diferenças geradas em nós. E aí nos tornamos outros. Isso significa que as marcas, estes estados inéditos em nós, são sempre gênese de um devir, de novas possibilidades de vida. A subjetividade engendra-se no devir, deixando-se conduzir e entranhar pelas marcas. Quanto mais conseguimos fazê-lo, maior é o grau de potência com que a vida se afirma em nossa existência. E, aí, diz Fuganti (1990, p. 69-70), tudo o que a vida e o acaso exigem de nós é que sejamos fortes, isto é, que saibamos selecionar nossos encontros e produzir, a partir de nós próprios, os agenciamentos que nos fortaleçam para que sejamos dignos da beleza desse universo, para que possamos jogar com desenvoltura e liberdade e criar novas constelações, novos caleidoscópios, novas diferenças. “Sonhar com uma vida diferente, com novas maneiras de viver e de pensar” é de uma educação via pensamento, afirma o autor.

Para uma cidadania por toda parte, uma real educação da saúde por toda parte

O objetivo, bem como os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde dialogam claramente com os valores de uma cidadania para todos, uma democracia forte, mas é baixa sua apropriação formal (intelectual) e corporal (sensível), nem por isso bastarão cursos e mais cursos sobre o que é o SUS, qual seu objetivo, quais seus princípios e diretrizes. Será necessário integrar: educação-trabalho-cidadania em saúde.

É objetivo do Sistema Único de Saúde (Lei Federal nº 8.080/90, Art. 5º) a equidade, a ser conquistada pela identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, pela formulação de políticas para a superação das desigualdades sociais e regionais e pela estruturação de uma assistência que envolva ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com as necessidades individuais e coletivas (ações assistenciais e atividades preventivas).

São princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde: universalidade de acesso; igualdade de acolhimento, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; integralidade da atenção; preservação e incentivo à autonomia dos usuários na defesa da sua integridade física e moral; direito à informação aos usuários sobre a própria saúde; divulgação ao conjunto da população sobre a lógica ordenadora da rede de serviços; uso da epidemiologia para estabelecer prioridades; participação popular; descentralização da gestão, com regionalização da assistência tendo em vista a garantia de acesso do conjunto da população ao conjunto das ações e serviços de saúde e hierarquização entre ações e serviços tendo em vista a organização da complementaridade no interior da rede assistencial; conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e de pessoas das três esferas de governo; organização dos serviços públicos de modo a evitar gasto duplo para fim idêntico; desenvolvimento de capacidade resolutiva nos serviços; integração - no âmbito executivo - das ações de saúde, ambiente e saneamento (Lei Federal nº 8.080/90, Art. 7º).

Objetivos, princípios e diretrizes são aspectos formais, autorizam práticas, informam parâ-

metros avaliativos e sustentam argumentos às reivindicações populares, mas integram uma dimensão macropolítica (dimensão político-institucional). A dimensão político-institucional indica políticas ao ensino da/na saúde, mas as tensões que se produzem nas experiências singulares do cotidiano integram uma dimensão micropolítica (dimensão dos processos de trabalho). Na dimensão micropolítica, a formação ganha consistência subjetiva.

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 (socialidade), 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, 1997a, p. 126).

É da educação (do seu núcleo epistemológico), a aprendizagem, o sócio-interacionismo, o ensino problematizador, a convocação ao produzir em grupo como resultado de agenciamento educativo. A situação de ensino gera afetos e sentimentos e catalisa o funcionamento de processos cognitivos, assim o campo das construções cognitivas é campo de atualização de afetos (processos de singularização) e convocação às aprendizagens de natureza complexa (processos intelectivos). Agora podemos dizer: para uma cidadania em saúde por toda parte, uma educação da saúde por toda parte. Sobre uma cidadania por toda parte em saúde, temos a bem conhecida formulação de Emerson Merhy: em busca do tempo perdido - a micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde. Sobre uma educação da saúde por toda parte, temos a formulação da Educação Permanente em Saúde ou, dito agora de outro modo, a pedagogia em ato na invenção cotidiana da saúde.

As tradicionais avaliações em educação, quando consideram o que é aprender, reconhecem as aquisições extensivas (o saber acumulado) e desconhecem as aquisições intensivas (a construção do trabalho coletivo, a alteridade com os usuários, a assunção de práticas transinstitucionais, a apropriação da transdisciplinaridade).

Se o nó anti-cidadania 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 pré-estabelecidos 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 na saúde como problemática da saúde e cidadania ou novo agregado temático da Saúde Coletiva (CECCIM; CARVALHO, 2006). 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, mesma, ou da Educação em Saúde como tópico especial das Ciências da Educação ou das Ciências da Saúde.

A Educação Permanente em Saúde requer que seus atores se sintam convocados à criação, a 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 de 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 vierem 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.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Carta de Porto Alegre e de Belo Horizonte: a saúde como direito à vida. *Boletim da Abrasco*, Porto Alegre, n. 46, 1992.
- ARMANI, Teresa Borgert. **Formação de sanitaristas**: cartografias de um política da educação em saúde coletiva. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação: Educação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- BENEVIDES-DE-BARROS, Regina Duarte. Grupo: estratégia na formação. In: ATHAYDE, Milton; BARROS, Maria Elizabeth; BRITO, Jussara; NEVES, Mary Vale (Org.). **Trabalhar na escola? "Só inventando o prazer"**. Rio de Janeiro: Ipub-Cuca, 2001. p. 71-88.
- CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde). Editorial. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, n. 34, 1992.
- CECCIM, Ricardo Burg. **Políticas da inteligência: educação, tempo de aprender e dessegregação da deficiência mental**. São Paulo. 1998. Tese (Doutorado) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Núcleo de Estudos da Subjetividade, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 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, 1998a. p. 37-50.
- CECCIM, Ricardo Burg et. al. Escuta pedagógica à criança hospitalizada. In: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci (Orgs.) **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1997. p. 76-84.
- _____. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de. (Orgs.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Abrasco, 2006. p. 153-178.
- 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.
- _____. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2003. p. 211-226.

- 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.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos teoassistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set., 1997.
- 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.
- COHN, Amélia. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 97-109, 1992.
- DELEUZE, Gilles. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- DOIMO, Ana Maria; RODRIGUES, Marta Maria Assunção. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma conduta societal de atuação política. **Política e Sociedade**, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 95-115, 2003.
- FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação: Educação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- 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 (Doutorado) - Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação: Educação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: o uso dos prazeres**. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. v. 2.
- FOUCAULT, Michel. **Respuesta a una pregunta**. Buenos Aires: Almagesto, 1991.
- FOUCAULT, Michel. **Theatrum philosophicum**. Barcelona: Anagrama, 1995.
- FUGANTI, Luiz Antônio. Saúde, desejo e pensamento. In: GUATARI, Félix, et al. **SaúdeLoucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 19-82.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- KASTRUP, Virginia. Aprendizagem, arte e invenção. In: LINS, Daniel. (Org.). **Nietzsche e Deleuze: pensamento nômade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001. p.207-223.
- KNORR-CETINA, Karin. Scientific communities or transepistemic arenas of research? A critique of quasi-economic models of science. **Social Studies of Science**, London, v. 12, n. 1, p. 101-130, Fev., 1982.
- KULPA, Stefanie. **Entre a cura e a morte, a vida: cartografia de um encontro entre saúde e educação**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação: Educação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.
- LATOUR, Bruno. **Ciência em ação**. São Paulo: Editora Unesp, 2000.
- MACHADO-DA-SILVA, Simone Chaves. **Confeções cartográficas de um mosaico mutante: a potência de encontros na educação profissional em saúde**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação: Educação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
- MARTON, Scarlett. **Nietzsche: das forças cósmicas aos valores humanos**. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- MATURANA, Humberto. **El sentido de lo humano**. Santiago: Dolmen Ediciones, 1994.
- _____. **La realidad: ¿objetiva o construida?** Barcelona: Anthropos, 1997. v. 1.
- _____. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: Editora da Universidade/UFMG, 2001
- MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano**. Campinas: Workshopsy, 1995.
- _____. **Autopoiese: de máquinas e seres vivos**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- 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, 1997b. p. 71-112.
- _____. O SUS e seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997a. p. 125-142
- MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECCIM, Ricardo Burg. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.
- NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, 1994, p. 5-21.
- PESSOA, Fernando. **Livro do desassossego**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

- PRIGOGINE, Ilya. **O fim das certezas**: tempo, caos e as leis da natureza = Entre le temps et l'éternité. São Paulo: Unesp, 1996.
- REDE UNIDA. **Agenda estratégica para 2002-2003**. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br>> Acesso em: 10 dez. 2002.
- RIGHI, Liane Beatriz. **Poder local e inovação no SUS**: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no estado do Rio Grande do Sul. 2002. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas: Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.
- ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético-estético-política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-251, set./fev., 1993.
- SCHAEDLER, Lucia Ines. **Pedagogia cartográfica: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética do ensino-aprendizagem em coletivos**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação: Educação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
- SERRES, Michel. **Filosofia mestiça = Le tiers-instruit**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- WALT, Gill. **Health policy: an introduction to process and power**. London: Zed Books, 1994.

Recebido em: 10 abr. 2007

Avaliado em: 18 abr. 2007

Endereço: Ricardo Burg Ceccim
Rua Dr. Raul Moreira, 550 - Bairro Cristal
Porto Alegre - RS CEP 90.820-160
www.ufgrs.br/faced/pesquisa/educasaude