

Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário

Permanent Education in the Healthcare field: an ambitious and necessary challenge

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; educação continuada.

KEY WORDS: Health education; continuing education.

PALABRAS CLAVE: Educación en salud; educación continua.

Ricardo Burg Ceccim^{*}



Introdução

Assumo neste texto um caráter autoral, menos me importando com a revisão da literatura que com o destaque ao desafio de reconhecer no setor da saúde a exigência ético-política de um processo educativo incorporado ao cotidiano da produção setorial. Pretendo que o texto cumpra a função de estabelecer um debate, cujas sugestões/ induções de pensamento – ou o despertar de pensamento – localizem mais o problema da necessidade da educação na saúde que os delineamentos pedagógicos da vertente que se pode identificar como Educação Permanente.

A identificação **Educação Permanente em Saúde**² está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

² Faço a escolha pela designação Educação Permanente em Saúde e não apenas Educação Permanente porque, como vertente pedagógica, esta formulação ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde. Este estatuto se deveu à difusão, pela Organização Pan-Americana da Saúde, da proposta de Educação Permanente do Pessoal de Saúde para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região com reconhecimento de que os serviços de saúde são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano. Ver, por exemplo, Maria Alice Roschke, Maria Cristina Davini e Jorge Haddad (Roschke et al., 1994), Maria Alice Roschke e Pedro Brito (Roschke & Brito, 2002) ou Mário Rovere (Rovere, 1996).

¹ Professor, Programa de Pós-Graduação em Educação, Grupo Temático de Educação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. <ceccim@edu.ufrgs.br>; <ceccim@saude.gov.br>

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino.

Para muitos educadores, a Educação Permanente em Saúde configura um desdobramento da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos, perfilando-se pelos princípios e/ou diretrizes desencadeados por Paulo Freire desde Educação e Conscientização/Educação como Prática da Liberdade/Educação e Mudança, passando pela Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Esperança, Pedagogia da Cidade, Pedagogia da Autonomia e Pedagogia da Indignação³. De Paulo Freire provém a noção de aprendizagem significativa, por exemplo.

Para outros educadores, a Educação Permanente em Saúde configura um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação, caracterizada fundamentalmente pela produção de René Lourau e George Lapassade (Lourau, 1975; Lapassade, 1983 ou Lourau & Lapassade, 1972), que propuseram alterar a noção de Recursos Humanos, proveniente da Administração e depois da Psicologia Organizacional, como o elemento humano nas organizações, para a noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, reconhecendo que a educação se compõe necessariamente com a reformulação da estrutura e do processo produtivo em si nas formas singulares de cada tempo e lugar. Dos institucionalistas provém a noção de auto-análise e autogestão, por exemplo.

A Educação Permanente em Saúde configura, ainda, para outros educadores, o desdobramento, sem filiação, de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde. No caso brasileiro, em particular, verificamos, nos movimentos de mudança na atenção em saúde, a mais ampla intimidade cultural e analítica com Paulo Freire⁴; nos movimentos de mudança na gestão setorial, uma forte ligação e uma forte autonomia intelectual com origem ou passagem pelo movimento institucionalista⁵ e nos movimentos de mudança na educação de profissionais de saúde um intenso engajamento⁶, também com uma intensa produção original⁷. É deste reconhecimento nacional que tenho tangenciado, desde 2001 (Ceccim & Armani, 2001), a noção de Quadrilátero da Formação, organizada mais recentemente no trabalho intelectual, político e institucional com Laura Feuerwerker (Ceccim & Feuerwerker, 2004a).

Para fins deste debate, destaco que aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

³ A obra de Paulo Freire em Educação se estende de 1959 a 2000. Para identificar o período do primeiro bloco referido, pode-se indicar Educação como prática da liberdade, obra original de 1967 (Freire, 1989) e, para o segundo bloco, Pedagogy of the city, de 1993 (Freire, 1995).

⁴ Pode-se citar Victor Valla, Eduardo Stotz (Valla & Stotz, 1993; 1994), Eymard Vasconcelos (Vasconcelos, 2001) e Sonia Acioli (Acioli, 2000), por exemplo.

⁵ Pode-se citar Gastão Campos (Campos, 2003), Emerson Merhy (Merhy, 2002), Luiz Cecílio (Cecílio, 1994) e Solange L'Abbate (L'Abbate, 1997), por exemplo.

⁶ Pode-se referir a rede de integração docente-assistencial, os projetos UNI e a rede Unida, pode-se citar Roseni Sena (Sena-Chompré, 1998), Laura Feuerwerker (Feuerwerker, 2002), Regina Marsiglia (Marsiglia, 1995; 1998) e Márcio Almeida (Almeida, 1999), por exemplo.

⁷ Pode-se referir a Comissão Nacional Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem), pode-se citar Regina Stella (Stella, 2001), Rogério Carvalho dos Santos, Roberto Piccini e Luiz Augusto Facchini (Santos et al., 2000) ou, ainda, Emerson Merhy (Merhy, 2002), por exemplo.

Exercício da Educação Permanente em Saúde

Além da velocidade com que conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio da acessibilidade para o conjunto da população o mais próximo de sua moradia – ou de onde procuram por atendimento – faz com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores. Torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.

Não há saída, como não há romantismo nisso. Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas conseqüências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores.

Assim, ou constituímos equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros nessa equipe, orientadas pela sempre maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas ou colocamos em risco a qualidade de nosso trabalho, porque sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades *em* direitos à saúde.

A complexidade fica ainda maior em situações concretas, nas quais a presença de saberes tradicionais das culturas ou a produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida pertence a lógicas distintas do modelo racional científico vigente entre os profissionais de saúde, pois não será sem a mais justa e adequada composição de saberes que se alcançará uma clínica que fale da vida real, uma clínica com capacidade terapêutica.

Um dos entraves à concretização das metas de saúde tem sido a compreensão da gestão da formação como atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde. Nem é dirigida às políticas de gestão setorial ou das ações e dos serviços de saúde e nem é compreendida como atividade finalística da política setorial.

Tradicionalmente, falamos da formação como se os trabalhadores pudessem ser administrados como um dos componentes de um espectro de recursos, como os materiais, financeiros, infraestruturais etc. e como se fosse possível apenas “prescrever” habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada. As prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização.

As reformas setoriais em saúde têm-se deparado regularmente com a necessidade de organizar ofertas políticas específicas ao segmento dos trabalhadores, a tal ponto que esse componente (o “Recursos Humanos”) chegou a configurar uma área específica de estudos nas políticas públicas de saúde. Parece-nos impostergável assegurar à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico, às políticas de saúde. A introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde.

A introdução da Educação Permanente em Saúde seria estratégia fundamental para a

recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde.

Uma ação organizada na direção de uma política da formação pode marcar estas concepções na gestão do sistema de saúde, mas também demarca uma relação com a população, entendida como cidadãos de direitos. Tal iniciativa pode fazer com que os cidadãos reconheçam tanto a preocupação com a macropolítica de proteção à saúde, como com o desenvolvimento de práticas para a organização do cotidiano de cuidados às pessoas, registrando uma política da valorização do trabalho e do acolhimento oferecido aos usuários das ações e dos serviços de saúde, tendo em vista a construção da acessibilidade e resolutividade da atenção e do sistema de saúde como um todo e o desenvolvimento da autonomia dos usuários diante do cuidado e da capacidade de gestão social das políticas públicas de saúde.

Formação para a Educação Permanente em Saúde

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado. Essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores (*expertises*) com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do *conhecimento*/da *expertise*.

Cada área técnica sempre parte do máximo de conhecimentos acumulados em seu núcleo de saberes e de práticas e dos princípios políticos considerados mais avançados, segundo a erudição oriunda deste núcleo de informações, para examinar os problemas de saúde do país. A partir dessas referências propõem “políticas específicas” ou, como tradicionalmente acontece, “programas de ação” ou “ações programáticas”, quase sempre assentadas na assistência individual, em particular sobre o atendimento médico, ou em macropolíticas de vigilância à saúde. Para a implementação de cada “programa de ação”, propõe-se uma linha de capacitações, isto é, uma linha de prescrições de trabalho aos profissionais. Essa linha de capacitações/prescrições substitui o papel das áreas técnicas e dos níveis centrais em definir princípios e diretrizes para as políticas em cada um dos núcleos específicos de acumulação em saúde e, a partir daí, em lugar de estabelecer apoio solidário às esferas gestoras ou de serviços nas quais se desdobram em atos políticos, desfiam cursos, treinamentos e protocolos. As áreas técnicas, tradicionalmente, sem nenhum pudor, se oferecem à prescrição do trabalho e negam sua oportunidade de assessoramento.

Em geral, as áreas, os intelectuais especialistas e os consultores trabalham com dados gerais que possibilitam identificar a existência dos problemas e sugerir sua explicação, mas não permitem compreender sua singularidade, sua vigência subjetiva, suas conexões de sentido local. O olhar, a escuta e o assessoramento que permitem compreender a especificidade da gênese de cada problema é necessariamente *afetiva* e



local, portanto, é imprescindível que haja *encontro* entre intelectuais e consultorias docentes com a gestão de sistemas e serviços locais para a elaboração de estratégias adequadas ao enfrentamento efetivo dos problemas. Todos e cada um dos que trabalham nos serviços de saúde, na atenção e na gestão dos sistemas e serviços têm idéias, noções e compreensão acerca da saúde e de sua produção, do sistema de saúde e de sua operação e do papel que cada profissional ou cada unidade setorial deve cumprir na prestação das ações de saúde. É a partir dessas idéias, noções e compreensão que cada profissional se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera.

Ao analisarmos um problema institucional, regional ou nacional de maneira contextualizada, descobrimos a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas. As capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social – por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos. A Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde.

Condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações.

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso.

Cresce a importância de que as práticas educativas configurem dispositivos para a análise da(s) experiência(s) locais; da organização de ações em rede/em cadeia; das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes locais.

As consultorias, os apoios, as assessorias quando implementadas têm de ser capazes de organizar sua prática de modo que esta produção seja possível; elas precisam oferecer-se desde a pedagogia da Educação Permanente em Saúde para que façam sentido na realidade e operem processos significativos nessa realidade.

Novas abordagens, mais potentes para desfazer as dicotomias persistentes e sobre as quais foram construídas as iniciativas anteriores de mudança (individual x coletivo, clínica x saúde pública, especialidade x generalidade, sofisticação tecnológica x abordagens simplificadas) tornam-se impostergáveis.



A Educação Permanente em Saúde opera o Quadrilátero da Formação

A interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, auto-análise e autogestão⁸. Para tanto, teremos de pensar/providenciar subsídios para que se pense/providencie a Educação Permanente em Saúde.

Dentre os elementos *analísadores* para pensar/providenciar a Educação Permanente em Saúde estão os componentes do Quadrilátero da Formação:

a) análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;

b) análise das práticas de atenção à saúde: construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;

c) análise da gestão setorial: configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;

d) análise da organização social: verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

O papel das práticas educativas deve ser crítica e incisivamente revisto para que almeje a possibilidade de pertencer aos serviços/profissionais/estudantes a que se dirigem, de forma que os conhecimentos que veiculam alcancem significativo cruzamento entre os saberes formais previstos pelos estudiosos ou especialistas e os saberes operadores das realidades – detidos pelos profissionais em atuação – para que viabilizem auto-análise e principalmente autogestão. Os saberes formais devem estar implicados com movimentos de auto-análise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas.

Uma questão à auto-análise e à autogestão dos coletivos é o trabalho com eixo na integralidade para superar a modelagem de serviços centrados em procedimentos, de usuários interpretados como peças orgânicas ou como o simples território onde evoluem os quadros fisiopatológicos e de doenças enfrentadas como eventos biológicos (como se esse conhecimento fosse de ciências naturais)⁹.

Dessa maneira, além de processos que permitam incorporar tecnologias e referenciais necessários, é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, com apoiadores matriciais de outras áreas, ativadores de processos de mudança institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção.

Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto com as cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não

⁸ Pode-se sugerir a leitura da produção em colaboração de Ceccim & Feuerwerker, 2004a e b.

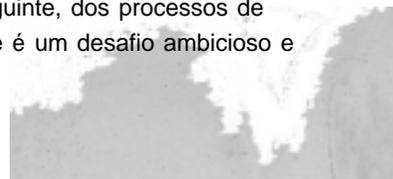
⁹ Para compreender a integralidade, pode-se citar outros brasileiros: Ruben Mattos, Roseni Pinheiro (Pinheiro & Mattos, 2001; 2003; 2004), Kenneth Camargo Jr. (Camargo Jr., 2003) e Madel Luz (Luz, 1988), por exemplo.

como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde.

Para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos (assujeitados pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) precisamos ser *produção de subjetividade*: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixam em modelos prévios de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente (confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora).

Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso “ser sujeito”, colocando-nos em permanente produção. O *permanente* é o *aqui-e-agora*, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais.

A mudança na formação por si só ajuda, mas essa mudança como política se instaura em mais lugares, todos os do *Quadrilátero*, pois todos esses lugares estão conformados em acoplamento de captura da Educação Permanente em Saúde. Tanto a incorporação crítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais representam a captura da Educação Permanente em Saúde e, por conseguinte, dos processos de mudança. É por isso que a Educação Permanente em Saúde é um desafio ambicioso e necessário.



Referências

- ACIOLI, S. **Novas práticas em saúde**: estratégias e práticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000. (Série Estudos em Saúde Coletiva).
- ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.
- CAMARGO JR., K. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. (Org.) **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva. **Divulg. Saúde Debate**, n.23, p.30-56, dez. 2001.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004a.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1400-10, 2004b.
- CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Abem, 2002.
- FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 19.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- FREIRE, P. **Pedagogy of the city**. New York: Continuum, 1995.

- L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.267-92.
- LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.
- LOURAU, R.; LAPASSADE, G. **Chaves da Sociologia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.
- LUZ, M. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MARSIGLIA, R. G. **Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente-assistencial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995.
- MARSIGLIA, R. G. Perspectivas para o ensino das ciências sociais na graduação odontológica. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (Orgs.) **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. São Paulo: Unesp; Bauru: Edusc, 1998. p.175-96.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj/Abrasco, 2001.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/Abrasco, 2003.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec; 2004.
- ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C.; HADDAD, J. (Eds.) **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS, 1994. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 100)
- ROSCHKE, M. A.; BRITO, P. **Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud: manual del educador**. Washington: OPS, 2002.
- ROVERE, M. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud**. Washington: OPS, 1996. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 96)
- SANTOS, R. C.; PICCINI, R.; FACHHINI, L. A. (Org.) **Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico: preparando a transformação da educação médica brasileira. Projeto Cinaem, III fase - relatório 1999-2000**. Pelotas: Cinaem: UFPel, 2000.
- SENA-CHOMPRÉ, R. **A enfermagem nos projetos UNI: contribuição para um novo projeto para a enfermagem brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- STELLA, R. C. R. Conquistas e desafios. Editorial. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, p.5-6, v.25, n.3, 2001.
- VALLA, V.; STOTZ, E. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. 2.ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- VALLA, V.; STOTZ, E. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- VASCONCELLOS, E. M. (Org.) **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

Recebido para publicação em 18/10/04.
Aprovado para publicação em 27/10/04.



Comentarios estimulados por la lectura del artículo “Educação PERMANENTE em Saúde: desafio ambicioso e necessário”



Mario Rovere

En principio quiero explicitar que estoy analizando este trabajo (lamentablemente solo puedo hacerlo en español) con una gran simpatía por el tema, por el autor y por el artículo lo que tal vez dificulte mi tarea de “debatador”.

Mi intento de deconstrucción siguió un poco el método salvaje de marcar el texto a medida que lo iba leyendo, así que voy a seguir el orden del propio artículo y compartir lo que más me movió a reflexión, me hizo sobresaltar o me generó entusiasmo. Me anticipo a comentar que algunas dudas que me surgieron al principio del documento son contestadas en párrafos posteriores pero me parecieron útiles para contribuir al debate.

El propio autor invita a que el texto “*cumpra a função de estabelecer um debate*”, y ese debate comienza para mí en la colocación de la Educación Permanente en Salud (EPS) como un marco que absorbe las diferentes formas de educación en el sector.

¿Es, entonces, la Educación Permanente un nuevo modelo educacional que puede permear cualquiera de las prácticas educativas? ¿Desde la formación de grado hasta la educación continua promovida por las corporaciones? o es por su esencia aprendizaje en servicio al ser necesariamente situada en los escenarios de los servicios de salud cualesquiera sean ellos.

O más bien necesitaríamos dos conceptos enlazados uno que exprese las dimensiones emancipadoras del modelo educacional y otro el carácter situacional del aprendizaje en los propios escenarios laborales de los servicios de salud en todas sus dimensiones (quizás conectado con los Institucionalistas aunque estimo que esta perspectiva está mucho menos trabajada por la conceptualización que la OPAS realizó sobre la EPS). Allí el conector para “*a noção de auto-análise e autogestão*” podría ser la propia dimensión problematizadora aportada por Freire que lleva a la formulación “*educación en el trabajo, a través del trabajo y para el trabajo*” (Rovere, 1995, p.70) .

En relación con el propio “*Exercício da Educação Permanente em Saúde*” parece extraño comenzar las motivaciones por la velocidad del conocimiento porque es una motivación habitual para las formas clásicas de educación en el sector.

Tal vez la Educación permanente de trabajadores, equipos y redes de equipos desencadene sus motivaciones, mas bien en cierta insatisfacción profunda con ese caudal de conocimientos e innovación que fortalece la atención de la salud como mercadería a ser transada en el mercado de servicios de salud y reacciona frente a la despreocupación por pensar la integralidad de los problemas de salud y de las respuestas que trabajadores de salud y población requieren construir juntos para enfrentar la complejidad creciente de los problemas sociales y sanitarios.

¹ Coordinador de la Maestría de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires. <mrovere@fibertel.com.ar>

Tal vez las ambiciosas iniciativas de transformación en realidad marcan y demarcan un campo de fuerzas que debe ser constantemente cartografiado para que la educación permanente no sea reabsorbida como una metodología moderna y eficiente para aprender lo mismo. Estamos insinuando una transformación en la cultura de salud en la que la EPS es al mismo tiempo método y contenido portador de nuevas formas de resolver los problemas de salud.

Así se entiende el dilema de hierro planteado por el autor "*ou constituímos coletivos de trabalho ... orientadas pela sempre maior (y diferente) resolutividade dos problemas de saúde ou colocamos em risco.... a qualidade de nosso trabalho*" (y la salud de la población).

Un nuevo desafío llega en el siguiente párrafo ya que a pesar de la referencia a los saberes tradicionales me parece que siempre en cualquier cultura y en cualquier sector social la "*produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida pertence a lógicas distintas do modelo racional científico vigente entre os profissionais de saúde.*" El problema es cuando la clínica queda atrapada en un molde cientificista reforzada por un modelo de gestión fabril que la transforma en mercadería.

En referencia a si la EPS es una actividad medio, creo que el debate continúa a través de los años *Educar para Transformar - Transformar para Educar* es el título de un libro de Nuñez que creo que sirve para dejar abierta esta polaridad.

Comparto que la lógica de Recursos Humanos es un gran límite y que puede perfectamente ser asociado a un factor productivo. Sin embargo vale la pena recordar que al menos en español el concepto de formación es elegido casi en un sentido inverso para contestar las tendencias más conductistas o "behavioristas" del entrenamiento, de la capacitación y del adiestramiento. Formación así remite a formación integral de una persona para liberarla de los aprendizajes utilitarios para que se contacte con el saber universal y desarrolle su potencial de aprender a aprender.

A mí también me parece "*impostergável assegurar à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico*" creo yo un espacio de formación de militantes por el *direito a saúde*. Al respecto Tenti Fanfani observa que en su origen la palabra "pro fe sional", como la palabra "pro fe sor" deriva de la raíz latina *profesare*, es decir que el profesional no se define tanto como aquel que detenta el monopolio de un saber, de un campo de conocimiento o de un conjunto de técnicas sino como quien tiene un compromiso con un objeto y con su transformación.

En la salida de los trabajadores de su posición de "recursos humanos" a actores sociales no hay que olvidar, como se señala más adelante, que "los sujetos están sujetos"; sujetos a modelos de formación, a modelos de práctica, a modelos de gestión, en definitiva a un "habitus" como diría Bourdieu no es sencillo ni depende solo de un acto de voluntad. Esta transformación es compleja y profundamente social ya que incluirse en las luchas por el derecho a la salud requiere condiciones y tiempos de maduración.

También coincido en que la *Educação Permanente em Saúde* sería (o más bien es) "*uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas...*" de una larga lista de procesos educativos en la que solo agregaría a la propia educación popular en salud, tal como algunos países (por ejemplo Bolivia) han incluido, sobre la base del mismo paradigma educacional que la EPS.

En relación con la "*Formação para a Educação Permanente em Saúde*" yo agregaría, para caracterizar el campo de fuerzas, la influencia que ha tenido en el pensamiento y la práctica de la administración hospitalaria el *management* americano muy teñido de

improntas fabriles. En tiempos bastante recientes aun se podía escuchar en América Latina “en última instancia un hospital es una fábrica de consultas y egresos”. Esta imagen aun no ha sido totalmente desalojada ya que los sistemas de estadísticas de hospitales refuerzan una verdadera obsesión por el productivismo en los servicios de salud.

Por eso resistir a la línea prescriptiva de los especialistas es difícil, porque el modelo de gestión fabril los refuerza y además porque muchos de ellos se encuentran directa o indirectamente estimulados por el propio “complejo médico industrial” que financia una buena parte de las actividades científicas, congresos, investigaciones y publicaciones.

En tal caso no pude dejar de recordar una historia real que me sucedió durante una supervisión en el Norte de la Argentina cuando el único médico a cargo de una estación sanitaria me decía “y como quiere que me capacite si aquí no llegan los visitantes médicos”².

La noción de proceso y de difusión reticular de la educación permanente constituye una descripción muy ajustada pero talvez valdría la pena discutir sobre los aspectos de sustentabilidad de la propia educación permanente y de la necesidad de agentes internos o externos que dinamicen y hagan circular.

La concepción de una fuerza laboral activa y movilizada por la calidad de los servicios y la equidad en la atención es una imagen que ayuda a dar visibilidad positiva al personal de salud.

En referencia al “*Quadrilátero da Formação*” me parece un dispositivo muy interesante e ingenioso para conectar procesos que suelen pensarse por separado. Coincido en que “*tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares como estão/como são*”, constituye la principal motivación de los procesos de aprendizaje de la EPS.

La idea de abandonar (desaprender) o *sujeito* que somos para ser “*produção de subjetividade: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando*” dista de ser un párrafo más y menos aun una conclusión, instala un aumento del voltaje que en cierta forma fuerza a revisar el documento desde su comienzo.

Al hacerlo siento que el propio autor - en consistencia con la propia EPS - se ha ido desplazando durante la escritura para proponernos sobre el final una acción contrahegemónica, que incluye mecanismos que pueden liberar a la propia educación permanente - al mismo tiempo permanente y situacional (*aqui-e-agora*) - hoy capturada desde todos los vértices del cuadrilátero.

De ese tamaño es nada menos la dimensión del desafío.

Referências

ROVERE, M. Gestión estratégica de la Educación Permanente. In: HADDAD, J.; ROSCHKE, M.; DAVINI, C. (Orgs.) **Educación permanente en salud**. Washington: OPAS, 1995. p.63-109.

² Agentes de propaganda de los laboratorios farmacéuticos.



O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação

Emerson Elias Merhy¹

Neste texto Ricardo faz um desafio: a produção do cuidado em saúde e sua micropolítica são constituídas de práticas pedagógicas, e não só de ações tecnológicas típicas da construção de atos de saúde, no senso estrito; portanto, toda aposta que visa interferir no campo de produção da saúde tem de reconhecer isso como uma necessidade para a ação. Este autor, dando conseqüência a esta noção, propõe uma problematização sobre a educação em saúde, advogando com muitos outros a idéia da educação permanente e passando a reconhecer que: *“torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.”*

Creio que este desafio nos permite a construção de uma grande pauta de discussões e reflexões e, até mesmo, de novas produções teóricas. Entretanto, aqui e agora, estou estimulado por duas idéias em particular, para olhar o que considero nuclear no desafio proposto.

Uma delas, refere-se a um fenômeno bem comum entre nós. Não é possível sustentarmos mais as quase exclusivas visões gerenciais que se posicionam sistematicamente pela noção de que a baixa eficácia das ações de saúde é devida à falta de competência dos trabalhadores e que pode ser corrigida a medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que lhes falta. Diante desta visão do problema, estes gestores passam a propor cursinhos à exaustão, que consomem recursos imensos e que não vêm gerando efeitos positivos e mudancistas nas práticas destes profissionais.

Óbvio que, aqui, não estou jogando a criança com a água do banho; há treinamentos que são necessários para a aquisição de certas técnicas de trabalho, mas isso é pontual e pode ser suprido sem muita dificuldade. O que aponto é a necessidade de olharmos de outros modos explicativos para esta relação em dobra: educação em saúde e trabalho em saúde, na qual é impossível haver separação de termos. Um produz o outro. Com efeitos fundamentais tanto para a construção da competência do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito ético-político produtor de cuidado, que impacta o modo de viver de um outro, material e subjetivamente constituído (o usuário, individual e/ou coletivo). Aliás, estas questões já vêm sendo objeto de preocupações da própria equipe de trabalho da qual o Ricardo faz parte.

¹ Professor, Universidade de Campinas, Unicamp. <emerson.merhy@gmail.com>

O projeto do Ministério da Saúde, do Governo Lula, sobre os Pólos de Educação Permanente vem constituindo uma forma de construir um terreno para a problematização necessária da mudança do conjunto das práticas dos gestores da saúde quanto a suas intervenções no campo da educação em saúde, enquanto pauta nacional. Como instância do SUS, esses Pólos não necessariamente respondem de modo uniforme a esta pauta, pois a instalação de múltiplos atores loco-regionais lhe dão singularidades que não podem ser desprezadas. Mas o terreno e o sentido da política estão aí instalados, cabendo aos atores concretos resolvê-los nos seus modos de produzir o SUS, no Brasil. Não há solução para estes processos à parte daquela que é encontrada para a constituição do SUS como institucionalidade. A multiplicidade desta se expressa também nos Pólos.

Esta dimensão está articulada ao desafio que Ricardo provoca e a tocarei na reflexão da minha segunda grande questão, que tem a ver, no meu ponto de vista, com o tipo de prática de educação que deve ser induzida, que deve ser construída, nos marcos deste debate da educação permanente. Ou seja, tem a ver com certo posicionamento necessário em relação ao modo de encarar a construção das ações no campo da saúde e da educação, implicadas com a visão em dobra destes dois territórios de práticas sociais, já citada anteriormente.

Ricardo aponta isso em vários momentos de seu texto, reafirmando a importância do lugar do trabalhador como protagonista efetivo deste processo: *“à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico às políticas de saúde. A introdução desta abordagem retiraria os trabalhadores da condição de “recursos” para o estatuto de atores sociais das reformas, do trabalho, das lutas pelo direito à saúde e do ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde.”*

Quando fala da pedagogia do processo que possa estar articulado a este novo agir, aponta como dispositivos analisadores, que podem instituir novas lógicas no agir do trabalhador, o “quadrilátero da formação”, apostando que ele pode cumprir este núcleo do desafio, procurando mostrar a possibilidade auto-analítica desses componentes.

De modo correto, mostra que todo processo que esteja comprometido com estas questões da educação permanente tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações *“– não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso.”*

E aí está o cerne de um grande novo desafio: produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho. E isto não é nada óbvio ou transparente.

Não me parece que para gerar “auto-análise e autogestão dos coletivos” o “trabalho com eixo na integralidade” tenha força em si, ou mesmo, que “as consultorias, os apoios, as assessorias quando implementadas” tenham capacidade de gerar isso com os analisadores (do quadrilátero) da Educação Permanente em Saúde, se não conseguirem atingir a alma do operar ético-político do trabalhador e dos coletivos na construção do cuidado, que é o modo como estes dispõem do seu trabalho vivo em ato, enquanto força produtiva do agir em saúde.



Parece que estamos diante do desafio de pensar uma nova pedagogia - que usufrua de todas as que têm implicado com a construção de sujeitos auto-determinados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva – que se veja como amarrada a intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe.

Colocar isto em análise, cobra dos dispositivos analisadores (os do quadrilátero) uma certa amarração com os componentes nucleares da micropolítica da produção do cuidado em saúde, individual e coletivo. Isto significa que o analisador tem de ter a potência de expor o trabalho vivo em ato para a própria auto-análise e pedagogicamente abrir espaços relacionais para poder se falar e se implicar com isso.

Esta pedagogia da implicação, parece-me inseparável do desafio que Ricardo aponta para a Educação Permanente. Construí-la no cotidiano dos serviços de saúde e como eixo ordenador de ações nos Pólos deve ser uma perseguição implacável para quem quer efetivamente mudar o modo de se fabricar saúde, entre nós.

Por isso, aponto que para a educação permanente de fato tornar-se um bom desafio, faz-se necessário trabalhar este outro desafio em si, ainda muito em aberto, e que pede para ser enfrentado de modo mais ampliado do que já se tem de elaboração.



Recebido para publicação em 18/11/04.
Aprovado para publicação em 22/11/04.

RÉPLICA

Ricardo Burg Ceccim

O tema da *Educação Permanente em Saúde* coloca um corte na didática geral: não se trata da passagem de um estado de desconhecimento ao de conhecimento, não se trata da melhor e mais eficiente transmissão de saberes, não é uma metodologia pedagógica que se esgota à demonstração pelo aluno da aquisição de informação ou habilidade. Creio que aprofundam este corte os dois instigantes pontos que colho das arguições de Rovere e Merhy: os processos de territorialização e os processos de subjetivação, a que podemos chamar implicação política e implicação ética ou produção do mundo e produção de si.

A Educação Permanente em Saúde é uma estética pedagógica para a experiência da *problematização* e da *invenção de problemas*¹. Para o setor da saúde, esta estética é condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência no andar da vida individual e coletiva.

Rovere questiona se a educação permanente seria um novo modelo educacional com capacidade de permear qualquer prática educativa e se ela tem inscrição situada nos cenários de trabalho da saúde. Tomo essa questão como interrogação sobre o território dessa prática. Rovere sugere a resposta: o território não é físico ou geográfico: o trabalho. O território é de inscrição de sentidos: *no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho*. O processo de territorialização é o processo de *"habitar um território"* (Kastrup, 2001, p.215). Deseja-se como efeito de aprendizagem a prevalência da sensibilidade, a destreza em habilidades (saber-fazer) e a fluência *em ato* das práticas. Para Kastrup, o habitante de um território não precisa passar pela representação, o habitar resulta de uma corporificação do conhecimento. Para *habitar* um território será necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos: técnicos, cognitivos, políticos, comunicacionais, afetivos etc.. O território é o da saúde, mas para a educação permanente projetada aqui está em jogo o *processo de territorialização*: construção da integralidade, da humanização e da qualidade na atenção e na gestão em saúde, com um sistema e serviços capazes de acolhimento do outro, responsabilidade para com os efeitos das práticas adotadas, resolutividade dos projetos terapêuticos e afirmação da vida pelo desenvolvimento da autodeterminação dos usuários e da população em matéria de saúde.

¹ Problematizar é colocar questões às perguntas em lugar de respostas, tornar a reflexão uma prática de pensamento (levantar questões, interrogações, desafios, exploração de campos) e exercer a análise das práticas como dispositivo de mutação singular (refletida ou voluntária). Inventar problemas é implicar-se ativamente no mundo, acolher a alteridade, o estranhamento e as incertezas, tomar o mundo e a si mesmo como obra de arte - invenção permanente; esculpir o tempo [Deleuze (1987, p. 50) diz que *a arte é o destino inconsciente do aprendiz*].

Esse processo de territorialização não se restringe à dimensão técnico-científica do diagnóstico e da terapêutica ou do trabalho em saúde, mas se estende à orientação das práticas, à construção de um *estar* no campo de saberes e de práticas da saúde que envolve desterritorializar saberes hegemônicos e práticas vigentes. Rovere chama-nos a atenção para o fato de que territórios geram *habitus* e que não é simples e nem dependente de um simples ato de vontade a transformação que inclui a luta pelo amplo direito à saúde. À força de captura das racionalidades médico-hegemônica e gerencial hegemônica será preciso *impor* a necessidade da singularização, convocar permanentemente à fronteira dos territórios. A desterritorialização nada mais será que o permanente descosimento ou dobramento e redobramento das linhas de fronteira dos territórios, por isso a imposição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde², com sua composição múltipla e complexa, é tão importante.

Merhy questiona a capacidade de uma pedagogia se comprometer com a construção da vida e sua defesa individual e coletiva sem a implicação de cada trabalhador com seu agir em ato, *produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe*. Merhy tece o seu desafio: uma *pedagogia da implicação* cobra amarração com os *componentes nucleares da micropolítica* da produção do cuidado em saúde, individual e coletivo. Tomo a micropolítica da produção do cuidado como uma questão sobre os processos de subjetivação³. A micropolítica se ocupa da desindividualização, isto é, de encontrar 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, conforme esclarece Deleuze (1992, p.9)⁴. Para a micropolítica interessa a vitória das forças que engendram e afirmam a vida, a dissolução das identidades (processo de subjetivação capturado pelos instituídos) e a reconfiguração das formas e figuras do ser (perpetuar a força de germinação e gênese do vivo). Efeitos de subjetivação emergem das atividades de educação permanente, das problematizações ao pensar-agir-perceber e de sua interpretação emerge como aprendizagem significativa a invenção de si. Aquele que aprende é pressionado pelas problematizações a reinventar-se, aos seus coletivos e às suas instituições.

Num Pólo de Educação Permanente em Saúde onde estão movimentos sociais e de estudantes, docentes e gestores, trabalhadores e usuários as relações são complexificadas, afirmam-se possibilidades, desmancha-se a ilusão da homogeneidade, criam-se novas regras de negociação em ato frente às necessidades individuais e coletivas, multiplicando-se os agenciamentos de subjetivação. Há uma virada de muitos valores. Dar possibilidade, então, às subjetivações será, também, componente de uma dessubjetivação, isto é, despregar-se da captura da divisão técnica e intelectual do trabalho, da verticalização gerencial e da hierarquização e especialização das aprendizagens e será conquista de uma cronologia da implicação em que não há quantidade de tempo, tampouco continuidade evolutiva de mutações, mas o crescimento dos compromissos com a educação permanente ou da permeabilidade a sua necessidade.

Os processos de subjetivação impõem a invenção incessante de novas formas. Os modos de ver, dizer e julgar que aprendemos como verdadeiros ganham novas composições, novas perspectivas, conforme favoreçam a vida e afirmem sua potência criadora. Nem um subjetivismo de conviver com as diferenças e incluir quaisquer diferenças, nem um assujeitamento de doutrinação ideológica, mas implicação, formação de coletivos e produção de diferença-em-nós.

Ambos argüidores dizem por si mesmos coisas que endosso, portanto, não vou

² Os Pólos de Educação Permanente em Saúde integram a política de educação e desenvolvimento para o SUS (Brasil, 2004).

³ Micropolítica é um termo inventado por Guattari (Guattari & Rolnik, 1986) e se refere aos *efeitos de subjetivação*, conjunto de fenômenos e práticas capazes de ativar estados e alterar conceitos, percepções e afetos (modos de pensar-sentir-querer).

⁴ A atualidade é uma formulação com base em Foucault e se refere ao contato da fronteira do real com as virtualidades. Na permanente tensão de fronteiras entre real (aquilo que é) e o virtual (aquilo que pode) revela-se o atual (plano de composição, as reconfigurações).

contra-argüir, assinaria em parceria e proponho ao leitor o prolongamento do debate. Não posso deixar de enunciar antes de concluir o papel das instituições formadoras. Quando Rovere exemplificou os agentes publicitários dos fabricantes de medicamentos, ele ativou a crítica às práticas de educação do sistema de ensino: ou oferecem pacotes de capacitação do mesmo modo a que ele chamou *visitador* ou oferecem percursos de habilitação técnica: modo *diplomador*. Nas instituições de ensino superior não se opera com a noção de aprender a aprender, apenas o aprender o sempre-já-lá da ciência e da técnica. Para a Educação Permanente em Saúde não haverá o norte do *sempre-já-lá*, mas a ativa circulação do aprender a aprender: experimentação e compartilhamento de problematizações e práticas de pensamento em ato (por desnaturalização de valores, exposição à alteridade, criação, como defendido em Ceccim, 1998).

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CECCIM, R. B. **Políticas da inteligência**: tempo de aprender e dessegregação da deficiência mental. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1998.
- DELEUZE, G. **Conversações**: 1972-1990. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- DELEUZE, G. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- KASTRUP, V. A cognição contemporânea e a aprendizagem inventiva. **Arq. Bras. Psicol.**, v.49, n.4, p.108-22, 1997.
- KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicol. Estud.**, v.6, n.1, p.17-25, 2001.



Recebido para publicação em 27/12/04.
Aprovado para publicação em 29/12/04.

