
ARTIGO DE REFLEXÃO

A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades

*The emergence of education and health teaching:
intersections and intersectorality*

Ricardo Burg Ceccim¹

RESUMO

O artigo aborda a emergência de um domínio de conhecimento como interface ou como interseção entre os setores da saúde e da educação nas políticas públicas e entre as áreas do conhecimento científico da Educação (dos Profissionais de Saúde) e da Saúde Coletiva. Tal domínio foi designado por Educação e Ensino da Saúde, tendo a sua emergência demonstrada pela anotação de movimentos na Educação (mudança na educação dos profissionais de saúde), na Saúde (reforma sanitária) e na sociedade (constituição de diretrizes de gestão para o trabalho na área da saúde). Pode ser percebido um bloco de tempo entre 1985 e 2007 que estabeleceu um percurso histórico e epistêmico de evidência e vigor para este domínio. Conclui-se pela chegada a um momento, feito por acumulação conceitual, política e pragmática, de conformação de um território de potencialidades aos saberes e às práticas concernentes especificamente à formação e ao desenvolvimento de profissionais da saúde.

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

ABSTRACT

The article approaches the emergence of a knowledge domain as interface or intersection between the sectors of health and education in the public politics and between the areas of the scientific knowledge of the Education (of the Professionals of Health) and of the Public Health. This domain was designated by Health Education and Teaching, having its emergence demonstrated by the movements in the Education (change in the education of the health professionals), in the Health (health care reform) and in the society (constitution of guidelines of management for the work in the area of the health). A block of time between 1985 and 2007 can be perceived that established a historical and epistemic passage of evidence and vigour for this domain. It is concluded that the time has come, made by conceptual, politics and pragmatic accumulation, of conformation of a territory of potentialities for the knowing and the practices concerning specifically to the formation and the development of professionals of the health.

Keywords: public health professional education; medical education; health care reform; higher education; continuing education.

INTRODUÇÃO

Um desejo social e uma agenda política de mudança na formação de profissionais para o setor da saúde tem estado presente na sua discussão, avaliação e projeto de reformas^{1,2,3}.

Essas discussões, avaliações e projetos de reforma têm assumido que uma transformação somente ocorre quando acompanhada de correspondente projeto educativo, o que não necessariamente contempla uma visão contemporânea e crítica dos modos de ensinar

¹Enfermeiro. Doutor em Psicologia (PUCSP). Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

e de aprender. Frequentemente o que encontramos é a encomenda por cursos de especialização ou aperfeiçoamento, a reformulação da lista de conteúdos ou da carga horária por conteúdos e a introdução de estágios. O discurso é o da indissociação entre “mudança” e “formação para a mudança”. Trata-se, portanto, que já se trata de uma formação com precisão de chegada, não uma formação para a produção inventiva de territórios de operação do conhecimento. Se for uma educação tradicional, como ela formará egressos “transformados em seus imaginários”? Ela informará domínios do conhecimento, mantendo posturas práticas, ou claramente conformará condutas do conhecimento em forma de treinamento das novas gerações.

O amadurecimento do processo de reformas do setor da saúde e suas avaliações colocaram a formação como “um” ou mesmo “o” grande nó crítico da implementação real da mudança. O setor da saúde, objetivamente, não se ocupou de pensar a educação dos profissionais como uma subárea da grande área da saúde, supondo mesmo o ensino como da ordem da transmissão de novos, superiores e melhores conhecimentos, assim como aceitando que a transformação na gestão administrativa do setor induziria às mudanças da formação, visão “aplicada” da educação, o que a conceitualizaria como da ordem do treinamento⁴.

A educação, como grande área de especificidade do conhecimento também não se ocupou de pensar uma reforma do ensino que compreendesse a natureza da reforma sanitária para lhe fazer conseqüente suporte intelectual ou instigante tensionamento educativo. Uma pedagogia da educação universitária como subárea do conhecimento ainda é incipiente e as maiores acumulações estão dirigidas à educação infantil, educação básica (ensino fundamental e ensino médio) e educação especial, registrando-se grandes formulações à educação em língua materna e alfabetização, educação matemática e construção do número, educação em ciências e raciocínio experimental, entre outras, não havendo um foco na educação em saúde. Temos aí um problema epistemológico importante

porque, em que pese a intensa utilização do referencial foucaultiano em educação, a linguagem institucional desse setor ainda é Pedagogia Médica, Ciências Biomédicas ou Ciências Médicas “e” Saúde. A “área médica” aparece como o equivalente de “setor da saúde”. Uma educação e ensino da saúde, entretanto, registra uma história à educação superior em geral e à reforma sanitária em particular, apresentando importantes construções à reversão da medicalização na racionalidade científica e no pensamento racional moderno.

A educação superior dos profissionais de saúde tem seu marco paradigmático no primeiro esforço conceitual e prático empreendido para a avaliação institucional do ensino. O projeto de avaliação do ensino médico nos Estados Unidos da América, empreendido em 1910 por Abraham Flexner, gerou além de uma teoria científica da educação superior em saúde, uma teoria da avaliação em educação. A concepção de ensino resultante do Relatório Flexner ganhou hegemonia na profissionalização pelo ensino universitário^{5,6}. O esforço por mudar os valores conceituais e práticos dessa educação, entre os professores universitários, se fez notar principalmente no movimento por diretrizes à educação em enfermagem, promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn (1987-2000) e pelo movimento pela avaliação do ensino médico, promovido pela Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM (1990-2000), bem como pela longa experimentação de mudanças promovidas pelos projetos de Integração Docente-Assistencial – Rede IDA (1985-1997) e Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade – Projetos UNI (1991-1997). A partir de 1997, a Rede IDA e os Projetos UNI configuram o dispositivo em rede de estudos, experiências, conceitualizações e formulações às políticas de educação e de saúde conhecido como Rede Unida, desde então discutindo ensino, currículo e avaliação na educação superior dos profissionais de saúde. Todos esses movimentos defendiam uma Reforma Sanitária: democratização do setor, acesso universal, integralidade da atenção, participação popular, gestão com resolutividade na rede local de

saúde^{4,6}.

Faltava-nos, e ainda falta, o “encontro” (catalisação de potências) entre as acumulações de luta no interior da área da saúde e no interior da área da educação. Na área da saúde esta acumulação se faz claramente representada, no campo do conhecimento intelectual sanitário, pela invenção da Saúde Coletiva e, no campo da intervenção social, pela invenção do Controle Social por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde com 50% de representantes dos movimentos sociais e 25% de trabalhadores do setor¹. Na área da educação, esta acumulação se faz representada, no campo da produção intelectual educacional, pela formulação da “pedagogia universitária” como um domínio do conhecimento e, no campo da ação pedagógica, pela formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) resultantes, no caso da saúde, de audiências públicas do Conselho Nacional de Educação (CNE) com as associações de ensino das profissões de saúde e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS)^{2,7,8}. Convocadas em 1997, entre novembro de 2001 e abril de 2002 estavam aprovadas as DCN de todo o grupo de profissões arroladas na Tabela de Áreas do Conhecimento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Educação Superior (Capes) como “Ciências da Saúde”. Até 2004, estavam aprovadas as DCN de todo o grupo de profissões que o CNS considera para a representação do segmento dos profissionais de saúde nas instâncias de controle social da saúde.

Ao longo de 1998 a 2002, foi discutido pela sociedade e aprovado pelo CNS o documento referencial a uma Norma Operacional Básica concernente aos Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS)³, como um instrumento de gestão do setor contendo um capítulo dedicado aos princípios e diretrizes para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do sistema de saúde no País. Este foi um instrumento disputado pela sociedade, sua construção e formulação final foi pautada em instâncias participativas, de oficinas a Conferências Nacionais.

Em 2003, foi criada, no Ministério da Saúde, uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e, nesta, os Departamentos de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e de Gestão da

Educação na Saúde. O Departamento de Gestão da Educação na Saúde tinha sua necessidade e definição em resposta ao atributo constitucional do setor da saúde de ordenar a formação dos profissionais da área. Ficou posta, no âmbito do setor, a distinção de domínios de conhecimento entre o Trabalho em Saúde e a Educação na Saúde^{9,10,11}.

Ao final de julho de 2004, foi criado no Ministério da Educação, o Departamento de Residências e Projetos Especiais na Saúde, na Secretaria de Educação Superior, reconhecendo, esse setor, a emergência de um campo de formulação e operação de realidades à formação onde se justificava a única diferenciação existente na Educação Superior de uma subárea, a de ensino da saúde, cujo foco era a “Residência”, especialização em área profissional realizada em serviço, e “Projetos Especiais”, decorrência da integração ensino-serviço, enunciada a 98 anos. Em 2007, a alteração na estrutura do MEC desmanchou o conceito de Departamento, mas criou a Diretoria de Hospitais Universitários e Residências de Saúde, mantida a evidência da Educação e Ensino da Saúde: hospitais como privilégio do ensino universitário e a especialização em área profissional por meio das residências médicas. Agora, também por meio das residências para as demais profissões da saúde. Departamento ou Diretoria desdobram a concepção flexneriana de educação médica ou “pedagogia médica”, onde o hospital universitário e a especialização médica ocupam o centro do ensino.

Construída por uma série de rodadas oficiais pelas necessárias instâncias do sistema de saúde, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, no início de 2004, a política de “Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, representando, no interior do setor da saúde, a emergência de uma formulação intelectual e política em diálogo com a área da educação⁹.

Cabe destacar que é por definição constitucional que os sistemas de educação e de saúde precisam aliançar-se. Uma aliança intersetorial será fundamentalmente frágil sem a interseção das áreas de conhecimento da Educação e da Saúde. Sabemos disso não por opinião, são passados 20 anos da letra constitucional (outubro

de 1988, 10 anos de construção da NOB/RH-SUS (1ª versão em 1998), uma história de 30 anos de lutas pela reforma sanitária (tomando do final dos anos de 1970 ou pelo marco da Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, realizada em 1978), uma duração de 23 anos de teoria e prática de processos de mudança na graduação em saúde (tomando o marco da Rede IDA a partir de 1985) e 5 anos de institucionalização dos departamentos de educação na saúde nos Ministérios da Saúde e da Educação (governo federal a partir de 2003).

Em suma, um histórico de lutas sociais, intelectuais, sanitárias e educacionais colocou em cena, na vida prática, uma interseção entre as grandes áreas do conhecimento representadas pela Saúde e pela Educação, que talvez devesse ser nomeada singularmente, reconhecendo seu vigor acadêmico, institucional e de formulação de políticas públicas. Na Saúde sua expressão não justifica uma nova área que não a da Saúde Coletiva, mas nesta, uma subárea de Educação na Saúde. Na Educação, sua expressão justifica um tópico especial de Educação e Ensino da Saúde. A Saúde Coletiva já opera um domínio de conhecimento designado como Ciências Sociais e Humanas em Saúde, onde a Educação é o domínio de maior ascensão (um tópico ascendente na produção científica). A Enciclopédia de Pedagogia Universitária, Volume 2 – Glossário, redefiniu o verbete Pedagogia Médica para Educação em Ciências da Saúde, elucidando esses movimentos nacionais contemporâneos. Mesmo assim, o agregado de grupos de interlocução por área de conhecimento segue designado por Ciências Médicas e da Saúde, como se verifica na Rede de Investigadores de Educação Superior (Ries), congregada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)⁸. O reconhecimento da Educação e Ensino da Saúde como subárea interdisciplinar entre Educação e Saúde Coletiva acolheria sua emergência real na sociedade do conhecimento, na cidadania política e no encontro intersetorial da Educação com a Saúde, absolutamente coerente com a crescente emergência de programas de ensino e desenvolvimento e de pesquisa com características interdisciplinares, em especial como

acontece com a Educação e com a Saúde Coletiva.

O DESEJO AMPLIADO DE UMA CIDADANIA EM SAÚDE E A MANUTENÇÃO DO IMAGINÁRIO LIBERAL-PRIVATISTA

O Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário organizou-se e consolidou-se principalmente durante os anos de 1970 e 1980, como um movimento social em defesa da saúde como um direito de cidadania e como parte integrante e ativa das lutas contra a ditadura militar. O slogan “saúde é democracia” designava um direito à saúde e era a expressão de um conjunto de condições saudáveis das quais não se deveria abrir mão. Nesse contexto, a saúde ganhava uma conceitualização designada como “conceito ampliado de saúde”, integrada 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 então¹. O contexto singular de emergência desse movimento construiu um sentido também singular para a saúde pretendida: uma saúde colada no modo de vida das pessoas e, portanto, muito além do recorte biológico/psicológico do paradigma vigente (biomedicalização).

No interior da academia, o Movimento Sanitário crescia por entre os docentes da área da Saúde Pública e da Saúde Preventiva e Social, cuja produção científica informava 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, além da realização de análises sobre padrões de financiamento e geração de lucro sobre a vida e a saúde. Estudar Saúde e Sociedade era o modo de entender os padrões de saúde do país e, assim, detectar a existência de um perfil de classe social na distribuição dos adoecimentos e mortes, bem como contribuir para a conquista de maior correspondência entre projetos terapêuticos e história cultural dos grupos e classes sociais (o cuidar profissional deveria aprender a ser

capaz de respeitar as individualidades daqueles que demandam cuidados). Os estudos em saúde precisavam corresponder, 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 fez nascer um campo de estudos e um campo de intervenções sociais. O campo de estudos foi o da Saúde Coletiva (reunindo a Saúde Pública, a Saúde Preventiva e Social, a Epidemiologia, a Saúde e Sociedade e outras aplicações das Ciências Sociais e Humanas em Saúde) e o campo de intervenções foi o 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). Emerge nos âmbitos político e científico uma “saúde brasileira”.

A saúde que emerge não é mais a do equivalente geral “ciências médicas” que, ao longo do século XVIII, pode ser designado como medicalização ou biopolítica e que hoje designamos por biomedicina, embora o mais correto fosse biomedicalização, livrando de preconceito a profissão Medicina e de confusão a profissão Biomedicina, ramo das ciências biológicas dedicado aos conhecimentos de apoio diagnóstico em saúde individual e prevenção de doenças em saúde coletiva. Há, no Brasil, a emergência de uma “Saúde” e uma “Ciências da Saúde” que contraria interesses corporativos e interesses particulares, emergência consolidada na construção, disputa e formulação intelectual da Saúde Coletiva e forjada na luta social por cidadania, que se consolidou como Controle Social em saúde. Tanto contraria que, por isso mesmo, essa Saúde é contrariada por corporações e interesses sociais e econômicos que preferem privatizar conhecimentos, ações e políticas em profissões, currículos, sistemas e serviços. Ao fim e ao cabo, ingenuamente ou não, a contrariedade com esta saúde

brasileira é a contrariedade à democracia nos termos universais e públicos que lhe foram postos, é a conversão da democracia aos jogos de poder segundo a demonstração de força e não pela ampla inclusividade e equidade social.

A emergência de que falamos veio da 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, a ser superada pela noção de integralidade na atenção; 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 no domínio de conhecimento então designado por Saúde e Sociedade. Na presença de todos esses fatores, uma singular imbricação aos termos científicos da saúde e da educação, uma emergência conceitual (Educação em Ciências da Saúde) e a pressão por uma práxis em educação para o setor da saúde.

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 intelectuais do setor da saúde na execução de um projeto de sociedade e de um projeto tecnoassistencial 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^{12,13}.

Os estudantes de saúde, hoje, deveriam ter acesso ao entendimento sobre que mundos estavam em disputa ao conquistarmos o Sistema Único de Saúde (SUS), sua 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 efetutores 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.

No processo de lutas pelo direito à saúde e na avaliação da implementação da Reforma Sanitária, a cidadania no Brasil contabilizou a ampliação e importante interiorização da rede de serviços; a abertura de estratégias de contato domiciliar do sistema de saúde com a população; a desinternação, com apoio social, de pessoas vivendo quadros de cronicidade 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 SUS, 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^{12,14}.

Comparada ao “poder de cidadania” presente na sociedade, este “poder” ainda é tênue na formação profissional, onde 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)¹⁵.

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, pois acontece que 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 dessa área setorial e para a qual formaria quadros profissionais. Essa, não é somente uma questão da Educação. Para a Educação, é como se lhe 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 um lugar de área meio, mas para a Saúde, é a identificação do Trabalho em Saúde com a Formação para a Saúde que anula o debate da Educação, ficando esta atributo das associações de ensino, sem poder de catálise. O Trabalho, como teoria, é uma área imensamente mais volumosa, há toda uma teoria do trabalho na sociologia ou nas Ciências Sociais e Saúde para pensar políticas públicas, processos de trabalho, corporações e história política das profissões, além de toda uma nova vertente na teoria mundial do trabalho que é a do *trabalho imaterial*. Para o SUS, essa área tornou-se das mais frágeis pela ausência de teorias contemporâneas de suporte à sustentabilidade do projeto “direito de todos, dever do Estado”. Sem uma teoria do trabalho, a educação se torna a teoria da formação para o trabalho, fragilizando-se ambas vertentes como domínios do conhecimento e na sua capacidade de entabular políticas públicas. A ordem melhor / razão maior (*intellectus sanctus*) que vibra no ensino não é a mesma que vibra no trabalho. O Trabalho é um debate da gestão, condução de

processos e regulação.

Estamos “carecas” de dizer que nos tornamos docentes porque temos uma profissão e titulação pós-graduada (em especial na pesquisa), não porque temos formação docente ou por dispormos de teorias da educação ou do ensino-aprendizagem. Essa é uma demanda, não dos trabalhadores da saúde, mas dos trabalhadores da educação. O trabalhador e pesquisador da educação não é tocado e mobilizado pela mesma ordem lingüística e afetiva que o trabalhador da saúde. A isenção científico-acadêmica, no caso da Educação, rebaixa as conquistas de cidadania do setor da saúde, enquanto a identificação com o trabalho, no caso da saúde, anula a formulação intelectual de uma Educação e Ensino da Saúde. Das duas situações emerge um valor instrumental de uma pela outra, invertendo-se a interdisciplinaridade sonhada no movimento de 23 anos de luta pela mudança na Educação dos Profissionais de Saúde em prejuízo de novos contornos e potencialidades para as políticas públicas de Educação e Ensino da Saúde abrindo-se mão de apresentar novos contornos e potencialidades à cidadania.

CONTORNOS E POTENCIALIDADES DA EDUCAÇÃO E ENSINO DA SAÚDE À CIDADANIA

Um projeto de formação em saúde para a qualidade da atenção às pessoas e da gestão de sistemas e serviços passa pela reversão dos imaginários biomedicalizadores e pelo entendimento da cidadania em saúde. Passa, ainda, pela compreensão da integralidade e humanização da atenção, pelo desenvolvimento de estruturas de pensamento capazes de gestão participativa e por condições de responsabilidade e habilidade para com a educação permanente¹⁶. Pouco compreendidas, todas essas naturezas, a Educação e Ensino da 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 reivindicavam/reivindicam outra qualidade de atendimento, outro padrão de adesão aos princípios do

Sistema Único de Saúde e outros valores para a auto-avaliação de profissionais e de serviços e para a 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 a regulação do trabalho levariam 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 conexões, co-produção e co-engendramento. O conceito de determinação mostrou-se inadequado e a co-produção ou o co-engendramento foi o recurso dos oponentes, dos reacionários à mudança, enquanto os militantes tiveram de descobrir novas naturezas conceituais, muitas delas presentes justamente na Educação.

Se o encontro entre a Saúde Coletiva e a formação dos profissionais de saúde não demonstrou potência de mudança num primeiro momento da construção do Movimento Sanitário, o mesmo não se verificou num outro ponto de encontro com a educação. Uma das particularidades do processo brasileiro de reformas na saúde foi o encontro da saúde com os movimentos populares para fazer a educação em saúde. Nesse encontro, a educação popular 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 da população. Por outro lado, essa educação em saúde alocou-se, designou-se e justificou-se na orientação ao povo, não ao ensino das novas gerações profissionais ou ao debate da pedagogia universitária e da educação permanente^{16,17}. Essa foi a nomeação que perdurou e se fez conhecer nas áreas da Saúde e da Educação

como “Educação em Saúde”, por isso o uso nas políticas públicas de ensino e educação permanente da designação “Educação na Saúde”. Note-se que a educação popular em saúde possui grupo de estudos ou temático tanto na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) como na Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (Anped), não existe em nenhuma dessas o agrupamento da Educação e Ensino da Saúde. A Educação em Saúde, domínio com conexões interdisciplinares singulares com a antropologia, a arte, a cultura e a assistência social, a Educação em Saúde alimenta e poderia ser alimentada pela existência de uma subárea da Educação e Ensino da Saúde nos planos científico, acadêmico e político, tanto na área da Saúde Coletiva como na Educação.

Na implementação real do Sistema Único de Saúde ou na implementação da mudança na graduação das profissões de saúde, em que pese a invenção da Saúde Coletiva (no campo do conhecimento), do Controle Social (no campo da participação) e das Diretrizes Curriculares Nacionais (no campo da formação), 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 “saúde na cidade” (o projeto “direito de todos e dever do Estado” como força propulsora das iniciativas de ensino, trabalho e avaliação). Não são o bastante referenciais teóricos, textos normativos e currículos estruturados se não mudarem os “impulsos para a ação”, se não houver a ruptura com o *intellectus sanctus* que estrutura o ordenamento de teorias, normas e estratégias de ensino. Um “acontecer” da formação não está nas suas formas, mas no seu imaginário: nas forças que a constituem, não nas suas formas¹⁵. Por isso, uma educação e ensino da saúde transformada não “acontece” se não se estabelecer conexão (alma, aura, atmosfera, prática discursiva, impulso liga, afeição) entre docentes e estudantes.

O rebaixamento das conquistas de cidadania no setor da saúde pelo da educação dá entrada às “teorias” da moda em ensino-aprendizagem e todo tipo de apropriação acrítica de tecnologias pedagógicas. É

aí que entra a necessidade de debate sobre a pedagogia universitária, naquilo que acontece como formação no ensino¹⁷. É dessa interseção que estamos falando, aqueles que militam nos domínios da Educação e Ensino da Saúde. A pesquisa em educação coloca em cena de produção intelectual, hoje, não mais uma cognição dos campos de conhecimento, área tomada muito mais pela pesquisa em ciências que em educação. A educação detecta as pedagogias da vida, da cidade, do socius, da subjetividade ou dos ambientes em vias de transformação, a invenção e as singularizações.

Quais contornos e potencialidades à Educação e Ensino da Saúde possuem as DCN para a formação de enfermeiros, médicos e nutricionistas (bloco 1); farmacêuticos e odontólogos (bloco 2); fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais (bloco 3)? Diretrizes que foram produzidas em afinidade, blocos de tempo e discursividade no período entre 07/11/2001 a 19/02/2002. Essa noção de “bloco de tempo e discursividade” mostra a similaridade entre essas carreiras e a distinção com as demais. Conservam, por isso mesmo, forças constitutivas resultantes do encontro das forças em afinidade e distinção.

Para as DCN desses blocos a orientação da graduação em saúde deve ser a de contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. Para enfermeiros e nutricionistas um acréscimo: atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. Na profissão de enfermeiros, ainda um complemento: assegurando a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Para a formação de farmacêuticos, o aposto “com ênfase no SUS”.

Para essas DCN, os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e a das futuras gerações de trabalhadores, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre aqueles em formação e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a

mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (o “deve” nas DCN pertence a linguagem própria ao instrumento, não a um regime de verdade). A formação do profissional traz por objetivo, entre outros, dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais para a Educação Permanente, suposto de que não existe “o” profissional, mas profissionais sob aprendizagem e produção da saúde com que operam ou venham a operar.

Compreender a forja desse instrumento requer o conhecimento do movimento por diretrizes à educação em enfermagem (1º e 2º Seminários Nacionais de Diretrizes da Educação em Enfermagem – Senaden), do movimento interinstitucional de avaliação do ensino médico (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – Cinaem, fases 1, 2 e 3), do movimento pela definição de princípios e diretrizes concernentes aos trabalhadores no âmbito do SUS (Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – Cirh, do CNS) e do movimento de mudança na educação dos profissionais de saúde (Rede IDA e Projetos UNI já agregados pela Rede Unida e seu projeto de avaliação e sistematização da experiência em múltiplas carreiras da saúde).

As DCN selaram uma etapa da luta, vertendo em orientação político-pedagógica nacional, no seio do setor da Educação, os aprendizados com movimentos de mudança na educação dos profissionais de saúde. Faltava ver no setor da saúde alguma similaridade, o que veio ocorrer na virada de projeto no governo federal quando, em 2003, intelectuais do movimento sanitário, construtores do campo teórico da Saúde Coletiva predominaram nos postos de gestão do Ministério da Saúde e militantes intelectuais da educação e ensino da saúde puderam propor e constituir um domínio nas políticas públicas de saúde designado como Educação na Saúde. O período 1997-2001 aglutinou intensivamente um movimento de ensino da saúde e o período 1999-2002 acumulou uma experiência focal em um estado da federação, o Rio Grande do Sul, quando foi formulada a política estadual de educação em saúde coletiva (educação em saúde

coletiva e educação na saúde, nestes lugares de utilização, são sinônimos e decorrem das mesmas interpretações já expostas nesse texto)¹⁸. O impulso para a ação, o *intellectus sanctus*, presente entre os ocupantes do lugar de gestão reunia um passado de educação, avaliação e produção pedagógica em saúde. A educação ganhou nome na política de saúde, descolou-se da gestão do trabalho e colocou em cheque a designação Recursos Humanos porque aos “recursos” humanos (o fator humano nas linhas de montagem do capital monopolista) não se destina uma ressingularização permanente, se destina reciclagem, treinamento e capacitação. A nova linguagem se apresentava, não sob a vigência de um novo domínio de conhecimento no interior do setor da saúde, mas sob o domínio vigente dos Recursos Humanos em Saúde. É nesse jogo de forças que emerge o operador conceitual Educação Permanente em Saúde: conceito que embasa uma invenção do Sistema Único de Saúde para marcar o encontro da saúde com a educação, 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)⁹. Importante dizer que a Educação Permanente em Saúde é proposta como política pública e participativa sob as circunstâncias do Sistema Único de Saúde, não sendo possível compreendê-la fora dessas duas inscrições.

Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou, como política pública do setor, a 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 de um campo de saberes e práticas a que ficou convocada a sociedade brasileira no desenvolvimento da educação na saúde e desenvolvimento da gestão em saúde, tendo em vista os desdobramentos da cidadania brasileira nesta área.

Quais contornos e potencialidades à Educação e Ensino da Saúde possui a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente? O conceito de educação

permanente em saúde presente aí foi o de uma gestão da educação como integrante do cotidiano do Sistema de Saúde. Cotidiano tomado como “roda” ou “coletivo”, ponto de onde se parte, se põe em movimento (não “a seta” direcional de ascensão vertical de certificados e diplomas, mas “a roda” para movimentos de ciranda). Com isso, provoca-se um 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.

As diretrizes da Educação Permanente em Saúde como política foram a da articulação intersetorial e interinstitucional de base localregional para o desenvolvimento do trabalho e do ensino da saúde, assim o seu principal dispositivo foram as “rodas”, instâncias localregionais de interação ensino-serviço-gestão-controle social para a formulação, implementação e avaliação da educação permanente em saúde ou Pólos de Educação Permanente em Saúde. A designação Educação Permanente em Saúde poderia bem dizer 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 ato¹³. 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”^{13:126}. O autor 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 cumplicidade mútua entre usuários e trabalhadores, “na melhoria real da qualidade de vida”.

Se o setor da Educação, via DCN, indica o caminho da Educação Permanente, o setor da saúde assume a educação permanente como o seu caminho. Uma lógica da complementaridade e intersetorialidade, sem

subordinações, sem contradições: encontro da Educação com a Saúde em cada setor, em cada área do conhecimento e, ainda, formulações, ações e avaliações em interface ou interseção. Linguagens: Educação em saúde, Educação na saúde, Educação em ciências da saúde e Educação permanente em saúde. Uma linguagem para a interseção: Educação e ensino da saúde.

O processo institucional das DCN envolveu um Edital de convocação, 4 anos de debates por profissão, nas redes já nominadas de educação dos profissionais de saúde, audiências públicas e aprovação pelo plenário do Conselho Nacional de Educação e homologação pelo Ministério da Educação. O processo institucional da Norma Operacional Básica para os Trabalhadores do SUS envolveu a decisão da 10ª Conferência Nacional de Saúde pela demonstração de efetividade e unificação normativa para a gestão do trabalho em todas as esferas do sistema de saúde (por isso, “Norma Operacional Básica”), teve seu primeiro documento formulado em 1998 após uma oficina do CNS sobre Recursos Humanos para o SUS, fechando sua formulação na 3ª versão, aprovada em 2000, na 11ª Conferência Nacional de Saúde. Somente em 2003, comemorada pela 12ª Conferência Nacional de Saúde, ela ganhou o estatuto de recomendação ao conjunto dos segmentos do SUS de política nacional para a gestão do trabalho na saúde, sua 4ª versão (Resolução CNS nº 330, de 4 de novembro de 2003, homologada pelo senhor ministro da saúde como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no âmbito do SUS). Digno de nota é que esse documento, desde o original, guarda identidade à *gestão do trabalho* e, de fato, seu menor trecho é aquele relativo à formação e do desenvolvimento. Sua densa acumulação é relativa ao trabalho, não à educação. Não por acaso, a sociedade, pela via do Conselho Nacional de Saúde, não apenas aprovou em ata a política de educação, deliberou por uma Resolução, referindo a NOB/RH-SUS. O Ministério da Saúde, somente 3 meses depois emitiu uma Portaria que desse guarida à Política.

A política nacional de gestão da educação na saúde, como legitimidade, registrou as seguintes

documentações: aprovação na 133ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (04/09/2003); aprovação pelo Conselho Nacional de Representantes Estaduais – Conares e Plenário da Diretoria do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems (17/09/2003); pactuação em Reunião Extraordinária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT (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 setorial da saúde, os “Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” registraram as seguintes estratégias, propondo o seu contorno^{9,10,11}.

- Pólo de Educação Permanente em Saúde - articulação locorregional, intersetorial e interinstitucional correspondente às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço em Saúde, previstas pela Lei 8.080/90 (Art.14);

- VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do SUS para estudantes de graduação;

- AprenderSUS – O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde: formação em ativação de processos de mudança no ensino para professores de educação superior de 14 cursos de graduação, conformação do Fórum Nacional de Educação das Profissões de Saúde (Fnepas), pesquisa nacional sobre práticas de ensino da integralidade nos cursos de graduação em saúde (EnsinaSUS), projetos de apoio pactuados junto às instâncias locorregionais e intersetoriais de educação permanente em saúde e oficinas regionais de sistematização das acumulações e estruturação dos desdobramentos da formação e da pesquisa;

- Formação de formuladores de políticas em saúde (coordenadores de políticas e programas centrais ou de apoio às redes descentralizadas);

- 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, construção das Residências Integradas em Saúde (RIS), uni ou multiprofissionais, com a criação de um Programa Institucional de Bolsas

de Educação pelo Trabalho, interiorização de programas e construção de percursos formativos especializados em serviços;

- SES Educadoras – 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: linha de apoio e mobilização para a potencialização da educação em saúde junto aos movimentos sociais e rede escolar (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 com programas de interiorização, estágios regionais interprofissionais e estágios junto aos movimentos populares (articulações com VER-SUS, RIS, AprenderSUS, SES Educadoras);

- Educação nos hospitais de ensino (construção das responsabilidades pedagógicas perante a rede de saúde, acolhimento de estagiários e residentes, desenvolvimento educativo de preceptores).

Uma anotação interessante sobre os domínios de conhecimento do Trabalho em Saúde e da Educação na Saúde são seus estágios reversos. O Trabalho predomina na NOB/RH-SUS (74% de suas recomendações), enquanto no documento base preparatório para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (as duas primeiras Conferências foram designadas por Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde), elaborado em 2005, predominou a Educação (65% de suas recomendações). A anotação é a da emergência do domínio de conhecimento da educação na saúde. Por outro lado, anota-se a urgência de atribuir valor ao estudo, pesquisa e formulação política sobre o Trabalho, sob pena de esse campo confundir-se com a educação para o trabalho, com os prejuízos

sugeridos um pouco antes neste texto^{3,11}.

CONCLUSÃO

Se deve haver uma reversão de pensamento sobre o sistema de saúde (reforma sanitária), igualmente deve haver uma reversão de pensamento da formação (reforma universitária). 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 Kastrup¹⁹ 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 singular²⁰. Esse “pensar problematicamente”, apresentado por Foucault, 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 prática²⁰.

Projetos pedagógicos, no caso da educação permanente, 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/proceder¹⁶. 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 Varela²¹, 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 outro²². 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 estrutural²³ 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.

Prigogine²⁴, 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?” Afirmando que essa ciência nos levou para tais conceitos novos, agora 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”^{24:11,157}. 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.

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. Temos, no trabalho em saúde, como efetivo desafio, a busca de um outro modo de operar nossas ações e de construir a relação do trabalhador com os usuários, engendrando, conforme Merhy^{13:126}, “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”.

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*²⁵. 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 e a saúde (em particular a Saúde Coletiva) produziram no Brasil permite evidenciar uma emergência: a educação e ensino da saúde. Trata-se não apenas de ponto de contato, mas de um território onde se verificam nomadismos e hibridizações com potências teórica, política e pragmática próprias, inaugurando um domínio de conhecimento que contribui para a renovação da Saúde Coletiva ou da Educação de Profissionais de Saúde como tópico especial das Ciências da Educação ou das Ciências da Saúde.

A Educação dos Profissionais de 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, problematizando conceitos e conceitualizações. 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. No campo pragmático da educação possuímos Hospitais Universitários e/ou de Ensino, 30 mil vagas de

Residência Médica e Residências em Área Profissional da Saúde, 16 carreiras universitárias perfiladas nas listas de profissões de saúde e em torno de 3.000.000 de estudantes universitários nessas carreiras. Somente a saúde foi registrada na Constituição Federal como de relevância pública, além de ser, naturalmente, de interesse social. Nem mesmo a educação ou a assistência social ganharam este estatuto, ambas de interesse público e relevância social. É o estatuto da relevância pública que dá à saúde ascendência sobre toda e qualquer iniciativa em território nacional que possa implicar interesse à saúde. O Ministério da Saúde possui um Departamento de Gestão da Educação na Saúde e o Ministério da Educação uma Diretoria de Hospitais Universitários e Residências de Saúde.

O País possui programas de pesquisa e pós-graduação *stricto sensu* em Educação e Ensino da Saúde nas suas principais universidades, como as Universidades Federais do Rio de Janeiro (Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde – Nutes), de São Paulo (Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – Cedess), de Juiz de Fora (Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde – Nates) e do Rio Grande do Sul (Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde), Estaduais de Campinas (Laboratório de Práticas de Educação e Saúde – Praesa) e do Rio de Janeiro (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas da Integralidade em Saúde/ Linha de Atuação Formação e Desenvolvimento – EnsinaSUS), entre outros. O País possui periódicos científicos específicos como *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*; *Trabalho, Educação e Saúde*, *Revista Brasileira de Educação Médica* e *Olho Mágico – Revista da Área de Formação e Desenvolvimento de Profissionais de Saúde*. O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/Área de Informação e Conhecimento (Bireme – antiga Biblioteca Regional de Medicina), estabelecido no Brasil pela colaboração do Ministério da Educação, da Universidade Federal de São Paulo, do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, mantém uma sessão especializada de

Educação em Ciências da Saúde, com Biblioteca Virtual e Conselho Editorial.

Se diversas condições científicas, políticas, sanitárias e educacionais vieram registrar uma história, linguagem e práticas à Educação dos Profissionais de Saúde, novos contornos e potencialidades virão à cidadania, permitindo-nos revisitar a Saúde Coletiva, o Controle Social no setor e a Educação em seus tópicos de Pedagogia Universitária e Educação Permanente (em Saúde). Parece-nos ser, a Educação e Ensino da Saúde, uma visibilidade estratégica, além de real emergência como domínio de conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Ceccim RB. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Estud Univ.* 2007; 33(1):29-48.
2. Ceccim RB. Porque uma lei orgânica da educação superior precisa contemplar de maneira especial e dedicada a articulação com o setor da saúde. *Olho Mágico.* 2005; 12 (1):35-45.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3ª ed. rev. atual. após a 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 98p.
4. Almeida M, Feuerwerker L, Llanos C. Manuel, organizadores. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. 2 vol. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1999.
5. Marsiglia RG. Relação ensino/serviços: 10 anos de integração docente-assistencial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1995.
6. Ceccim RB, Carvalho YM. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Jr. M, Carvalho YM, org. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 149-82.
7. Ceccim RB, Feuerwerker LMC. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(5):1400-40.
8. Franco MEDP, Krahe ED, org. Pedagogia universitária e áreas de conhecimento, v. 1. Porto Alegre: Edipucrs; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 66p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 20p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Documento preparatório para a 3ª Conferência

- Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores de saúde e a saúde de todos os brasileiros – práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 73p.
12. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, org. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Abrasco; 2006. p. 165-84.
 13. Merhy EE. 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: Fleuri S, organizador. Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 125-42.
 14. Ceccim RB, Pinheiro R, Stelet B, Guizardi FL. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA org. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 153-78.
 15. Ceccim RB, Armani, TB, Oliveira DLLC, Bilibio LF, Moares M, Dartora-Santos, N. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. Rev C S Col. 2008; 13(5) no prelo.
 16. Ceccim RB, Ferla AA. Educação permanente em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, org. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2006. p. 107-12.
 17. Engers MEA, Morosini MC, org. Pedagogia universitária e aprendizagem, v. 2. Porto Alegre: Edipucrs; 2007.
 18. Ceccim RB, Armani TB. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: Ferla AA, Fagundes SMS, organizadores. Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa: ESP/RS; 2002. p. 143-62.
 19. Kastrup V. Aprendizagem, arte e invenção. In: Lins D, org. Nietzsche e Deleuze: pensamento nômade. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2001. p.207-23.
 20. Foucault M. Respuesta a uma pergunta. Buenos Aires: Almagesto; 1991.
 21. Maturana H, Varela F. A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano. Campinas: Workshopsy; 1995.
 22. Maturana H. Cognição, ciência e vida cotidiana. Belo Horizonte: Editora da Universidade/UFMG; 2001.
 23. Maturana H, Varela F. Autopoiese: de máquinas e seres vivos. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
 24. Prigogine I. O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza = Entre le temps et l'éternité. São Paulo: Unesp; 1996.
 25. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim
 Rua Dr. Raul Moreira, 550 – Porto Alegre/RS
 CEP 90.820-160
 Telefone: + 55 51 3241-1066
 E-mail: burg.ceccim@ufrgs.br