

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

revtes@fiocruz.br

Escola Politécnica de Saúde Joaquim

Venâncio

Brasil

dos Santos Pedrosa, José Ivo

A EDUCAÇÃO POPULAR E A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO
DA SAÚDE

Trabalho, Educação e Saúde, vol. 5, núm. 1, março-junio, 2007, pp. 125-138

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406757019006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A EDUCAÇÃO POPULAR E A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO DA SAÚDE

POPULAR EDUCATION AND THE FORMATION OF MIDDLE-LEVEL HEALTH CARE PROFESSIONALS

José Ivo dos Santos Pedrosa ¹

Resumo O artigo problematiza os princípios éticos e políticos da educação popular no processo de formação de trabalhadores de nível médio da saúde, utilizando o referencial teórico-conceitual da análise institucional, considerando o processo de formação como momento instituído, a proposta política do Ministério da Saúde para a formação de trabalhadores como instituinte e a educação popular em saúde como o processo de institucionalização. A partir da dialética entre o instituído, instituinte e processo de institucionalização, são desenhadas possibilidades em que a educação popular representa dispositivo constitutivo da autonomia dos profissionais – desconstruindo vínculos e processos pedagógicos de assujeitamento dos atores à lógica racional e organizacional dos serviços de saúde – e estratégia de construção de linhas de fuga que conduzam às transformações no processo de formação desses trabalhadores.

Palavras-chave educação popular; formação profissional em saúde; análise institucional.

Abstract The article discusses the political and ethical principles of popular education in the educational process of middle-level health care workers. It is based on the theoretical and conceptual framework of institutional analysis; thus the formation process is considered to be the instituted moment, the Ministry of Health policy for the formation of workers is instituting and popular education in health care is the institutionalization process. The dialectics between the instituted, instituting and the institutionalization process determine different possibilities, in which popular education is a component of autonomy for the professionals, deconstructing pedagogical processes, and linking subjecting agents to the rational and organizational logic of health care services. It is also a strategy for building up ways of escape that may lead to changes in the formation process of these workers.

Keywords popular education; professional formation for health care workers; institutional analysis.

Introdução

Este artigo surge em decorrência da participação em um debate a respeito do tema “A inserção da educação popular na formação de trabalhadores de nível médio da saúde”². A discussão suscita a necessidade de algumas problematizações iniciais, a fim de que a reflexão se torne produtiva: ‘inserção’ significa algo externo que deve ser incorporado em um processo, no caso, a formação de trabalhadores de nível médio da saúde? Tal fato se faz necessário e se justifica porque o processo de formação desses trabalhadores, tal como ocorre, já não responde a seus objetivos finalísticos? A educação popular ganha o sentido de inovação metodológica para imprimir eficiência a um fazer específico no trabalho em saúde?

Tais indagações remetem, por um lado, à idéia de que algo deve ser incorporado para modificar um processo que se reveste de caráter tecnicista, normatizado e mecânico, no qual a aprendizagem e a formação têm como bases a reprodução de um conhecimento estático, positivista, centrado em si mesmo, cuja finalidade é a aquisição de habilidades para atuar sobre objetos inertes e apáticos, no caso o corpo dos indivíduos doentes, e fora do que é considerado normal. Por outro lado, o resultado esperado aparece como uma espécie de ilusão em que a inserção proposta – a educação popular – representa a tecnologia ou inovação pedagógica que poderia ajudar a consolidar o delírio vocalizado por muitos atores que se envolvem nesse tipo de formação.

No delírio, tal processo de formação se revela como criativo e incluyente, tendo como bases o questionamento crítico a respeito da realidade do mundo do saber e do trabalho, cuja finalidade se encontra na constituição de compromisso desses profissionais com o outro que não mais se objetifica diante de seu ‘que fazer’ e na contínua produção de saberes que orientam a conformação de outras práticas.

Apreendendo a temática desta maneira, ou seja, como um processo no qual se insere algo com capacidade de gerar modificações, poder-se-ia cair na tentação de reduzir esse processo a uma visão dualista e maniqueísta da formação de profissionais, da educação popular e da organização do processo de trabalho na saúde. O processo de formação seria visto como adequado ou não adequado a determinadas normas e regras que garantissem uniformidade, repetição do conhecimento e habilitação técnica; a educação popular – uma metodologia pedagógica que aproximaria estes profissionais da população, facilitando a transmissão de normas comportamentais e a docilidade dos ‘pacientes’ em aceitar determinadas manipulações e o processo de trabalho – seria compreendida sob a lógica da racionalidade produtiva.

Reconstruindo esta aparente configuração dos elementos do debate sob uma perspectiva analítica, ocorre entre um processo institucionalizado, na maioria das vezes, organizado nas estruturas de formação de recursos humanos, e uma práxis pedagógica que apresenta a potencialidade de agenciar fluxos desejantes de mudanças nos indivíduos, nos grupos, nas organizações e instituições.

Diante disso e na perspectiva de identificar as possibilidades da ‘inserção’ – que a partir de agora poder-se-ia denominar de ‘intervenção pedagógica’ –, a referência necessária se assenta na contribuição da análise institucional. Produção teórico-prática emergente no contexto francês da década de 1960, em que as organizações, seu funcionamento e sua concepção como *locus* de ação política estavam inseridas em uma ampla crise de ordem político-ideológica e científico-intelectual. Segundo Altoé (2004), este movimento se consolida desde a década de 1970 como alternativa teórica, metodológica e orientadora da prática de estudiosos, atores vinculados ao trabalho social e aos estabelecimentos públicos, notadamente nos campos da saúde, saúde mental e educação, “desejosos de ultrapassar fronteiras disciplinares rígidas”.

Para tanto, torna-se fundamental considerar a formação de profissionais de saúde de nível médio como uma ‘instituição’, com suas formas próprias de organização, funcionamento, normas, regras, financiamento, vinculações etc., e toda instituição como resultado do movimento dialético de três momentos: instituído, instituinte e processo de institucionalização.

Sob esta ótica, o processo de formação existente e que suscitou a reflexão é entendido como o ‘momento instituído’; o desenho imaginário que faz parte do desejo dos atores envolvidos, o *leitmotiv* que mobiliza formadores, formandos e instituições que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes expressas na política de educação permanente proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil, como o ‘instituinte’; e a educação popular entendida como intervenção demandada por um novo desenho conjuntural com possibilidade de produzir respostas que desencadeiem a mudança desse processo, como ‘processo de institucionalização’.

O processo de formação que se desenvolve nas escolas técnicas do SUS: o momento instituído

É possível pensar este momento como a situação atual da formação técnica em saúde, em que duas questões podem ser consideradas analisadoras desse processo.

A educação em saúde, como prática de formação de profissionais e relação entre usuários e serviços de saúde, encontra-se aprisionada

e totalmente capturada em uma única racionalidade, a da biomedicina, que direciona e condiciona conhecimentos, tecnologia, organização, discursos e movimentos dos atores à lógica racional iluminista predominante na produção científica e na organização dos serviços.

A hegemonia da biomedicina, como modelo de pensar, formar e fazer saúde, coloca em um plano de subalternidade outras formas de compreensão a respeito do processo de adoecimento e cura pautados em outras racionalidades, como as medicinas tradicionais das culturas nacionais e regionais, as medicinas tradicionais das culturas orientais e a homeopatia (Luz, 2003).

Depreende-se, então, que o processo de formação de profissionais de saúde, ainda considerado como produção de recursos humanos para o setor, encontra-se delimitado por fatores de natureza epistemológica, cultural, política e organizacional.

No plano epistemológico, o predomínio da biomedicina e o crescente desenvolvimento de tecnologias que incessantemente buscam nos constituintes microbiológicos do corpo humano as causas e as possíveis intervenções para a cura das doenças se distanciam cada vez mais das necessidades de saúde da população e imprimem um silêncio à maneira como os indivíduos e coletivos humanos representam e se apropriam da dinâmica da saúde e da doença em seu cotidiano.

Culturalmente, no interior do processo de formação, incidem reflexos da globalização de subjetividades, resultantes de agenciamentos produzidos pelas máquinas que se alimentam da idéia do corpo-objeto produtivo, sustentados por valores consumistas e competitivos, fazendo com que a cultura institucional hegemônica, caracterizada por normas e regras rígidas, se reproduza nas práticas e nas representações instrumentais que os trabalhadores do nível médio elaboram.

A política de formação mostra-se resultado da contradição entre as pressões corporativas que definem o que pensar e fazer no campo da saúde – no caso das graduações em saúde – e a interferência e dependência do Estado e de seus arranjos institucionais, no caso da formação técnica e de nível médio. A organização dos serviços de saúde centrada nos procedimentos define a preponderância da produtividade sobre o cuidado, necessitando, portanto, de profissionais que operem sob essa lógica.

A configuração institucional dessa política resulta em uma formação que se caracteriza pelo adestramento adequado para manipular os procedimentos, eliminando a criatividade diante dos protocolos e regras estabelecidos e produzindo profissionais serializados, descontextualizados, que pretensamente se mostram adaptáveis a exercerem suas atividades em quaisquer ambientes.

Estes elementos levam a pensar que o processo de formação de trabalhadores de nível médio da saúde, da maneira como se desenha atualmente, dissocia o mundo da vida do mundo do trabalho e do mundo do saber, articulação fundamental para a constituição de sujeitos capazes de criar e recriar conhecimentos, práticas e organizações (Testa, 1995).

Os discursos, os desejos e a vontade: o momento instituinte do processo de formação

O instituinte, aqui considerado como a particularidade expressa na formulação de políticas para a questão, encontra referência nos discursos proferidos na XII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em dezembro de 2003, e nos princípios da política apresentada pelo Ministério da Saúde para a formação de profissionais.

As conferências de saúde no SUS são definidas como espaços de controle social, representativos dos grupos e movimentos que atuam no campo da saúde, no qual são explicitadas, negociadas e definidas as diretrizes para a política de saúde. Neste sentido, estão situadas no plano do devir, do desejo ou da vontade coletivamente construída.

Na XII CNS, a discussão a respeito da formação de profissionais de saúde fez parte do eixo temático VII, intitulado “O trabalho em saúde, revelando uma articulação entre a organização da formação e do processo de trabalho”.

No plano mais institucionalizado, guardando a particularidade de uma política formulada no contexto de um governo democrático popular, encontra-se a “Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”,

“que considera que as transformações na formação e na gestão do trabalho em saúde requerem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas e que a operacionalização da educação permanente em saúde requer ações no âmbito da formação técnica, da graduação e de pós-graduação, da organização do trabalho, da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social” (MS, 2004b, p. 10).

A XII CNS, em suas diretrizes aprovadas em plenária, aponta como necessário:

- garantir que o acompanhamento dos cursos de formação de trabalhadores de saúde de nível auxiliar, técnico e superior, assim como seu

financiamento, tenha a efetiva participação dos gestores das três esferas de governo e dos respectivos conselhos de saúde;

- avaliar de forma continuada o impacto produzido pelas capacitações realizadas para profissionais, gestores e comunidade, assegurando ajustes para sua adequação às necessidades do sistema de saúde;
- criar fóruns para a formulação de políticas de educação em saúde, de formação ou de capacitação para todos os níveis, incluindo ainda a educação popular, por considerar que a gestão do trabalho no SUS é competência do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, portanto uma prática intersetorial nas três esferas de governo;
- fornecer recursos financeiros para a adequação de estágios para a formação profissional, priorizando hospitais regionais e unidades de saúde e ensino públicos para a realização de estágios de nível médio, técnico e de graduação;
- modificar o modelo de formação dos profissionais de saúde, hoje centrado na atenção à doença, reformulando o currículo dos cursos dos profissionais de saúde, considerando temas teóricos e práticos relacionados com a promoção, a vigilância e a atenção integral à saúde, o controle social e o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas de saúde;
- incluir conteúdos disciplinares em informação e comunicação social sobre a diversidade étnica, cultural e racial do povo brasileiro, aspectos da subjetividade relacionados com a atenção e a educação em saúde, redução de danos, atenção básica e saúde da família, qualidade da atenção, direitos e deveres da cidadania, e organização e funcionamento do SUS;
- recomendar que o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e instituições de ensino, viabilize a adequação das grades curriculares para os cursos da área da saúde (técnico, graduação e pós-graduação), em cumprimento ao artigo 200, inciso III, da Constituição Federal, incluindo e priorizando estágios para universitários e técnicos nos serviços públicos de saúde, com o auxílio de bolsas, visando à formação de futuros profissionais comprometidos com as diretrizes do SUS (MS, 2004a).

Em síntese, as diretrizes para a formação de profissionais de saúde apontam para a formulação de políticas de maneira participativa, intersetorial e multidisciplinar, voltadas para a integralidade da atenção, comprometidas com a mudança do modelo centrado na doença e com a inclusão social. Tais diretrizes, embora apresentem discursos recorrentes desde a IX CNS, ainda se mostram instituintes, pois permanecem no plano do desejo, sem apresentar algum grau de institucionalização.

A política de educação profissional em saúde do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) apresenta muitas e importantes

aproximações com as diretrizes da XII CNS, considerando sua formulação e implantação como o

“desafio de garantir condições que assegurem a definitiva constituição de uma política pública de saúde aliada a uma política pública de educação, que sintetize noções de integralidade e equidade na busca da saúde em defesa da vida e de formação profissional” (MS, 2004b, p. 3).

Como desafio, a política de educação profissional para o SUS tem sua formulação centrada nas possibilidades de superar os impasses que obstaculizam a intersetorialidade e a articulação com o mundo do trabalho, buscando nas normas e regras definidas – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) – brechas que permitam sua releitura. A LDB é considerada como

“ação estruturante para a relação entre o saber constituído no exercício produtivo – conhecimento tácito-competência empírica – com a produção de subjetividade no mundo sensível, característica própria do ser humano, que se faz no mundo do trabalho como território de vida e da construção de si” (MS, 2004b, p. 3).

E as DCNs apontam para a

“flexibilidade e empregabilidade dos currículos e a formação por competências que admite que as ações, saberes e práticas não são adquiridas somente pela educação formal, mas pela produção de conhecimentos advindos do mundo da vida e do trabalho” (MS, 2004b, p. 4).

A política do Deges critica a ausência de interdisciplinaridade, a desarticulação entre os vários níveis de formação profissional no setor e as políticas existentes até então, que priorizaram uma ação unidirecional: a área de enfermagem, o trabalhador de nível médio e a homogeneização do processo de formação.

Com estes argumentos, aponta possibilidades da inclusão e democratização de oportunidades de formação, o caráter de relevância social da formação de trabalhadores para o SUS e a superação da distância entre a representação social, na qual a formação de trabalhadores do nível médio é vista como espaço de cidadãos de segunda categoria que merecem um ‘prêmio de consolação’, e sua intensiva participação na construção do SUS, em que representam 60% dos trabalhadores.

Para o Deges, a educação profissional em saúde, ao ser tratada como política, impõe como prioridade investimentos em duas áreas estratégicas:

a profissionalização dos trabalhadores por meio do itinerário de formação e a educação permanente em saúde dos trabalhadores de nível médio.

A educação popular como dispositivo para a institucionalização de novas direcionalidades para o processo de formação

É necessário aprofundar a reflexão sobre o significado da educação popular como inserção no processo de formação dos trabalhadores de nível médio da saúde. O processo de institucionalização significa a articulação dialética entre o instituído e o instituinte, mostrando-se como a singularidade que existe nos movimentos dos atores em determinados contextos, desconstruindo e reconstruindo processos e estruturas. Para L'Abbate (2004), é o momento que tensiona o cotidiano da prática dos sujeitos, produzindo algo que não tem um caráter reprodutor e repetitivo, apontando para um vir a ser em contínua transformação.

Para a autora, no desenvolvimento do trabalho educativo com a população, ou na formação de profissionais, três conceitos mostram-se essenciais: os modos de subjetivação, a singularidade e a implicação.

A respeito da subjetividade, Guattari e Rolnik (1986) apontam sua produção por agenciamentos de enunciação, por meio de processos que não estão centrados em agentes individuais, nem grupais; processos duplamente descentrados, que implicam o funcionamento de máquinas de expressão de natureza extrapessoal (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicos, de mídia) e de natureza infra-humana, infrapsíquica (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afetos, de desejos, de representação, de imagens, de valor, modos de memorização e de produção ideica, sistemas de inibição, automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos etc.).

A produção de subjetividade para uma saúde polifônica e de múltiplos sentidos requer que os indivíduos assumam e vivam esta subjetividade em suas existências particulares, apropriando-se dela e singularizando-se enquanto atores com potência para desencadear movimentos rebeldes e resistência aos impulsos externos paralisantes que a racionalidade técnico-científica e a lógica organizacional imprimem à saúde.

O desafio, então, encontra-se na resignificação do processo de formação de trabalhadores de nível médio da saúde em agenciamento de subjetivações. Em outras palavras poder-se-ia perguntar: qual a flexibilidade dos currículos diante da pluralidade de saberes e percepções que cada indivíduo-sujeito participante da formação apresenta? Como os indivíduos que participam do processo tornam-se operadores da construção de saberes compartilhados e criadores de outras modalidades de práticas? Quais os

espaços de expressão desse ‘saber fazer’ recriado em organizações burocráticas e as possibilidades de o processo de trabalho ser organizado mediante necessidades de usuários e trabalhadores de saúde? Como o processo pedagógico permite a reflexão subjetiva e pessoal sobre os procedimentos tecnológicos? Como as habilidades a serem desenvolvidas podem ser olhadas como conquistas dos participantes do processo formativo?

Nos dias atuais, a tecnologia em saúde é tão invasiva que está presente em todos os domínios das práticas de saúde, diferindo apenas nos graus de complexidade. Dessa forma, não é possível produzir uma ação afirmativa simplesmente negando a existência e a eficácia dessa tecnologia. Merhy, nesta perspectiva, classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como:

“leves (como no caso das tecnologias de relações tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de gerir processos de trabalho), leveduras (como no caso de saberes bem-estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, bem como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso dos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais)” (Merhy, 2002, p. 49).

Para o autor, esta classificação é importante para compreender que o trabalho em saúde não pode ser completamente capturado pela lógica do trabalho morto, em virtude de seu objeto não ser plenamente estruturado e de suas tecnologias mais eficazes se traduzirem em ações estratégicas que operam “por meio de tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção” (Merhy, 2002, p. 49).

Liliana da Escóssia (2003), discutindo a ética da metaestabilidade na relação homem-técnica, lembra que Guattari reconhece a dupla tendência da técnica: uma, homogeneizante, universalista e reducionista que banaliza, leva à *mass*-mídiação e embrutece o homem, e outra, que reforça a heterogeneização e a singularização, possibilitando a criação de novos territórios existenciais. Questionando o fato de que todas as revoluções tecnológicas modernas sempre têm reforçado a dimensão alienante, a autora lembra que Guattari aponta como “saída a reapropriação dos equipamentos coletivos de enunciação, ou seja, todos os sistemas maquínicos que são suportes dos processos de subjetivação (máquinas técnicas, sociais e religiosas, por exemplo)” (Escóssia, 2003, p. 179). Ela ainda acrescenta que “todo processo de subjetivação implica a inclusão de objetos, paisagens, odores, sons, enfim, implica a inclusão do mundo: é incluindo o mundo e

nos compondo com ele que nos reinventamos e reinventamos o mundo” (Escóssia, 2003, p. 186).

Na perspectiva que se vem argumentando, é possível considerar o processo de formação de trabalhadores de nível médio da saúde como um sistema maquínico que, ao ser reapropriado por outros atores com seus princípios e desejos, guarda a possibilidade de se transformar em espaço de produção de subjetividades e de singularização, que, no dizer de Guattari e Rolnik, significa

“uma singularização existencial que coincida com um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos, com a instauração de dispositivos para mudar o tipo de sociedade, os tipos de valores que não são os nossos” (Guattari e Rolnik, 1986, p. 37).

Processos dessa natureza, portadores de intencionalidades instituintes, que apostam em processos transformadores, necessariamente consideram o conceito de implicação como fundamental para sua realização.

No cotidiano, vive-se sempre implicado em algum processo, seja de reprodução e manutenção da situação, seja em processos voltados para a institucionalização de novo pensar e fazer. Esta proximidade prática com o conceito permite dizer, de maneira geral, que implicação diz respeito ao envolvimento afetivo, existencial e profissional dos trabalhadores de saúde com os processos institucionais nos quais estão envolvidos e à maneira como se dá esse envolvimento. Lourau (1995) considera, em termos de análise institucional, duas implicações: a institucional, isto é, o conjunto de relações conscientes ou não entre o ator e o sistema institucional; e a prática, como as relações mantidas com a base material das instituições.

No sentido de contribuir para a reflexão sobre a formação de trabalhadores de saúde implicados com os pressupostos político-filosóficos e organizacionais do SUS, é interessante identificar no instituído e no instituinte as implicações que ocorrem no plano interpessoal dos rearranjos dos grupos e organizações, que se encontram nas relações de aproximação e distanciamento, de negação e afirmação a respeito do paradigma que define o saber e o não saber, o que se pode e não se pode fazer, e aquelas que ocorrem no plano simbólico local de encontro da materialidade com o vínculo social entre pessoas que vivem em conjunto, que se enfrentam e se compreendem. (Lourau, 1995).

Após estas considerações, as questões subjacentes dizem respeito ao significado da educação popular em saúde como processo de institucionalização de mudanças para a formação desses trabalhadores. Em outras palavras, buscam-se, na educação popular, perguntas sobre a possibilidade

de promover momentos e ações de subjetivação, de singularização e de implicações que surgem e desaparecem no processo.

Dessa forma, a educação popular se insere como metodologia dialógica, problematizadora e reflexiva, avançando para além da transmissão de conhecimentos, criando possibilidades para a produção de saberes, apresentando uma intencionalidade sociopolítica na busca de uma sociedade mais justa e mais ética e propiciando o encontro de saberes distintos, embora complementares – o popular e o técnico-científico – na busca de soluções que sejam o produto de uma construção coletiva.

A educação popular e o processo de formação de trabalhadores de nível médio da saúde: possíveis desenhos

Na perspectiva aqui adotada, a discussão da educação popular no processo de formação assume três características fundamentais para o distanciamento do significado de inserção e sua aproximação como processo instituinte de novas formas de abordagem da questão.

A primeira característica é a educação popular pensada como dispositivo constitutivo da autonomia dos profissionais como atores que se movimentam na vida e, portanto, são potentes para criar, desejar e interagir com os usuários do sistema de saúde, tecendo relações de alteridade e promovendo o encontro dialético entre a lógica que orienta a luta pela vida e a lógica que preside as organizações do setor.

Neste sentido, é possível trabalhar com processos pedagógicos que desconstruam os vínculos de assujeitamento de trabalhadores e usuários aos espaços da regularidade e normatividade, às leis gerais que orientam o saber em saúde e ao fetiche da tecnologia. Ao mesmo tempo, tais processos requerem o trabalho de construção de outros processos pedagógicos que articulem o que existe no mundo que se constitui fora das pessoas – as máquinas econômicas, sociais, ideológicas – e o mundo que caracteriza os seres humanos, repleto de sensibilidade, afeto, desejos, percepções, representações, imagens, estética, valores, criatividade e produção de idéias.

A segunda característica diz respeito à educação popular como estratégia que se realiza no encontro com os movimentos sociais nos quais as relações se pautam nas subjetividades coletivas e nas relações de interação, escuta, autonomia do outro e no desenvolvimento de atos de cuidado direcionados pelas práticas que recuperam o saber popular e o modo de vida dos indivíduos, ressignificando a educação popular como propiciadora de cenários e vivências de aprendizagem.

A terceira característica encontra-se nas práticas de educação popular como elementos agregadores de saberes que sobrevivem nos grupos consti-

tuídos em torno das questões de saúde e qualidade de vida, desenvolvendo redes de cuidado no SUS, tornando possível superar a idéia hegemônica existente de que o outro (paciente) é um objeto técnico com o qual se estabelece uma relação hierárquica definida com exclusividade pelos profissionais, que se movimentam em torno da cura tornada objetivo único por meio de intervenções pontuais sobre a doença em um tempo e um espaço determinado (Bonet, 2004).

As múltiplas e plurais características de educação popular tornam-se, assim, ferramentas para o desenvolvimento de processos pedagógicos com as quais é possível construir linhas de fuga que possam conduzir a transformações do processo de formação de trabalhadores de nível médio da saúde.

Tais linhas de fuga podem, neste caso, constituir-se em três planos: no conceitual, teórico e metodológico – no qual se pensam e se desenham as práticas de saúde dos profissionais; no dos movimentos possíveis de serem desencadeados em busca do desejado; e no das ações que se desenvolvem nos serviços de saúde, coadunadas com a política voltada para a integralidade e humanização do cuidado à saúde.

No plano conceitual, é possível romper com concepções bancárias de educação e da biomedicina, trabalhando em uma epistemologia que leve à confluência do significado holístico do processo saúde-doença, dotado de alta complexidade que evidencia distintos saberes e técnicas que se fazem presentes no cotidiano e no senso comum.

Colocar como parte do processo de formação a visibilidade das evidências cotidianas exige, por exemplo, acolher, valorizar e instrumentalizar para a escuta das narrativas que são vocalizadas pelas pessoas e circulantes nos grupos, “possibilitando a exposição do sujeito, de modo mais claro e concreto, em suas necessidades, além de suas demandas” (Favoretto, 2004, p. 215), o que significa operar no sentido de uma clínica ampliada. Clínica cuja prática, segundo Ceccim e Capozzolo, encontra-se

“além de um exercício de integralidade da atenção e de uma prática humanizada, deveria configurar uma prática transformadora, escapando de um único núcleo de saberes e de práticas, pois nela há necessidade de entrelaçamento de vários núcleos de saberes e de práticas terapêuticas e de diversos campos do conhecimento como a Sociologia, a Antropologia, a Política, a Filosofia, a Educação e a História, entre outros” (Ceccim e Capozzolo, 2004, p. 376).

No plano dos movimentos, as linhas de fuga encontram-se na mobilização – dos envolvidos no processo de formação – em problematizar as relações de poder que se engendram: poder das informações tecnológicas e do saber estruturado que aprisiona e modela a ação do profissional; poder burocrático que se enrijece na definição e na implantação de normas e

regras, inviabilizando outras formas organizacionais; e o poder político que modela o exercício profissional, define as arenas de decisão e reproduz a hierarquia resistente ao trabalho em equipe.

Esta mobilização em torno das relações de poder suscita uma aposta por parte dos atores envolvidos com a formação de trabalhadores de saúde, que consiste na ressignificação de suas práticas de forma criativa, dialógica, compartilhada com a população e, dessa forma, permite pensar a saúde como parte de um projeto de vida que leve à emancipação, libertação, autonomia, solidariedade, justiça e equidade.

Isto implica uma necessária interlocução com as esferas de gestão do SUS e a participação nos espaços políticos que se definem em determinados momentos conjunturais. Atualmente, são imprescindíveis o diálogo e a pactuação com as secretarias estaduais e municipais de saúde e a presença ativa nos pólos de educação permanente para o fortalecimento de propostas voltadas para as mudanças desejadas.

Finalmente, no plano das ações, as linhas de fuga têm suas pistas na atual Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (MS, 2004b), que toma como eixos fundamentais a integralidade e a humanização do cuidado – integralidade que advém do conceito ampliado de saúde, incorporando diversos e múltiplos saberes e tecnologias que vislumbram novos espaços e formas de organização como as redes de cuidado e de apoio social; integralidade imprescindível para a humanização que permite escutar ruídos que incomodam, que resiste à coisificação das pessoas e se descaptura das tecnologias fetichizadas e que se transforma em atos centrados nas pessoas.

Notas

¹ Coordenador Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde. Professor Adjunto do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). <ivopedrosa@uol.com.br>

² Este debate ocorreu durante conferência proferida pelo autor no II Seminário de Formação Profissional no Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manuel da Costa Souza (Cefope), Natal-RN, nos dias 1 e 2/12/2004.

Referências

- ALTOÉ, Sonia. 2004. *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, p. 8.
- BONET, Octavio. 2004. Educação em saúde, cuidado e integralidade: de fatos sociais totais e de ética. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitet/IMS-Uerj/Abrasco, p. 279-292.
- CECCIM, Ricardo; CAPOZZOLO, Ângela. 2004. A educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves. et al. (orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Abem/Hucitec, p. 346-390.
- ESCOSSIA, Liliana. 2003. Por uma ética da metaestabilidade na relação homem-técnica. In: PELBART, Peter Pál; COSTA, Rogério. *Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto*. São Paulo: Educ/Hucitec, p. 177-186.
- FAVORETTO, Cesar Augusto Orazem. 2004. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral à saúde. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitet/IMS-Uerj/Abrasco, p. 205-219.
- GUATTARI, Felix.; ROLNIK, Suely. 1986. *Cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes.
- L'ABBATE, Solange. 2004. Análise institucional e educação em saúde: um diálogo produtivo. *Boletim do Instituto de Saúde*, vol. 34. p. 6-9.
- LOURAU, René. 1995. *Análise institucional*. Petrópolis: Vozes.
- LUZ, Madel. 2003. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec.
- MERHY, Emerson Elias. 2002. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- MS (Ministério da Saúde). 2004a. *Relatório final*. XII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Conferência Sergio Arouca. Brasília.
- _____. 2004b. Educação profissional em saúde: versão preliminar. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde (SGTES/Deges). mimeo.
- TESTA, Mario. 1995. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec.

Recebido em 13/02/2006

Aprovado em 11/07/2006