

EDUCACIÓN PERMANENTE Y DESARROLLO DEL TRABAJO EN SALUD: epistemología, trayectos y prácticas

Coordinación:
Ricardo Burg Ceccim
Alcindo Antônio Ferla
Alexandre Ramos-Florencio





Editora Rede UNIDA ofrece una colección digital de **acceso abierto** de más de 200 obras. Estas publicaciones son relevantes para el trabajo en educación y salud. Hay autores clásicos y nuevos, con acceso libre a las publicaciones. Los costes de mantenimiento son cubiertos conjuntamente por socios y donaciones.

Para la sostenibilidad de la **Editorial Rede UNIDA**, necesitamos donativos. ¡Ayude a mantener la editorial! Participe en la campaña de crowdfunding "**e-Libro, e-Libre**".

Visita la página y haz tu donativo
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>

Con su colaboración, seguiremos compartiendo conocimientos y lanzando nuevos autores para fortalecer la educación y el trabajo en el **SUS**, y defender la vida de todos. Acceda a la Biblioteca Digital de la Editorial Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

Y recuerde: comparta los enlaces a las publicaciones, no los archivos. Actualizamos la colección con versiones corregidas y actualizadas y nuestro contador de accesos es el marcador de impacto de la editorial. Ayuda a correr la voz.

editora.redeunida.org.br



COORDINACIÓN
Ricardo Burg Ceccim
Alcindo Antônio Ferla
Alexandre Ramos-Florencio

Serie Salud & Centroamérica

Educación permanente y desarrollo del trabajo en salud: epistemología, trayectos y prácticas

1ª Edição
Porto Alegre /Brasil; Managua/Nicaragua
agosto de 2023



Editora Rede Unida; OPS/OMS – Nicaragua; UNICA

Coordenador general de la Associação Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordinación Editorial

Editor jefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores asociados: **Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Silva, Ricardo Burg Ceccim.**

Consejo Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Jack's Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comité Ejecutivo Editorial

Alana Santos de Souza, Camila Fontana Roman, Jaqueline Miotto Guarnieri.

Revisão e adaptação da tradução

Alcindo Antônio Ferla, Erick Mauricio Rivas, Júlio Cesar Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Lisiane Bôer Possa, Márcio Mariath Belloc, Ricardo Burg Ceccim e Teresinha Heck Weiller.

Diagramación

Lucia Pouchain

Arte de la Capilla

Márcio Mariath Belloc

La Serie Editorial “Salud & Centroamérica”, del Editorial Rede Unida es una colección que publica libros en formato aural o colecciones temáticas con producciones técnico-científicas, predominantemente provenientes de reflexiones, análisis e investigaciones sobre sistemas y redes de salud, políticas públicas y la educación en salud, que tienen gran capacidad de representar la perspectiva de los actores de la vida cotidiana de los sistemas locales de salud y educación. Esta iniciativa tiene como objetivo central compartir las reflexiones realizadas por los diferentes actores de la vida cotidiana que, al mismo tiempo, busca estimular la producción de análisis desde la micropolítica del trabajo con personas experimentadas en la investigación y la docencia y de nueva autoría, desde personas vinculadas a los sistemas y servicios de salud y educación, desde la cooperación técnica y las redes de colaboración realizadas con participación centroamericana.

La tradición de la Editorial Red Unida de divulgación científica desde las redes de cooperación territorial se expresa, una vez más, en la creación de una serie que busca ampliar el diálogo en el territorio centroamericano que, como en la historia de la salud pública y la organización de las redes de cooperación en salud y educación, tiene una producción relevante. La expresión Centroamérica tiene aquí menos la pretensión de precisión geográfica y más la dimensión cultural y las redes de cooperación que se originan en el territorio.

El contexto de la Serie Editorial Salud & Centroamérica también está conformado por la red de asociaciones que actualmente operan las iniciativas.

La coordinación editorial de la serie será ejercida por: • **Alcindo Antônio Ferla**, Editora Rede Unida; • **Alexandre Ramos-Florêncio**, Assessor Sistema e Serviços de Saúde – OPAS; • **Carlos Arroyo**, Pró-reitor de Pós-Graduação da Universidade Católica da Nicarágua; • **Francisco Hiram Otero Pravia** (decano de la Facultad de Medicina de la UNICA); • **Károl Veiga Cabral**, Professora da Universidade Federal do Pará; • **Lisiane Boer Possa**, Professora e Pesquisadora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); • **Miguel Orozco Valladares**, coordenador do núcleo Centro-americano da Rede Unida.

Este libro fue organizado y publicado a través de cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los manuscritos originales fueron recibidos hasta diciembre de 2022.

E21

Educación permanente y desarrollo del trabajo en salud: epistemología, trayectos y prácticas/ Organizadores: Ricardo Burg Ceccim, Alcindo Antônio Ferla e Alexandre Ramos-Florencio – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Manágua: OPS/OMS – Nicaragua; Manágua: UNICA, 2023.

161 p. (Série Salud & Centroamérica, v.1).

E-book: 1.80 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-059-8

DOI: 10.18310/9786554620598

1. Educação continuada. 2. Reconhecimento. 3. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 18
CDU 37.091.2

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Sumário

Prefacio Educación permanente en salud como política de los encuentros: un modo de hacer cooperación y educación.....	9
<i>Alexandre Ramos-Florencio, Alcindo Antônio Ferla, Miguel Ángel Orozco Valladares, Carlos Arroyo Borgen</i>	
El cuadrilátero de la educación en la salud: formación, gestión, atención y participación.....	13
<i>Ricardo Burg Ceccim, Laura C. M. Feuerwerker</i>	
Educación Permanente en Salud: desafío ambicioso y necesario	33
<i>Ricardo Burg Ceccim</i>	
Educación Permanente en Salud: descentralización y disseminación de capacidad pedagógica en salud.....	44
<i>Ricardo Burg Ceccim</i>	
Educación y salud: la enseñanza y la ciudadanía como cruce de fronteras.....	63
<i>Ricardo Burg Ceccim, Alcindo Antônio Ferla</i>	
Complejidad del trabajo en salud, transdisciplinariedad y sistematización del conocimiento a partir de la experiencia: cuestiones para la educación permanente en salud.....	77
<i>Alcindo Antônio Ferla, Alexandre Ramos-Florencio, Erick Rivas</i>	

Una acción micropolítica y pedagógica intensa: la humanización entre lazos y perspectivas.....	103
<i>Ricardo Burg Ceccim, Emerson Elias Merhy</i>	
Procesos de creación en la atención y en la educación en salud: un ejercicio de “timpanización”	119
<i>Emília Carvalho Leitão Biato, Ricardo Burg Ceccim, Silas Borges Monteiro</i>	
“Un sentido muy cercano al que propone la educación permanente en salud”!: El devenir de la educación y la escucha pedagógica de la salud	136
<i>Ricardo Burg Ceccim</i>	
Comunidades de aprendizaje y formación-intervención en salud: ideas y formas de hacer educación permanente en salud	142
<i>Ricardo Burg Ceccim</i>	
Sobre los autores y autoras	157

Prefacio:

Educación permanente en salud como política de los encuentros: un modo de hacer cooperación y educación

Alexandre Ramos-Florencio
Alcindo Antônio Ferla
Miguel Ángel Orozco Valladares
Carlos Arroyo Borgen

En primer lugar, es importante registrar nuestro orgullo de que el lanzamiento de la Serie Editorial ***Salud e Centroamérica*** de la Editora Red Unida en coedición con OPS y UNICA, sea hecho por el libro organizado por los Profesores Ricardo Ceccim, Alcindo Antônio Ferla y Alexandre Ramos-Florêncio con la temática de la Educación permanente en salud. También por la indicación de los ingenieros de la serie para prefaciarse ese libro.

Evalúamos que el libro dialoga muy bien con la idea central de la Serie Editorial, de compartir pensamientos, ideas e iniciativas que fortalezcan la salud y la educación en salud, produciendo una red de personas e instituciones que desborda fronteras. La Serie Editorial nace con la idea de constituir la “***Red Internacional de Enseñanza e Investigación sobre Educación y Trabajo en Sistemas y Servicios de Salud (RED SALUD UNICA)***”, involucrando a la Universidad Católica Redemptoris Mater, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Associação Rede Unida, sobre todo el núcleo centroamericano de la Red, así como un enorme conjunto de puntos de conexión en varios países y continentes. La Red pretende apoyar y generar iniciativas de desarrollo del trabajo, formación de trabajadores, educación en la salud, análisis comparado de sistemas, servicios y redes y tantas ideas e iniciativas que puedan dar fuerza a sistemas universales de salud, a la integralidad en la salud, a la emancipación de los pueblos y a nuevos patrones de civilidad necesarios para la transición del ciclo que nos encontramos. Así como ya lo hacemos en los Cursos de Maestría y Doctorado en Salud Pública desarrollados de forma colaborativa en la UNICA.

La Serie Editorial, así como la Red Internacional y la acción de las instituciones, adopta el concepto de articulaciones *entre-locales*, o “G-locales” (Nicoli, 2021), para apuntar iniciativas solidarias de compartir

saberes y hacer en el campo ampliado de la salud, considerando el conjunto de sus múltiples y móviles determinaciones. Abdica de la jerarquía de los saberes y de la dimensión institucional de poder, tomando con intensidad la idea de la *potencia*. Por lo tanto, resulta relevante producir encuentros de ideas y debates que activen la potencia de pensamientos e iniciativas capaces de desplazar hacia nuevos platós la producción de salud, como la de la educación, en cada territorio. No hay obligatoriedad de que los participantes lleven consigo representaciones institucionales o de títulos académicos como criterio de participación (la adhesión se da por el deseo de producir encuentros), la institucionalidad es débil (no se trata de subordinar las iniciativas a los protocolos formales de cooperación internacional), el compromiso es que la cooperación sea solidaria y productiva (además de huir de la lógica capitalista que hace del conocimiento un producto comercial, tenemos la decisión de que el ejercicio de la cooperación también genere conocimientos válidos y oportunos); en fin, se trata de una estética de cooperación con solidaridad intensiva y compromiso ético con la emancipación del pensamiento y la producción de más salud que las que hemos convivido hasta ahora en los sistemas de salud oficiales.

Hay otra idea que explicita el concepto de “entre-local”, conforme nos inspiró la producción de la Profa. Maria Augusta Nicoli (2021). La expresión “entre” nos advierte que lo que separa una experiencia territorial de otra no es una delgada membrana que puede ser rápidamente rota y superada. En las cooperaciones tradicionales, protocolos y normas formales determinan los flujos para “levantar” los efectos de las formalidades y desencadenar cooperaciones. Asumiendo la idea de que hay un territorio en el “entre” que necesita crear caminos de aproximación, la cooperación requiere producir caminos, inventar conexiones y activar, ella misma, el deseo de cooperar. Nuestra cultura vigente sobre relaciones internacionales naturaliza separaciones y distancias, una vez que está marcada en la idea de identidades nacionales y nuestro cotidiano contemporáneo, sea por los intensos flujos migratorios de personas, sea por la facilidad con que enfermedades y vectores recorren largas distancias, sin contar en la facilidad con que los intereses del globalismo económico y financiero invaden lugares distintos para colonizarlos y extraer de ellos ingresos. Aquí, el recorrido se construye al caminar.

Por ese motivo es tan propicio que esa etapa de la cooperación representada por el lanzamiento de la Serie Editorial *Salud & Centroamerica* se haga con el libro que agrega producciones brasileñas en los últimos años sobre la educación permanente en salud. Son textos seleccionados, muchos de los cuales ya publicados en portugués, que, al mismo tiempo, registran la historia y el recorrido del pensamiento

de ese encuentro entre la educación y el trabajo en salud y presentan conceptos y teorías que pueden inspirar una comprensión más intensa del recorrido realizado en Brasil y el uso de ese patrimonio para pensar sobre problemas e iniciativas que afectan a los países de América Central, así como prácticas que involucran a personas de habla española.

Los textos fueron elegidos por los organizadores, que son autoridades intelectuales en el campo de la educación en salud en Brasil y en otros países con los cuales realizan acciones en asociación, y traducidos, siendo que su traducción fue adaptada en términos lingüísticos y con el añadido de algunas notas de traducción ([NT]) para la contextualización. No creemos que una experiencia pueda aplicarse en un contexto distinto al que se ha desarrollada, metodología que caracteriza más al colonialismo cultural que a la cooperación. Pero, siendo la experiencia comprendida en su contexto, lo que emerge de ella son tecnologías (conocimientos, metodologías, conceptos) que pueden transversalizar, en el sentido de apoyar el pensamiento y la práctica de las personas involucradas. Activar el pensamiento mediante la transversalización de conceptos, teorías y prácticas, con el objetivo de cambiar los contextos, es la definición más precisa de la función social de la universidad y por lo tanto cerramos el ciclo de la cooperación.

Es importante señalar que el concepto sistematizado en el recorrido brasileño de la educación permanente en salud no es igual al disponible en la literatura internacional. En la iniciativa del Sistema Único de Salud (SUS), la educación permanente en salud no trata centralmente de acciones de reconocimiento (la “actualización” de los trabajadores en los “nuevos” conceptos, teorías y protocolos, que sigue utilizando el concepto de “educación continuada” o “formación continuada”). Se trata de gestión del conocimiento producido y necesario en el cotidiano del trabajo, donde los agentes del trabajo no son solo “consumidores” de lo que se sistematiza en la academia o en los laboratorios especializados externos al contexto real del trabajo, sino que son agentes activos en la producción en el/por el trabajo y/o en la necesidad de hacer conexiones entre el cotidiano del trabajo y nuevos conocimientos y prácticas.

Hay aquí una comprensión más constructivista del aprendizaje, el reconocimiento de la complejidad del trabajo y de su capacidad de enseñar, la actualización de la condición multiprofesional para los equipos en el trabajo en salud y de la interdisciplinaridad como atributo necesario del conocimiento para hacer frente a la complejidad de los hacer. Estas dimensiones, hacen que la educación permanente en salud adquiera una potencia de desarrollar el trabajo en el interior de los sistemas y servicios de salud, ampliando la eficacia y singularizando las respuestas, rompiendo con la idea del trabajador como “recurso humano” del trabajo.

Bien, la lectura de los textos permitirá hacer aún más precisas esas ideas. Aquí, por último, solo interesa hacer una analogía: la cooperación pretendida con la creación de la Serie Editorial y la Rede es tomada por la idea de ser una cooperación “en condición” de educación permanente, o sea, como aprendizaje significativo en la medida en que se va realizando.

Por eso, deseamos a las personas que llegaron hasta aquí en la lectura de este prólogo, que hagan un buen uso de los demás, dejándose instigar por la posibilidad de interactuar con ellos, produciendo otros y, si es el caso, tomando ideas y tecnologías para hacer interactuar con el cotidiano del trabajo.

Referencias

- Ferla, A. A. (2021). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, 5(2), 2021. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/issue/archive>
- Nicoli, M. A. (2020). Ci serve tempo! In: Dias, Miriam Thaís Guterres et al. (Org.). **Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 11-14. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/project/quando-o-ensino-da-saude-percorre-territorios-dez-anos-da-coordenadoria-de-saude/>

El cuadrilátero de la educación en la salud: formación, gestión, atención y participación¹

Ricardo Burg Ceccim
Laura C. M. Feuerwerker

Introducción

Este ensayo pretende situar la formación de profesionales de la salud como un proyecto educativo que extrapola la formación en el dominio técnico-científico de las profesiones y se extiende a los aspectos estructurantes de relaciones y prácticas en todos los componentes de interés o pertinencia social que contribuyan a la elevación de la calidad de la salud de la población, tanto en el tratamiento de los aspectos epidemiológicos del proceso salud-enfermedad, como en los aspectos organizativos de la gestión y estructuración sectorial de la atención en salud. A partir del desafío de la gestión pública en el sector de la salud, de ordenar las políticas de formación, tal como está previsto en la Constitución Nacional de Brasil, el texto registra un movimiento analítico sobre una práctica en experimentación.

La práctica experimental a la que se hace referencia aquí es la formulación de una política pública presentada por el Ministerio de Salud para la formación de profesionales, basada en los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS) y propuesta para implementar procesos capaces de impactar en la enseñanza, gestión sectorial, prácticas de cuidado y control social en salud².

La formación de los profesionales de la salud ha permanecido ajena a la organización de la gestión sectorial y al debate crítico sobre la estructuración de los sistemas de atención, mostrándose absolutamente impermeable al control social sobre el sector, que es la base del modelo oficial de salud brasileño. Las instituciones de formación han perpetuado modelos esencialmente conservadores, centrados en dispositivos y sistemas y tecnologías orgánicas altamente especializados, dependientes de procedimientos y equipos de apoyo diagnóstico y terapéutico (Feuerwerker, 2002; Feuerwerker, Llanos y Almeida, 1999).

Merhy (1997, pp. 71-72) afirma que precisamente la forma en que se estructuran y gestionan los procesos de trabajo constituye “uno de los grandes nodos críticos” de las propuestas que apuestan por

1 Publicado originalmente em português en la revista Physis (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

2 [NT] En el sistema de salud brasileño, “control social en salud” es la organización participativa de la sociedad que se ejerce sobre el sistema de salud.

cambiar el *modelo tecnoasistencial*³ en salud en Brasil, “que ha mostrado un compromiso con muchos tipos de intereses, excepto por la salud de los ciudadanos”. Una de las características que le da singularidad histórica e internacional al SUS es que, en Brasil, la participación popular no tiene como objetivo evaluar el grado de satisfacción con la atención, para la cooperación o extensión comunitaria, para la organización de programas de educación en salud o de asesoramiento. En Brasil, la población tiene un asiento en los más altos niveles de decisión en salud, por lo que el nombre de “control social” fue dado a la participación de la sociedad en el SUS (Côrtes, 1996a; 1996b). El control social, en el sistema de salud brasileño, significa el derecho y el deber de la sociedad de participar en el debate y decisión sobre la formulación, ejecución y evaluación de la política nacional de salud.

Campos (2003, p. 9) afirma que el trabajo de los equipos y organizaciones de salud “debe apoyar a los usuarios para que amplíen su capacidad de pensar en un contexto social y cultural”. Para el autor, “esto podría hacerse tanto durante las prácticas clínicas como de salud pública”. Lo que defiende Campos es que “habría que repensar modelos de atención que refuercen la educación para la salud, con el objetivo de ampliar la autonomía y la capacidad de intervención de las personas en su propia vida”.

La práctica en experimentación, sometida aquí al ensayo textual, acoge como exigencia política un sistema de gestión que, al mismo tiempo, ofrezca propuestas para la transformación de las prácticas profesionales, a partir de la reflexión crítica sobre el trabajo en salud y la experimentación de la alteridad con la usuarios. Así, permite que las relaciones cotidianas de la organización de la gestión sectorial y de la estructuración de la atención en salud sean incorporadas al aprendizaje ya la enseñanza, formando profesionales para el área de la salud, pero formando para el SUS.

La formación no puede tomar como referencia únicamente la búsqueda eficiente de evidencias para el diagnóstico, atención, tratamiento, pronóstico, etiología y profilaxis de enfermedades y padecimientos. Debe buscar desarrollar condiciones para atender las necesidades de salud de las personas y poblaciones, la gestión sectorial y el control social en salud, redimensionando el desarrollo de la autonomía de las personas a la condición de incidir en la formulación de políticas de atención.

La actualización técnico-científica es sólo un aspecto de la calificación de las prácticas y no su eje central. La formación abarca aspectos de producción de subjetividad, producción de habilidades técnicas y de

3 [NT] Modelo tecnoasistencial es un concepto que hace referencia a la organización del trabajo dentro de los sistemas y servicios sanitarios y no sólo a los estándares de infraestructura de los servicios, como tradicionalmente se ha utilizado en la sanidad pública con la expresión modelos técnicos asistenciales. La expresión “tecno” es aquí la abreviatura de tecnologías y no de técnicas, como en el segundo ejemplo. La expresión tiene su origen en la producción de Emerson Merhy (1997) sobre los aspectos micropolíticos del trabajo.

pensamiento y conocimiento adecuado del SUS. La formación en el área de la salud debe tener como objetivos la transformación de las prácticas profesionales y de la propia organización del trabajo, y estructurarse a partir de la problematización del proceso de trabajo y su capacidad para acoger y cuidar las diversas dimensiones y necesidades de la salud: de personas, colectivos y poblaciones.

Críticas a la formación para la salud que hemos hecho en Brasil

En Brasil, el sector salud pública viene atravesando un importante proceso de reforma, concomitante a la reforma del Estado, liderado por importantes segmentos sociales y políticos, cuya acción es fundamental para la continuidad y avance del movimiento por la Reforma Sanitaria, así como para la implementación del SUS. Por eso, las diversas instancias del SUS deben desempeñar un papel inductor en el sentido del cambio, tanto en el campo de las prácticas de salud como en el campo de la formación profesional.

En el sector educativo, sin embargo, se revela necesario y urgente un movimiento social similar por una Reforma Educativa⁴ que exprese la satisfacción de los intereses públicos en el cumplimiento de las responsabilidades de formación académico-científica, ética y humanística para el desempeño tecno-profesional. También debe expresar la producción de conocimiento y la promoción de los avances en los campos científico, tecnológico y cultural y la prestación de servicios, en especial la cooperación y el asesoramiento técnico, el respaldo y evaluación tecnológica y la documentación y difusión del conocimiento producido en los servicios, movimientos sociales y en las prácticas populares.

El SUS ha asumido un papel activo en la reorientación de estrategias y formas de cuidar, tratar y monitorear la salud individual y colectiva. Ha sido capaz de provocar importantes repercusiones en las estrategias y formas de enseñar y aprender sin, sin embargo, haber formulado un fuerte poder a las formas de hacer la formación. En resumen, intervinieron factores críticos, pues se reveló la necesidad de reconvertir profesionales para actuar en el SUS. ¿Dónde fueron entrenados para actuar?

De hecho, muchas iniciativas del sector propiciaron el desarrollo de cierto pensamiento crítico y estimularon el fortalecimiento del movimiento por cambios en el proceso de formación. Programas como los de Interiorización del Trabajo en Salud (Pits), Incentivo a Cambios Curriculares en Carreras de Medicina (Promed), Formación y Capacitación en Salud de la Familia, Profesionalización de Trabajadores de Enfermería (Profae), Perfeccionamiento o Especialización de Equipos Directivos, Formación de Consejeros en Salud,

4 Este es el caso de la reforma universitaria.

entre otros, caminaron en esa dirección y posibilitaron la movilización de personas e instituciones, en el sentido de una aproximación entre las instituciones de formación y las acciones y servicios del SUS.

Luego de una secuencia de rondas de evaluación, realizadas de febrero a julio de 2003, con coordinadores, gestores municipales y estatales y profesores universitarios, se puede afirmar que todas estas iniciativas fueron muy tímidas en su capacidad para promover cambios en las prácticas dominantes en el sistema de salud. Limitados a introducir cambios puntuales en los modelos hegemónicos de formación y atención en salud, mantuvieron la lógica programática de las acciones y no lograron interpelar a los diferentes actores a una postura de cambio y problematización de sus propias prácticas. Como se presentan de forma fragmentada o fragmentaria y corresponden a lineamientos conceptuales heterogéneos, las capacidades de impacto de las acciones del SUS en educación han sido muy limitadas, en el sentido de alimentar los procesos de cambio en las instituciones formadoras, y nulas al presentar la formación como una política de SUS: poder de interponer lógicas, directrices y modos de hacer organizados, coherentes y desafiantes.

Tomando una idea de Deleuze (1992, p. 7), podríamos decir que la formación como política del SUS podría inscribirse como una “micro potencia” innovadora de pensar la formación, agencia de posibilidades de cambio en el trabajo y la formación de los profesionales de la salud e invención de modos de la producción de actos de salud en la vida cotidiana.

Una propuesta de acción estratégica para transformar la organización de los servicios y los procesos de formación, las prácticas en salud y las prácticas pedagógicas implicaría un trabajo articulado entre el sistema de salud (en sus diversos ámbitos de gestión) y las instituciones formadoras. Destacar la formación en el área de la salud como construcción de la educación en servicio/educación en salud permanente: agregación entre desarrollo individual e institucional, entre servicios y gestión sectorial, y entre atención en salud y control social.

La necesaria aproximación entre la construcción de la gestión descentralizada del SUS, el desarrollo de la atención integral como acogida y responsabilidad del conjunto integrado del sistema de salud y el fortalecimiento de la participación popular con características de formulación de políticas deliberativas sobre el sector –características fundantes de una educación en el servicio– han sido relegados al estatus de un producto secundario cuando cuestionamos la relación entre la formación de profesionales y el trabajo en el SUS.

De un producto secundario, la implementación de las directrices constitucionales del SUS debe convertirse en un objetivo central y la educación en servicio debe adquirir el estatus de política pública gubernamental. Por otro lado, las instituciones educativas, mediadas por el Estado, deben demostrar la

pertinencia pública de su proyecto político-pedagógico y los significados que otorgan a la producción de conocimientos y a la prestación de servicios y, así, permitir el juicio, por parte de la sociedad, del cumplimiento de sus funciones públicas, equiparándolas al SUS al reconocer el derecho de la sociedad a controlar la gestión pública de la educación.

Introducción de la formación en salud como política pública de control social

El papel de verificar la realidad y producir sentido, en el caso de la salud, pertenece tanto al SUS como a las instituciones que forman sus profesiones. Corresponde al SUS y a las instituciones formadoras recolectar, sistematizar, analizar e interpretar permanentemente informaciones de la realidad, problematizar las organizaciones del trabajo y de la salud y de la enseñanza, y construir significados y prácticas con orientación social, a través de la participación activa de los gestores, formadores, usuarios y estudiantes del sector.

En una publicación anterior, Ceccim (Ceccim & Bilibio, 2002) afirmó que, en la formación que venimos haciendo en Brasil presentada como aprendizaje significativo, encontramos un registro de la relevancia de la integración enseñanza-servicio. Pero prácticamente no hay constancia de la pertinencia y necesidad de integración entre la docencia / servicio / gestión / control social y la articulación con el movimiento estudiantil de pregrado en las profesiones de la salud. Afirmó también que las experiencias integradas entre gestores, formadores, usuarios y estudiantes todavía pueden caracterizarse como innovadoras, con el objetivo de cualificar la formación de los trabajadores para las necesidades reales de salud. La experiencia acumulada de cambio en la formación, dentro y fuera del país, se centra en la triada institución de enseñanza / instituciones de servicio / asociaciones científico-profesionales, o en la triada enseñanza / servicio / comunidad (Feuerwerker, 2002, pp. 280-285; Ceccim & Bilibio, 2002, p. 347).

En esa publicación, como ahora, se destaca que el componente de servicio no puede restringirse a la noción de prácticas de cuidado. Debe revelar una estructura de conducción de políticas, gestión del sistema y organización del conocimiento del sector. De la misma forma, la atención no puede informar solamente el dominio de las habilidades en fisiopatología o la búsqueda de evidencias, recayendo en la alteridad con los usuarios de las acciones y servicios de salud y la producción de significados en los actos de cuidar, tratar y acompañar, sean problemas de salud, ser la promoción de una mejor calidad de vida.

En la misma publicación, se proponía el componente comunitario como algo diferente a la interacción con la población, al introducir la noción de pertinencia y responsabilidad social de la educación: la formación

como derecho social y deber del Estado. La formación tecnoprofesional, la producción de conocimiento y la prestación de servicios por parte de las instituciones formadoras sólo tienen sentido cuando tienen relevancia social. La educación en salud conserva el mandato público de formar de acuerdo con las necesidades sociosanitarias de la población y del sistema de salud, y debe estar abierta a la interferencia de los sistemas de evaluación, regulación pública y estrategias de cambio.

Finalmente, en el componente docente, además del reconocimiento de los directores y profesores como actores de las instituciones de formación, se destaca la articulación con el movimiento estudiantil, como actor político diferente a las instituciones de formación. Debe fomentarse su protagonismo como movimiento político para la construcción de innovaciones en la enseñanza y sentido en los servicios de salud. De esa reflexión, en 2003, nació el concepto del cuadrilátero formativo: enseñanza / gestión / cuidado / control social. La calidad de la formación viene a resultar de la apreciación de criterios de pertinencia para el desarrollo tecnoprofesional, el ordenamiento de la red de atención y la alteridad con los usuarios.

¿Por qué es tan importante esta noción de cuadrilátero para la política de formación? Cada vértice libera y controla flujos específicos, tiene interlocutores específicos y configura espacios-tiempos con diferentes motivaciones. Entonces, al disputar una valoración crítica de la formación que hacemos y una formación con vigor político para un proceso de cambios en la realidad, nos encontramos ante la necesidad de activar unos procesos y controlar otros. Formar siempre ha sido muy diferente a informar, pero parece que caemos fácilmente en esta trampa. ¿Cómo formar sin poner en análisis el ordenamiento de las realidades? ¿Cómo formar sin analizar los vectores que obligan al diseño de realidades? ¿Cómo formar sin activar vectores de poder contrarios a los que preservan una determinada realidad que queremos modificar?

Cada rostro contiene un llamado pedagógico, una imagen del futuro, una lucha política y una red de conexiones. Cada intersección resulta en caminos formativos puestos en acción. Merhy (1994) se da cuenta de ello cuando afirma que la búsqueda de la calidad en los servicios de salud es aprovechar el ruido de la rutina diaria de los servicios y reorganizar colectivamente el proceso de trabajo. Para Merhy (1997), no se puede admitir ni proponer la captura del trabajo en salud por la lógica de saberes y prácticas expresadas en equipos y técnicas estructuradas. Podemos decir que el objeto de la salud no es objetivable, que no puede ser cosificado. Para Merhy, las tecnologías de acción en salud más estratégicas configuran procesos de intervención en acción, tecnologías de relación operativa. El trabajo en salud promueve procesos de subjetivación, va más allá de prácticas y saberes tecnológicos estructurados.

Aspectos de la interinstitucionalidad e intrainstitucionalidad en la “Ordenación de la Formación” para el área de la salud

Elegir una perspectiva de análisis que pone en el centro las responsabilidades institucionales con la calidad de los servicios bajo control social permite proponer que las instituciones educativas no pueden existir independientemente de la regulación pública y de la dirección política del SUS. Este sistema está constitucionalmente comprometido con la ordenación de la formación y está sujeto al control social. Por lo tanto, el ordenamiento jurídico no puede informar actos normativos de carácter formalista, administrativo o de distribución de vacantes o ritos burocráticos de autorización de apertura de cursos.

Las instituciones de formación deben proporcionar medios adecuados para la formación de profesionales necesarios para el desarrollo del SUS y su mejor logro, lo suficientemente permeables al control de la sociedad en el sector, para que expresen calidad y pertinencia social en consonancia con los valores de implementación de la reforma sanitaria brasileña.

El control social en salud tiene dos dispositivos importantes para orientar los sentidos de la formación. Previstos en una ley específica sobre la participación activa de la sociedad en la dirección del sector, estos dispositivos son los consejos de salud –órganos permanentes– y las conferencias de salud –convocadas a intervalos de cuatro años (Côrtes, 2002). Los consejos se han configurado desde el ámbito nacional (Consejo Nacional de Salud) hasta el ámbito de los servicios (Consejos de Gestión de Unidad/Programa), pasando por regionales, micro y macroregionales, locales, distritales, municipales, estatales, etc.

El control social no se opone a la autonomía de las instituciones formadores, ya que esta autonomía no puede implicar la independencia de las políticas públicas y la regulación estatal, ni la liberación de la responsabilidad por la forma en que responden a los intereses públicos y al quehacer social de formar a las nuevas generaciones de profesionales. La llamada autonomía no es soberanía institucional⁵. Siendo la formación una tarea socialmente necesaria, debe guardar compromisos ético-políticos con la sociedad. Portadora de futuro, la formación no puede estar ligada a los valores tradicionales, sino al movimiento de transformaciones de la sociedad, y ser capaz de escuchar con sofisticación los valores cambiantes. En este sentido, la autonomía debe buscar siempre la satisfacción de los intereses colectivos y la construcción de la novedad en saberes y prácticas.

⁵ En el tema de la autonomía universitaria en Brasil, vale recordar que, durante los años de la dictadura, el movimiento estudiantil disputó fuertemente la autonomía, entendiéndola como la preservación de la libertad de pensamiento en la producción de conocimiento y formación de nuevas generaciones profesionales. De lo que se trataba era de preservar la escucha de la sociedad, sus necesidades y cambios en la cultura; nunca la independencia y desapego de la sociedad y sus foros democráticos de formulación y participación directa; en ningún caso la disociación con las luchas y causas sociales.

Para el área de la salud, sin embargo, la formación no sólo genera profesionales que puedan ser absorbidos por los puestos de trabajo del sector. El trabajo en salud es un trabajo de escucha, en el que la interacción entre los profesionales de la salud y los usuarios es determinante de la calidad de la respuesta asistencial. La incorporación de novedad tecnológica es urgente y constante, y los nuevos procesos de toma de decisiones repercuten en la concreción de la responsabilidad tecnocientífica, social y ética del cuidado, tratamiento o seguimiento en salud. El área de la salud requiere educación permanente.

La educación permanente parte del supuesto del aprendizaje significativo (que promueve y produce significados) y propone que la transformación de las prácticas profesionales debe basarse en la reflexión crítica sobre las prácticas reales de los verdaderos profesionales en acción en la red de servicios (Haddad; Roschke; Davini, 1994). Por lo tanto, los procesos de calificación del personal de salud deben estructurarse a partir de la problematización de su proceso de trabajo. Su objetivo debe ser la transformación de las prácticas profesionales y la propia organización del trabajo, tomando como referencia las necesidades de salud de las personas y poblaciones, la gestión sectorial y el control social en salud.

Para Haddad, Roschke y Davini (1994), considerando los textos organizados en la colección sobre educación permanente en salud, que ellos mismos asumieron al proponer tal concepción y desafío de la gestión estratégica sectorial para la Organización Panamericana de la Salud, la formación profesional requiere continuidad. Sin embargo, mientras la educación permanente acepta la acumulación sistemática de información y el escenario de las prácticas como territorio de aplicación de la teoría, la educación permanente entiende que el escenario de las prácticas informa y recrea la teoría necesaria, recreando la práctica misma.

Una formación, de este modo, implica cambiar las estrategias de organización y el ejercicio de la atención, que se problematizan en la práctica concreta de los profesionales en el campo y del personal directivo. Las demandas de formación en servicio no se definen sólo a partir de un listado de necesidades de actualización individual, ni de los lineamientos de los niveles centrales, sino fundamentalmente de los problemas de organización del trabajo, considerando la necesidad de brindar una atención pertinente y de calidad, con integralidad y humanización, considerando también la necesidad de realizar acciones, servicios y sistemas con producción en red y solidaridad intersectorial. Es a partir del cuestionamiento del proceso y de la calidad del trabajo –en cada servicio de salud– que se identifican las necesidades de calificación, asegurando la aplicabilidad y pertinencia de los contenidos y tecnologías establecidas.

La lógica de la educación permanente es descentralizadora, ascendente y transdisciplinaria. Este enfoque puede proporcionar: democratización institucional; el desarrollo de la capacidad de aprendizaje, la capacidad de enseñanza y el afrontamiento creativo de situaciones de salud; trabajar en equipos matriciales y mejorar permanentemente la calidad de la atención en salud, así como constituir prácticas técnicas críticas, éticas y humanísticas.

De esta forma, la transformación de la formación y gestión del trabajo en salud no puede ser considerada simplemente como cuestión técnica, ya que involucra cambios en las relaciones, procesos, actos de salud y, principalmente, en las personas. Son cuestiones tecnopolíticas e implican la articulación de acciones dentro y fuera de las instituciones de salud, con el fin de ampliar la calidad de la gestión, mejorar la atención integral, dominar el concepto ampliado de salud y fortalecer el control social en el sistema.

La ordenación de la formación para el área de la salud como política pública afirma la perspectiva de construir espacios locales, microregionales y regionales con capacidad para desarrollar la formación de equipos de salud, agentes sociales y socios intersectoriales para una salud de mejor calidad.

En todos estos ámbitos se deben trabajar los elementos que le dan a la “integralidad de la atención en salud” (directriz constitucional) un fuerte impacto en la atención de la salud. Estos son fundamentales para superar los límites de la formación y las prácticas tradicionales de salud: acogida, vínculo, responsabilidad de los profesionales frente a los problemas de salud bajo su cuidado, desarrollo de la autonomía de los usuarios y resolución del cuidado (Merhy & Onocko, 1997; Cecílio, 1994). La atención integral implica la comprensión de la noción de expansión clínica, el conocimiento de la realidad, el trabajo en equipo multidisciplinario y transdisciplinario y la acción intersectorial. La noción de humanización (Kunkel, 2002) completa la integralidad del cuidado, recuperando, para la producción del saber y configuración de la formación, la reconciliación entre el saber científico y las humanidades, entre la ciencia de la salud y el arte de la alteridad.

Serres (1993, p. IX)⁶ se pregunta: “cómo es que las ciencias humanas o sociales nunca hablan del mundo, como si los grupos quedaran en el vacío (...). ¿Cómo las llamadas ciencias duras dejan de lado a los hombres?”. El autor quiere que nos preguntemos: “¿cómo nuestros principales saberes perpetúan la hemiplejía?”. Afirma que habrá que hacer que el conocimiento aprenda a “andar con los dos pies, a usar las dos manos”. Para Serres, este mestizaje designa cuerpos completos, aunque horroriza “a los filósofos de la pureza”. Como dos poblaciones, por un lado, las ciencias sociales o naturales, de donde proviene la salud, y, por otro,

6 Serres hace referencia a su obra anterior, *Eclaircissements* (1992).

las humanidades, de donde proviene el arte, la alteridad, las sensibilidades y los afectos. El cuidado de la salud requiere a la vez de conciliación, de una pedagogía mestiza (Ferla, 2002).

Para lograr una atención integral a la salud, con base en las necesidades sociosanitarias, la atención primaria juega un papel estratégico en la dinámica de funcionamiento del SUS, ya que establece relaciones continuas con la población. En todas sus modalidades de funcionamiento, la atención primaria debe buscar la atención integral y de calidad, la resolución y el fortalecimiento de la autonomía de las personas en el cuidado de la salud, estableciendo una articulación orgánica con toda la red de servicios. Esto, sin embargo, necesita incorporar la noción de Atención Integral a la Salud⁷, entendiendo la red de acciones y servicios como una “cadena progresiva de atención a la salud” (Cecílio, 1997), donde no existe dicotomía entre las diferentes áreas de la red única del SUS. La educación en servicio es una propuesta adecuada para trabajar en la construcción de esta forma de operar el sistema, en tanto permite articular la gestión, el cuidado, la enseñanza y el control social frente a los problemas concretos de cada equipo de salud en su territorio geopolítico de actuación.

La educación permanente en salud interpone, en este aspecto, la reflexión crítica de las prácticas de cuidado y gestión. Se puede/debe hacer una educación aplicada al trabajo (formación tradicional), pero también una educación que piense en el trabajo y una educación que piense en la producción del mundo. En ambos casos, se pueden/deben insertar flujos a la reflexión crítica.

Si la responsabilidad de los servicios de salud en el proceso de transformación de las prácticas profesionales y de las estrategias de organización del cuidado de la salud conduce al desarrollo de la propuesta de educación en servicio, como recurso estratégico para la gestión del trabajo y la educación en salud, no se intentará organizar un menú de cursos específicos o paquetes programáticos, pero siempre organizando el

7 Proponemos la Atención Integral a la Salud como una noción para la aceptación activa de las historias de vida, familiares y culturales en la conformación de las necesidades de salud y en la configuración de los estados únicos de enfermedad de cada persona para toda la red de servicios y no sólo en la atención primaria. cuidado Implica que todo el sistema de salud sea capaz de acoger (respetar, valorar y comprender) y responsabilizarse (responder en cierta medida con calidad y garantizar la protección de la salud) de las necesidades de los usuarios y no sólo de diagnosticar y tratar según las normas técnicas. definida por profesionales y servicios, como en una jerarquía de problemas anatomoclínicos y/o fisiopatológicos. La noción o imagen de una cadena de cuidados progresivos. Por lo tanto, la atención a la salud propone la garantía del acceso a todas las tecnologías disponibles para enfrentar las enfermedades y prolongar la vida, considerando el sistema de salud desde la atención primaria hasta el hospital universitario y la articulación entre todas las acciones y servicios. La población nunca fluye de forma organizada entre los servicios, y la formalización de la referencia y la contrarreferencia nunca está en consonancia con la realidad de las personas y los servicios. No hay razón para idealizar estas condiciones y negar sistemáticamente la realidad, las creencias y los valores, imponiendo flujos obligatorios y culpabilizando siempre a los demás espacios por la insuficiencia de la atención a la salud en cada ámbito de atención. Lo que generalmente se observa en las propuestas de una jerarquía de complejidad creciente es una postura prescriptivista y un racionalismo funcionalista, como si la comprensión del sistema de salud fuera la misma para todas las personas y los patrones de enfermedad fueran los mismos. En todos los ámbitos de las actuaciones y servicios de salud, se debe preocupar por la necesidad de proporcionar la información y los conocimientos suficientes para que las personas puedan alcanzar la máxima autonomía en su propio cuidado y en la relación con los profesionales y los servicios de salud. También deben tener acceso a todas las tecnologías en salud - atención progresiva de una tecnología a otra, pero en cadena de atención, no en una red de referencia en la que cada profesional o servicio que remite no se responsabiliza, acusa a otras áreas o se considera exento de responsabilidad. escuchando a la persona. La participación de los usuarios, y no el racionalismo burocrático, debe tener poder disciplinario sobre los diversos diseños organizacionales de atención y sobre las condiciones estructurantes del sistema.

proceso de formación y educación permanente en salud. Muchas veces, los cursos necesarios para el personal de servicio lo son aún más para el personal docente para instalar la sustentabilidad pedagógica localregional, buscando fortalecer y llevar a la educación superior y profesional los valores éticos, técnicos, humanísticos y organizacionales aquí mencionados.

La interinstitucionalidad y la localregionalización expresan la diversidad de actores sociales involucrados en el proceso de formación permanente, ya sea como gestores, profesionales en formación, trabajadores, usuarios de acciones y servicios de salud o estudiantes. A partir de ellos se pueden definir las necesidades de aprendizaje de cada equipo, servicio y ámbito de gestión.

La multiplicidad de intereses y puntos de vista existentes en los territorios localregionales también deja clara la necesidad de negociación y concertación política en este proceso de establecimiento de lineamientos concretos para la educación permanente en salud. El núcleo de la política de formación para el área de la salud lo constituye la propia población. Deben ser atendidas sus necesidades de salud e incluso de educación para la gestión social de las políticas públicas de salud, promoviendo el desarrollo de la autonomía frente a las acciones, servicios y profesionales de la salud. Para identificar los efectos de las acciones desarrolladas, se deben prever mecanismos de evaluación de los procesos de educación permanente en salud, así como mecanismos de seguimiento que permitan ordenar y/o reordenar cada articulación interinstitucional en la política de formación del área de salud. La evaluación, según Silva y Brandão (2003), tiene la capacidad de forjar nuevas organizaciones y realidades a partir de la realidad evaluada, colocando los programas en evaluación en un proceso de generación de conocimiento y prácticas.

La evaluación y el seguimiento deben considerar como condición relevante la territorialización política y social de las necesidades de salud, a fin de permitir la compatibilidad de la formación con las intervenciones epidemiológicas, demográficas y culturales necesarias en cada población territorializada. Al elegir las necesidades de salud y la cadena progresiva de atención a la salud como factores de exposición para el aprendizaje y para el proceso de formación permanente, los diversos actores en formación deben desarrollar nuevas propuestas pedagógicas que sean capaces de mediar en la construcción de saberes y perfiles subjetivos, en esta perspectiva.

Se necesitarán nuevos mecanismos de planificación y gestión para que los servicios puedan ser espacios de aprendizaje. Debe prestarse especial atención a la formulación de nuevos pactos de trabajo, capaces de absorber las demandas de atención a las personas y poblaciones, la enseñanza y la producción de conocimiento en los espacios locales y en toda la red de atención a la salud. Desde la perspectiva de la

educación permanente y la trascendencia de los procesos de formación para las necesidades sociosanitarias, la atención integral y la red de atención, se hace necesario que las instituciones formadoras también realicen importantes iniciativas innovadoras en el área de la planificación y gestión educativa.

Las articulaciones interinstitucionales necesitan ser proporcionadas y apoyadas por el SUS, para que la educación permanente en salud constituya espacios de planificación, gestión y mediación. Y también para que los lineamientos políticos para la ordenación de la formación en el área de la salud se materialicen de forma agregada y con direccionalidad para el interés público, en sintonía con las peculiaridades locales y regionales.

El conjunto de actores involucrados constituirá un interlocutor permanente en los diálogos necesarios para la construcción de propuestas y correcciones de rumbo si se organizan dispositivos de gestión y control social. En la experiencia brasileña, presentada por el Ministerio de Salud, estos pasaron a ser designados, en 2003, como Polos de Educación Permanente en Salud (Normativa Federal n° 198/2004).

Implementación operativa del cuadrilátero de formación: Educación Permanente en Salud como Política Pública Nacional

De acuerdo con la Norma Básica Operativa de Recursos Humanos del Sistema Único de Salud (NOB/RH-SUS), la calidad de la atención en salud está relacionada con la formación de personal específico, que posea dominio de ambas tecnologías para el cuidado individual de la salud, así como para la salud colectiva. Según este documento, como resultado de la acción directa del Consejo Nacional de Salud⁸ en la formulación de una propuesta de política para el área, nuevos enfoques teóricos y tecnológicos en el campo de la salud comenzaron a demandar nuevos perfiles profesionales. Por lo tanto, se ha vuelto esencial y obligatorio el compromiso de las instituciones educativas de todos los niveles, desde la enseñanza básica, con el SUS y con el proyecto de asistencia técnica definido en las Leyes n. 8.080/90 y 8.142/90.

Para el NOB/RH-SUS, la formulación de directrices curriculares debe contemplar: las prioridades expresadas por el perfil epidemiológico y demográfico de las diversas regiones del país; la implementación de una política de formación docente orientada al SUS; la formación de gestores capaces de romper con

⁸ NOB/RH-SUS es un documento de referencia para informar la acción normativa del SUS. Pertenece a la deliberación del Consejo Nacional de Salud y recomienda a la Comisión Intergestores Tripartita (NT: gestor federal, gestores de los estados de la Unión y gestores municipales) la elaboración de una Norma Operativa Básica de carácter nacional para la gestión del trabajo y la educación en el SUS, así como la remisión de esta carta de principios y lineamientos a las Comisiones Intergestores Bipartitas, para su adecuación a las realidades estatales y regionales. La elaboración de este instrumento fue una decisión del Consejo Nacional de Salud, resultante de los debates y resoluciones de la X Conferencia Nacional de Salud, también para el área de recursos humanos, y propuso instrumentos normativos capaces de orientar la gestión del sistema de salud. En la 11ª Conferencia Nacional de Salud, se decidió la necesidad de reunir a directivos, trabajadores y formadores en debate para la mejora de tal instrumento de referencia.

los paradigmas de gestión vigentes y garantizar los recursos necesarios para el desarrollo de la docencia, la investigación y la extensión.

En septiembre de 2003, el Ministerio de Salud, a través de su Departamento de Educación en Salud, presentó y aprobó, junto con el Consejo Nacional de Salud, la “Política de educación y desarrollo para el SUS: caminos para la educación permanente en salud”. Esto tiene como objetivo atender las exigencias mencionadas en la NOB/RH-SUS, proponiendo lograr relaciones orgánicas entre las estructuras de gestión en salud (prácticas de gestión y organización en red), las instituciones educativas (prácticas de formación, producción de conocimiento y prestación de servicios), los órganos de control social (consejos de salud, movimientos sociales y de educación popular en salud) y servicios de atención (profesionales y sus prácticas). Se eligió como dispositivo de gestión el mencionado Polo de Educación Permanente en Salud: instancias locorregionales de articulación interinstitucional para la gestión de la educación en servicio.

La propuesta presentada por la Dirección de Gestión de Educación en Salud, del Ministerio de Salud, supone la integración entre docencia y servicio, formación y gestión sectorial y desarrollo institucional y control social (Ceccim, 2003; Feuerwerker, 2003).

En esa óptica, el gestor federal, impulsor de la educación permanente en salud para el SUS, inició un proceso de constitución de una gestión colegiada de educación permanente en salud. Para el gestor federal del SUS, una articulación interinstitucional para la educación permanente, con gestión colegiada, rompe la regla de la verticalidad única y jerárquica en los flujos organizacionales. Supera también la racionalidad gerencial hegemónica y el tradicional concepto educativo de formación del personal de servicio.

Creemos que, con la gestión colegiada (Campos, 2000), como rueda de cogestión para la educación permanente en salud, se instituirá algo nuevo para los actores en colaboración. Serán viabilizados nuevos arreglos y estructuras organizativas, que puedan estar fuertemente comprometidas con el proyecto ético-político de la Reforma Sanitaria Brasileña, según una ética de planificación y gestión descentralizada.

No es exagerado sugerir que, cuando la Constitución Federal incorporó esta ética en la ley, prestó a la expresión “regionalización y jerarquización” el sentido de la lucha política por la universalización del derecho a la salud: accesibilidad y resolución (llevar las acciones y servicios de cada población lo más cerca posible – regionalizar– y maximizar la capacidad de respuesta de cada área de atención –priorizar–). La regionalización y jerarquización debe darse bajo el diseño de una red única y bajo tres lineamientos: mando único por esfera

de gobierno, atención integral capaz de enfatizar acciones colectivas en la atención primaria y participación organizada de la población (Ceccim & Armani, 2002).

Es importante resaltar que el desafío de la rueda, en lugar de la verticalidad, como en los organogramas jerárquicos, impone no sólo un cambio en la estructura, sino también en la imagen/concepción del sistema y su conducción (Campos, 2000). La concepción estándar es la de la pirámide, tanto en la imagen familiar de la relación entre hospitales y servicios de atención primaria, como en la visibilidad de los llamados niveles centrales. La idea y la imagen del nivel revelan subordinación, van en contra del principio del Estado configurado en entidades federativas que se comunican sin jerarquía (negocian y consensúan) –de ahí la importancia de proponer otra relación, que produzca otra imagen. Con esta nueva imagen, esperamos nuevos aprendizajes sobre el Estado brasileño, sobre la capacidad de interinstitucionalidad y sobre el poder de la intersectorialidad–.

No hay razón para repetir la jerarquía organizacional de la racionalidad gerencial hegemónica, para cambiarla desde adentro en sus acciones.

La dirección colegiada debe hacer explícito el compromiso de cambio, suprimiendo la imagen de la pirámide y la noción de niveles de gestión, poniendo en primer plano la capacidad de valorizar el potencial de movilización y desestabilización de las estructuras tradicionales. Cuando un municipio apuesta por la educación, tenemos un nuevo estado; cuando una institución de formación se compromete con la gestión en salud, tenemos un nuevo estado; cuando los estados se ponen en mediación pedagógica con los municipios y las instituciones de formación, tenemos un nuevo estado; cuando la formación reúne la educación superior, la educación técnica, la educación básica y la educación popular, tenemos una gran novedad para el Estado.

Las instituciones formadoras y los municipios, en el caso de la formación para el área de la salud, tienen la condición de reconstituirse, siendo tradicionalmente uno el campo de ejercicio de la docencia, y el otro el campo de ejercicio de los servicios. Cuanto mayor es el compromiso de estas instancias, mayor es la imposición ética de cambiarse a sí mismas. La educación en servicio reconoce a los municipios como fuente de experiencias, autoría y desafíos, lugar de inscripción de poblaciones, instituciones de formación, proyectos político-pedagógicos, pasantías de estudiantes y movilización de culturas. La educación permanente en salud/ educación en el servicio contribuye para interfaces, interacciones e intercomplementariedades entre estados y municipios en la construcción de un sistema único para la salud, incentivando todos los procesos de gestión descentralizada y colegiada del SUS, en cuanto a la construcción y producción de conocimiento en el interés del SUS. La idea de locorregionalización viene a contribuir a la ubicación de los

roles responsables del país, los estados y los municipios, en el montaje de sistemas de salud con capacidad de atención integral y humanizada a las poblaciones.

El cambio sólo tendrá impacto en la formación y la atención cuando todas las instancias estén centralmente comprometidas. Sin embargo, dentro de un cuerpo colegiado, todas las instituciones tienen igual poder y, así, los órganos de dirección ejercen su propia transformación, desarrollando compromisos con la innovación de la gestión democrática, horizontal y contextualizada en la realidad concreta donde se insertan. La *rueda* a ser caracterizada para la gestión colegiada tiene un carácter político y crítico-reflexivo. Cuando los ejecutores de las acciones se vuelven cada institución o arreglos entre instituciones que forman parte del círculo, o según el debate que se dio en el círculo, la idea de que la buena producción de conocimiento, la buena formación profesional y la buena cooperación técnica pueden ser ajenas a la realidad locorregional y firmado en una ciencia superior a esa realidad.

La *rueda* (reafirmando: articulación interinstitucional y locorregional), ahora, mejor dicho, no sólo representa un mecanismo de gestión más democrático y participativo, es un dispositivo de creación local de posibilidades (en este tiempo y lugar). Como no es meramente un arreglo de gestión, le corresponde a él mapear la realidad a la que se refiere y operar procesos pedagógicos de ordenación de la red de atención, permeabilidad a las prácticas populares, calificación de prácticas para la atención integral y producción de aprendizajes significativos, a través de alteridad con personas, historias de vida e historias culturales que buscan acciones, servicios y sistemas de salud. La rueda sirve para alimentar circuitos de intercambio, mediar aprendizajes recíprocos y/o habilidades asociadas. Es estando en círculo que los socios crean posibilidades para la realidad, recrean la realidad y/o inventan realidades según la ética de la vida que se anuncia en las bases sobre las que se generan.

La cooperación financiera recupera el objetivo de ampliar los recursos de poder de los grupos impulsores del cambio, otorgándoles gobernanza para ejecutar acciones estratégicas en la construcción del cambio en su territorio específico.

Específicamente en relación con la docencia, el objeto deseable del cambio está menos relacionado con los currículos, un rol de responsabilidad del sector educativo, y más dirigido a la orientación de los cursos. El apoyo al cambio en la enseñanza puede y debe apuntar a engendrar nuevas relaciones de compromiso y responsabilidad entre las instituciones de formación y el SUS. Nuevas relaciones de compromiso y responsabilidad pasan necesariamente por la implementación de lineamientos curriculares

nacionales para cursos de pregrado en el grupo de ciencias de la salud, por su singular forma de producción. Aquí nuevamente, hay un papel importante para el control social en el área de la salud, ya que el Consejo Nacional de Salud interpuso de manera decisiva su opinión con el Consejo Nacional de Educación, abriendo, de manera inédita, una audiencia pública con las entidades docentes de las profesiones. la versión final de las Directrices Curriculares Nacionales (Maranhão & Silva, 2001; Rosenblatt et al., 2001; Costa et al., 2001; Arruda & Siqueira Campos, 2001).

Por otra parte, pueden y deben incluirse iniciativas relacionadas con: la participación activa de las instituciones formadoras en proyectos locales y regionales de educación permanente en salud; el establecimiento de proyectos de cooperación técnica para el desarrollo de capacidades y competencias locales en sistemas, acciones y servicios de salud; la producción de conocimiento relevante para la consolidación y avance del SUS desde las bases locales, a través de construcciones locorregionales, hasta las bases estatales y nacionales; a la construcción de la educación en salud de forma articulada y negociada con el SUS. Además, debe establecerse una agenda de cooperación institucional que contribuya tanto a la provisión como a la retención de profesionales de la salud en los diversos lugares de la vida en nuestro país, así como a la calificación de la gestión local y locorregional del SUS en la descentralización, a lo largo de todo el proceso de territorios del país.

Con cooperación técnica, financiera y/u operativa para la formación de instituciones que estén dispuestas a entrar en procesos de cambio que conduzcan al trabajo articulado con el sistema de salud y la población, la adopción de metodologías activas de enseñanza-aprendizaje y la formación general –crítica y humanística–, sería posible proporcionar, como previsto por la NOB/RH-SUS y las Directrices Curriculares Nacionales, el desarrollo de la orientación al Sistema Único de Salud y la perspectiva de multiprofesionalidad y transdisciplinariedad, bajo la referencia de expansión de la clínica de salud (trabajo en equipo, atención integral de la salud y responsabilidad gerencial).

La cooperación cumpliría los objetivos de apoyar los procesos de cambio, ayudando a las instituciones que forman estas instituciones o a los actores de estas instituciones a tener una comprensión más amplia del proceso de cambio y su conducción estratégica. Serviría, también, para alimentar el debate y abrir posibilidades de cualificación en torno a temas importantes para el cambio, tales como: ampliación de la clínica, trabajo en equipos multiprofesionales y transdisciplinarios, metodologías activas de enseñanza-aprendizaje y metodologías de evaluación de la formación permanente.

Si a través de un proceso de adhesión se movilizan las instituciones formadoras, entonces se podría captar la inclusión de cursos para todas las carreras de la salud interesadas y en condiciones de adherirse al cambio propuesto. Un acuerdo de compromiso con las carreras de humanidades y gestión pública también podría ampliar el desarrollo del enfoque salud y sociedad, planificación y administración, epidemiología social y salud poblacional, estableciendo la realidad del trabajo interinstitucional e intersectorial.

Conclusión

La educación permanente en salud, incorporada al cotidiano de la gestión sectorial y de la gestión de los servicios de salud, colocaría al SUS como interlocutor natural de las instituciones formadoras, en la formulación e implementación de proyectos político-pedagógicos de formación profesional, y no como un mero campo de pasantía o aprendizaje práctico.

La noción de gestión colegiada, mecanismo de gestión propuesto por el Departamento de Gestión de Educación en Salud, del Ministerio de Salud, para la educación en servicio, implica que todos están invitados a participar de una operación conjunta en la que gozan de protagonismo y producción. colectivo. Se deja la arquitectura del organigrama para entrar en la dinámica de la rueda. Sin la pirámide compuesta por una amplia base de municipios, luego los estados en los niveles intermedios y, en la cima, la Unión –un clásico diseño de mando–, se abre el desafío que permite el ingreso de las instituciones de formación, el movimiento estudiantil y el movimiento popular. Todos los que entran en el círculo tienen los mismos poderes sobre el territorio del que hablan. La Unión y los estados tendrían que problematizar por sí mismos la función de coordinación descentralizadora, y los municipios y las instituciones formadoras tendrían la función de ejecución significativa para el sistema y no para la productividad intelectual y asistencial. Mientras estos últimos son los lugares donde se produce el cuidado de los grupos sociales territorializados, los primeros son los promotores de la activación para que ese cuidado sea integral y resolutivo.

La imagen del cuadrilátero de la educación en la salud – formación / gestión (sectorial) / atención (prácticas asistenciales) / participación (control social) – propone construir y organizar una educación responsable de procesos interactivos y de acción en la realidad para generar cambios (deseo de futuro), movilizar caminos (negociar y concertar procesos), convocar protagonistas (pedagogía en acto) y detectar el paisaje interactivo y móvil de individuos, colectivos e instituciones, como escenario de saberes e invenciones (cartografía permanente). En el cuadrilátero se encuentran aspectos éticos,

estéticos, tecnológicos y organizacionales, operando en correspondencia, ensamblando actos que son permanentemente revalorizados y contextualizados.

Una política educativa como esta tendrá, lo sabemos, muchas dificultades de aceptación y comprensión por parte del Estado establecido en nuestras actuales políticas públicas administrativas. En la tecnoburocracia dura o suave que vivimos en la conciencia actual de líderes, docentes y/o consejeros de salud, el esfuerzo es aún mayor: no estamos hablando de un artificio arquitectónico, estamos hablando de una dinámica. Una dinámica establece decisión y evaluación en un movimiento continuo: está en juego la responsabilidad y no la formalidad. La *rueda*, el dispositivo de gestión de esta formación anunciada, no preexiste a su disposición en movimiento. Así, es en la inestabilidad (o metaestabilidad) donde se intentarán acuerdos provisionales. Un proceso de valorización, activación y mutación de los poderes locales no puede originar actos desde las capacidades instaladas, sino desde las capacidades en proceso de reinención, descubrimiento e incluso autoanálisis. El movimiento de la rueda deberá ser el de seguir y respetar las multiplicidades, en busca de resultados responsables.

Cómo viabilizar la cooperación técnica, financiera y operativa, desde el Estado establecido, con instancias estratégicas en estado de potencia, en proceso de devenir o devenir, es decir, en estado instituyente, es la tarea del momento y, probablemente, de una nueva prueba.

Es a partir de la imagen del futuro que tenemos, que percibimos la necesidad de que el control social asuma activamente el papel de agente encargado de reclamarlo. Es a partir de la democracia en acción - el ejercicio del control social - que el nuevo estado anunciado por el sistema de salud brasileño tiene su potencial movilizado en la realidad, específicamente en el caso de la formación para el área de la salud.

Referencias

- Arruda, I. K. G., & Siqueira Campos, F. A. C. (2001). Novas diretrizes curriculares para o ensino de nutrição. In: Arruda, B. K. G. (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. 291-304.
- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198/2004**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Recuperado de www.saude.gov.br/sgtes
- Campos, G. W. S. (2003). Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho**

Mágico, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

- Campos, G. W. S. (2000). **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 14(1), 41-65. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>
- Ceccim, R. B., & Armani, T. B. (2002). Gestão da educação em saúde coletiva e a gestão do Sistema Único de Saúde. In: Ferla, A. A.; Fagundes, S. M. S. (Org.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 143-161.
- Ceccim, R. B., & Bilibio, L. F. S. (2002). Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 343-372.
- Ceccim, R. B. (2003). Ensino, pesquisa e formação profissional na área da saúde: entrevista. **Formação**, 3(7), 113-120.
- Ceccim, R. B. (2002). Formação e desenvolvimento na área da saúde: observação para a política de recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 373-414.
- Cecílio, L. C. O. (Org.). (1994). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec.
- Cecílio, L. C. O. (1997). Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, 13(3), 469- 478.
- Côrtes, S. M. V. (1996). As origens da idéia de participação na área da saúde. **Saúde em debate**, (51), 30-37.
- Côrtes, S. M. V. (2002). Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, (7), 18-49.
- Côrtes, S. M. V. (1996). Fóruns participatórios na área da saúde: teorias do Estado, participantes e modalidades de participação. **Saúde em Debate**, (49/50), 73-79.
- Costa, H. O. G. *et al.* (2001). Novas diretrizes curriculares para o ensino de enfermagem. In: Arruda, B. K. G. (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 279-290.
- Deleuze, Gilles. (1992). **Conversações**: 1972-1990. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Ferla, A. A. (2002). **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça**: cartografia de idéias oficiais e idéias populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. 2002. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Feuerwerker, L. C. M. (2002). **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec.
- Feuerwerker, L. C. M. (2003). Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da Abeno**, 3(1), 24-27.

- Feuerwerker, L. C. M., Llanos, C. M., & Almeida, M. (1999). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec.
- Haddad, J. Q., Roschke, M. A., & Davini, M. C. (1994). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS.
- Kunkel, M. B. (2002). Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: Ferla, A. A.; Fagundes, S. M. S. (Org.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 195-202.
- Maranhão, É. de A., & Silva, F. A. M. da. (2001). Formação médica: novas diretrizes curriculares e um novo modelo pedagógico. In: Arruda, B. K. G. (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, p. 153-168.
- Merhy, E. E., & Onocko, R. (Org.). (1997). *Praxis en salud*: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (1994). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: Cecílio, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 117-160.
- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.). **Praxis en salud**: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec, p. 71-112.
- Rosenblatt, A., Oliveira E Silva, E. D., & Caldas Jr., A. F. (2001). Novas diretrizes curriculares para o ensino de odontologia. In: Arruda, B. K. G. (Org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 263-278.
- Serres, M. (1993). **Filosofia mestiça**: le tiers instruit. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Silva, R. R., & Brandão, D. (2003). Os quatro elementos da avaliação. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 59-66, abr./jun. 2003.

Educación Permanente en Salud: desafío ambicioso y necesario⁹

Ricardo Burg Ceccim

Introducción

Asumo un carácter autoral en este texto, menos preocupado por la revisión bibliográfica que por la puesta en evidencia del desafío de reconocer en el sector salud la exigencia ético-política de un proceso educativo incorporado a la producción cotidiana del sector.

Pretendo que el texto cumpla la función de establecer un debate, cuyas sugerencias / inducciones de pensamiento –o el despertar del pensamiento– ubiquen el problema de la necesidad de la educación para la salud más que las delineaciones pedagógicas de la vertiente que puede identificarse como Educación Permanente en Salud¹⁰.

La identificación de la Educación Permanente en Salud es portadora, entonces, de la definición pedagógica para el proceso educativo que pone en análisis el trabajo cotidiano –o la formación– en salud, que está permeado por las relaciones concretas que operan las realidades y que posibilita la construcción de espacios colectivos de reflexión y evaluación del sentido de los actos producidos en la vida cotidiana. La Educación Permanente en Salud, al mismo tiempo que compite por la actualización cotidiana de las prácticas de acuerdo a los más recientes aportes teóricos, metodológicos, científicos y tecnológicos disponibles, se inserta en una necesaria construcción de relaciones y procesos que van desde el interior de los equipos en acción conjunta –involucrando a sus agentes–, a las prácticas organizacionales –involucrando a la institución y/o al sector salud–, y a las prácticas interinstitucionales y/o intersectoriales –involucrando a las políticas en las que se inscriben los actos de salud–.

La Educación Permanente en salud puede corresponder a la educación en servicio, cuando sitúa la pertinencia de los contenidos, instrumentos y recursos para la formación técnica sujeta a un proyecto de

⁹ Publicado originalmente en portugués en la revista Interface - Comunic, Saúde, Educ. (Ceccim, 2004).

¹⁰ Elijo la denominación Educación Permanente en Salud y no sólo Educación Permanente porque, como vertiente pedagógica, esta formulación adquirió el carácter de política pública sólo en el área de la salud. Este estatus se debió a la difusión, por parte de la Organización Panamericana de la Salud, de la propuesta de Educación Permanente del Personal de Salud para lograr el desarrollo de los sistemas de salud en la región con reconocimiento de que los servicios de salud son organizaciones complejas en las que solo el aprendizaje significativo será capaz de la adhesión de trabajadores a los procesos de cambio en la vida cotidiana. Véase, por ejemplo, Maria Alice Roschke, Maria Cristina Davini y Jorge Haddad (Roschke et al., 1994), Maria Alice Roschke y Pedro Brito (Roschke & Brito, 2002) o Mário Rovere (Rovere, 1996).

cambio institucional o de cambio en la orientación política de las acciones impartidas en un momento y lugar determinados. Puede corresponder a la Formación Continua, cuando pertenece a la construcción objetiva de marcos institucionales y al establecimiento de carreras de servicio en un momento y lugar determinados. También puede corresponder a la Educación Formal de los Profesionales, cuando es ampliamente porosa a las multiplicidades de la realidad de las experiencias profesionales y se sitúa en una alianza de proyectos integrados entre el sector/mundo del trabajo y el sector/mundo de la educación.

Para muchos educadores, la Educación Permanente en Salud es un desarrollo de la Educación Popular o de la Educación de Jóvenes y Adultos, basado en los principios y/o directrices desarrolladas por Paulo Freire, desde la Educación y la Conciencia/Educación como Práctica de Libertad/Educación y Cambio, pasando por la Pedagogía del Oprimido, la Pedagogía de la Esperanza, la Pedagogía de la Ciudad, la Pedagogía de la Autonomía y la Pedagogía de la Indignación¹¹. De Paulo Freire procede, por ejemplo, la noción de aprendizaje significativo.

Para otros educadores, la Educación Permanente en Salud es un desarrollo del Movimiento Institucionalista en Educación, caracterizado fundamentalmente por la producción de René Lourau y George Lapassade (Lourau, 1975; Lapassade, 1983; Lourau & Lapassade, 1972), quien propuso cambiar la noción de Recursos Humanos, proveniente de la Administración y luego de la Psicología Organizacional, como elemento humano en las organizaciones, por la noción de colectivos de producción, proponiendo la creación de dispositivos para que el colectivo se reúna y discuta, reconociendo que la educación se compone necesariamente con la reformulación de la estructura y del propio proceso de producción en las formas singulares de cada tiempo y lugar. De los institucionalistas proviene la noción de autoanálisis y autogestión, por ejemplo.

La Educación Permanente en Salud es el despliegue, para otros educadores sin afiliación, de diversos movimientos de cambio en la formación de los profesionales de la salud, resultantes del análisis de las construcciones pedagógicas en la educación en los servicios de salud, en la educación continua para el campo de la salud y en la educación formal de los profesionales de la salud. En el caso brasileño, en particular, verificamos, en los movimientos por el cambio en la atención a la salud, la más amplia intimidad cultural y analítica con Paulo Freire¹²; en los movimientos por el cambio en la gestión sectorial, una fuerte conexión y autonomía intelectual con origen o paso por el movimiento institucionalista¹³ y en los movimientos por el

11 La obra de Paulo Freire sobre la educación se extiende desde 1959 hasta el año 2000. Para identificar el período del primer bloque referido, se puede indicar Educación como práctica de la libertad, obra original de 1967 (Freire, 1989) y, para el segundo bloque, Pedagogy of the city, 1993 (Freire, 1995)

12 Se puede citar a Victor Valla, Eduardo Stotz (Valla & Stotz, 1993; 1994), Eymard Vasconcellos (Vasconcellos, 2001) y Sonia Acioli (Acioli, 2000), por ejemplo.

13 Se puede citar a Gastão Campos (Campos, 2003), Emerson Merhy (Merhy, 2002), Luiz Cecilio (Cecilio, 1994) y Solange L'Abbate (L'Abbate, 1997), por ejemplo.

cambio en la educación de los profesionales de la salud, un intenso compromiso¹⁴, también con una intensa producción original¹⁵. Es a partir de este reconocimiento nacional que he tangibilizado, desde 2001 (Ceccim & Armani, 2001), la noción de Cuadrilátero de la Formación, organizada más recientemente en el trabajo intelectual, político e institucional con Laura Feuerwerker (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

A los efectos de este debate, enfatizo que lo que debe ser realmente central en la Educación Permanente en Salud es su porosidad a la realidad cambiante y mutante de las acciones y servicios de salud; es su conexión política con la formación de perfiles profesionales y de servicios, la introducción de mecanismos, espacios y temas que generen autoanálisis, autogestión, implicación, cambio institucional, en definitiva, pensamiento (disrupción con lo instituido, fórmulas o modelos) y experimentación (en contexto, en afectividad –ser afectado por la realidad/afección).

Reflexiones sobre la Educación Permanente en Salud

Además de la rapidez con la que se renuevan los conocimientos y el saber hacer tecnológico en el ámbito de la salud, la distribución de los profesionales y los servicios según el principio de accesibilidad para toda la población lo más cerca posible de su lugar de residencias –o del lugar donde solicitan la atención– hace muy compleja la actualización permanente de los trabajadores. Se vuelve crucial el desarrollo de recursos tecnológicos de funcionamiento del trabajo perfilado por la noción de aprender a aprender, de trabajar en equipo, de construir la propia vida cotidiana como objeto de aprendizaje individual, colectivo e institucional.

No hay salida, ya que no hay romanticismo en ello. Problemas como la baja disponibilidad de profesionales, la distribución irregular con gran concentración en centros urbanos y regiones más desarrolladas, la creciente especialización y sus consecuencias en los costes económicos y la dependencia de tecnologías más sofisticadas, el predominio de la formación hospitalaria y centrada en los aspectos biológicos y tecnológicos de la asistencia exigen iniciativas ambiciosas de transformación de la formación de los trabajadores.

Así que o creamos equipos multiprofesionales, colectivos de trabajo, lógicas de apoyo y fortalecimiento y consistencia de las prácticas de cada uno en este equipo, guiados por la cada vez mayor resolutivez de los problemas de salud de las poblaciones locales o referidas, o ponemos en riesgo la calidad de nuestro

14 Se puede mencionar la red para la integración de la enseñanza y el cuidado, los proyectos UNI y la red Unida, así como Roseni Sena (Sena-Chompré, 1998), Laura Feuerwerker (Feuerwerker, 2002), Regina Marsiglia (Marsiglia, 1995; 1998) y Márcio Almeida (Almeida, 1999), por ejemplo.

15 Se puede mencionar la Comisión Nacional Interinstitucional de Evaluación de la Educación Médica (Cinaem), se puede mencionar a Regina Stella (Stella, 2001), Rogério Carvalho dos Santos, Roberto Piccini y Luiz Augusto Facchini (Santos et al., 2000) o incluso Emerson Merhy (Merhy, 2002), por ejemplo.

trabajo, porque siempre seremos pocos, siempre estaremos desactualizados, nunca dominaremos todo lo que se requiere en situaciones complejas de necesidades en derechos a la salud.

La complejidad es aún mayor en situaciones concretas en las que la presencia de los saberes tradicionales de las culturas, o la producción de significados vinculados al proceso salud-enfermedad-calidad de vida, pertenecen a lógicas diferentes al modelo científico racional vigente entre los profesionales de la salud, pues no será sin la composición más justa y adecuada de los saberes que se logrará una clínica que hable de la vida real, una clínica con capacidad terapéutica.

Uno de los obstáculos para la consecución de los objetivos sanitarios ha sido la comprensión de la gestión de la formación como una actividad-medios, secundaria a la formulación de políticas sanitarias. No se dirige a las políticas de gestión sectorial ni a las acciones y servicios sanitarios, ni se entiende como una actividad final de la política sectorial.

Tradicionalmente, se habla de la formación como si los trabajadores pudieran ser gestionados como uno de los componentes de un espectro de recursos, como los materiales, financieros, de infraestructura, etc., y como si sólo fuera posible “prescribir” habilidades, comportamientos y perfiles a los trabajadores del sector para que las acciones y servicios se implementen con la calidad deseada. Sin embargo, las prescripciones de trabajo no se traducen en el trabajo realizado o en el rendimiento.

Las reformas sectoriales en materia de salud se han enfrentado regularmente a la necesidad de organizar políticas específicas para los trabajadores, hasta el punto de que este componente (“Recursos Humanos”) se ha convertido en un área de estudio específica en las políticas de salud pública. Nos parece ineludible asegurar al ámbito de la formación, pues, ya no un lugar secundario o de apoyo, sino un lugar central y definitivo en las políticas sanitarias. La introducción de este enfoque sacaría a los trabajadores de la condición de “recursos” al estatus de actores sociales de las reformas, del trabajo, de las luchas por el derecho a la salud y de la organización de prácticas acogedoras y resolutivas de gestión y atención sanitaria.

La introducción de la Educación Permanente en Salud sería una estrategia fundamental para la recomposición de las prácticas de formación, atención, gestión, formulación de políticas y control social en el sector de la salud, estableciendo acciones intersectoriales oficiales y regulares con el sector de la educación, sometiendo los procesos de cambio en la educación de pregrado, residencia, postgrado y técnica a la amplia permeabilidad de las necesidades/derechos de salud de la población y a la universalización y equidad de las acciones y servicios de salud.

Una acción organizada hacia una política de formación puede marcar estas concepciones en la gestión del sistema sanitario, pero también marca una relación con la población, entendida como ciudadanos con derechos. Tal iniciativa puede hacer que los ciudadanos reconozcan tanto la preocupación con la micropolítica de protección de la salud como con el desarrollo de prácticas para la organización del cuidado diario de las personas, registrando una política de valorización del trabajo y de acogida ofrecida a los usuarios de las acciones y servicios de salud, en vista de la construcción de la accesibilidad y de la resolutiveidad de la atención y del sistema de salud como un todo y del desarrollo de la autonomía de los usuarios frente a la atención y a la capacidad de gestión social de las políticas públicas de salud.

Formación para la Educación Permanente en Salud

Tradicionalmente, el sector de salud ha trabajado con la política de forma fragmentada: la salud colectiva separada de la clínica, la calidad de la clínica independiente de la calidad de la gestión, la gestión separada de la asistencia, la asistencia separada de la vigilancia, la vigilancia separada de la protección contra las lesiones externas, y cada uno de estos fragmentos dividido en tantas áreas técnicas como campos de conocimiento especializado. Esta fragmentación también ha generado especialistas, intelectuales y consultores con una noción de concentración del conocimiento que acaba imponiéndose a los profesionales, a los servicios y a la sociedad, y cuyo resultado es la expropiación de otros conocimientos y la anulación de las realidades locales en nombre del conocimiento/experiencia.

Cada área técnica parte siempre del máximo de conocimientos acumulados en su núcleo de conocimiento y práctica y de los principios políticos considerados más avanzados, según la erudición procedente de este núcleo de información, para examinar los problemas sanitarios del país. A partir de estas referencias, proponen “políticas específicas” o, como es tradicional, “programas de acción” o “acciones programáticas”, casi siempre basadas en la atención individual, sobre todo médica, o en macropolíticas de vigilancia sanitaria. Para la aplicación de cada “programa de acción” se propone una línea de formación, es decir, una línea de prescripciones de trabajo para los profesionales. Esta línea de formación/prescripción sustituye el papel de las áreas técnicas y de los niveles centrales en la definición de los principios y las directrices de las políticas en cada uno de los núcleos específicos de acumulación en salud y, a partir de ahí, en lugar de establecer un apoyo solidario a las esferas directivas o de servicios en las que se desenvuelven en los actos políticos, desentrañan cursos, formación y protocolos. Las áreas técnicas, tradicionalmente, sin ningún pudor, se ofrecen a la prescripción de la obra y niegan su oportunidad de asesorar.

En general, las áreas, los especialistas intelectuales y los consultores trabajan con datos generales que permiten identificar la existencia de los problemas y sugerir su explicación, pero no permiten comprender su singularidad, su validez subjetiva, sus conexiones de sentido local. La mirada, la escucha y los consejos que permiten comprender la especificidad de la génesis de cada problema son necesariamente afectivos y, por lo tanto, es esencial que los intelectuales y profesores consultores se reúnan con la dirección de los sistemas y servicios locales para desarrollar estrategias adecuadas para afrontar eficazmente los problemas. Todos y cada uno de los que trabajan en los servicios sanitarios, en la atención y gestión de los sistemas y servicios tienen ideas, nociones y comprensión sobre la salud y su producción, el sistema sanitario y su funcionamiento, y el papel que cada profesional o cada unidad sectorial debe desempeñar en la prestación de las acciones sanitarias. A partir de estas ideas, nociones y comprensión, cada profesional se integra en equipos o grupos de profesionales en cada punto del sistema. Es a partir de estas concepciones, mediadas por la organización de los servicios y el sistema, que cada profesional opera.

Cuando analizamos un problema institucional, regional o nacional de forma contextualizada, descubrimos la complejidad de su explicación y la necesidad de intervenciones articuladas. Las capacitaciones no son efectivas para permitir la incorporación de nuevos conceptos y principios a las prácticas establecidas – gestión, atención y control social – porque funcionan de manera descontextualizada y se basan principalmente en la transmisión de conocimientos. La Educación Permanente en Salud puede orientar las iniciativas de desarrollo de los profesionales y las estrategias de transformación de las prácticas sanitarias.

Una condición indispensable para que una persona o una organización decida cambiar o incorporar nuevos elementos a su práctica y conceptos es la detección y el contacto con los malestares experimentados en el trabajo cotidiano, la percepción de que la forma actual de hacer o pensar es insuficiente o insatisfactoria para afrontar los retos del trabajo. Esta incomodidad o percepción de apertura (incertidumbre) tiene que ser intensamente admitida, vivida, percibida. El malestar no puede ser contactado a través de enfoques discursivos externos. La experiencia y/o la reflexión sobre las prácticas vividas es lo que puede producir el contacto con el malestar y, después, la voluntad de producir prácticas y conceptos alternativos, de afrontar el reto de producir transformaciones.

Para producir cambios en las prácticas de gestión y atención, es fundamental que seamos capaces de dialogar con las prácticas y concepciones vigentes, que seamos capaces de problematizarlas –no en abstracto, sino en el trabajo concreto de cada equipo– y construir nuevos pactos de convivencia y prácticas, que acerquen

los servicios de salud a los conceptos de atención integral, humanizada y de calidad, de equidad y de los demás hitos de los procesos de reforma del sistema de salud brasileño, al menos en nuestro caso.

Es cada vez más importante que las prácticas educativas configuren dispositivos de análisis de la(s) experiencia(s) local(es); de la organización de las acciones en red/cadena; de las posibilidades de integración entre la formación, el desarrollo docente, los cambios en las prácticas de gestión y de atención a la salud, el fortalecimiento de la participación popular y la valorización del conocimiento local.

Cuando se implementan, las asesorías, los apoyos y los servicios de asesoramiento deben ser capaces de organizar su práctica para que esta producción sea posible; deben ofrecerse desde la pedagogía de la Educación Permanente en Salud para que tengan sentido en la realidad y operen procesos significativos en esta realidad.

Se hacen inevitables nuevos enfoques, más poderosos para romper las persistentes dicotomías sobre las que se construyeron las anteriores iniciativas de cambio (individuo x colectivo, clínica x salud pública, especialidad x generalidad, sofisticación tecnológica x enfoques simplificados).

La Educación Permanente en Salud opera el cuadrilátero de la formación

La interacción entre los segmentos de formación, atención, gestión y control social en salud debe permitir dignificar las características locales, valorar las capacidades instaladas, desarrollar las potencialidades existentes en cada realidad, establecer el aprendizaje significativo y la capacidad crítica efectiva y creativa, así como producir sentidos, autoanálisis y autogestión¹⁶. Por lo tanto, tendremos que pensar/proporcionar subvenciones para pensar/proporcionar Educación Permanente en Salud.

Entre los elementos de análisis para pensar/proveer la Educación Permanente en Salud están los componentes del Cuadrilátero de la Formación:

- a. Análisis de la formación de los profesionales de la salud:** cambiar la concepción hegemónica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada en el profesor y en la transmisión) por una concepción constructivista (interaccionista, de problematización de las prácticas y del conocimiento); cambiar la concepción lógico-racionalista, elitista y concentradora de la producción de conocimiento (por centros de excelencia y según una producción tecnicista) por el fomento de la producción de conocimiento de los servicios y de la producción de conocimiento por argumentos de sensibilidad;
- b. Análisis de las prácticas sanitarias:** construcción de nuevas prácticas sanitarias, teniendo en

16 Se puede sugerir la lectura del resultado de la colaboración de Ceccim y Feuerwerker, 2004a y 2004b

cuenta los retos de integralidad y humanización y la inclusión de la participación de los usuarios en la planificación terapéutica;

- c. **Análisis de la gestión sectorial:** para configurar de forma creativa y original la red de servicios, garantizar las redes de atención a las necesidades sanitarias y considerar la satisfacción de los usuarios en la evaluación;
- d. **Análisis de la organización social:** comprobar la presencia de movimientos sociales, apoyar la visión amplia de las luchas por la salud y la construcción de una respuesta a las necesidades sociales de salud.

El papel de las prácticas educativas debe ser revisado de forma crítica e incisiva para que apunte a la posibilidad de pertenecer a los servicios/profesionales/alumnos a los que se dirige, de forma que el conocimiento que transmite alcance un cruce significativo entre el conocimiento formal aportado por los académicos o expertos y los operadores de conocimiento de la realidad –que tienen los profesionales en acción– para permitir el autoanálisis y sobre todo la autogestión. El conocimiento formal debe estar implicado en los movimientos de autoanálisis y autogestión de los colectivos de la realidad, porque son los actores cotidianos los que deben protagonizar el cambio de realidad deseado por las prácticas educativas.

Una cuestión para el autoanálisis y la autogestión de los colectivos es el trabajo basado en la integralidad para superar el modelado de los servicios centrados en los procedimientos, de los usuarios interpretados como partes orgánicas o como el simple territorio donde evolucionan los cuadros fisiopatológicos y las enfermedades enfrentadas como eventos biológicos (como si este conocimiento fuera de las ciencias naturales)¹⁷.

Así, además de los procesos que permitan la incorporación de las tecnologías y referencias necesarias, es necesario implementar espacios de discusión, análisis y reflexión sobre la práctica laboral cotidiana y las referencias que orientan estas prácticas, con apoyos matriciales de otras áreas, activadores de procesos de cambio institucional y facilitadores de colectivos organizados para la producción.

Tomar la vida cotidiana como un lugar abierto a la revisión permanente y generar incomodidad con los lugares “tal como son/cómo están”, dejar la comodidad con los escenarios “tal como eran/cómo estaban” y abrir los servicios como lugares de producción de subjetividad, tomar las relaciones como producción, como lugar de cuestionamiento, como apertura para la producción y no como conformación permite la práctica de la Formación Permanente en Salud.

¹⁷ Para entender la integralidad, se pueden citar otros brasileños: Ruben Mattos, Roseni Pinheiro (Pinheiro & Mattos, 2001; 2003; (Camargo Jr., 2003) y Madel Luz (Luz, 1988), por ejemplo.

Para ocupar el lugar activo de la Educación Permanente en Salud necesitamos abandonar (desaprender) el sujeto que somos, por lo que más que ser sujetos (sometidos por los modelos hegemónicos y/o los roles establecidos) necesitamos ser producción de subjetividad: todo el tiempo abriendo fronteras, desterritorializando rejas (barandillas) de comportamiento o gestión del proceso de trabajo. Necesitamos también, por lo tanto, trabajar en el desplazamiento de los patrones hegemónicos de subjetividad: dejar de ser los sujetos que hemos sido, por ejemplo, que encajan en modelos anteriores de ser profesional, de ser estudiante, de ser paciente (cómodos en los clásicos y duros escenarios de la práctica clínica tradicional, mecanicista, biologicista, centrada en el procedimiento y medicalización). Si somos actores activos de las escenas de formación y trabajo (productos y productores de las escenas, en acto), los eventos en escena producen diferencia en nosotros, nos afectan, nos modifican, produciendo choques en nuestro “ser sujeto”, poniéndonos en permanente producción. Lo permanente es el aquí y ahora, enfrentarse a problemas reales, personas reales y equipos reales.

El cambio en la formación por sí solo ayuda, pero este cambio como política se establece en más lugares, todos los del Cuadrilátero, porque todos estos lugares se conforman en acoplamiento de captación de Educación Permanente en Salud. Tanto la incorporación crítica de las tecnologías materiales, como la eficacia de la clínica producida, las pautas de escucha, las relaciones establecidas con los usuarios y entre los profesionales representan la captación de la Educación Permanente en Salud y, en consecuencia, de los procesos de cambio. Por ello, la Educación Permanente en Salud es un reto ambicioso y necesario.

Referencias

- Acioli, S. (2000). **Novas práticas em saúde**: estratégias e práticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. (Série Estudos em Saúde Coletiva).
- Almeida, M. J. (1999). **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM.
- Camargo JR., K. (2003). **Biomedicina, saber y ciencia**: una aproximación crítica. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (Org.). (2003). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec.
- Ceccim, R. B. (2004). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, 9(16), 161-77. Recuperado em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?lang=pt&format=pdf>
- Ceccim, R. B.; Armani, T. B. (2001). Educação na saúde coletiva. **Divulgação em Saúde Debate**, n.23, p.30-56, dez. 2001.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle

- social. **Physis - Rev. Saúde Coletiva**, 14(1), 41-65.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. (2004b). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, 20(5), 1400-10.
- Cecílio, L. C. O. (Org.). (1994). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec.
- Feuerwerker, L. (2002). **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Abem.
- Freire, P. (1989). Educação como prática da liberdade. 19.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1995). Pedagogía de la ciudad. Nueva York: Continuum.
- L'Abbate, S. (1997). Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Orgs.). **Actuar en salud: un reto para el público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial. p.267-92.
- Lapassade, G. (1983). **Grupos, organizaciones e instituciones**. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Lourau, R. (1975). **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes.
- Lourau, R.; Lapassade, G. (1972). **Chaves da Sociologia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Luz, M.T. (1988). **Natural, racional, social**: la razón médica y la racionalidad científica moderna. Rio de Janeiro: Campus.
- Marsiglia, R. G. (1995). **Relação ensino/serviços**: dez anos de integração docente-assistencial no Brasil. São Paulo: Hucitec.
- Marsiglia, R. G. (1998). **Perspectivas para la enseñanza de las ciencias sociales en la licenciatura de odontología**. In: Botazzo, C.; Freitas, S. F. T. (Orgs.) Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: Unesp; Bauru: Edusc, 175-96.
- Merhy, E. E. (2002). **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Orgs.). (2001). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj/Abrasco.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Orgs.). (2003). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/Abrasco.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Orgs.). (2004). **Cuidado**: las fronteras de la integralidad. São Paulo: Hucitec.
- Roschke, M. A., & Davini, M. C.; Haddad, J. (Eds.). (1994). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 100).
- Roschke, M. A., & Brito, P. (2002). **Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud**: manual del educador. Washington: OPS.
- Rovere, M. (1996). **Planificación estratégica de recursos humanos en salud**. Washington: OPS. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos).
- Santos, R. C., Piccini, R., & Fachhini, L. A. (Org.). (2000). **Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino**

Médico: preparando a transformação da educação médica brasileira. Proyecto Cinaem, III fase - Informe 1999-2000. Pelotas: Cinaem: UFPel.

Sena-Chompré, R. (1998). **A enfermagem nos projetos UNI:** contribuição para um novo projeto para a enfermagem brasileira. São Paulo: Hucitec.

Stella, R. C. R. (2001). Conquistas y desafíos. Editorial. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, 25(3), 5-6.

Valla, V., & Stotz, E. (1993). **Participação popular, educação e saúde:** teoria e prática. 2.ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Valla, V., & Stotz, E. (1994). **Educação, saúde e cidadania.** Petrópolis: Vozes.

Vasconcellos, E. M. (Org.). (2001). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec.

Educación Permanente en Salud: descentralización y diseminación de capacidad pedagógica en salud¹⁸

Ricardo Burg Ceccim

Introducción

El presente texto presenta la forma en que se elaboró una política pública nacional de descentralización y difusión de la capacidad pedagógica en el Sistema Único de Salud (SUS) y registra la acumulación cuantitativa de un período de 16 meses de implementación de la Política Nacional de Educación Permanente. Educación para la Salud. Como documento para la producción de una política pública, discute la pertinencia y la viabilidad de difundir la capacidad pedagógica en toda la red SUS y descentralizar la gestión de ese proceso hasta una configuración de base locorregional. Las bases locorregionales son mayores que un municipio, pero menores que un estado, y pueden afectar territorios interestatales, cumpliendo un rol de activación de procesos solidarios entre los diversos actores de la salud y la educación para la salud, sin ninguna supuesta jerarquización entre las entidades federativas (poderes públicos que dialogan entre gobiernos, sin relación de mando). La producción de la política nacional antes mencionada representó el esfuerzo por cumplir una de las más nobles metas formuladas por la salud pública en Brasil: hacer de la red de salud pública una red de enseñanza –la joya en el ejercicio del trabajo–.

Se adoptó el concepto de Educación Permanente en Salud para dimensionar esta tarea, no en la prolongación del tiempo o de la carrera de los trabajadores, sino en el amplio espectro del trabajo realizado entre formación, gestión, atención y participación en esta área específica de saberes y prácticas, a través de las intercesiones que promueve la educación en la salud (a educación intercede por la salud, ofreciendo sus tecnologías constructivistas y de enseñanza-aprendizaje). El ejercicio concreto de este fin se llevó a cabo como política pública de forma inédita en el país, a partir de la aprobación por el pleno del Consejo Nacional de Salud (CNS), la pactuación en la Comisión Intergestores Tripartita (CIT) y la legitimación en la 12ª Conferencia Nacional de Salud (Conferencia Sérgio Arouca), del equipo de Política Nacional de Educación Permanente en Salud, presentada por el Departamento de Gestión de Educación en Salud (Deges), del Ministerio de Salud (MS), en 2003.

18 Publicado originalmente en la revista *Ciência & Saúde Coletiva* (Ceccim, 2005).

La novedad indiscutida estuvo dada por la formulación concreta de una *política de educación en la salud* (término inexistente hasta entonces), *superando el programa de formación y actualización de recursos humanos*; para su aprobación a través de seis meses de debates públicos y negociaciones con las instancias ya legitimadas en el SUS; por la singular y concreta aproximación interinstitucional entre Salud y Educación (inicios de una agenda soñada históricamente y de difícilísima viabilidad) y, también, por la interposición de una nueva instancia/nuevo dispositivo en el SUS (carácter intersectorial, enfoque temático, ámbito locorregional y estructuración interinstitucional). Crear una nueva instancia/nuevo dispositivo no es un acto formal, sino un acto de construcción.

Se decidió priorizar la formación de profesionales de la salud como acción finalista de la política de salud y no de la actividad como medio de desarrollo de la calidad del trabajo. Este es el aspecto original, el diferencial de novedad instaurado bajo el concepto político-pedagógico de Educación Permanente en Salud, concepto que resume la política propuesta y le da una traducción concreta junto con los Consejos de Salud, instituciones de enseñanzas, asociaciones docentes, movimientos sociales, organizaciones estudiantiles y representaciones de trabajadores.

La Educación Permanente en Salud constituye una estrategia fundamental para las transformaciones del trabajo en el sector, a fin de que se convierta en un lugar de actuación crítica, reflexiva, propositiva, comprometida y técnicamente competente. Sin embargo, existe la necesidad de descentralizar y difundir la capacidad pedagógica dentro del sector, es decir, entre sus trabajadores; entre los gestores de acciones, servicios y sistemas de salud; entre trabajadores y directivos como formadores, y entre trabajadores, directivos y formadores como control social en salud. Esta acción nos permitiría constituir el Sistema Único de Salud como una verdadera red-escuela.

Transcurridos 16 meses desde la publicación de la ordenanza ministerial que dio la orden inicial a la estructuración y funcionamiento de la Educación Permanente en Salud como política de gestión del SUS, fueron organizadas 96 articulaciones interinstitucionales y locorregionales en el país, reuniendo alrededor de 1.122 entidades de la sociedad, entre representantes de la docencia, la gestión, el trabajo y la participación social en salud, preocupadas por ofrecer lenguaje e historia a una política de descentralización y diseminación de la capacidad pedagógica en salud (Tabla 1). Estas articulaciones interinstitucionales y locorregionales fueron propuestas por la normativa ministerial n° 198, de 13 de febrero de 2004, del Ministerio de Salud, como Polos de Educación en Salud. Si consideramos las nueve articulaciones locorregionales y en cuanto a la

educación permanente en salud que, hasta junio de 2005, aún no habían enviado sus proyectos de acción, el total más reciente hasta la fecha de cierre del texto (julio de 2005) suma 105 polos.

Tabla 1 Poloss Permanentes de Educación en Salud: composición	
Instituciones / Entidades Participantes	Nº
Instituciones de educación superior	236
Gerentes Municipales (27 Cosems + capitales + municipios de referencia en la región)	239
Órganos Estatales (Regionales de Salud, Coordinaciones de Área, Direcciones, etc.)	135
Órganos de control social (Consejos de Salud)	111
Escuelas Técnicas de Salud	90
Servicios de salud (unidades, centros escolares y hospitales, centros de referencia y laboratorios centrales, etc.)	88
Movimiento estudiantil (centros académicos y/o directorios, núcleos estudiantiles, directorios centrales, etc.)	47
Entidades de trabajadores de la salud (asociaciones para la enseñanza de las profesiones de la salud, sociedades y colegios profesionales, sindicatos, etc.)	43
Movimientos sociales (MST, Morhan, Red Feminista, Red Nacional de Socias, Mops, Movimiento GLBTS, MMC, Fetag, Movimiento Negro, Conam y Aneps)	92
Otros (ONG varias, Centros de Asesoramiento y Educación Popular, etc.)	41
TOTAL	1.122

Fuente: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde: Caminhos e Produtos da Política Nacional de Educação na Saúde (2004). Leyenda: Cosems – Conselho de Secretários Municipais de Saúde; MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra; Morhan – Movimento de Reintegração das Pessoas Portadoras e Eliminação da Hanseníase; Mops – Movimento Popular por Saúde; Movimento GLBTS – Movimento de Gays, Lésbicas, Transgêneros, Bissexuais e Simpatizantes da Livre Orientação Sexual; MMC – Movimento de Mulheres Camponesas; Fetag – Federação dos Trabalhadores da Agricultura; Conam – Confederação Nacional das Associações de Moradores; Aneps – Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde; ONG – Organizações Não-Governamentais.

Cada Polo de Educación Permanente en Salud, registra una etapa singular de su construcción, sin identidad (imagen y producción única) entre los proyectos de cada uno, que entre ellos tiene una especie de personalidad (se construyen a partir de un plan educativo, pero también de una singularidad en la salud). Esta heterogeneidad, sin embargo, lejos de testimoniar en contra de su implementación, justifica su importancia como instancia política. A diferencia de la noción programática de implementación de prácticas preseleccionadas y con un currículo orientado a la formación de competencias, la política ética de la educación permanente en salud congregada articula y pone en círculo/red a diferentes actores, dando a todos protagonismo en la conducción de los sistemas locales de salud.

Prueba de que la construcción política y no programática fue la elección, como prioridad, entre las acciones educativas de los polos, del desarrollo para la gestión del SUS y del desarrollo para la educación en el SUS. Se pudo detectar claramente, frente a estas grandes elecciones, el desencadenamiento de un proceso político y no la implementación de un programa. Un proceso político requiere la producción activa de colectivos, protagonismo y autonomía. Las dos áreas/temáticas citadas representaron el 40% del total de acciones de calificación (desarrollo profesional e institucional) y el 40% de las acciones de especialización (formación de posgrado lato sensu) presentadas para el apoyo del Ministerio de Salud, en 2004, a través de los Polos de Educación Permanente en Salud (Tablas 2 y 3).

Al proponer la educación en salud como política de gobierno, el gestor federal del SUS cambió la agenda en el sector y sumó nuevos socios; una nueva etapa anunció el cumplimiento de los compromisos que hasta entonces habían asumido las áreas y sectores de recursos humanos en salud. La inclusión de la Educación Permanente en Salud en la agenda del SUS trajo nuevas evidencias para el trabajo en salud, trabajo que requiere: trabajadores que aprendan a aprender; prácticas de cuidado; intenso control social permanente; con compromisos de gestión con integridad; de desarrollo del yo, del colectivo, institucional y política de salud, además de la implicación con las prácticas concretas de cuidado de las personas y de la colectividad, en la enseñanza y en la producción de saberes.

Tabla 2
Acciones de calificación por área o tema y número de vacantes.

Acciones por Áreas o Temáticas	Nº	Puestos
Desenvolvimiento de la gestión sanitaria	87	9.932
Formación pedagógica y de facilitadores de educación permanente en salud	77	8.538
Salud de la Familia (HAS; DM; Materno-Infantil, Niño, Adolescente; Nutrición; Desenvolvimiento de la Atención Primaria)	54	15.239
Desenvolvimiento de los cambios en la enseñanza de profesionales de salud	25	2.785
Desenvolvimiento da la humanización	24	11.349
Urgencias	22	2.352
Salud mental	19	2.188
Formación de agentes sociales	15	8.625
Atención hospitalaria	15	1.856
Salud de los ancianos	16	2.233
Control de la lepra y la tuberculosis	11	2.100
Vigilancia en salud	25	5.190
Salud de la mujer	10	1.566
Salud bucal (CD/THD/ACD) – Brasil Sorridente	7	1.360
Terapias alternativas	3	758
Desenvolvimiento de la salud en la escuela	2	1.046
Salud del trabajador	3	878
TOTAL	415	77.995

Fuente: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde: Caminhos e Produtos da Política Nacional de Educação na Saúde (2004). Leyenda: HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; DM – Diabetes Mellitus; CD – Cirurgião Dentista; ACD – Auxiliar de Consultório Dentário; THD – Técnico de Higiene Dental.

Tabla 3 Acciones formativas por área o temática y número de plazas.		
Acciones por Áreas o Temáticas	Nº	Puestos
Especialización en salud de la familia	53	3.140
Especialización en salud mental	5	220
Experiencia en gestión de la salud	3	140
Otras especializaciones	19	741
Residencias médicas	24	1.378
Otras residencias	17	2.002
Formación pedagógica (Docencia en Salud)	45	7.590
Subtotal 1	166	15.211
Auxiliares de enfermería (Proformar)	27	65.560
Técnicos de enfermería	1.066	32.546
• PROF AE		
• FortiSUS (nueva oferta)	500	15.000
Agentes comunitarios de salud	10	56.460
Agentes de Vigilancia en Salud (Proformar)	75	4.416
Técnicos en salud bucal	16	1.850
Otros cursos técnicos en salud	8	630
Subtotal 2	1.702	176.462
Escolarización	500	15.467
Subtotales 1+2+Escuela	2.368	207.140
Formación de salud consejeros	1.311	39.234
Total (Subtotales 1+2+Escuela + Formación de Consejeros)	3.679	246.374

Fuente: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde: Caminhos e Produtos da Política Nacional de Educação na Saúde (2004). Leyenda: Profae – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem; FortiSUS – Política de Formação Técnica por Itinerário no SUS; Proformar – Programa de Formação de Agentes de Vigilância em Saúde.

Al colocar el trabajo en el SUS bajo el lente de la formación y el desarrollo, el gestor federal del SUS destacó los *encuentros rizomáticos* que ocurren entre la enseñanza, la formación, el trabajo, la gestión y el control social en salud, síntesis de la noción de educación permanente en salud, que a continuación aborda. Cuando digo que los encuentros rizomáticos se pusieron en evidencia, quiero decir que se visibilizaron, alentaron y financiaron. En el plano invisible, estos encuentros operan, la mayor parte del tiempo, produciendo contrahegemonía, disrupción y experiencias.

Construcción política de relaciones entre educación, salud, trabajo y la producción de colectivos y redes para formar personal de salud

La elección de la Educación Permanente en Salud como acto político de defensa del trabajo en el SUS partió del desafío del sector de la salud de responder a las necesidades de la población, conquistar la adhesión de los trabajadores, constituir procesos vivos de gestión participativa y transformadora, y seducir a docentes, estudiantes e investigadores a la más vigorosa implementación del SUS. En ese sentido, según Mário Rovere, el desafío de la política brasileña fue superar el uso pedagógico del carácter educativo del trabajo formulado por la Organización Panamericana de la Salud, relativo a la Educación Permanente del Personal de Salud, *para implicarlo con el carácter situacional del aprendizaje* en los propios escenarios de trabajo en salud, en todas sus dimensiones, vinculándolo a acciones contrahegemónicas necesarias (Rovere, 2005). Por eso, para Rovere, en el desafío brasileño, hubo un desafío a las referencias originales, consistente con sus ideas, para calificar su propia educación permanente en salud, con ubicar el desafío asumido en el tamaño de la luchas por la producción de salud, superando fronteras y des territorializando las instituidas.

En el país estaba en marcha un proceso de construcción colectiva de una política educativa para el SUS. Una actitud compleja de esta política fue optar por la interrupción de la compra de servicios educativos a las instituciones docentes para implementar paquetes de cursos, así como la interrupción de la formación aplicada, puntual y fragmentaria que anula la técnica a los procesos colectivos de trabajo y la contratación de consultores externos para los análisis y formulaciones de la toma de decisiones. La actitud pretendía ser coherente con la opción de descentralizar y difundir la capacidad pedagógica, ya que el mantenimiento de la noción de centros de excelencia sirve más para centralizar y concentrar estas capacidades.

La compra de servicios educativos tampoco ha servido para los cambios necesarios en el compromiso de las instituciones educativas con la sociedad o la reorientación de los cursos de formación para su apropiación efectiva del SUS. Se puso en debate la formación y el desarrollo por lo que es necesario generar

actores comprometidos y no generar profesionales más ilustrados en la temática de su formación. Según Rovere nuevamente (obra citada), no es forjar profesionales que ostentan el monopolio del conocimiento, campo de saber o un conjunto de técnicas, sino *de profesionales que tienen un compromiso con un objeto y su transformación*, para a lo que agregamos: en la alteridad con los usuarios y en la composición de colectivos organizados para la producción de salud.

Han transcurrido 16 meses desde la aprobación del ordenanza ministerial antes mencionado y la implementación de 105 instancias locorregionales e interinstitucionales de gestión de educación permanente en salud, a política de formación y desarrollo para la salud ya no es simplemente una propuesta del Ministerio de Salud para ser una política de SUS. La política tiene responsabilidad compartida para la conducción y el seguimiento. *Las políticas son el* resultado de las luchas sociales, la sensibilidad de los gestores y la selección de caminos para enfrentar la compleja realidad. *Las políticas* son objeto de disputa y, en los cambios de gobierno, están sujetas a negociación, a distorsión, a reemplazo.

El SUS mismo, fruto de las luchas sociales por la salud, expresa en su ideal el sueño de una sociedad universal, equitativa, altamente resolutoria, acogedora, responsable y capaz de contribuir al desarrollo de la autonomía de las personas y de las poblaciones de forma más saludable. de vida; *expresión política y no unidad programática, identidad de propuestas entre entidades federativas*, correspondencia entre legislativo-ejecutivo-judicial. Los Polos de Educación Permanente en Salud surgieron para posibilitar el acceso masivo de personas de la sociedad para la implementación de un SUS con alto compromiso con la calidad de la salud, con la promoción de la vida y con la valorización de los trabajadores y usuarios, emprendiendo los esfuerzos de formación y desarrollo para el SUS *que la gente quiere* (Conferencia Nacional de Salud, 2003), interpretada mucho más por las deliberaciones de la Conferencia de los Consejos de Salud, que por las *decisiones* de los gestores y los Consejos de Salud.

Debemos recordar que la Ley Orgánica de Salud determinó en su artículo 14 que *debían* crearse *Comisiones Permanentes para la integración entre los servicios de salud y las instituciones de educación vocacional y superior*, indicando que cada una de estas Comisiones *tenía por objeto proponer prioridades, métodos y estrategias para la formación y educación continuada de los recursos humanos del Sistema Único de Salud en la esfera correspondiente, así como en relación con la investigación y la cooperación técnica entre estas instituciones* (Ley Federal n° 8.080, de 19 de septiembre de 1990, art. 14) y que este texto no tenía traducción en acción. A partir de 2004, esta acción resultó de la deliberación de una Conferencia, la aprobación del Consejo, el acuerdo entre los gerentes y la ejecución concreta por parte del gerente federal.

El material publicitario de la XII Conferencia Nacional de Salud contenía una convocatoria: aquí se permite soñar (convocatoria registrada como título de la manifestación del ministro de salud en la publicación del informe final). El *sueño* o la *ilusión* son distinguibles y diferentes entre sí: el sueño de la educación permanente en salud como Política (en los términos aquí expresados) y su implementación (en proceso) enfrenta paradojas propias de la novedad, la magnitud del desafío y las ambigüedades inherentes a la noción de proceso. No hay ilusiones ni ideas. Por un lado, la pregunta sobre qué polos trabajan, con el honesto afán de *objetividad operativa* y, por otro lado, la pregunta sobre cómo ha trabajado cada polo, con el honesto afán de comprender que cada uno sólo puede ser comparado a sí mismo y sólo en cuanto a la invención de sus poderes, *operador de subjetividad*, por lo tanto, se torna inaplicable cuando aceptamos la categoría analítica de paradoja, sueño, producción e invención; es un *dispositivo para* y no una *institución*.

Se pudo detectar, por ejemplo, que las acciones educativas relacionadas con la reorientación del diseño técnico y asistencial que representa la salud de la familia fueron priorizadas en cuanto a la cantidad de vacantes ofertadas, salvo que para ello fuera necesario para excluir el conjunto de necesidades. Las titulaciones que se enfocan en los componentes de la clínica en la atención primaria en salud colectiva suman 15.239 estudiantes, mientras que las especializaciones y residencias más 4.518 estudiantes, es decir, 19.757 profesionales fueron acogidos directamente en acciones educativas dirigidas a la prioridad nacional de ampliar la salud de la familia en un período de 16 años. meses. Además de los profesionales de nivel superior, ingresaron a formarse a través del itinerario de cualificación profesional otros 56.460 Agentes Comunitarios de Salud.

Los Polos de Educación Permanente en Salud, como instancias/dispositivos o como dispositivos del SUS, en la línea de lo propuesto por la ley, trajeron mucha política nueva para el SUS. La propuesta se basó íntegramente en la noción de formación y desarrollo como instancia propia (configuración del dispositivo), innovadora por ser una articulación entre salud y educación y por traer actores no previstos a las instancias instituidas. Vale recordar que fue recién en 2003 que el área de gestión de la educación en salud alcanzó –y fue por primera vez– un lugar finalista en las políticas del SUS, interponiendo este debate en el desarrollo del SUS de manera innovadora, tanto que las solicitudes de los polos se centraron en la formación para la gestión del SUS y para el funcionamiento de la educación en salud.

Lo que se propuso para su aprobación en el Consejo Nacional de Salud (CNS) y los tres gestores del SUS para el pacto con la Comisión Intergestores Tripartita (CIT) fue una composición interinstitucional que involucró instituciones de enseñanza, órganos de gestión y de servicio del SUS, consejos de salud y movimientos sociales locales, estudiantes y docentes, trabajadores y otros participantes identificados con el

campo de la formación y el desarrollo. Los proyectos del Polo serían iniciativas locorregionales, basados en el ámbito de la gestión responsable consistente principalmente en la ejecución de acciones y servicios de salud, que son los municipios (Constitución Federal, art. 30), pero con alcance regional, según a la realidad de construcción de la integralidad en la promoción y protección de la salud individual y colectiva en los ambientes y redes asistenciales o sociales en que vivimos y de acuerdo a la realidad de la movilidad de la población en busca de recursos educativos y de investigación y documentación en salud. La configuración de las locorregiones ha puesto en acción la gestión solidaria de la salud y la educación en la salud.

En la implementación de las Comisiones Permanentes, previstas por la ley, el sector tendría que pensar que deben dar paso a las estructuras de los Polos de Capacitación en Salud de la Familia, que hasta ese momento existen, para enfrentar los demás frentes de formación y desarrollo requeridos por el SUS, superando la tradicional y tan crítica fragmentación/segmentación de la educación en salud, como la que existe entre la coordinación de la salud de la familia y el coordinaciones de vigilancia y análisis de la situación de salud, atención integral de las diversas enfermedades prevalentes, atención especializada de urgencias, atención especializada al parto y al nacimiento humanizado, formación de equipos directivos hospitalarios y equipos de gestión municipal, entre otros (Cuadro 4).

La integración entre enseñanza, servicios, gestión sectorial y trabajo en el SUS, al mismo tiempo que se debe reconocer la necesidad de luchar por la actualización diaria de las prácticas, por ejemplo, uno de los más recientes abordajes teóricos, metodológicos, científicos y tecnológicos si está disponible, debe insertarse en una necesaria construcción de relaciones y procesos que van desde el interior de los equipos trabajando juntos –involucrando a sus agentes, hasta las prácticas organizacionales– involucrando a la institución y/o al sector salud en su conjunto, así como como prácticas interinstitucionales y/o intersectoriales –involucrando políticas en las que se inscriben los actos de salud–.

Lo que se definió –en virtud de la aprobación del Consejo Nacional de Salud y pacto en la Comisión Inter gestores Tripartita– fue que la composición de cada Polo de Educación Permanente en Salud y la propuesta de su plan *directo* sería una iniciativa locorregional y derivada de la disposición inicial de las diversas instituciones de esta base. Los lineamientos de los polos serían aprobados por el respectivo Consejo Estatal de Salud (CES), en vista de las prioridades de la política estatales de salud en conjunto con las nacionales, la vinculación con los lineamientos de la *Conferencia Estatal de Salud y, principalmente, con la Conferencia Nacional de Salud*. Correspondería al Consejo Estatal de Salud juzgar la adecuación del plan maestro de casa polo a las políticas de salud nacionales y estatales.

El diseño locorregional e interinstitucional lo realiza la Comisión Intergestores Bipartita (CIB), instancia de reunión entre el gestor estatal y el representante del grupo de gestores municipales por entidad federativa, de cara a garantizar que la organización del grupo de polos revele el alcance de la totalidad de los municipios de cada estado y que cualquier acuerdo de los municipios de la región fronteriza sean preservado y respetado.

Cuadro 4 Polos de Fortalecimiento de Capacidades en Salud de la Familia (Polos PSF) y Polos de Educación Permanente en Salud (Polos EPS).		
Elemento de análisis	Polos PSF* (acción del programa)	Polos de EPS (implementación de la política de educación en salud)
Número de Polos	31	96**
Noción constitutiva	“sede” o núcleo formador	“dispositivo” o instancia de gestión regional de la formación
Instituciones de educación superior	94	236
Gestores de los Estados/Provincias	34	135
Gestores Municipales	30	239
Escuelas Técnicas de Salud	5	90
Instancias de control social	0	111
Servicios de salud	0	88
Movimientos de estudiantes	0	47
Entidades de trabajadores	0	43
Movimientos sociales	0	92
Otros participantes	0	41

Fuente: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde: Caminhos e Produtos da Política Nacional de Educação na Saúde (2004). *Excepción: en el Estado de Rio Grande do Sul, donde el Polo de Formación en Salud de la Familia coexiste orgánicamente con el Polo de Educación en Salud de colaboración efectiva, instancia del SUS estatal para el debate sobre enseñanza, investigación, la memoria documental y la educación social para la gestión de las políticas públicas en salud hubo excepciones en forma y contenido (ver: Ceccim, 2002). ** Existen 105 Polos de Educación Permanente en Salud en Brasil, pero como hasta junio de 2005 no existían proyectos de acción para nueve de estas articulaciones locorregionales e interinstitucionales, no fue posible dar cuenta de su composición.

El gestor federal pasó a ser responsable únicamente de la valoración analítica de dos naturalezas: la habilitación legal de las instituciones para recibir recursos públicos y la congruencia con el referente pedagógico e institucional de la educación en salud, comprobando el cumplimiento de los pasos acordados.

Polos de Educación Permanente en Salud: dispositivo y/o instancia del SUS para la gestión locorregional de la formación en salud

El marco pedagógico e institucional para la educación permanente en salud es una poderosa herramienta para la transformación de prácticas y esto puede hacerse en un curso/en un acto, de gestión sectorial o de servicios, pero la definición de educación permanente en salud de *la Política* fue llevado por la noción de práctica pedagógica que sitúa el cotidiano del trabajo o de la formación –en salud– como centro de los procesos educativos al mismo tiempo que lo pone en problemas, es decir, en el autoanálisis y la autogestión. Merhy (2005) destacó, entonces, cuál fue la reivindicación de la política en apuesta: *la producción del cuidado de la salud y su micropolítica constó de prácticas pedagógicas*, reconocimiento que se toma como necesidad para la acción. Prácticas pedagógicas que, según Merhy, llevarían el núcleo de un nuevo gran desafío: *producir la auto interrogación de sí mismo en el acto de producir cuidado, poner - éticamente- políticamente en discusión, a nivel individual y colectivo, de la trabajar; lo cual no es nada obvio ni transparente.*

Definitivamente, una vez en el gobierno, no se trató de poner en práctica lo que ya estaba en escena en los últimos 19 años de nuestra Reforma, incluso porque *todo eso* ni estaba en causa, era el sueño de los militantes sociopolíticos de la afirmación de la vida, un segmento minoritario. La Educación Permanente en Salud, difundida por la Organización Panamericana de la Salud, de acuerdo con la propuesta de Educación Permanente del Personal de Salud, reconociendo que los “aprendizajes significativos” serían capaz de la adhesión de los trabajadores a los procesos de cambio en cotidiano, pero en la apuesta que trata este texto, la Educación Permanente en Salud se configuró el despliegue de diversos movimientos de cambio en la formación de profesionales del área, en la atención a la salud, en la gestión sectorial y en el ejercicio del control social. en el sector

En la apuesta, los aprendizajes significativos emergieron de la implicación docente del servicio para involucrarse con: la porosidad de la enseñanza a la realidad mutable y cambiante de las acciones y servicios de salud; el vínculo político entre la formación y la composición de perfiles y servicios profesionales; la introducción de mecanismos, espacios y temáticas que generen autoanálisis, autogestión y cambio

institucional; la introducción de prácticas pedagógicas e institucionales que gestionen, en definitiva, procesos de pensamiento (problematización de instituidos, fórmulas y modelos: disrupciones) y experimentación (en contexto, en acto: experiencias).

La indicación de las Comisiones Permanentes para la integración enseñanza-servicio, presentes en la Ley Orgánica de Salud, era correcta, pero no aseguraba la evidencia de la inclusión de instancias de gestión de la participación social y la agenda de cambios ético-políticos; sin embargo, impulsó la creación de una instancia del SUS, las Comisiones Permanentes. La creación de la Comisión Intersectorial de Recursos Humanos del SUS (CIRH), en el seno del Consejo Nacional de Salud, ya había revelado el gran éxito de la propuesta de intersectorialidad para pensar el trabajo y los trabajadores de la salud, pero no había garantía calificada/no aseguraba evidencias de participación activa de las escuelas (superiores o técnicas), asociaciones de enseñanza de profesiones de la salud, entidades y escuelas de estudiantes de profesiones de la salud, instancias y movimientos de mediación pedagógica en salud con la sociedad, privilegiando la noción normativa sobre las rupturas y experiencias (cabe señalar que las producciones normativas también tienen el poder de disposición al cambio).

De todos modos, los antecedentes ya estaban dados, todavía se exigían nuevos caminos y, obviamente, el SUS, solo, no habría tenido suficiente para hacer frente al desarrollo de los profesionales de la salud, ni de las instituciones educativas, fuera del contacto con la realidad de la construcción del SUS, tendría esta legitimidad. Había que inventar una nueva instancia de gestión –con capacidad intersectorial y con capacidad de protagonismo– o interponer dispositivos a este favor. Recordar la extrañeza y la complicación que la propuesta de las Comisiones Interinstitucionales de Salud suscitó al inicio de la construcción del SUS (Ceccim, 1993) nos ayuda a esclarecer los entendimientos sobre las reflexiones actuales sobre los Polos de Educación Permanente en Salud. En tanto, fue desde las Comisiones Interinstitucionales de Salud (CIS) y sus Comisiones Locales Interinstitucionales de Salud (CLIS) que los Consejos Municipales de Salud, los Consejos Estatales de Salud y el nuevo y único Consejo Nacional de Salud, aun así, fue necesario, en la secuencia, crear, en cada estado, una CIB y, aún, el CIT como instancias de acuerdo del SUS entre los que ejecutan las políticas *de salud*. Los dispositivos generan instancias; las instancias requieren dispositivo. Los dispositivos pueden ser órdenes normativos u operadores de cualquier significado (disposiciones de sentido que operan en la realidad) Instancias y dispositivos se alternan efectivamente en la disputa de *políticas*. Por lo tanto, en este texto utilizo una barra oblicua en la presentación de los dos términos: la instancia/dispositivo de los Polos de Educación permanente en Salud.

Quien participa en la implementación de las políticas de formación y de las políticas intersectoriales de educación permanente en salud necesita estar entre los actores de negociación, concertación y aprobación, muchos tienden a estar lejos de esta “llamada” o previsión de acción protagonista directo. Una política de educación para el SUS implica no sólo el desarrollo de los profesionales de la salud que ya actúan en el SUS; involucra a estudiantes, profesores, investigadores, gestores docentes y gestores de la información científico-tecnológica que se encuentran en sus respectivos nichos de ocupación, para la formulación de pactos y políticas o para la producción de prácticas y redes sociales. Una política intersectorial y de interfaz tiene que ser producida de forma intersectorial y eninterfaz, por lo que las instancias constituidas del SUS (con intergestores y consejos) no fueron –y no son– suficientes como etapa de pacto por la educación en salud políticas. Una comisión permanente sólo entre la docencia y el servicio es insuficiente, y una comisión *territorial intersecretarial* en el mismo ámbito que los consejos de salud excede o falta a los propios territorios donde se produce la docencia, la investigación, la extensión educativa, la documentación científico-tecnológica e histórica y la se lleva a cabo la educación popular en salud.

El *territorio* del que hablo no es físico ni geográfico: trabajo o ubicación. El territorio es para la inscripción de significados en el trabajo, a través del trabajo, para el trabajo. Se desea como efecto del aprendizaje el predominio de la sensibilidad, la destreza en las habilidades (saber hacer) y la fluidez *en el acto* de las prácticas. Para habitar un territorio será necesario explorarlo, hacerlo tuyo, ser sensible a tus preguntas, ser capaz de moverte por él con alegría, alegría y cobertura, detectando cambios en el paisaje y poniéndote en relación con diferentes flujos, no sólo cognitiva, no sólo técnica y no sólo racial, sino política, comunicacional, afectiva e interactiva en sentido concreto, es decir, detectable en la realidad (Ceccim, 2005).

La educación permanente en salud proyectada por la propuesta del polo supuso un proceso de construcción de compromisos sociales y de relevancia pública interinstitucional y locorregional, bajo la mirada del otro y del control de la sociedad en materia de políticas públicas de salud.

Hubo un punto de inflexión de muchos valores. Dar la posibilidad, entonces, a la formación y desarrollo para el SUS se convirtió también en la conquista de una cronología de implicación en la que no hay cantidad de tiempo, ni continuo avance evolutivo de mutaciones, sino acumulación de compromisos. a la educación permanente o con el permiso de la educación a las necesidades sociales en salud y al fortalecimiento de los principios y directrices del SUS (Ceccim, 2005). Dispositivos para el *SUS que queremos* o instancias del *SUS que tenemos*, entraron en funcionamiento los Centros de Educación Permanente en Salud, puesto en marcha,

puesto en una producción soñada por la Salud Colectiva brasileña, una parte minoritaria es bien cierta, pero, como para cualquier novedad, rebelarse es el primer paso.

Cuadrilátero de la educación: la articulación entre formación, gestión, atención y participación

Tenemos enormes dificultades para traducir las prácticas de salud. La integralidad y la interseccionalidad tienen enorme dificultad para salir del rol, implica pensar, saberes y prácticas en la docencia, la gestión, el control social y el ejercicio profesional. Los gestores del SUS que quieren formar prácticas se quejan de que los profesionales llegan al SUS con formación inadecuada, que los estudiantes no están expuestos a los mejores aprendizajes y que las universidades no tienen compromiso con el SUS.

Docentes y escuelas que quieren cambiar su formación se quejan de que las unidades de salud no practican la integralidad, no trabajan con equipos multiprofesionales, son campos de actuación difíciles y que los gestores son hostiles a la hora de producir pactos de reciprocidad. Ambas denuncias son ciertas: por eso la transformación de las prácticas de salud y la transformación de la formación profesional en salud tienen que ser realizadas juntas, con lo tedioso que es esto.

La interacción entre los segmentos de formación, atención, gestión y control social en salud debe permitir dignificar las características locales, valorando las capacidades instaladas, desarrollar las potencialidades existentes en cada realidad, establecer aprendizajes significativos y una capacidad creativa y efectiva para crítica, además de producir sentido, autoanálisis y autogestión.

Entre los elementos de análisis para pensar/brindar Educación Permanente en Salud se encuentran los componentes de la Formación Cuadrilátero (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2005):

- análisis de la formación de profesionales de la salud, buscando cambiar la concepción hegemónica tradicional y cambiar la concepción racionalista, elitista y lógica concentradora de la producción de conocimiento a;
- análisis de las prácticas de atención a la salud, buscando la integralidad y la inclusión de la participación de los usuarios en el proyecto terapéutico con una nueva práctica de salud;
- análisis de la gestión sectorial, buscando formas descriptivas y originales de organización de la red de servicios, según la accesibilidad y satisfacción de los usuarios;
- análisis de la organización social, búsqueda del contacto efectivo y la capacidad de redes sociales que humanicen los actos de salud y promoción de la ciudadanía.

El cambio en la formación y el desarrollo ya ayuda bastante, pero este cambio como política se lleva a cabo en más lugares, todos los del cuadrilátero porque todos estos lugares están conformados en acoplamiento. Como en un juego de vasos comunicantes, cada interferencia o bloqueo afecta o produce un efecto sobre el conjunto. Tanto la incorporación acrítica de tecnologías materiales, como la eficacia de la atención ofrecida, los estándares de escucha, las relaciones establecidas con los usuarios y entre los profesionales representantes, son la interferencia o el bloqueo de la educación permanente en salud. Así, afectan o tienen un efecto sobre los procesos de cambio.

Para el sector salud, la estética pedagógica de la Educación Permanente en Salud es introducir la experiencia de la problematización y la invención de los problemas. Esta estética es una condición para el desarrollo de una inteligencia que proviene de la escucha, de las prácticas de cuidado, del saber comprometido y de la permeabilidad de la capacidad de los usuarios, o sea, una producción en el acto de aprender relacionada con la intervención/interferencia en el llevar de la vida individual y colectiva.

La invitación que se hizo a los centros (polos) fue a trabajar con la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los problemas que alejan a la localidad de la atención integral en salud? De ahí en adelante, deberían identificar, en talleres, qué nodos críticos se podrían abordar y que marcarían la diferencia en este encuentro y sólo, entonces, organizar las prácticas educativas.

Conclusiones

No somos iguales cuando se disputa el modelo tecnicista y centrado en la enfermedad (no las personas y su experiencia de la enfermedad) o el enfoque integral centrado en las necesidades de salud (las historias de vida). Los estudiantes y movimientos populares, gestores del SUS y docentes del área de la salud están siempre envueltos en procesos de disputa ideológica que tienen lugar durante la formación y en los ejercicios profesionales y de participación. Los movimientos estudiantiles y populares por su dispersión y profusión necesitan construir y han construido canales de comunicación con la producción de conocimiento, con la gestión del SUS y con el control social en salud. Los estudiantes y movimientos populares en los Polos son aliados para cambiar la atención, la gestión y la formación en salud dirigida a las necesidades de la población brasileña e incidir en la implementación de la enseñanza, la atención y la gestión en salud.

Construir el proceso de formulación e implementación de una política de educación permanente en salud para el SUS es tarea de colectivo, organizado para esta producción. De conformidad con la ordenanza

198/GM/MS, de 13 de febrero de 2004, que instituyó la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, operada por los Polos de Educación Permanente en Salud: instancia o dispositivo de SUS para la gestión locorregional de la formación y el desarrollo en salud. Si las instancias pueden representar conquistas en órdenes normativos, los dispositivos son siempre como máquinas para hacer ver y hacer hablar, operando de ida y vuelta entre ver y decir.

Por un lado, *líneas de objetividad*, por otro, líneas de subjetividad. Las líneas de objetivo están incluidas en el *Proyecto* de cada polo. Este *Proyecto* constaría de un Plan director y un Plan de Actividades. La aprobación del Plan director se diseñó para configurar la instalación de un poste y la legitimación de sus lineamientos políticos.

El Proyecto de Actividades fue pensado como el plan de acciones educativas al que se indicarían instituciones ejecutoras que contaran con el apoyo financiero del Ministerio de Salud. Estos dos instrumentos fueron diseñados para una presentación conjunta, pero no necesariamente. Una vez establecido el Plan director, podrían sucederle uno o varios Planes de Actividades, siendo presentado al Ministerio de Salud en un sistema ético y de acuerdo con los acuerdos internos del eje en funcionamiento, siendo necesario un nuevo Plan director. El Plan director y todos los Planes de Actividad, vinculados a él, configurarían el proyecto global del polo.

Por otro lado, líneas de subjetivación: ni *siquiera impulso al pensamiento*, precisamente cuando se cree que casi todo está dado, proceso que concierne a grupos o personas y que elude tanto a las fuerzas establecidas como a los saberes instituidos. Repudio de los universales, todo dispositivo se define por lo que tiene de novedoso y creativo, la capacidad de transformarse o escindirse en favor de una disposición para el futuro.

El objetivo de *la Política* fue que los actores de los Polos trabajen con un concepto ampliado de salud, sabían que no son sólo los aspectos biológicos los que necesitan actualizar a los profesionales y que determinan el proceso salud-enfermedad, individual o colectivo, o las posibilidades de éxito terapéutico. Fue también el deseo de la política que los actores de los centros de desarrollo desenvuelvan recursos educativos que tomen en cuenta todas las dimensiones y factores que regulan, cualifican y modifican el trabajo. Para ello, el desafío lanzado fue ampliar su capacidad de escucha de procesos, de responsabilizarse por el cambio de prácticas y de movilización de autoridades. Se hace necesario que los procesos de formación y desarrollo brinden la oportunidad de desarrollar el trabajo en un equipo profesional e interdisciplinario. La política proponía brindar una formación profesional cuya competencia técnica incluya atributos distintos a los tradicionales,

siendo ambos indispensables para brindar una atención integral en salud: resolutivos, acogedores, capaces de alteridad y capaces de involucrar la autodeterminación de los usuarios.

En salud, la organización de colectivos y redes para la formación y el desarrollo nunca ha sido propuesta del gobierno, perteneciente únicamente a las experiencias populares que desafían instituciones y tradiciones.

Concretamente, la política la práctica permanente de educación en salud puso en acción una práctica *rizomática* de encuentros y producción de saberes. La disseminación de los Polos y, en consecuencia, la capacidad pedagógica descentralizada generó nuevos *atores para el SUS*, para su construcción política (y no programática), para la producción de salud en los actos, en los pensamientos y en el deseo de protagonismo del SUS, comprendiendo sus principios y directrices una fuerte afirmación de la vida. Estos nuevos actores *son los actores de los Polos* (tutores, facilitadores y operadores de Educación Permanente en Salud, entre otros), distribuidos por todo el país, logrando la auto movilización de al menos 20 mil personas. Así como estos actores no existieron y existen ahora, la política no existía, se presentó inédita y existió inmediatamente, ubicando la formación y desenvolvimiento como educación viva, en acción, en salud.

Referencias

- Brasil. (2004a). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde 2004. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. (2004b). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde . Departamento de Gestão da Educação na Saúde 2004. **EducarSUS**: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil. (2004c). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS**: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de fevereiro de 2004 a junho de 2005. Ministério da Saúde, Brasília. (Em construção).
- Ceccim, R. B. (1993). Diretrizes do SUS constitucional e considerações fundamentais. **Logos** 5(1):35-40.
- Ceccim, R. B. (2001). Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde, pp. 37-50. In DEE Meyer (org.). **Saúde e sexualidade na escola**. 3ª ed. Mediação, Porto Alegre.
- Ceccim, R. B. (2004). Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos, pp. 259-278. In R Pinheiro & RA Mattos (orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Hucitec, São Paulo.
- Ceccim, R. B. 2005. **Educação permanente em saúde**: desafio ambicioso e necessário. Interface – Comunic, Saúde, Educ., 9(16), 161-168.

- Ceccim, R. B., & Armani, T. B. (2002). Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: Ferla AA & Fagundes SMS. (orgs.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Dacasa, Escola de Saúde Pública/RS, Porto Alegre. 143-162.
- Ceccim, R. B., Armani, T.B., & Rocha, C. M. F. (2002). O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2), 373-383.
- Ceccim, R. B., & Capozzolo, A. A. (2004). Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: Marins, J. J. N., Rego, S., Lampert, J. B., & Araújo, J. G. C. **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. Hucitec, Rio de Janeiro; Abem, São Paulo. 346-390
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker LCM. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, 14(1), 41-65.
- Conferência Nacional de Saúde. (2003). **12a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca – saúde um direito de todos e um dever do Estado, a saúde que temos, o SUS que queremos: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Deleuze, G. (1999). ¿Que és un dispositivo? In: **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, Barcelona. 155-161
- Merhy, E. E. (2005). O desafio que a educação permanente tem em si a pedagogia da implicação. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**. 9(16), 172-174.
- Rovere, M. (2005). Comentários estimulados por la lectura del artículo “educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário”. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, 9(16), 169-171.

Educación y salud: la enseñanza y la ciudadanía como cruce de fronteras¹⁹

Ricardo Burg Ceccim
Alcindo Antônio Ferla

Introducción

En Brasil se organizó y consolidó un movimiento específico en el sector de la salud, principalmente durante los años 1970 y 1980, como lucha social en defensa de la salud. La salud como derecho de ciudadanía y como parte fuerte y activa de las luchas contra la dictadura militar. El lema “Salud es Democracia” designaba el derecho a la salud y era la expresión de un conjunto de condiciones saludables –condiciones de vida y de trabajo– a las que no se podía renunciar. La salud adquirió un concepto “ampliado”, una ampliación derivada de la comprensión de sus condicionantes (o determinantes) y en defensa de la superación de las dicotomías entre acciones de promoción y prevención (salud pública) y acciones curativas (asistencia médica), vigentes hasta entonces. Antes de la Constitución Federal de 1988, la sanidad pública pertenecía al sector sanitario y la asistencia médica a la seguridad social. El acceso a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad sólo se garantizaba en el caso de enfermedades y eventos de alta prevalencia o impacto en la salud pública, y el acceso a la atención de la enfermedad sólo se garantizaba a través del tratamiento médico centrado en la recuperación y rehabilitación de las enfermedades. “Educación de calidad” y “calidad de la educación” son dos referencias que se repiten en los documentos y discursos que acompañan a las propuestas de actuación en el ámbito educativo, pero que muchas veces, como en la imagen bíblica de la Torre de Babel, no podemos entender a qué aspectos de las actuaciones emprendidas se refieren.

El singular contexto en el que surgió este “movimiento” en el sector sanitario construyó también un sentido muy singular de la salud que se pretende: una salud ligada a la forma de vivir de las personas y, por lo tanto, mucho más allá de los recortes preventivos o curativos, de la salud pública o de la atención médica, de la promoción frente a la rehabilitación. Este movimiento abogaba por la “atención” en lugar de la “asistencia”, por la integralidad en lugar de la polaridad prevención-cura y por el proceso salud-enfermedad en lugar del movimiento frente a la rehabilitación. Surgió el Movimiento Sanitario, base para la formulación y proyección

19 Publicado originalmente en portugués en Revista Trabalho, Educação e Saúde (Ceccim & Ferla, 2008).

de las reformas sectoriales que siguieron y se fusionaron con él como las reformas del sector sanitario. El Movimiento Sanitario Brasileño es el protagonista de la Reforma Sanitaria brasileña, que dio origen al Sistema Único de Salud (SUS).

Dentro de la academia, el Movimiento Sanitario creció entre los profesores de Salud Pública y de Salud Preventiva y Social, cuya producción científica informaba sobre los procesos capaces de condicionar (o determinar) los estados de salud y enfermedad, las repercusiones sociales de la atención sanitaria o no sanitaria y la satisfacción o insatisfacción de los ciudadanos con los estándares asistenciales y preventivos disponibles. Además, esta área de conocimiento llevó a cabo el análisis y estableció interpretaciones científicas sobre los patrones de financiación y generación de beneficios en la vida y la salud.

Estudiar Salud y Sociedad era la forma de entender los patrones sanitarios del país y, por tanto, de detectar la existencia de un perfil de clase social en la distribución de las enfermedades y las muertes, así como de contribuir a lograr una mejor correspondencia entre los proyectos terapéuticos y la historia cultural de los grupos y las clases sociales (la atención profesional debe aprender a ser capaz de respetar las individualidades de quienes demandan cuidados). Los estudios de salud debían corresponder, entonces, no sólo a los patrones poblacionales de salud y enfermedad o a los comportamientos poblacionales del proceso salud-enfermedad (salud pública con recursos de epidemiología y planificación sanitaria), sino al conocimiento de las comunidades humanas, sus procesos interactivos y características de pertenencia (Salud y Sociedad).

Un compromiso conjunto de los factores de la lucha por la reforma sectorial en salud dio origen al “campo de estudios” de la Salud Colectiva –que reúne la Salud Pública o la Salud Preventiva y Social y la Salud y la Sociedad– y al “campo de intervenciones” del Control Social en Salud, componente organizativo de la agenda política de base popular en la defensa de la salud en Brasil. La salud colectiva y el control social en la salud distinguieron la demanda de una “atención integral a la salud” de la asistencia y la prevención centrada en las enfermedades o los problemas de salud, y de la promoción de la salud mediante políticas específicas. La defensa de la salud, con un carácter de enfrentamiento contra la dictadura militar y de lucha por los derechos, dio lugar a un concepto amplio de salud, como un reconocimiento radical de la calidad de vida y del trabajo en la expresión individual y colectiva de la salud. Las luchas por el cambio en el sector tenían un concepto de desfragmentación (no un sector curativo y un sector preventivo, sino un “único” sector), de integralidad en la atención (no un modelo de atención y un modelo de promoción, sino un “único” modelo), de participación de la sociedad en la toma de decisiones sobre las orientaciones del sector (no un foro gubernamental y un

foro de participación, sino gobierno y sociedad en un “único” foro) y entendido como un derecho de todos y un deber del Estado (no un sector público y un sector privado, sino Estado y subsectores complementarios en un “único” sector). En presencia de todos estos factores, una singular imbricación a los términos “salud” y “ciudadanía”: novedad conceptual, política y actitudinal en la gestión sectorial, en las prácticas profesionales y en las formas de participación social.

Este contexto reforzó la percepción de las deficiencias en la enseñanza de las profesiones sanitarias. El concepto de educar para el trabajo en salud debe dejar de ser la transferencia de recursos cognitivos y tecnológicos a las nuevas generaciones profesionales y convertirse en la formación de un cuadro de activistas del sector de la salud en la implementación de un proyecto de sociedad y de un proyecto técnico de salud correspondiente a este proyecto de sociedad, fundamentalmente una sociedad de ciudadanos, donde la salud está ampliamente relacionada con la calidad de vida y de trabajo. Profesionales poseedores, por lo tanto, de habilidades, conocimientos y valores capaces de hacer funcionar un sistema de salud relacionado con la vida de todas las personas, con calidad de vida por delante de cualquier norma técnica que se deba aprender o ejercer. Sin embargo, independientemente de la militancia, la organización de la formación de los profesionales de la salud debe pasar por la producción de una comprensión de cuáles son los mundos en disputa en la conquista del Sistema Único de Salud.

El sector de la salud, con el SUS, dejó de ser una de las áreas o políticas públicas del capítulo del Orden Social en una sociedad democrática, representando la traducción de una historia social y ciudadana, que movilizó a la academia, a los trabajadores de la salud, a la clase trabajadora y a los movimientos sociales (desde los del barrio hasta los de motivación específica, como los de las personas con discapacidad, los feministas, los negros etc.). Si un pueblo organizado democráticamente fue capaz de formular un concepto de salud, una propuesta de prácticas para un sistema nacional de salud y un proceso de seguimiento sectorial demuestra madurez política. Apoyar o desmontar esta madurez está, efectivamente, dentro de los procesos de formación profesional, cuya naturaleza es conformar las nuevas generaciones de pensadores, formuladores, evaluadores y efectores de la transposición de principios y proposiciones en los proyectos de investigación, escucha, atención y tratamiento en salud.

La formación de los profesionales de la salud, sin embargo, se ha presentado como un importante reservorio de resistencia frente a los avances de la ciudadanía en salud, no ha absorbido esta historia de luchas y proyecto de sociedad, debilitándola, lo que finalmente, si no se revierte, la hará participar en el

desmantelamiento de un nivel de ciudadanía conquistado, exigiendo a la sociedad una nueva posición y una nueva confrontación por la misma causa: la salud como derecho de todos y deber del Estado. Habría que decir: la salud como derecho a la vida con calidad; la salud como derecho a la atención integral, con prioridad a la promoción y a la prevención, sin perjuicio de la recuperación y rehabilitación de los estados de salud; la salud como expresión del caminar de la vida. A esta situación se suma la influencia de las corporaciones y los intereses del mercado en el complejo productivo de la salud, la disputa por los imaginarios profesionales promovidos por las corporaciones y por la ideología social neoliberal y los conflictos de posición en las estructuras de poder en el trabajo, pero también las diferencias en el proceso de formación de los docentes, en la composición de los escenarios de aprendizaje y en la interacción de las instituciones educativas con las instancias sectoriales de conducción y desempeño profesional de la salud.

En la historia de las luchas por la reforma sanitaria, la formación de los profesionales de la salud no ha configurado un núcleo específico de conocimiento y práctica, aunque se ha reiterado la necesidad de sus instancias de control social. En el Movimiento Sanitario predominaba la opinión de que el mercado laboral condicionaría las características del sistema educativo, y también se creía que la nueva empleabilidad y la regulación del trabajo llevarían a priorizar el cambio en la formación de los profesionales de la salud hacia el SUS, pero el sector educativo no sólo responde a las necesidades sociales, sino que las engendra, al igual que a sí mismo. De hecho, las relaciones entre el mercado laboral, la práctica profesional, la estructura académico-administrativa de los cursos y la práctica educativa se componen de innumerables interfaces bidireccionales, y un cambio no puede construirse completamente sin el otro. Como resultado de la interacción de fuerzas, el hecho de no dar prioridad a la formación de los profesionales de la salud en la aplicación de la reforma sanitaria se corresponde con la falta de prioridad de la formación para esta transformación sectorial y, en consecuencia, con su debilitamiento.

Educación en salud: esquemas y potencialidades para la ciudadanía

La salud brasileña comenzó a constituir, a través de la Salud Colectiva, un nuevo movimiento científico para la temática de la educación en salud. Además del dominio de las ciencias básicas (ciencias de la vida), el área científica de la salud comenzó a exigir el dominio en el análisis político de las circunstancias de la vida que interfieren en enfermar y morir. La atención integral a la salud no corresponde al acceso a las tecnologías biocientíficas, sino al dominio de los factores que condicionan los estados de salud y las posibilidades de

intervención oportuna o adecuada sobre ellos. La búsqueda de posibilidades de articulación entre la acción política y los nuevos paradigmas científicos, la justa traducción entre la información biocientífica y las prácticas terapéuticas, la transposición entre la evidencia epidemiológica y la narrativa del proceso salud-enfermedad, entre otros factores capaces de ayudar en la escucha, el cuidado y el tratamiento de las personas y los colectivos y en la superación de las crisis sectoriales han construido una referencia social al pensamiento intelectual en el área. En el ámbito de las luchas por el derecho a la salud y en la evaluación de la implementación de la Reforma Sanitaria, la ciudadanía en Brasil dio cuenta de la expansión e importante internalización de la red de servicios; la apertura de estrategias de contacto domiciliario del sistema de salud con la población; La desinternación, con apoyo social a las personas que viven con enfermedades crónicas y asilos en los servicios de salud; la asignación de recursos presupuestarios a la salud; el crecimiento expresivo de la empleabilidad y el mercado de trabajo de los profesionales de la salud y la financiación de la investigación en el sistema de salud.

El “poder de la ciudadanía” presente en la sociedad, para el sector sanitario y para el área científica de la salud colectiva, no se correspondía con el sector de la educación y para el área de la enseñanza. La apropiación del Sistema Único de Salud es aún tenue en la formación profesional, y sigue vigente un imaginario de la salud como una prestación de servicios altamente tecnificada, con usuarios tomados por sus estándares biológicos, con el proceso salud-enfermedad constituido por la historia natural, con el hospital tomado como la cima de una jerarquía cualitativa del trabajo, con el empleo público entendido como una alternativa de supervivencia y producción de prácticas colectivas, mientras que el trabajo de mayor dedicación estaría en el subsector privado, con atención individual y con gran consumo de procedimientos. Dicho imaginario está presente en la formación, como producto construido en base a intereses corporativos y particulares.

La Educación Superior, como gestión sectorial de la enseñanza, se ha preocupado poco por la producción política que se daba en el ámbito del sector sanitario. Fueron las asociaciones de profesores de las profesiones sanitarias y el propio Sistema Único de Salud los que se ocuparon del debate sobre los cambios en la enseñanza y la formulación de directrices curriculares. Debido al Sistema Único de Salud, se tornó relevante para todas las profesiones del área el fortalecimiento o la creación de asociaciones docentes que reúnan a profesores y estudiantes de pregrado, gestores de este sector en políticas públicas, servicios de salud y representantes de la sociedad. Las asociaciones de enseñanza no se corresponden con las asociaciones profesionales, que son diferentes y se refieren principalmente a las especialidades y a los ámbitos de la actividad profesional. Podríamos suponer que las asociaciones profesionales tendrían como principal interlocutor al

sector sanitario, mientras que las asociaciones docentes establecerían su principal interlocución con el sector educativo. Este no es el caso. Desde hace algunos años, las asociaciones de profesores buscan que el sector de la salud refuerce su compromiso con el SUS, entendiendo que la exención de la educación de la formación de nuevas generaciones profesionales para el SUS reduciría la conquista de la ciudadanía en la salud a un valor instrumental, invirtiendo la ecuación salud-sociedad en detrimento de nuevos contornos y potencialidades para la enseñanza y la ciudadanía. Las asociaciones profesionales buscan el sector de la educación para preservar la lógica de la especialización empresarial y la reserva del mercado, anulando el proceso político y social de la salud, defendiendo la validez de un concepto de trabajo que no reconoce gran protagonismo a los trabajadores en acto, sino a su propio lugar de institución de las verdades y certezas del trabajo (los trabajadores, en este caso, como “recursos humanos”).

En la implementación actual del SUS, a pesar de la invención de la Salud Colectiva –en el campo del conocimiento– y del Control Social –en el campo de la participación–, hemos asistido a una forma de operar en la que las formas y valores tradicionales no han perdido vigencia y las redes de pensamiento, aprendizaje y conocimiento, agregadas por la “formación”, dificultan los procesos de creación de uno mismo, del entorno y de una “ciudad sana” (redes para nuevos créditos y aprehensiones) capaces de operar con el concepto ampliado de salud.

La complejidad, diversidad y amplitud de la producción de la vida humana requiere/obliga a la formación de personal capacitado para la comprensión e intervención intersectorial y según estrategias de promoción de la salud como calidad de vida (potencialidad conceptual de que la salud es la producción de la vida en lo colectivo). Para lograr este objetivo, el concepto de “cuadrilátero de la formación” (acuñado para representar una nueva disposición de los actores relevantes en las definiciones de las estrategias para la educación sanitaria) pretende aunar la enseñanza, la asistencia, la gestión y el control social de la salud. Este concepto es el resultado del proceso de reflexión y construcción de innovaciones para una política nacional de formación y desarrollo de los profesionales de la salud con carácter de educación permanente, es decir, una gestión integral de la formación en el día a día del Sistema de Salud (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

La noción de “cuadrilátero de la formación” subyace en una invención del Sistema Único de Salud para marcar el encuentro entre la salud y la educación: la Educación Permanente en Salud, una sugerencia de vínculo orgánico entre la enseñanza (educación formal, educación en servicio, formación continua), el trabajo (gestión sectorial, prácticas profesionales, servicio) y la ciudadanía (control social, prácticas participativas, alteridad con los movimientos populares, vínculos con la sociedad civil). La Educación Permanente en Salud

sería no sólo una práctica de enseñanza-aprendizaje, sino una política de educación sanitaria, un esfuerzo por nombrar el vínculo político entre Educación y Salud (Ceccim & Ferla, 2006a).

En 2003, el Consejo Nacional de Salud aprobó, como política pública, la iniciativa Política de formación y desarrollo para el SUS: vías para la educación permanente en salud (Brasil, 2003). Este documento fue el hito para la definición del campo de conocimientos y prácticas de la Educación y Enseñanza de la Salud y para el reconocimiento de su origen en el ámbito de las producciones de Salud Colectiva. Sin embargo, la formación de los profesionales de la salud sigue guiada por una concepción pedagógica que establece el centro de aprendizaje en el hospital universitario, jerarquiza las enfermedades en criterios biologicistas y disocia la clínica y la política. Es necesario, entonces, que los educadores abandonen la seguridad de este modelo pedagógico y asuman posturas creativas de construcción de conocimiento, teniendo como referencia las necesidades de los usuarios, que son extremadamente dinámicas, construidas social e históricamente; luchan por un diseño guiado por las complejidades locales y por la responsabilidad de los profesionales y servicios para el cuidado y la cura, singular en cada caso o realidad.

Hemos sugerido la imagen de un “mandala” para que se incorpore al imaginario docente en la educación de los profesionales de la salud sobre la “red” asistémica de la salud, de manera que se pueda deshacer la imagen impregnada –en la didáctica de la salud– de la pirámide asistencial, explicación didáctica de las redes asistenciales. En una pirámide la jerarquía es vertical y por niveles, en un mandala hay red, flujos, dibujo, plegado, movimiento (Ceccim & Ferla, 2006b). Una reorientación de la formación de los profesionales de la salud debe ocurrir y pasar por la inversión de la matriz actual de pensamientos y prácticas, desarrollando dispositivos también dinámicos y extremadamente flexibles para escuchar, retransmitir y trabajar estas necesidades, con el fin de construir una cadena de cuidados progresivos a la salud para los usuarios, con el objetivo de garantizar el acceso a todas las tecnologías disponibles para hacer frente a las enfermedades y prolongar la vida.

Educación y ciudadanía sin fronteras recíprocas

Para una nueva exigencia de formación, es importante pensar no en lo que es o en lo que debe ser una formación, sino en lo que puede hacer: buscar el poder, planteando preguntas, investigando realidades y cuestionando paisajes, en la perspectiva de aprender sobre uno mismo, el entorno y los roles profesionales (potencialidades profesionales). Según Kastrup (2001), el aprendizaje es una actividad inventiva, pertenece

al mundo de los movimientos. Lejos de la sensación apaciguadora en territorios preorganizados o de los que ya han renunciado a desear, entregándose al deseo del otro que se responsabiliza de los efectos de la tarea, el aprendizaje es una actividad educativa problematizadora. Es el movimiento de tensión entre el conocimiento previo y la experiencia presente, inventor de la novedad. No por ello es algo excepcional, un privilegio de artesanos o científicos.

Está en la naturaleza de la práctica educativa pensar problemáticamente, analizar, no los comportamientos, ni las ideas, sino las prácticas reflejadas y voluntarias a través de las cuales los hombres fijan las reglas de conducta y buscan cambiarse a sí mismos en su ser singular (Foucault, 1988, pp. 14-15). Este “pensamiento problemático” es el que plantea preguntas más que respuestas. Foucault se opone a una historia de las representaciones desplazando el foco analítico a la captación de las líneas de fuga que cada pensamiento lleva en la práctica. En lugar de dar prioridad a las configuraciones estabilizadas basadas en los discursos vigentes, hay que centrarse en las nuevas prácticas de pensamiento.

Desde esta perspectiva, el aprendizaje y la enseñanza tienen que ver con la forma de hacer. Como el aprendizaje no es una operación intelectual de acumulación de información, sino que incluye afectos y supone actividad de los actores implicados, establece la confrontación de una forma de ver el mundo ya establecida con otra que se presenta a partir de la (nueva) información. Para Benevides de Barros (2001), aprender es, pues, operar sobre determinadas prácticas diferentes a las que uno estaba acostumbrado. Según la autora, es inventar nuevas prácticas, hacer nuevos pliegues en el mundo en los que la información es fagocitada, ingerida, transformada, produciendo, entonces, otras subjetividades, nuevas formas de estar en el mundo. Esto implicaría pensar continuamente en la interfaz entre la formación, la producción de subjetividad y el trabajo, dimensiones que son poco consideradas en los procesos de formación.

Los proyectos pedagógicos no se limitan al ámbito profesional, sino que alcanzan, sobre todo, las relaciones humanas, la acogida y la propia calidad de vida de los trabajadores, ya que se reflejan en su placer, su salud, su autoestima, su carácter, su estado de ánimo, sus hábitos; van más allá del entorno laboral o del aula, extrapolándose al mundo de la vida. La enseñanza y la asistencia deben dirigirse a las diversas instancias de producción de la vida, ya que lo que produce la existencia es la búsqueda de más y más salud en el proceso de vivir (Ceccim, 1998a).

En el caso de la educación permanente en salud, los proyectos pedagógicos se refieren a una cierta organización dinámica de la educación, la expansión y la potencialización, a través de dispositivos

pedagógicos, de los actos de pensar, aprender y conocer relacionados con una actuación/procedimiento. Prigogine, en su libro *El fin de las certezas*, invita a sus lectores a un recorrido por el mundo de una ciencia en evolución, que nos sitúa ante la complejidad del mundo real, una ciencia que permite vivir la creatividad humana. Refiriéndose a la física de los procesos de no equilibrio, el autor se pregunta: ¿quién habría imaginado, a principios del siglo XX, la existencia de un universo en expansión, de fenómenos asociados a la autoorganización y de estructuras disipativas? Y esta ciencia nos llevó a estos nuevos conceptos, ampliamente utilizados también en las ciencias humanas, de que afectamos y somos afectados por un mundo conocible, en el que estamos en autopoiesis al pensar, aprender y conocer (Prigogine, 1996, p. 11 y 157). Pensar, aprender y conocer, hay que subrayarlo, nunca será lo mismo que la erudición (“pensar” no es acumulativo, es el efecto de la diferencia-en-nosotros). Aprender’ es una red de conexiones, una exposición arriesgada al otro. ‘Conocer’ sólo es posible ante lo desconocido y con la apertura a lo desconocido.

Varios autores se han dedicado al tema de la organización dinámica que caracteriza a los seres vivos -perfilados, por un lado, con el orden y, por otro, con el desorden, lo que recientemente se ha denominado autoorganización. Maturana y Varela (1995), al tratar el tema del conocimiento, parten del principio de que la vida es un proceso de conocimiento y afirman que construimos el mundo en el que vivimos, el cual, a su vez, también nos construye a nosotros durante nuestro recorrido común. Así, debemos resistir la tentación de la certeza, pues toda experiencia de certeza es un fenómeno individual y ciego en relación con el acto cognitivo del otro, en una soledad que sólo se trasciende en el mundo que creamos junto al otro. De este modo, nuestro punto de vista será el resultado de un acoplamiento estructural en el ámbito experimental (contacto con la alteridad y producción de la diferencia en nosotros). En este sentido, la rutina de un profesional de la salud puede ser sólo un ritual, pero también puede ser un dispositivo si reconocemos en ella el contacto, la exposición, el dejarse afectar. La facilidad con la que se producen las herramientas de regulación técnica y empresarial del trabajo y la subordinación de los procesos de trabajo al conocimiento estructurado y a la tecnología-equipo se oponen, aquí, al compromiso ético y político de construir una nueva salud.

Serres (1993, p. 14-15) pone que enseñar y aprender, en sentido pleno, implican tres variedades de alteridad, tres extrañezas, tres modos de exponerse: partir, salir y dejarse seducir. “Partir” es dividirse en partes, volverse varios, abrirse como universo o como el caos donde todo comienza; “salir” es dejar el

nido, lanzarse en un camino de destino incierto, bifurcar la dirección dicha natural; y “dejarse seducir” es aceptar el guía, el maestro, el conductor que conoce el lugar por donde llevar el iniciado. Una vez puestos en desequilibrio por todos lados, afecto, percepción y cognición estarán a

punto de distenderse. “Ningún aprendizaje prescinde del viaje”, asegura Serres. En su entender, “bajo la dirección de un guía, la educación empuja hacia fuera”. Desafía: “vete, lárgate. Deja el vientre materno, la cuna, la sombra que ofrece la casa paterna y los paisajes juveniles”. Luego, aprender: “en el viento, bajo la lluvia: fuera no hay refugio. Sus ideas sólo repiten las viejas palabras. Joven: loro viejo. El viaje de los niños, ese es el amplio significado de la palabra griega pedagogía. El aprendizaje lleva a la errancia” (Serres, 1993, p. 15). La palabra educación viene del latín y significa, precisamente, extraer, sacar. La palabra pedagogía viene del griego y significa conducir al niño (pedagogo era el esclavo que, en la antigua Grecia, conducía al niño al lugar de instrucción). La “educación” es la construcción del aprendizaje y la “pedagogía” es la orientación/conducción al aprendizaje, en este sentido, la ciencia de la educación.

Las fronteras recíprocas entre la enseñanza y la ciudadanía están entrelazadas, ya que toda enseñanza pretende construir un poder que ponga a un individuo o colectivo en un acto de ciudadanía y todo acto de ciudadanía configura una potencia de saber. La enseñanza es el desencadenante de micropercepciones –introducción cognitiva y afectiva a los movimientos del pensamiento, del aprendizaje y del conocimiento–, la creación de condiciones para que un concepto y un afecto construyan un territorio en un yo y en un entorno, pero sobre todo para que construyan una “ciudad” (las redes de producción de sentido y de resingularización), un territorio ético de intercambio, de confianza y de ciudadanía (Deleuze & Guattari, 1992). Si lo que enseñamos es la ciudadanía y si la ciudadanía es la enseñanza, no hay un contenido exacto que transmitir, nos transmitimos a nosotros mismos como aprendices, este aprendizaje es cognitivo y afectivo, por lo que arma ciudades y es por tanto productor de ciudadanía. La historia y el lenguaje de las luchas es lo que entra en el aula, no sus productos inertes en conceptos para convertirse en “conocimientos” pero no en “aprendizajes”.

Conclusiones

Con ello, nos conlleva pensar en la Educación Permanente en Salud como un proceso de formación, desencadenando movimientos de extrañamiento, desacomodación, “cuestionamiento” e implicación, poder para que un colectivo se diferencie de sí mismo y pliegue nuevas prácticas. La interfaz entre formación,

producción de subjetividad y trabajo se convierte en el territorio de una “escucha pedagógica en salud” (Ceccim, 1998b). El desarrollo de una escucha pedagógica en el ámbito del trabajo en salud buscaría captar y potenciar los movimientos de interacción y construcción colectiva, introduciría dispositivos de intercambio para actuar las fuerzas que pueblan los mundos interpersonales, apuntando a la invención de nuevos territorios para ser profesional en salud y movilizaría una enseñanza-aprendizaje de la realidad que sería productora de sentidos y capacidades críticas. Este concepto inspiró, entre otras, reflexiones sobre la clínica (Ferla, 2002), asociándola a la propia producción en Salud Colectiva. La calidad se convirtió en el tema central de la segunda reunión, celebrada en Nueva Delhi, del Foro Consultivo Internacional sobre Educación para Todos, que se había creado en la Conferencia de Jomtien para supervisar, en los distintos países, los programas que se habían puesto en marcha a partir de esa reunión.

Hablamos de la Educación Permanente en Salud, podríamos hablar de una “pedagogía” en acto para un “trabajo vivo en acto”, como en la exigente y desafiante comprensión del trabajo en salud de Emerson Merhy (2002): “trabajo vivo en acto”. Para este pensador de la Salud Colectiva, el ejercicio de la salud depende en gran medida del trabajo vivo en acto, donde los trabajadores pueden poner todo el conocimiento que tienen como opciones tecnológicas “para la producción de [formas de proceder] eficaces al servicio del usuario y su problema” (el autor utiliza la expresión “procedimientos eficaces”). Merhy (1997, p. 126) señala que los trabajadores de la salud no pueden negarse a ofrecer todo lo que tienen para defender la vida (“digamos”: escuchar, cuidar, tratar), esto incluye el conocimiento, el saber y el trabajo en acto (“digamos”: un exponerse y un comprometerse), de ahí la posibilidad de construir “una ‘complicidad’ mutua entre usuarios y trabajadores, en la mejora real de la calidad de vida” (Merhy, 1997, p. 126).

Se puede decir que la educación está compuesta por una estructura didáctica y pedagógica (un plan de estudios, una progresión escolar, una evaluación de las adquisiciones lógicas), pero también está compuesta por relaciones de aprendizaje (procesos cognitivos, procesos afectivos, procesos sociales). El aula o el entorno de trabajo en salud es un campo de construcción cognitiva (aprendizaje formal) y de construcción afectiva (desarrollo), donde se viven experiencias éticas de estar juntos y experiencias estéticas grupales, que conforman las actualizaciones de la experiencia cotidiana, tanto por la repetición de los actos vividos como por la invención del tiempo a través de la evocación de nuevas percepciones y experiencias intensas (Ceccim, 1998b). Volviendo a la “ciudadanía” mencionada por Merhy, tenemos, en el trabajo en salud, como desafío efectivo, la búsqueda de otra forma de operar el trabajo en salud y de construir la

relación entre el trabajador y los usuarios, engendrando “una relación más solidaria entre trabajadores y usuarios y los propios trabajadores desde el punto de vista de su desempeño técnico, y la ‘construcción de un trabajador colectivo’ en el área de salud” (Merhy, 1997, p. 126).

Si el nudo anti ciudadano más identificado en las instancias de control social sobre el trabajo sanitario es la baja disposición a los efectos de la alteridad de los trabajadores hacia los usuarios, no pueden ser los programas llenos de contenidos y con ritos a seguir y superar en condiciones y ritmos de tiempo preestablecidos los que conquisten el cambio necesario.

De hecho, el recorrido histórico y epistémico que los encuentros entre la educación (en particular, la educación popular y los procesos de cambio en la formación de los profesionales de la salud) y la salud (en particular, la Salud Colectiva) han producido en Brasil permite destacar una emergencia: la educación y la enseñanza de la salud como un dominio específico del conocimiento y como una problemática singular de la ciudadanía. No es sólo un dispositivo o un punto de encuentro, sino un territorio donde se verifican nomadismos e hibridaciones, con sus propias potencias teóricas, políticas y pragmáticas, inaugurando un campo conceptual que contribuye a la renovación de la Salud Colectiva o de la Educación (en Salud).

La Educación Permanente en Salud requiere que sus actores se sientan llamados a la creación, a la apertura y a lo colectivo. Desde esta perspectiva, somos siempre una novedad, el poder de afectar y ser afectado, caminando en la diversidad, construyendo alianzas, deconstruyendo la evidencia. La inversión pedagógica es poder romper lo dado, ampliar las nociones de autonomía del otro y constituir espacios creativos y sensibles en la producción de salud.

En el campo del conocimiento, Brasil inventó un marco teórico, la Salud Colectiva, para absorber la ciudadanía en el compromiso científico y académico; desarrolló el control social en salud para generar una práctica de apertura y realización política a través del compromiso legal, moral y ético con la ciudadanía. Si estas condiciones pueden registrar una nueva educación de los profesionales de la salud, nuevos contornos y potencialidades llegarán a la ciudadanía, haciéndonos revisar la Salud Colectiva y el Control Social en el sector como Educación Permanente en Salud: ciudadanía. Esto parece ser un desafío más ineludible para el proceso social que ha estado provocando la emergencia de una nueva salud, generosa y generadora de nuevas apprehensiones y apropiaciones de la ciudadanía.

Referencias

- Brasil. (2003). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335**, de 25 de novembro de 2003. Aprova a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde como instâncias locais regionais e interinstitucionais de gestão da educação permanente. Brasília, DF: CNS, 2003. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso335.doc>.
- Benevides-De-Barros, R. D. (2001). **Grupo: estratégia na formação**. In: Athayde, Milton et al. (Orgs.). *Trabalhar na escola? “Só inventando o prazer”*. Rio de Janeiro: Ipub-Cuca, 71-88.
- Ceccim, R. B., & Carvalho, Y. M. de. (2006). Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos, Gastão Wagner de Souza et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 149-182.
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2008). Educação Permanente em Saúde. In: Pereira, Isabel Brasil; Lima, Julio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 162-168. Recuperado de <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>
- Ceccim, Ricardo Burg; Ferla, Alcindo Antônio. (2006b). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Abrasco. 165-184.
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], 6(3), 443-456. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14, 41-65.
- Ceccim, R. B. (1998b). **Políticas da inteligência: educação, tempo de aprender e dessegregação da deficiência mental**. São Paulo, 1998. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Núcleo de Estudos da Subjetividade, São Paulo, 1998b.
- Ceccim, R. B. (1998). Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: Meyer, Dagmar Estermann (Org.). **Saúde e sexualidade na escola**. 2. ed. Porto Alegre: Mediação, 37-50.
- Cecílio, L. C. de O. (1999). O programa UNI: uma necessária ampliação de sua agenda. In: Almeida, Márcio; Feuerwerker, Laura; Llanos, Manoel (Orgs.). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 129-136.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1992). **O que é a filosofia**. Rio de Janeiro: 34 Letras.
- Ferla, A. A. (2002). **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas**. Porto Alegre, 2002. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação: Educação em Saúde. Porto Alegre.
- Foucault, M. (1988). História da sexualidade: o uso dos prazeres. v. 2. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Kastrup, V. (2001). Aprendizagem, arte e invenção. In: Lins, Daniel (Org.). **Nietzsche e Deleuze: pensamento nômade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 207-223.
- Maturana, H.; Varela, F. (1995). **A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano**. Campinas:

Workshopsy.

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

Merhy, E. E. (2002). **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec.

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

Serres, M. (1991). **Filosofia mestiça** [Le tiersinstruit]. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Complejidad del trabajo en salud, transdisciplinariedad y sistematización del conocimiento a partir de la experiencia: cuestiones para la educación permanente en salud

Alcindo Antônio Ferla
Alexandre Ramos-Florêncio
Erick Rivas

Introducción

En este ensayo, reflexionamos sobre el desafío de producir y sistematizar conocimiento en el trabajo cotidiano en salud como estrategia para el desarrollo de prácticas de gestión y cuidado de la salud que ocurren en los servicios, redes y sistemas de salud. Este tema requiere una reflexión con cierta densidad analítica sobre la interfaz entre el trabajo en salud, complejo por naturaleza, especialmente cuando se realiza en los territorios (a diferencia del interior de las instituciones médicas, donde la tecnología biomédica ya está naturalizada), los conocimientos válidos y oportunos que orientan las prácticas asistenciales y de gestión, y el desarrollo de la capacidad de cada agente del trabajo para reflexionar sobre el trabajo y sistematizar el conocimiento de los aprendizajes significativos realizados cotidianamente.

Sistematizar productivamente las experiencias en el trabajo cotidiano, como conocimiento válido o como tecnologías oportunas, requiere investigadores/directivos/profesores intensamente preocupados por los problemas y situaciones que surgen en el trabajo cotidiano y que activan el híbrido pensamiento/decisión/aprendizaje como respuesta. Lo mismo en el ejercicio de la gestión, en el cuidado y en la producción académica. No hay totalizaciones en la relación entre conocimiento y práctica, y, colocadas en una relación transversal, teorías y práctica se falsifican mutuamente, desarrollando el pensamiento y generando nuevas mesetas para el hacer. Falacias que mantienen la implicación en la vía productiva, desestabilizando naturalizaciones teóricas o empíricas. Es esperanzador que contemos con investigadores de tal capacidad en estos tiempos en los que es necesario tender puentes para superar la crisis civilizatoria que nos alcanza por todos lados.

Podríamos llamar innovación, como aprendí de Boaventura Santos (1997), a esta incidencia en la frontera de las actuaciones de la acción disciplinar y sectorial, rompiendo identidades cuando no son capaces de traducir la intensidad del contexto. Para hablar del cruce de la frontera entre lo ordinario y lo que pide

paso, podría buscar en la propia tesis la denominación de emprendimiento, que marca parte de la teoría que acompañó a la producción original, aunque con algunas reservas teóricas al término, que, por cierto, no tienen la menor relevancia para comentar la densidad de la tesis. Pero creo que, después de todo, las palabras de nuestro educador Paulo Freire (1993), de la curiosidad epistémica y el despertar ontológico de lo humano, son más acertadas en este caso. Hay aquí un visible malestar con los límites de las fronteras de todo tipo, no por su existencia ni por la alegría de traspasarlas, sino por los efectos de poder que producen en las personas. Es el efecto ortopédico de la frontera sobre la vida lo que me parece central en la producción del autor. Lo que constriñe una identidad fija y, por lo tanto, merma la salud de nuestro pueblo, tan diverso y plural, debe ser un problema relevante y constante en la trayectoria profesional.

La producción de conocimiento en el trabajo sanitario cotidiano como encuentro feliz²⁰

Para los actores del trabajo que se movilizan con centralidad para la calificación del hacer gerencial, utilizando el dispositivo para procesar la experiencia vivida, mezclándola con el ejercicio intelectual de la investigación, la sistematización de experiencias parece ser una intensa motivación para no desperdiciar el aprendizaje obtenido en el hacer cotidiano. Esta motivación permite al lector experimentar un feliz encuentro, en el sentido espinosiano (Espinosa, 2015), de los gestores, que formaran parte del equipo de gobierno involucrado en el momento de formulación e implementación del Programa Más Médicos en Brasil y, por lo tanto, es capaz de identificar fuerzas, actores, temas de la agenda real –no sólo la que se muestra a los estudios de políticas públicas o se difunde en los medios comerciales– y los investigadores, que abordan el tema de la formulación e implementación del Programa con una implicación única, que da condiciones para ver y analizar la política en su internalidad. Igualmente, moviliza la mirada de observadores externos, que ven las políticas públicas brasileñas con informaciones de diferentes fuentes y densidades, pero tensando la cultura con una mirada extranjera, desnaturalizando análisis empapados de cotidianidad. Lo que queremos subrayar aquí es que una la producción de tecnologías basadas en el trabajo cotidiano nunca es una mera descripción de la experiencia, sino una densa reflexión sobre las acciones, poderes y cuestiones que contextualizan esta experiencia en un territorio y un tiempo definidos. En otras palabras, sistematizar los conocimientos y las tecnologías en el trabajo cotidiano nunca es sólo

²⁰ Una versión anterior de este texto, revisada y modificada fue publicada con ocasión del análisis de la tesis doctoral sobre el Programa Mais Médicos (Pinto, 2021) en un capítulo que analizaba la elaboración de la tesis como experimentación de convertirse en investigador de gestores sanitarios (Ferla, 2021b). Aquí se revisó el texto para dar visibilidad a la conexión trabajo sanitario + investigación como desarrollo de uno mismo y del propio trabajo, forjando la imagen del libro-tesis como síntesis de este proceso.

una investigación cuya producción teórica y metodológica sea, desde el principio, sólo una motivación académica. Tal vez esta afirmación sea excesivamente imprecisa. De una investigación en la que, desde el principio, la producción de conocimientos, el ejercicio de la gestión y la cualificación del cuidado están entrelazados. Veamos si logramos traducir de otra manera la implicación que vemos aquí.

El objeto central de la investigación y la producción intelectual en el cotidiano del trabajo en salud no es un ejercicio de abstracción, como nos tiene acostumbrados el paradigma científico actual, cuyo resultado más visible es una teoría que pretende superponerse a la vida cotidiana para iluminarla y, así, atribuirle un valor renovado. La potencia de este encuentro investigador-gestor-cuidador, como encuentro feliz, permite una producción de gran intensidad, donde la investigación tiene un recorrido no sujeto a disciplinas y a la aplicación de técnicas y métodos de investigación. Los conceptos y las teorías, como cajas de herramientas (Foucault, 1989), apoyan al gestor en las prácticas de gestión, para resolver los problemas cotidianos, como dispositivos para superar las fronteras. Estas fronteras cotidianas, al igual que los muros del desarrollo de la teoría y la práctica, como traducen Deleuze y Foucault (Foucault, 1989), se cruzan con mucha densidad teórica y empírica. Y el resultado no es otro que la renovación de la caja de herramientas con la que mediar teorías y prácticas. No se trata de un conocimiento superior, ni de un conocimiento cerrado y acabado, sólo –y esto es sumamente relevante– de una aportación a otros enfoques del tema. No es la renovación del lugar del Olimpo del conocimiento, sino la invitación a ser utilizado para otros entendimientos entre las teorías y las prácticas en el estudio de las políticas y esta política que le da su nombre.

Al poner en tensión teorías y prácticas, más que el ejercicio de la multidisciplinariedad, la experiencia se torna un libro-tesis, que opera constructivamente en lo que Madel Luz (2009) clasificó como la vitalidad de los campos científicos, refiriéndose a la Salud Colectiva. En el libro-tesis, hay un doble orden de tensión: entre las teorías y las prácticas, que componían la caja de herramientas que uno diseñó para su curso de investigación y producción de conocimientos desde la experiencia, y entre las racionalidades de la ciencia –aquí bien expresadas en los conceptos-herramienta– y la lógica pragmática de la vida cotidiana –aquí traducida por las preguntas del director sobre lo que se ha hecho y lo que se podría haber hecho–. El resultado es el ejercicio de la investigación como descubrimiento, como aprendizaje significativo, donde el trabajador de la salud, con rigor ético y político, se deja tensionar por el investigador, con densidad equivalente, para una producción comprometida con el efecto de la política. Nada reproduce aquí la escena original de la Ilustración de teorías que interpretan exhaustivamente las prácticas, como si fueran superiores. O de ejercicios de evaluación de

políticas en los que se miden, con escalas milimétricas, las distancias proyectadas entre la vida cotidiana y los modelos idealizados a partir de las teorías. El ejercicio de la investigación no se hace predominantemente en el campo de las abstracciones, sino en el de las cicatrices que el ejercicio de la gestión hace en el cuerpo de quienes participaron en su producción y aplicación.

Hace tiempo, en la tesis doctoral de uno de nosotros (Ferla, 2002), se utilizó la expresión “cicatriz” para hablar de marcas en el cuerpo que lo transforman y quedan interfiriendo/funcionando en su textura y funcionalidad (“repugnante” fue la expresión utilizada en aquel momento, para hablar no de la estructura en sí, sino del efecto sobre el cuerpo). La exposición en intensidad a una experiencia provoca reflexiones y nos sitúa en otro nivel para reflexionar sobre el tema. Otro nivel de comprensión de la misma escena, que el compromiso ético es cambiar lo que está en el contexto y no producir el Olimpo donde las nuevas teorías puedan descansar eternamente. Otra meseta, como una meseta, que no será definitiva ni completa, que las aproximaciones con la intensidad de la escena siempre permiten actualizaciones.

Hace algún tiempo, en una producción de uno de nosotros (Ceccim & Ferla 2008), la metáfora que se nos ocurrió para hablar de esta experimentación vivida con todo el cuerpo fue el aprendizaje significativo, que llamó la atención sobre el actor que está en la escena de la obra y no rehúye poner su trabajo bajo análisis, produciendo luminosidad con el movimiento de los componentes de la propia escena, incluyendo los conceptos y teorías que se insertaron en ella como herramientas. La idea central aquí es que existe un compromiso ético con la vida cotidiana y su transformación, en una autopoiesis que moviliza energía para el desarrollo de la obra en las condiciones de complejidad en las que se desenvuelve. No se trata de acertar más o menos, como en el ejercicio tradicional de evaluación, sino de producir movimientos, de desplazar, de cualificar el hacer y el saber.

En un tiempo aún más reciente, este tema fue retomado, centrando el análisis en los efectos de las políticas sobre la arquitectura institucional y la cultura, donde actualicé una expresión que también estaba en la tesis doctoral y que había quedado olvidada en el informe final: el efecto pedagógico, que es el que “hace funcionar el modelado del orden sobre las instituciones y las personas, constituyendo lo posible permitido, previniendo los desórdenes de las dinámicas sociales que escapan al orden aceptado y engendrando las formas de existencia consideradas correctas, en el contexto de los valores imperantes” (Ferla, 2020, p. 99). El efecto pedagógico de una política actúa por la “constitución de sistemas conceptuales, simbólicos y los imaginarios que fundamentan el orden en perspectivas axiológicas, teleológicas y culturales” (ídem). En este ejercicio más

reciente, me interesaba comprender la existencialidad educativa producida por la política de evaluación de la atención básica (el PMAQ-AB), por lo tanto, no el proceso de elaboración e implementación centralmente. Este movimiento analítico enfatizó los componentes: pedagógico (la noción de humano que se constituye en su implementación), metodológico (cómo lo hace) y teleológico (la direccionalidad que busca imprimir en las instituciones y personas que interactúan con la política).

Evidentemente, no se trata de entender una política como un actor en sí mismo, sino de los efectos que trascienden la intencionalidad de quienes la constituyen y/o aplican. Entre otras referencias, cuando Madel Luz (2013) constituye la expresión “instituciones médicas” para caracterizar el predominio del discurso de la biomedicina y su racionalidad en el origen de las políticas de salud, ya destaqué el efecto en términos de cultura, que retomé como pedagogía. En la investigación que da origen a un libro-tesis desde la experiencia, tenemos la oportunidad de comprender cómo los actores estratégicos hicieron sus apuestas en estas dimensiones pedagógicas. En el caso de un libro-tesis (esta es la imagen que utilizaremos a partir de ahora para hablar de un conocimiento producido a partir del trabajo cotidiano en salud, es decir, de la experiencia de los trabajadores, y que toma la forma de una publicación para ser compartida con diferentes lectores), es visible que el discurso biomédico no fue suficiente, sino que entró en juego un discurso de gestión de políticas públicas, poniendo en escena la técnica, el acceso, la calidad, el trabajo y la inclusión. En el contexto de la configuración de las políticas públicas, con intereses, ideas y coaliciones. Una vez más, no volveré a analizar lo que contiene el libro, por lo que reitero la invitación a leerlo en su totalidad.

Interesa aquí registrar que la producción puesta a disposición por un libro-tese se compone de aportes que permiten destacar el lugar híbrido de la gestión/investigación/cuidado, como pedagogía que se materializa como producción de conocimiento y tensionamiento de imaginarios, en tiempos en que la ciencia moderna vive una crisis relevante en su paradigma y la gestión pública se coloca en un lugar de ventriloquia discursiva, con discursos desligados del propio contenido y pegados a intereses no siempre visibles. El ejemplo más próximo a lo que aquí se afirma, y que, en todo caso, lo ilustra con precisión, es probablemente el evidente divorcio entre la autonomía profesional de los médicos y la fundamentación en la ciencia, que ha sido auspiciado incluso por entidades de representación profesional, en un juego de anestesiar la comprensión de la catastrófica conducta de respuesta del gobierno brasileño a la pandemia de covid-19, pero sobre esto quiero ir más lejos. Un libro-tesis produce movimientos en sentido contrario, afirmando la ciencia como artesanía de la producción de conocimiento como norma ética para superar la crisis.

La afirmación de la salud como derecho de las personas, de la ciencia como producción de posibilidades viables para la vida y de la gestión de la salud pública como inteligencia para apalancar nuevas mesetas de respuestas a los problemas del día a día del SUS es el resultado más visible del encuentro que una tesis hecha a partir del trabajo cotidiano documenta y que, al mismo tiempo, pone en circulación, en compartir.

La idea que queremos hacer visible aquí es que el resultado de un trabajo intelectual que coloca la experiencia de trabajo como objeto de reflexión es, incluso, la celebración del encuentro entre el gestor/trabajador y el investigador, que hace visible un movimiento fecundo de producción de conocimiento como descubrimiento, no de afirmación/constatación de lo ya conocido, y una meseta estética para la producción de conocimiento, menos como representación y más como irrupción de intensidades y, por lo tanto, además de conocimiento oportuno, también renovación de teorías y métodos. Así, las teorías no pueden elevarse al lugar de iluminadoras de las prácticas de gestión, sino transversalizarlas, y la vida cotidiana no tiene sólo el lugar de un campo empírico que ofrece objetos de análisis a las teorías, sino el de un territorio complejo, que se transforma a lo largo del tiempo y que también es transformado por los conocimientos que entran en su campo existencial.

Hay aquí una precisión relevante, que queremos ilustrar con las ideas de Italo Calvino: la precisión como el “justo empleo del lenguaje, [que] es, para mí, aquello que permite acercarse a las cosas (presentes o ausentes) con discreción, atención y cautela, respetando lo que las cosas (presentes o ausentes) comunican sin recurrir a la palabra” (Calvino, 2019, p. 93). La precisión, en este caso, no es un lugar ideal, sino aprendizaje y movimiento.

La investigación en acción y el efecto pedagógico de la política

Como ya ha quedado patente, no sólo celebramos el encuentro entre investigador y gestor como un acontecimiento social. Queremos celebrarlo como un acontecimiento en el sentido deleuziano, como un dispositivo para el pensamiento. Lo cotidiano sigue produciendo efectos incorporales en el investigador-gestor, de fuerte intensidad, como nos muestra el texto, que emergen –no en el sentido sustantivo de un capullo transformado en flor, sino en el sentido de la intensidad del contacto con la emergencia– y generan nuevas mesetas para entender ese momento como un acontecimiento, que además movilizó otros vectores de fuerza hacia otras direcciones.

Pero es importante entender el trabajo de investigación, aún más en este caso, como una producción ético-estético-política que, al mismo tiempo que pretende producir algo, también lo hace con el compromiso de

inclusión en el ámbito de las políticas de salud de las personas y sus formas de caminar por la vida. Recordando el concepto de configuración tecnológica del cuidado y la gestión, formulado por Merhy (2002) hace algunos años, las diferentes naturalezas tecnológicas del trabajo de investigación tienen aquí una combinación única, gestionada a partir de la motivación del encuentro investigador-gestor. La autonomía del investigador no está por encima del compromiso con el Sistema Único de Salud y con la producción de la salud que exige el paso por el territorio brasileño. No se trata del divorcio entre el hacer y la ciencia que algunas entidades médicas y sus representantes han protagonizado a lo largo de la lucha contra la pandemia, despreciando la evidencia científica y los procedimientos éticos de investigación, reproduciendo la lógica del consumo de procedimientos sin eficacia. Como investigador, un trabajador cotidiano no puede ignorar los límites éticos del diálogo entre la ciencia y la vida. Por el contrario, debe desafiar un plan estético muy radical, centrado en el diálogo (antes utilicé la expresión cruce de fronteras para hablar del acto de atravesar el conocimiento previo y el conocimiento de la vida cotidiana y, al mismo tiempo, de aprender de este cruce) entre el investigador y el gestor, entre la política y las prácticas de gestión que la hicieron viable en la forma en que se produjo.

Obviamente no pretendo, con este breve ensayo, sustituir la lectura y los efectos de la lectura del libro-tesis en el pensamiento de cada persona que acceda a él. Aquí quiero advertir que esta lectura no evita percibir un efecto estético de la investigación, que es una invitación radical a dialogar teoría y práctica, pero también entre racionalidades disciplinares y lógicas pragmáticas de la vida cotidiana, como formuló Madel Luz, ya citada anteriormente. Entre otras consecuencias, el texto invita a nuevos autores y teorías, no porque carezca de estructura, sino porque éste es el punto de partida -de todos los puntos de partida- de este inquieto autor, investigador, gestor y militante. Incluido el punto de conexión que establece, con una densidad excepcional, con los campos disciplinarios y las teorías que incorpora a sus acciones. Teorías y conceptos como herramientas para interactuar con la vida cotidiana, no como muros y altares del Olimpo que colonizan nuestros pensamientos.

Esta alquimia posibilitó un abordaje de gran relevancia del Programa Más Médicos como política pública, vista no por sus resultados, sino como acción de gestión, involucrando grupos de interés, la maquinaria institucional del Estado, la implementación de estrategias políticas, formas de entender la producción de salud y la capacidad de emprender en contextos complejos. Documentó un conjunto de procesos, coaliciones y movimientos de actores, iniciativas e ideas relevantes para la historia y para la reflexión sobre las políticas públicas. En mi lectura actual, también trazó el efecto pedagógico de la política en la gestión, describiendo

la gestión también como producción de existencialidad educativa, que actualiza la cultura y los imaginarios, pero también abre posibilidades. Creo que, especialmente en los tiempos en que vivimos, es relevante entender las políticas y el efecto de la acción de gobierno como pedagogías, identificando lo humano que constituyen, las formas en que pretenden hacerlo (¡y lo hacen!), y la direccionalidad prospectiva que inducen en la vida cotidiana, en este caso en el ejercicio diario de la acción de gobierno.

Por ejemplo, hace algún tiempo, afirmé que el Programa Más Médicos había sido también la iniciativa más completa de educación permanente en salud desencadenada por el SUS a lo largo de su existencia (Ferla, 2019). Entretanto, ahora percibo que fue mucho más: fue una disputa civilizatoria, una afirmación de la acción gubernamental como productora de inclusión, un ejercicio memorable de respeto a la institucionalidad democrática para superar las crisis y un homenaje a la vida y a la salud que sólo el trabajo en salud puede producir. Considerar los efectos pedagógicos de una política también da sentido al ejercicio de la política como mediación de la democracia y la salud.

Complejidad de los territorios de producción sanitaria y educación permanente de los profesionales de la salud²¹

En las últimas décadas, especialmente en Brasil, nos hemos centrado intensamente en los dilemas y desafíos de la formación profesional en salud. La implantación progresiva del Sistema Único de Salud (SUS), hace 30 años y pico, amplió el acceso de la población a las acciones y servicios de salud, especialmente en los puntos de atención localizados en los territorios donde las personas viven y trabajan. Esta expansión estuvo asociada a una diversificación muy significativa de los servicios en redes temáticas de atención distribuidas regionalmente por todo el país, aunque de forma desigual. Migramos de una oferta concentrada en grandes centros urbanos de acciones y servicios de asistencia a las enfermedades, particularmente en servicios hospitalarios y ambulatorios de alta densidad tecnológica, a redes territoriales de asistencia, no siempre conectadas por flujos ágiles y eficaces. El empleo en el sector sanitario se expandió más sustancialmente en estos servicios territoriales, y las carencias asistenciales se hicieron más concentradas y visibles. El volumen de vínculos laborales se ha ampliado numéricamente, se distribuye por todo el territorio brasileño y, también, se ha diversificado la vinculación al SUS de profesiones y ocupaciones. Esta es también la tendencia prospectiva, como demuestran estudios realizados en distintos países (OCDE, 2019).

21 Artículo publicado originalmente en portugués en la Revista Saberes Plurais (Ferla, 2021), revisado y actualizado.

El escenario contemporáneo del trabajo sanitario es, por tanto, muy diferente del de hace 50 años, que también tenía demandas y necesidades diversificadas que satisfacer a diario. Muy pronto, la transición epidemiológica y demográfica se aceleró, de forma muy específica en cada parte del territorio nacional, haciendo de Brasil, así como de otros países, un mosaico diverso en términos de problemas y necesidades de salud, con demandas complejas para los servicios de salud y, en particular, para el SUS. El trabajo sanitario se ha vuelto más complejo, más allá de la tendencia producida por la densificación tecnológica directamente asociada a la producción de investigación e innovación, muy expresiva en el sector sanitario. En este escenario diverso y complejo, la formación de los trabajadores de la salud ha ido adoptando sucesivamente nuevos arreglos paradigmáticos; de una formación disciplinar, centrada en la transmisión de conocimientos y en el dominio de tecnologías biomédicas para el tratamiento de enfermedades, se llegó a la formulación de un modelo que propugna el aprendizaje activo, la conexión temprana de la enseñanza con la diversidad de escenarios en que se desarrolla el trabajo y la necesaria comprensión de la salud como expresión de los modos de vida de las personas y de las comunidades (Ceccim & Ferla, 2008). La integración de los sistemas de salud docentes y locales es el paradigma actual, que ha sido adoptado en varios lugares del planeta (Frenk et al, 2010), considerando la importancia del desarrollo de las capacidades profesionales locales y globales, así como el reconocimiento de la complejidad de la salud como objetivo del trabajo de estos profesionales que acompaña la expansión de las acciones y servicios por los territorios.

Más que la aplicación del conocimiento y de la tecnología, la buena práctica clínica presupone cada vez más una inteligencia para la toma de decisiones que articula constitutivamente la mejor evidencia de la ciencia, así entendida como el patrimonio acumulado por la producción científica y tecnológica, y la evidencia del cuidado cotidiano, así entendido como el conocimiento producido en el acto en el encuentro que involucra el cuidado de la salud de las personas y de las comunidades, que es multideterminado y tiene una configuración compleja.

La expresión complejidad pretende aquí la comprensión epistemológicamente densa, como en la obra de Edgar Morin (2013) y Anthony Wilden (1979), para abarcar las vertientes del pensamiento francés y anglosajón, pero que también podría incluir a Isabelle Stengers e Ilya Prigogine (1997) o Humberto Maturana y Francisco Varela (2001), para ampliar las áreas de conocimiento y las nacionalidades desde las que se formulan conceptos y teorías del pensamiento complejo necesarias para nuestro tiempo. Lo que es común entre las diferentes producciones sobre la complejidad, dentro del pensamiento científico, es una

fuerte crítica al “pensamiento lineal”, típico del naturalismo de la ciencia contemporánea, especialmente en las ciencias biológicas y de la salud. Esta consideración pone de manifiesto la densidad y la radicalidad de las iniciativas que deben desencadenarse para apoyar los cambios en la formación, dada la densa amalgama entre el paradigma de la ciencia moderna, en particular en las ciencias biomédicas, y las lógicas que sustentan los modelos pedagógicos de formación profesional.

En el campo de la salud, la problematización del naturalismo de la ciencia biomédica, expresión del pensamiento científico moderno en las ciencias biomédicas, tuvo una fuerte expresión en la relativamente reciente constitución de la Salud Colectiva como campo de saberes y prácticas, diferenciándose de la Salud Pública, que nació asociada a la racionalidad de la ciencia moderna. Joel Birman (2005) llama la atención sobre la diferencia epistémica entre el origen de las ciencias de la salud en general y la salud colectiva, considerando el surgimiento de esta última a partir de la crítica al naturalismo de las biomedicinas, desde una base interdisciplinaria. No es el propósito aquí de una discusión exhaustiva entre las diferencias conceptuales entre la salud pública y la salud colectiva, como hizo Birman, pero sólo para añadir a los desafíos de la integración entre la formación de las profesiones de la salud en los territorios la enorme relevancia de analizar los contextos en los que se inserta el aprendizaje práctico con una mirada interdisciplinaria, que tiene la capacidad de insertar las ciencias humanas y sociales y poner en cuestión los fenómenos asociados a la producción de la salud.

No se trata sólo de considerar los campos de actuación como lugares de formación técnica, con escala ampliada de procedimientos, sino de poner bajo análisis cuestiones como los modos de “andar por la vida” de las personas y las formas en que son buscados y percibidos para la comprensión de la salud y la enfermedad y cómo las ofertas de cuidados interactúan con las personas y las comunidades. La simple transposición del escenario del hospital médico o de los laboratorios de simulación, incluso de las aulas universitarias, a los territorios asistenciales de atención primaria y/o a las redes territoriales de atención sanitaria no cumple el objetivo pedagógico de desarrollar las competencias profesionales necesarias para trabajar en los sistemas y servicios de salud. No lo cumple y no tendría sentido transponer el escenario de aprendizaje si éste fuera el objetivo central, ya que en los servicios especializados la escala de procedimientos da la intensidad de su eficacia. Lo que cambia es la naturaleza de lo que se puede aprender, una consideración que aún no se ha incorporado suficientemente a los proyectos pedagógicos y a la cultura institucional de las instituciones educativas, incluso como hilo conductor para la sostenibilidad de las innovaciones.

Esta pregunta se viene formulando desde hace tiempo. Madel Luz (2009), también discutiendo la especificidad del desarrollo de la Salud Colectiva en Brasil y en las Américas, identifica la doble tensión entre las disciplinas que la componen y entre las lógicas de la racionalidad científica y el conocimiento pragmático construido en los procesos de reforma de los sistemas de salud, como constitutiva de la capacidad de comprensión compleja y de vitalidad como campo de conocimiento y práctica. La idea de esta doble tensión como dispositivo de movimiento en diálogo con lo complejo, ya sea en la comprensión o en la intervención de los fenómenos de producción de salud, desplaza la linealidad de las relaciones saber/poder de las biomedicinas y amplía el campo de las acciones posibles y necesarias en los diferentes territorios. La tensión como dispositivo de pensamiento complejo rompe la linealidad de la amalgama de saber/poder consolidada en el apogeo de la ciencia moderna, pero que le confiere una característica de obsolescencia en nuestro tiempo. Los movimientos de renovación de la ciencia a lo largo de la historia ya han sido descritos por Kuhn (2017) y existe un movimiento ascendente/descendente producido por las comunidades y sociedades científicas. La crisis del paradigma actual es evidente y la diversificación epistémica muestra un camino que parece reconocer la complejidad e insuficiencia de las totalizaciones, incluso por los efectos ortopédicos en la vida cotidiana. El trabajo en salud y la expectativa de eficacia para las acciones y servicios no nos permite dar la espalda a la idea de que las diferentes clínicas profesionales necesitan más transversalidad con la vida cotidiana y entre sí.

Al desnaturalizar las conexiones de pensamiento amalgamadas en los últimos siglos, se abre una direccionalidad y un alcance diferentes a los del modelo biomédico. Sergio Arouca (2005), en su clásica tesis “El dilema preventivista”, demostró que la forma biomédica de pensar la salud tiende a secuestrar los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad sólo como una especie de anticipación de la enfermedad. Una condición que empobrece la labor de producción sanitaria en los territorios y compromete su eficacia. Entender el aprendizaje significativo como la capacidad de percibir, interpretar y desarrollar acciones complejas en los territorios, como un cruce de fronteras entre lo que se sabe y lo que se puede aprender en el trabajo cotidiano, es un desafío muy relevante para las iniciativas que pretenden innovar la formación o, en el caso brasileño, cumplir con la legislación que orienta los cambios en la formación de las profesiones de salud (Ceccim & Ferla, 2008). Esta me parece una cuestión central en la orientación del cambio en la formación sanitaria y está fuertemente relacionada con las articulaciones que aprendemos a hacer entre conocimientos/teorías y prácticas.

El problema de la relación entre teoría y práctica, como totalizaciones como las que venimos aprendiendo desde la ilustración o abiertas a incertidumbres como las que nos desafían al enfrentarnos a situaciones complejas, está asociado a la vigencia del paradigma de la ciencia moderna y sus crisis contemporáneas. Es, por tanto, una cuestión fundamental para tener en cuenta en la planificación pedagógica de los acercamientos entre la formación profesional en salud y los sistemas locales. El cambio en la formación también incluye una reinención de las conexiones entre educación y salud, incluso como base empírica para el desarrollo de capacidades profesionales ampliadas, para actuar en salud de forma epistemológicamente densa, y también en los tránsitos entre lo local y lo global. Pero se trata de una definición poco visible en las iniciativas que pretenden la innovación y, habitualmente, frágil en las medidas de adaptación durante su implementación, que renuncian a su contenido, a menudo como artefacto para la mitigación de tensiones y, supuestamente, como medida de sostenibilidad de las actividades o de los proyectos pedagógicos inicialmente innovadores. Entiendo que, al renunciar a la complejidad de la producción sanitaria en los territorios, las iniciativas pierden poder de cambio. Esa es la cuestión central de este ensayo.

Mi objetivo en este ensayo (en realidad, un ensayo-revisión) es reflexionar sobre las pautas de cambio en la formación de las profesiones sanitarias, en particular sobre el aprendizaje activo (“aprender a aprender”) propuesto contemporáneamente a través de la inserción temprana de los estudiantes (y de la labor docente) en los entornos del sistema sanitario donde se desarrolla la labor profesional. Esta reflexión me acompaña desde hace décadas, perfilándose inicialmente, como trabajo académico, en la lejana tesis doctoral (Ferla, 2002) y que se activó especialmente en una iniciativa mucho más reciente, la organización de una publicación colectiva sobre “la docencia en los territorios” (Dias *et al.*, 2020), compartida con colegas con los que mi militancia y mi labor docente e investigadora en el campo de la educación para la salud se articulan fuertemente. En esta última iniciativa, creo que se abordaron muy rápidamente algunas cuestiones, de las que surgió la voluntad de retomarlas aquí, condición que adelanta el ensayo de revisión.

Teoría y práctica en las relaciones de transversalidad

Hace aproximadamente un año, con algunos compañeros de trabajo –en el doble trabajo de enseñar salud y engendrar salud en el pliegue cuidado/gestión– lanzamos el libro “Cuando la enseñanza de la salud atraviesa territorios: diez años de la Coordinación de Atención a la Salud” (Dias *et al.*, 2020), en el que invitamos a la producción de narrativas a un conjunto expresivo de personas involucradas con experiencias de cambios

en la formación, especialmente en la institución en la que trabajamos hace muchos años. La idea original era que las experiencias de implementación de cambios en diferentes cursos de salud pudieran ser retomadas como objeto de reflexión, en un recodo sobre sus propios caminos, particularmente sobre los abordajes interprofesionales en el encuentro con los sistemas de salud locales, actualizándose. La hipótesis inicial, que fue también la apuesta más original, era que la producción de una narrativa analítica, como plegamiento de la experiencia vivida, podría sistematizar las tecnologías construidas a lo largo del camino de implementación de los proyectos pedagógicos de los cursos y recalentar las ideas de cambio en la formación de las profesiones de salud. Sabemos que la energía del cambio necesita golpes constantes para recalentarse, so pena de agotarse y agotarse (Ferla et al., 2020). A pesar de la diversidad de enfoques agrupados en el libro, en cuanto a la intensidad de los cambios reales, algunas ideas recogidas en la publicación merecen ser recuperadas.

Inicialmente, pretendo destacar la fuerza de los acercamientos a los territorios y la intensidad necesaria para la producción de cambios en la formación sanitaria. Emerson Merhy (2020, p. 9), en el prefacio de esa publicación, ya llamaba nuestra atención sobre el poder del territorio, al pensar en el aprendizaje para la producción de salud:

Allí, en el territorio de la vida y del trabajo, las personas producen efectivamente sus existencias, y como tal es allí donde están en potencia las mayores posibilidades de vivenciar las prácticas de cuidado y hacer de ellas lugares de procesos formativos. Aprender con los otros y aprender haciendo con los otros, allí donde la vida palpita y pide más vida, exigiendo de los que están conectados a ella, al menos, actos facilitadores para que pueda transcurrir y aumentar. (...) La salud de las personas se produce en su cotidianidad, en el palpitar de sus vidas y es necesario desarrollar la capacidad de conectarse con ese palpitar de vidas para aprender a cuidar de esa salud. Esta capacidad brilla por su ausencia en los servicios y sistemas sanitarios, que suelen rebosar de tecnologías materiales (equipos, medicamentos) y conocimientos profesionales especializados sobre la enfermedad hasta el punto de hacernos creer que la prescripción y el consumo de estas tecnologías representan la producción de salud.

El territorio “común”, donde la gente camina su vida (Canguilhem, 1971), enseña otra salud, que no está subyugada por el orden biomédico y por las nociones de normalidad que hemos ido construyendo como pensamiento y acción ortopédica sobre la vida en los últimos siglos. La duplicación del saber/poder, como nos advertía Foucault hace más de 60 años, en sus investigaciones sobre la racionalidad de la ciencia moderna y sus efectos pedagógicos sobre las formas de vida en las sociedades occidentales, opera, produce imágenes y patrones de pensamiento; también produce la “salud normal” del tiempo en que vivimos (Foucault, 1980).

Madel Luz (2013) actualizó los aportes del autor y advirtió, hace casi 35 años, que esa racionalidad también ha producido el contenido de las políticas de salud y ese contenido se distribuye con un orden jerárquico sobre las instituciones. Los servicios de mayor densidad tecnológica se constituyen en espacios más sujetos al orden de la racionalidad imperante y esta expresión, aquí, pretende ser sólo una observación, no un juicio de valor. El poder de persuasión de la ciencia moderna en su etapa de triunfo, para conectar la noción de las estructuras de las revoluciones científicas de las que hablaba Thomas Kuhn (2017), secundó la percepción de los efectos de los modos de vida y formas de producción en las sociedades sobre la salud e incluso la viabilidad de la vida.

No me cabe duda de que el estado actual de la investigación biomédica es muy pertinente y oportuno, como demuestra la rápida capacidad de la ciencia para producir vacunas eficaces contra el SARS-COV-2 frente a la pandemia de covid-19. También para demostrar la ineficacia de fármacos insistentemente difundidos por grupos de interés económico y político, utilizados incluso en servicios oficiales y cacareados en estrategias de comunicación gubernamentales y de entidades corporativas de las que, paradójicamente, se esperaba la defensa de la autonomía profesional basada en la ciencia y la protección de la labor sanitaria en la lucha contra la pandemia. Pero esta no es la cuestión central. Es interesante dejar constancia, como ha hecho Merhy en el extracto anterior, de que hay otras enfermedades que están vigentes en los territorios donde la gente vive y hace su trabajo. Y son estas enfermedades, en las que las enfermedades forman parte de las existencias, las que constituyen el reto del aprendizaje profesional en nuestro tiempo. En las poblaciones tradicionales brasileñas, en particular en las culturas indígenas, la salud se traduce en el “buen vivir”, que está más cerca del concepto amplio de salud que se registra en la constitución del SUS que de la idea de salud como opuesta a enfermedad. Esta afirmación sólo pretende destacar la importancia pedagógica de la aproximación de la formación con los territorios, como escucha activa de las diversidades, y la necesidad de que estas aproximaciones estén mediadas por dispositivos de apoyo al aprendizaje que despierten la observación de los significados que la salud tiene entre las personas y las instituciones que los ocupan. También las formas en que las personas afrontan su salud en la vida cotidiana en los territorios. Recuperando a Milton Santos (1998), los territorios están siempre vivos y son producidos a partir de las relaciones que se establecen en la vida cotidiana, incluso por las representaciones tecno-geográficas con las que solemos describirlos. Los territorios no se limitan a las representaciones que nos hacemos de ellos y su dinámica a veces los supera por completo. Más que fijar una representación momentánea, interesa comprender la dinámica de las transformaciones y sus efectos sobre la salud, cuando se trata de aprendizajes situados en el territorio.

Es decir, las diferentes sanidades producidas en los territorios no son representables sólo con curvas de normalidad y plenamente traducibles en pruebas diagnósticas complementarias. Son visibles con una buena clínica interdisciplinar, especialmente realizada en equipos multiprofesionales a través del trabajo colaborativo, y requieren conexiones entre el conocimiento científico, el conocimiento pragmático de la práctica profesional y la acción de las personas en los territorios. Hay aquí al menos dos recodos en la linealidad acumulativa de saberes y técnicas que solemos aprender y enseñar en la formación sanitaria: los saberes disciplinares están llamados al diálogo interdisciplinar, con el rigor y la densidad que requiere la práctica profesional, actualizándolos para incorporar progresivamente nuevas cuestiones, antes invisibles o inexistentes; y hay que aprender a reconocer los saberes de la vida cotidiana, muchos tradicionales y transmitidos por ascendencia, que también interactúan en el día a día. La expansión de la clínica como aprendizaje en el territorio es un reto ineludible para la formación innovadora de las profesiones sanitarias. Y exige romper el Olimpo en el que las totalizaciones y representaciones de la ciencia, socarronamente, sitúan el pensamiento y la llegada científica en los territorios, cuando sólo le atribuimos el lugar del caos y de la aplicación del conocimiento y del entrenamiento de las técnicas.

De nuevo, esto no es una negación de lo que la ciencia biomédica ha acumulado en los últimos siglos, sino, por el contrario, el reconocimiento de que el camino que ha tomado no ha incluido los conocimientos tradicionales y pragmáticos de la vida cotidiana. La crítica aquí es que la trayectoria, muy relevante en términos de tecnologías y conocimientos disciplinares, no fue acompañada, con igual éxito, por la capacidad de dialogar con el contexto y éste es un reto importante para la sostenibilidad de las iniciativas de cambio en la formación. Estamos en el tiempo de producir nuevas síntesis, en el ciclo de renovación de la ciencia, como ha sido a lo largo de la historia (Kuhn, 2017).

La crítica de la epistemología de la ciencia contemporánea nos ha mostrado, abundantemente, el efecto de los colonialismos del pensamiento, de su articulación fija con las prácticas sociales y la producción de cultura. Estos efectos incluyen la connivencia silenciosa o activa con la violencia y con la muerte de personas y grupos sociales que, por el contrario, las ciencias de la salud están llamadas diariamente a defender. En cuanto a las innovaciones que necesita la educación sanitaria en relación con los territorios, es importante destacar una dimensión ética, que tiene que ver con aprender a vivir con las diferencias y con las personas en su diversidad, pero también, y no menos importante, una dimensión estética, que tiene que ver con las buenas prácticas que dialogan con las que se producen en los territorios y que construyen nuevas formas de hacer. No se trata de

negar la ciencia sino, al contrario, de reforzar su capacidad para dialogar con las prácticas tradicionales de los territorios y renovarse. Parece innecesario, aquí, detallar el relevante trabajo de las parteras tradicionales, de los cuidadores de ancianos, de los agentes comunitarios de salud, de los saberes ancestrales indígenas y quilombolas, de las prácticas naturistas, e incluso de las racionalidades médicas vitalistas contemporáneas, como también nos advertía Madel Luz (2019) hace algunas décadas. Tampoco parece necesario describir con detalle la relevancia de las prácticas de cuidado en los territorios, la densidad que produce al pensamiento el diálogo con esta diversidad de saberes y prácticas, y la distancia que separa estos hibridismos con la negación de la ciencia y la técnica. Lo que está en juego aquí, como decía Merhy en la cita anterior, es “la capacidad de conectar con este latir de vidas para aprender a cuidar de estas sanidades”. Es decir, se trata de reconocer que una de las potencialidades del aprendizaje profesional en salud en los territorios, a diferencia del aprendizaje centrado en los espacios disciplinares de los servicios con mayor densidad tecnológica, es el “aprender a aprender”, como consta en las Directrices Curriculares Nacionales de diversos cursos de salud. Se trata de entender que la formación profesional incluye un amplio proceso de subjetivación que nos desafía a aprender conexiones productivas con la vida cotidiana, más que a absorber y aplicar conocimientos y técnicas disponibles en el momento de la formación.

Entiendo, a partir de las experiencias de éxito y fracaso en la implementación de iniciativas de cambio en la formación de profesionales de salud, que hay un error recurrente y frecuente en las experiencias, que es simplificar los territorios a la naturalización de la comprensión biomédica sobre la producción de salud, como en el dilema que Sergio Arouca (2003) nos presentó en su tesis doctoral. Tal situación demuestra la tardía y paradójica vigencia del paradigma flexneriano en la formación sanitaria, como permanencia dislocada de su contexto, pero también como reacción política conservadora, que pretende vigor instituido en respuesta al poder instituyente de las nuevas orientaciones de la política actual y a la renovación que irradian las iniciativas en curso.

Al describir la formación situada en los territorios, se me ocurrió que el aprendizaje disciplinar y centrado en los contenidos, tal y como lo propuso Flexner hace 120 años (1910), en un contexto en el que las oscilaciones en la calidad de la formación profesional reclamaban una igualación, se sigue proponiendo discursivamente como una forma suficiente de abordar la dimensión global del trabajo profesional frente a supuestos “localismos” que comprometerían la capacidad de trabajar en contextos diversos. Creo que es una pregunta falsa, que sólo tiene efectos de resistencia a los cambios propuestos actualmente. No se trata de retomar los “paquetes mínimos” de conocimientos regionales, como los planes de estudios estandarizados

anteriores a las DCN de principios de la década de 2000. Se trata más bien de desarrollar la capacidad de aprender del contexto local, movilizando conocimientos y metodologías de pensamiento científico abiertas a la complejidad local. La denominación de “aprender a aprender” en las ENCT está muy próxima al “aprendizaje en/con el trabajo” de la educación permanente en salud en salud (Ceccim; Ferla, 2008), constituyendo un aprendizaje significativo, frente a la absorción acumulativa de conocimientos y técnicas. El ejercicio progresivo de una inteligencia de la clínica es el efecto de un aprendizaje situado, movilizado por el aprendizaje activo de los sujetos, y esta capacidad profesional atraviesa la dicotomía local/global.

La profesora Augusta Nicoli, psiquiatra italiana, ilustra esta ecuación narrando la primera visita a la experiencia de interacción entre los sistemas educativo y sanitario local en Porto Alegre (Nicoli, 2020, p. 11):

Me sorprendió la cercanía, en los análisis y elaboraciones relativas a las cuestiones de las desigualdades sociales, de cómo para “nosotros” [los europeos] se trataba de utilizar el lente de la equidad para concebir que el sistema de servicios tenía que tematizar sobre cómo hacer frente a las adversidades y explicitar las formas y criterios por los que debían introducirse los recursos para activar acciones/soluciones igualadoras (Sen, 2010). Para “ellos” [los brasileños] la cuestión era de “subjektivación”. En un contexto en el que la diversidad no es un tema que tratar porque ya está presente intersticialmente, el proceso de elaboración los llevó a desarrollar cómo hacer que las prácticas de atención sanitaria cambien continuamente en relación con la “singularidad” de las personas y los grupos en los temas con los que los servicios entran en contacto con las personas y los grupos del territorio (Ceccim & Ferla, 2008; Merhy, 2002). (traducción adaptada del autor).

El “aprender a aprender”, como aprendizaje activo, me parece bien definido en la observación de Nicoli, cuando desnaturaliza lo “local” y, por el contrario, lo constituye en dispositivo de pensamiento para lo global. No se trata de jerarquizar la construcción epistemológica rizomática que se produce en uno u otro lugar (en Italia y Brasil, en este caso), sino de explorar la conexión entre el acontecimiento local y las diferentes formas de entenderlo y abordarlo. Hay aquí una transversalización entre teoría y práctica que sólo se hace visible, en mesetas progresivas, a través de la observación sistemática entre el acontecimiento local y las formas de enunciarlo y proponer las ofertas de atención. Veamos que la frase registrada por Nicoli no es superficial y, por el contrario, incluye una gran diversidad de procesos cognitivos: 1) italianos y brasileños viven en contextos históricos y sociales diversos; 2) esta diversidad moviliza formas diversas de atención sanitaria; 3) la articulación entre las formas de atención y la diversidad de contextos gana tono explicativo y pragmático cuando se producen conexiones entre teorías y prácticas en cada lugar; 4) en ambos lugares se utilizan

diferentes herramientas conceptuales para comprender la realidad y diseñar intervenciones en los problemas más relevantes de la vida cotidiana; 5) la diferencia de teorías y referentes en ambos contextos amplía la capacidad del interlocutor para comprender la diversidad, las formas de atención y pensar el contexto de los territorios cuando el pensamiento se pone en diálogo con los referentes.

Augusta informa de que el espacio de aprendizaje en el territorio fue una sorpresa y un reto para el pensamiento. Abrirse al aprendizaje le permitió comprender densamente la conexión entre el territorio y la formación profesional asociada a la iniciativa:

No entendí inmediatamente de qué se trataba y por qué era una estructura ajena a la universidad, pero al mismo tiempo vinculada a ella. Era un punto de conexión, un puente entre diferentes instancias representadas por: la universidad, el municipio, los servicios y la comunidad. La alianza era la marca (...) el lugar donde tomaban forma los proyectos compartidos, firmemente ligados a la producción de conocimiento encarnado en las prácticas cotidianas del cuidado (Nicoli, 2020, p. 12). (traducción adaptada del autor).

En esta cita, además de la mediación entre local/global, tenemos también una dimensión ética y civilizatoria del aprendizaje, diferente de la que se produce habitualmente desde el marco disciplinar de las ciencias y las técnicas: en lugar de la jerarquización por familiaridad profesional y/o científica, el distanciamiento epistémico, buscando puentes entre la capacidad explicativa y la ergonomía con que se produce la relación entre teoría y práctica. No es una formulación casual y me recuerda la clásica conversación entre Michel Foucault y Gilles Deleuze sobre la función de los intelectuales (“Intelectuales y poder”), que quiero traducir como un doble desafío: la apertura al aprendizaje, como acción activa de los alumnos, y el compromiso ético de los profesores para apoyar el proceso de aprendizaje, que tiene como consecuencia la pertenencia a la escena del aprendizaje (Foucault, 1989). Deleuze afirma que

Las relaciones teoría-práctica son mucho más parciales y fragmentarias. Por un lado, una teoría es siempre local, relativa a un dominio pequeño y puede aplicarse a otro dominio, más o menos lejano. La relación de aplicación nunca es de similitud. Por otra parte, tan pronto como una teoría penetra en su propio dominio encuentra obstáculos que hacen necesario que sea relevada por otro tipo de discurso (es este otro tipo el que eventualmente le permite pasar a un dominio diferente). La práctica es un conjunto de relés de una teoría a otra y la teoría un relé de una práctica a otra. Ninguna teoría puede desarrollarse sin toparse con una especie de muro y se necesita práctica para atravesar el muro (...) (Foucault, 1989, pp. 69-70)

Foucault sigue en esta conversación: “Y por eso la teoría no expresará, traducirá, aplicará una práctica; es una práctica. Pero local y regional, (...) no totalizador. Lucha contra el poder, lucha por hacerlo aparecer y herirlo allí donde es más invisible e insidioso”. (Foucault, 1989, p. 71). La transversalidad entre saber y poder permite abrir nuevas mesetas de visibilidad, desvelar el secreto, en el sentido de desvelar el pensamiento. La acción de la transversalidad no es abstracta como los diagnósticos biomédicos, y esto parece ser un buen desafío para el trabajo pedagógico en los territorios, ejercido por los activadores del aprendizaje local. El apoyo al aprendizaje no consiste en dominar la representación, sino en la acción: “acción de la teoría, acción de la práctica en las relaciones de relevo o de red” (Foucault, 1989, p. 70). Como sigue Deleuze,

Una teoría es como una caja de herramientas. No tiene nada que ver con el significante. Tiene que encajar, tiene que funcionar. Y no por sí mismo. Si no hay quien lo utilice, empezando por el propio teórico que entonces deja de serlo, significa que no vale para nada o que aún no ha llegado el momento. No se rehace una teoría, se hacen otras; hay otras por hacer. (Foucault, 1989, p. 71)

El aprendizaje situado, que se desarrolla relevando las relaciones entre teoría y práctica en los territorios, también puede describirse desde la indisociabilidad entre docencia-investigación-extensión, como hemos utilizado en referencia a las pautas legales, pero también como dispositivo ético de la función social de la universidad. (FERLA, 2020). Lo llamo inteligencia de la clínica y la gestión, o trabajo sanitario, no sólo para destacar el aprendizaje en acción, sino también para asociar las mesetas progresivas de comprensión con los cambios/intervenciones necesarias en los escenarios en los que se desarrolla y comparte el aprendizaje.

En una exposición sobre los desafíos para la implementación del SUS, durante la 16ª Conferencia Nacional de Salud, formulé una idea que describe la potencia del aprendizaje en los servicios territoriales/de proximidad: decía que todos los servicios, para dar cuenta de la especificidad del trabajo en salud, deberían ser espacios para ofrecer buenas prácticas de atención a las personas y a las colectividades y, al mismo tiempo, Observatorios de los procesos civilizatorios vividos o producidos en cada territorio (Ferla, 2019).

Si la enseñanza en los territorios y el aprendizaje situado nos plantean pensar el trabajo como producción y salud y dispositivo para analizar y hacer visibles y audibles las problemáticas locales, como dispositivos de cambio en los efectos de las relaciones sobre la salud, este enfoque nos plantea también algunas cuestiones políticas, entendidas como el alcance de las iniciativas del poder público y de la sociedad que producen efectos sobre los modos de organización de la vida y las instituciones. El hospital escuela, así como

los servicios de mayor densidad tecnológica, suelen ser más ergonómicos para los intereses institucionales y las múltiples actividades docentes, y suelen contar con estímulos financieros y de apoyo laboral para realizar actividades dentro de sus “territorios particulares”.

De nuevo, la jerarquía de valores en el imaginario contemporáneo produciendo efectos pedagógicos en las prácticas docentes: A diferencia de la orientación de las políticas de cambio en la enseñanza de las profesiones de la salud, el hospital escuela se constituye activamente como el lugar más cómodo para el aprendizaje, ya sea por el control institucional que ejerce sobre la diversidad de las formas de vida de los actores que circulan por él, ya sea por las distintas formas de apoyo (becas de desarrollo institucional, salas y recursos didácticos, optimización de agenda, acceso a insumos) que moviliza en su interior para la práctica docente que le es útil (preceptoría, investigación, desarrollo tecnológico, orientación y supervisión). Una vez más, lo que interesa aquí son los hechos y no los juicios de valor. Es decir, la constatación de una situación paradójica, en la que la función docente es síntoma de una política ambivalente, que convive con un círculo vicioso que hace que la decisión de interactuar con los diferentes territorios sea más una práctica de resistencia que una acción pedagógica de las instituciones. El cambio en la enseñanza de las profesiones de la salud no será factible si, más allá de lo que se plantea en políticas y directrices, no se actualiza en acciones institucionales de viabilidad del cambio, ya sea en el ámbito de la cultura institucional, ya sea en la inducción de desplazamientos como, por ejemplo, con la incorporación real de escenarios de proximidad, como los territorios de atención primaria, en la formación cotidiana. Lo que se pierde, sin esta coherencia en la aplicación de las políticas de cambio, no es sólo el mantenimiento del “territorio” prioritario para el aprendizaje práctico. Se pierde toda la textura epistémica y pragmática asociada a las pautas de cambio, incluyendo el engrosamiento de la clínica y el desarrollo de competencias profesionales compatibles con la relevancia del trabajo en salud.

Por último, los territorios como dispositivos para la producción de conocimientos

Los movimientos contemporáneos a favor del cambio en la formación de los profesionales sanitarios se han intensificado en los últimos años y la “formación situada”, con inserción temprana de alumnos, profesores y tutores en escenarios complejos donde se desarrolla el trabajo en salud, como la atención primaria, es una orientación frecuente. Sin embargo, hay pruebas de que el poder epistémico del término “complejidad” se agota a menudo, con el triunfo de las concepciones lineales, derivadas del naturalismo biomédico, reducir el territorio a un espacio de aplicación de conocimientos y técnicas profesionales.

Las capacidades profesionales para la “atención de proximidad”, que es la conceptualización de la práctica clínica de las distintas profesiones que tienen eficacia local y global, se desarrollan a través de un “aprendizaje situado”, realizado en contextos complejos, con una adecuada traducción epistémica en proyectos pedagógicos y prácticas docentes. La construcción epistemológica de la complejidad y sus relaciones con la educación y la salud se ha elaborado en diferentes áreas del conocimiento e incluye la apertura a la incertidumbre, la superación del pensamiento lineal y la capacidad de aprender a aprender con contextos locales, en tensión interdisciplinar y con el conocimiento de las diferentes materias que componen el escenario de los territorios de aprendizaje. Para ello, no es posible preservar las relaciones de conocimiento/poder inherentes a la ciencia moderna, especialmente la jerarquía fija entre investigación/enseñanza/extensión, lo que empobrece la trinidad “inseparable” que materializa la función social de la universidad.

Las experiencias de innovación suelen quedar vacías en su aplicación la naturaleza de lo necesario para enseñar y aprender en territorios complejos, especialmente la problematización de las interfaces entre los conocimientos y competencias profesionales y las formas de vida de las personas. Educación compleja en territorios complejos necesita percibir y comprender las tensiones entre el conocimiento disciplinar y las tecnologías de la racionalidad científica moderna y los conocimientos de la vida cotidiana, atravesada por lógicas de eficiencia. También señala que la enseñanza en la sanidad asociada al trabajo puede generar un aprendizaje significativo, que requiere una comprensión de la articulaciones y movimientos de enseñanza, gestión, cuidado y participación. Esta comprensión permite desviaciones al pensamiento y directrices al quehacer profesional no como totalización, sino como producciones locales.

Es esencial aprender del propio curso del cambio, así como aprender del trabajo. Doblegarse a la propia experiencia ha sido un ejercicio en iniciativas institucionales, muchas de ellas vaciadas por la aplicación de teorías anteriores sobre la práctica, en una linealidad que continúa desde la Ilustración.

Profundizar en las metodologías y tecnologías pedagógicas, como la enseñanza, es, al mismo tiempo, una contribución a la formación de profesionales y al desarrollo de ciencia, que vive momentos de asfixia en nuestras sociedades, debido a la y la dureza de sus propias convicciones e intereses. Diálogos interdisciplinarios, aprendizaje situado, desarrollo de la inteligencia clínica en las diferentes profesiones, rompiendo el colonialismo que marca ciertas disciplinas y profesionales prácticas profesionales, son indicios de la sostenibilidad y el potencial del intenso contacto con los territorios. La porosidad institucional también es fundamental, con nuevas alianzas y fusiones entre instituciones educativas y de investigación y sistemas sanitarios locales.

Las aproximaciones a estos complejos territorios requieren problematizar las relaciones de conocimiento/poder como linealidad y como colonialismo. No pueden lograrse sin un trabajo docente que tiene, constitutivamente, el trípode enseñanza-investigación-extensión como dispositivo de aprendizaje permanente y como dispositivo de distorsiones recíprocas. Este trabajo debe compartirse con estudiantes, preceptores, tutores y todas las personas que comparten la escena de los cuidados. Comprender progresivamente las conexiones entre las formas de vida, la producción de salud y el territorio es un dispositivo que convierte a todos en “aprendices y maestros”, sin anular sus condiciones iniciales de interacción. Este parece ser un reto ineludible: el ejercicio protegido de la docencia que no renuncia al compromiso ético con la salud del territorio y el aprendizaje significativo de las personas que conforman la escena formativa, ejerciendo la función de activación incluso del propio aprendizaje. Una educación como es necesario para la sostenibilidad de los cambios en la formación sanitaria y para superar la crisis civilizatoria de nuestro tiempo.

Una propuesta operativa: la serie editorial Salud & Centroamérica

Como se puede ver en los ensayos presentados más arriba, la producción de saberes en el trabajo cotidiano conforma, de forma muy estratégica, las iniciativas de educación permanente en salud necesarias para el desarrollo cotidiano del trabajo, inmerso en la complejidad y, por lo tanto, irreducible al saber disciplinar académico. A continuación, se presenta la propuesta de una serie editorial que, al mismo tiempo, estimule esa producción, apoye a los trabajadores en la producción de nuevos conocimientos y sirva de base para el repositorio y las estrategias del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) de la OPS.

La Serie Editorial “Salud & Centroamérica”, del Editorial Red Unida es una colección que publica libros en formato autoral o colecciones temáticas con producciones técnico-científicas, predominantemente provenientes de reflexiones, análisis e investigaciones sobre sistemas y redes de salud, políticas públicas y la educación en salud, que tienen gran capacidad de representar la perspectiva de los actores de la vida cotidiana de los sistemas locales de salud y educación. Esta iniciativa tiene como objetivo central compartir las reflexiones realizadas por los diferentes actores de la vida cotidiana que, al mismo tiempo, busca estimular la producción de análisis desde la micropolítica del trabajo con personas experimentadas en la investigación y la docencia y de nueva autoría, desde personas vinculadas a los sistemas y servicios de salud y educación, desde la cooperación técnica y las redes de colaboración realizadas con participación centroamericana.

La tradición de la Editorial Red Unida de divulgación científica desde las redes de cooperación territorial se expresa, una vez más, en la creación de una serie que busca ampliar el diálogo en el territorio centroamericano que, como en la historia de la salud pública y la organización de las redes de cooperación en salud y educación, tiene una producción relevante. La expresión Centroamérica tiene aquí menos la pretensión de precisión geográfica y más la dimensión cultural y las redes de cooperación que se originan en el territorio.

Desde las iniciativas de los proyectos de integración docente-asistencial hasta las actuales asociaciones en materia de enseñanza e investigación con países e instituciones, la Red Unida tiene fuertes vínculos con el territorio centroamericano. Con suficiente fuerza en las conexiones entre la salud y la educación, visibles en las producciones compartidas, y en el engendramiento de iniciativas para la protección de la vida, la libertad y la diversidad de las formas de caminar, la creación de la Serie Editorial pretende ampliar la visibilidad de las producciones y, al mismo tiempo, fomentar más producciones con autoría diversificada. La serie, al tiempo que promueve el acercamiento entre personas e iniciativas, refuerza la dimensión micropolítica de los intercambios generosos, de las conversaciones de intensidad y complejidad, de las articulaciones interlocales y de la producción de culturas libertarias con capacidad de amalgamar la alteridad. La cooperación, en este contexto, requiere iniciativas de intensidad más que medidas de intercambio.

Para lograr este objetivo, el formato de los manuscritos incluye narraciones de la vida cotidiana de la participación, ensayos teóricos y empíricos, informes de experiencias y resultados de investigaciones teóricas y empíricas, y otros formatos que sean aprobados por la Coordinación de la Serie y el Consejo Editorial de la Editorial Red Unida. El uso de la expresión “narraciones” para la calificación de los manuscritos no fue al azar, sino que buscó recuperar el estilo visibilizado por Walter Benjamin, de producciones que combinan, en el arte de narrar, historia, arte, filosofía, instituciones, teorías. El narrador, en la producción textual, es un investigador del pasado y del presente de los sujetos que aborda su narrativa, componiendo sus ensayos y presentando el resultado de sus investigaciones como una producción histórica y social, pero también como un arqueólogo de los territorios en los que se inserta para producirlos, dando visibilidad también a las voces que allí resuenan, aunque con expresiones de silenciamiento y olvido en la historiografía oficial.

El contexto de la Serie Editorial Salud & Centroamérica también está conformado por la red de asociaciones que actualmente operan las iniciativas. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA) se asocian con la oportunidad de producir

vínculos que, al mismo tiempo, hacen que las publicaciones sean viables en un sentido práctico, además de compartir experiencias de gran relevancia para compartir.

Referencias

- Arouca, S. (2003). **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Recuperado de <https://doi.org/10.7476/9788575416105>
- Birman, J. (2005). A Physis da saúde coletiva. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2005, 15(supl), 11-16. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000000002>.
- Calvino, Í. (2019). **Seis propostas para o próximo milênio**. 3.ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- Canguilhem, G. (1971). Lo normal y lo patológico. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno.
- Ceccim, R. B.; Ferla, A. A. (2018). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], 6(3), 443-456. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>.
- Días, M. T. G. (org.) *et al.* (2020). Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/project/quando-o-ensino-da-saude-percorre-territorios-dez-anos-da-coordenadoria-de-saude/>
- Espinosa, B. (2017). **Ética**. São Paulo: EDUSP.
- Ferla, A. A. et al.. (2002). Os vários percursos de um ensino na saúde que quer encontrar e fortalecer as saúdes das pessoas: os sinais que vem de uma história vivida intensamente. In: Días, M. T. G. (org.) *et al.* **Quando o ensino da saúde percorre territórios**: dez anos da Coordenadoria de Saúde. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 15-24.
- Ferla, A. A. (2002). **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça**: cartografia de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre, 2002. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/1897>
- Ferla, A. A. (2019). More Doctors Program and work development: a continuing education effect. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], 23(supl. 1), e180679. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/Interface.180679>.
- Ferla, A. A. (2020). O desenvolvimento do trabalho na atenção básica como política e como *efeito pedagógico inusitado*: movimentos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. In: Akerman, M. et al. (org). **A resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para a avaliação da Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Hucitec. (Série “Atenção Básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos. Contribuições das universidades brasileiras para avaliação e pesquisa na APS”), 94-122.
- Ferla, A. A. (2021a). Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais**: Educação Na Saúde, 5(2), 81–94. DOI: <https://doi.org/10.54909/sp.v5i2.119022>.
- Ferla, A. A. (2021b). Uma política vista por dentro: a gestão pública como pedagogia e o caso do Programa Mais Médicos. Em: Pinto, Hêider Aurélio. **Por que o Mais Médicos foi formulado e implementado?** Ação dos atores e legado institucional.

1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 413-425. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 13). Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/project/por-que-o-mais-medicos-foi-formulado-e-implementado-acao-dos-atores-e-legado-institucional/>.
- Flexner, A. (1910). Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4).
- Foucault, M. (1989). **Microfísica do poder**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1980). **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freire, P. (1993). Nós podemos reinventar o mundo. Entrevista a Moacir Gadotti. **Nova Escola**, março de 1993. Disponível em: <https://novaescola.org.br/conteudo/266/paulo-freire-nos-podemos-reinventar-o-mundo>
- Frenk, J. *et al.* (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an independent world. **The Lancet**. 376, 1923-1950. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Kuhn, T. S. (2017). A estrutura das revoluções científicas. 13. ed. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Luz, M. T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade** [online], 18(2), 304-311. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>
- Luz, M. T. (2019). **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade moderna**. Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de <https://portolivre.fiocruz.br/natural-racional-social-raz%C3%A3o-m%C3%A9dica-e-racionalidade-moderna>.
- Luz, M. T. (2013). **As instituições médicas do Brasil**. 2ª Ed. Porto Alegre: Rede UNIDA. (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva). Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/project/instituicoes-medicas-no-brasil-2/>.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (2001). **A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Pala Athenas, 2001.
- Merhy, E. E. (2020). Ensinar onde a vida se produz: experimentações. In: Dias, M. T. G. *et al.* (Org.). (2020). **Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 9-10. Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/project/quando-o-ensino-da-saude-percorre-territorios-dez-anos-da-coordenadoria-de-saude/>.
- Merhy, E. E. (2002). **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec.
- Morin, E. (2013). **A via para o futuro da humanidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Nicoli, M. A. (2020). Ci serve tempo! In: Dias, M. T. G. *et al.* (Org.). **Quando o ensino da saúde percorre territórios: dez anos da Coordenadoria de Saúde**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 11-14.
- OECD. (2019). Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Pinto, H. A. (2014). **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,

Porto Alegre/RS. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/108955>

Pinto, H. A. (2021). **Por que o Mais Médicos foi formulado e implementado?** Ação dos atores e legado institucional. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 13). Recuperado de <https://editora.redeunida.org.br/project/por-que-o-mais-medicos-foi-formulado-e-implementado-acao-dos-atores-e-legado-institucional/>

Pinto, H. A. (2021b) **O que tornou o mais médicos possível? Análise da entrada na agenda governamental e da formulação do Programa Mais Médicos.** Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Porto Alegre/RS, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/225460>

Prigogine, I., & Stengers, I. (1997). **A nova aliança.** Brasília, DF: Ed. UnB.

Santos, B. de S. (1997). **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. 3. ed. São Paulo: Cortez.

Santos, M. (1998). **Técnica, Espaço, Tempo:** Globalização e meio técnico-científico informacional. 4. ed. São Paulo: Hucitec.

Wilden, A. (1979). **Sistema y estructura.** Madrid: Alianza Editorial.

Una acción micropolítica y pedagógica intensa: la humanización entre lazos y perspectivas²²

Ricardo Burg Ceccim
Emerson Elias Merhy

Introducción

Este texto fue construido como una **conversación pedagógica**, en la expectativa de un mayor potencial comunicativo. La conversación favorece la aproximación, mientras la intención pedagógica –como pragmática de esta conversación– el intercambio de saberes. La apuesta es por un **texto-en-interacción** sobre los desafíos de la Política Nacional de Humanización en Salud (PNH), una estrategia que propone mejorar la calidad de la respuesta asistencial y de gestión del sistema de salud y que configura proyecto en construcción. Para dar calidad a los componentes de atención y gestión y mejorar la respuesta asistencial y de gestión del sistema de salud, entendemos que la PNH, desde su identificación con el conjunto de principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS), tuvo que poner en escena los intentos de lograr una atención resolutoria y acogedora sin despersonalizar a sus usuarios, valorando a sus operadores (trabajadores) y apoyando mecanismos participativos de gestión en la cotidianidad del trabajo en salud.

Independientemente del análisis político, conceptual o de los resultados de esta Política, la conversación que entablamos ambiciona apuntar a una **humanización del cuerpo**, en salud, al confrontar sus **reificaciones en la clínica**, presente en la soberanía de los sistemas profesionales sobre las prácticas, en la disciplinarización que legitima las conductas de tipo diagnóstico-prescripción o, más contemporáneamente, en la diseminación de mecanismos que, en nombre de la longevidad de los individuos, frenan su producción de singularidad. Utilizamos las nociones de “cuerpo de órganos”, “cuerpo ex-órganos” y “cuerpo sin órganos” para tematizar la clínica (atención), y la noción de “laços y perspectivas” para abordar la transformación de realidades (gestión) frente a la humanización.

Por un lado, observamos, en las prácticas vigentes, el tránsito de una clínica centrada en los síntomas a una clínica de la ausencia de síntomas: del silencio de los órganos sanos a la dispensación de **órganos bajo control**. Esta clínica se aleja o diverge de la producción de encuentros y sensaciones afirmativas de vivir, mientras que una clínica de vivir intenso necesita órganos, pero también de un cuerpo sin órganos para atravesarlos con la mayor potencia

22 Publicado originalmente en portugués en la revista Interface (Ceccim & Merhy, 2009).

de vida. En este sentido, ubicamos la clínica, en la humanización, como un acto de encuentro y re-singularización a través de la alteridad.

Por otro lado, alertamos para la necesidad de **lazos de la humanización** con las varias vertientes de estudios en salud colectiva para calificar el encuentro y la alteridad en la clínica y su posible **perspectiva** de flujo de red: activación de las comunicaciones como red científica de investigación-acción (escapando de la seducción de las totalizaciones), potencia de transformar realidades como efecto de producción de conocimientos que resultan del contacto vivo con procesos cotidianos bajo interrogación, y colocación en conexión de la diversidad de estudios que ambicionan la salud como vivir intenso.

Políticas de vigencia y políticas de lo minoritario

En general, cuando analizamos la **práctica de brindar atención** en los establecimientos de salud, o la censuramos, señalamos cómo las relaciones que allí se establecen están marcadas por la presencia de fuerzas externas, **antecedentes al encuentro**, en una especie de **ausencia de interacción**: relación fría, tecnicista, excesivamente objetiva, centrada en los procedimientos, guiada por el paradigma biologicista, etc.; donde se toman como objeto a las personas, un diagnóstico de enfermedad, un historial de quejas o una situación de riesgo, entre otras condiciones que las des singularizan/redifican.

Las imposiciones del mercado de la salud, como la industria farmacéutica, por ejemplo, entre otras disposiciones, definen lo que es cuidar/tratar. Emerge de este análisis una denuncia del trabajo en salud, en el que los saberes técnicos, protocolares, disciplinarios y dependientes, fundamentalmente en el dominio del saber formal, prescriben ciertos modos de actuar. Es una crítica a la obra captada por su gestión, por su protocolización, por su corporativización o por las racionalidades en las que se inscribe o desde las que se despliega. El análisis –o la censura– es que el profesional colectivo de la salud, al actuar en el cotidiano de los servicios, junto a los usuarios, está sujeto a órdenes que definen, de manera imperativa, sus modos de actuar/pensar en la prestación de sus cuidados o en el ejercicio de la clínica. Decimos, así, que un **orden profesional** o las **condiciones del trabajo** capturan el profesional, que no **actúa** ni piensa por sí mismo, sino que actúa como rehén de **políticas de cuidado** (modelos asistenciales), como las vigentes en su corporación profesional o en los sistemas y servicios de salud.

Sin embargo, cuando miramos más de cerca el cotidiano de las prácticas, vemos que los profesionales, incluso los de la misma categoría profesional, actúan de manera diferente, dentro de la misma situación de atención a la salud. Notamos, por ejemplo, que los profesionales son muy diferentes entre sí en la forma de cuidar, pareciendo, muchas

veces, que unos cuidan y otros no, o que un determinado equipo de salud cuida y otro no. Algunos observadores o analistas del trabajo en salud, ante esto, señalan, entonces, que una micropolítica del trabajo en salud se opondría –o podría resistir– a la macropolítica de gestión, protocolización, corporativización o a las racionalidades propias de las profesiones. Un trabajo vivo, en acto, se opondría a los modelos asistenciales impuestos o impositivos, porque, en la práctica de asistir, estaría presente en resistencia un **orden de encuentro y condiciones de interacción** –o podría resistir–, no sólo un **orden profesional y condiciones de trabajo**. Resulta que, entre los analistas que se refieren a la micropolítica del trabajo, muchos anuncian esta evaluación bajo una condición vaciada de creación y, por lo tanto, sin potencia de resistencia, una micropolítica identificada como una **macropolítica de menor escala**, la del espacio micro social (gestión laboral, lugar de trabajo, profesión), representando, así, las mismas fuerzas de captura. En lugar de encontrar/reconocer/buscar las fuerzas de libertad, idealizan procesos, caminos o estrategias: en general, a expensas de la formación, la normativa y los sistemas de flujo/enrutamiento. En la micropolítica, no en la microsociología, encontramos/reconocemos/buscamos la resistencia a las capturas, la lucha por el derecho a la creación, la exposición y la vivencia, en acto, de una relación. La micropolítica se opone a la política de la vigencia disciplinaria, de las racionalidades hegemónicas, es la política de la minoría, de las fuerzas minoritarias, resistencia a lo instituido, resistencia al saber-poder-deseo hegemónico, disputa por otras formas de ser-existir-actuar, inventivo, creativo, en acto. La noción vaciada de micropolítica se refiere al análisis de las decisiones ideológicas, de los modos culturales locales, de las reglas de ejercicio de la profesión o del trabajo, donde las diferencias casi individualizantes tendrían un peso más significativo. La micropolítica no es local/individual, es fuerza instituyente, transversalidad de procesos y proyectos, lucha contra hegemónico y antihegemónico.

No son reglas para el ejercicio de la profesión o del trabajo, ni las diferencias de escala las que marcan el territorio de la micropolítica, sino los co-engendramientos de sí mismo y de los mundos. En el análisis del proceso de trabajo, la micropolítica cuestiona qué **territorios del ser** se crean, qué rupturas se introducen, qué acogidas se ofrecen, qué capacidad de respuesta se busca, qué satisfacción importa. Los **territorios** son lo que constituimos cuando establecemos una relación. Entonces: ¿qué pertenece y qué no pertenece a estos territorios constituidos? Son actores en relaciones que constituyen territorios, territorios que dan lugar o no a devenires o a **campos de posibles**. En la dimensión micropolítica, detectamos –en la prestación del cuidado– una producción política del cuidado, la producción política de los seres, no sólo el registro de la asistencia.

La centralidad del cuidado de la salud en el usuario, defendida por quienes se oponen a la desingularización (observadores o analistas de las condiciones de interacción o del orden de los encuentros), habla de una orientación

de la atención al **otro**, no a los factores externos al encuentro, como técnica, rutina, protocolo, profesión, institución o razón. Por lo tanto, esta centralidad en el usuario es centralidad en el **encuentro/interacción**, centralidad en el **contacto con la alteridad**. Atención que implica la constitutividad de las relaciones de alteridad, así que, implica encuentros más allá de las fuerzas que llamamos **externas**. Allí, el cotidiano del cuidado es visto como un campo **singular** de producción de salud, y no como un campo **particular** de prestación de cuidados. La vida cotidiana adquiere el carácter de producción de realidades, trabajo vivo en acto, constituyente del mundo, territorio de disputas con dichas fuerzas externas por las fuerzas de creación.

La humanización como desafío nos presenta posibilidades, no totalizaciones

Los desafíos señalados por la humanización de la salud (HumanizaSUS, en el caso brasileño), tanto permiten disputar la desfragmentación de lo que antes aparecía como diversidad programática (humanización de la atención hospitalaria; parto y nacimiento; en el contexto de la atención primaria; en los servicios de salud; en el proceso de morir; como calidad de vida en el trabajo, etc.), cuando permiten disputar una totalización o constituir un equivalente general a las diversidades cada programa recogía y suprimen el poder de comunicación de su “desobediencia” a lo instituido/hegemónico/vigente. Si se convierte en una “escuela”, no porque promueva cursos, sino porque unifique discursos, la PNH, en lugar de prestar potencia, debilitará la potencia dependiente de la forma en que desobediencias, líneas de fuga o deseos de ruptura se comunican y establecen la invención de mundos (tejiendo redes por sorpresa, entrega, diferenciación, aventón etc.).

El mayor desafío radica en su eventual capacidad de constituir una “red de acogimiento”, una red de encuentros, una red de potencias. Cuando antes de 2003 señalábamos, como críticos académicos de las acciones programáticas del gobierno, el error de los **programas de humanización** como **lugares para humanizar**, era por la ausencia de este tipo de red, la ausencia de la noción de un sistema de salud, la opción por una dimensión local/individualización. Ahora, señalamos la necesidad de una red de **interferencias-en-interacción**, no una red de **comunicaciones coordinadas**; es un escenario de difícil conquista y construcción, pero, virtualmente, de potencia instigadora. La mayor riqueza de nuestro sistema de salud es estar acompañada de la vocación por el conocimiento y la mejor respuesta a las necesidades de las personas y colectividades. Muchas líneas brasileñas de estudios han estado operando en este camino y han mostrado resultados interesantes en la disputa por formas más efectivos de prestar atención en los servicios de salud: la humanización de la atención a la salud; la integralidad; el cuidado como alma de los servicios de salud; la acogida como red de conversación; las prácticas de salud como proyecto de

felicidad; la atención integral como escucha de la vida; salud y ciudadanía de la mano, entre otras designaciones. Iniciativas, muchas veces, sustituyendo las modalidades hegemónicas en las prácticas de asistencia y, a veces, desinstitucionalizadoras de los órdenes profesionales y de trabajo, visando otra educación en salud y una atrevida respuesta a las necesidades de salud sentidas por los usuarios.

Las modalidades hegemónicas se constituyen bajo el manto de acciones centradas en el profesional, en las que el otro es un caso para enfrentar con tecnologías duras o suave-duras (intervenciones invasivas o totalmente protocolares), de las que sólo el profesional tiene saber-poder y precisamente es justificado por ellos. Nuevas intervenciones –o intervenciones sustitutivas– surgen de las formas “en red” de construir configuraciones tecnológicas al atender, proyectos pedagógicos al capacitar, sistemas de evaluación de satisfacción y capacidad de respuesta y estrategias de gestión democráticas y participativas. Como “vías en red”, pensamos en comunidades científicas ampliadas de **investigación para la acción**: una dimensión colectiva (encuentros/interacción) y una dimensión individual (entrega/diferenciación), producción de conocimiento y producción de la formación, para la investigación y el trabajo (Pimenta, 2005).

La apuesta que representa la política de humanización de la salud [HumanizaSUS], es desafiante por su propuesta de reconstruir las acciones institucionales, teniendo **apoyadores de las acciones de cambio** en función de penetrar lugares llenos de intencionalidad y pudiendo llevar al conjunto de productores directos de atención al debate de sus acciones, haciéndolas operar intervenciones en sí mismas, conduciendo situaciones de trabajo a la construcción del campo singular de producción de salud, o sea, activando la producción singular de atender y del encuentro.

En estas apuestas, dobles encuentros –trabajadores-trabajadores y trabajadores-usuarios– exigen, desde las formulaciones de HumanizaSUS, procesos de conducción que produzcan momentos de intensa singularización y casi nula particularización, es decir, no basta que los apoyadores lleguen a estos encuentros armados de herramientas para actuar sobre ellos, tomando al otro como un caso a enfrentar y ya conocido **a priori**, instalando prácticas **humanizadas**. Las herramientas de lo hacer de lo apoyador deben ponerse al servicio de los encuentros-acontecimientos. Este desafío implica no sólo analizar, en todo momento, la forma en que se construyen los encuentros, sino también, centralmente, visibilizar los actos asistenciales y los haceres pedagógicos que contienen estos encuentros.

Muchos de los que también apuestan por cambiar las prácticas de salud lo ven como posibilidades inscritas en los encuentros, en los que unos conocen críticamente lo que otros deben hacer y, por lo tanto, no contemplan

el desafío de la re-singularización de prácticas, sino la instalación de buenas prácticas. En esta forma de entender y actuar, cada encuentro es un momento particular de una estrategia general ya dada a prioridad, a realizar en el momento del encuentro. No es diferente de la forma en que se lleva a cabo el modelo hegemónico de producir de salud. Este modo de hacer –que siempre es actuar de un profesional de la salud que se legitima por ser portador de saberes en salud que el otro debe adoptar o incorporar– ve el acontecimiento del encuentro, aunque lo diga como cada caso es un caso, como un momento particular: por lo que ya tiene todo preparado. Estamos diferenciando singular (creación) de particular (recalificación). No será prudente traducir “prácticas en acto” en “equivalentes generales de interpretación”, ni adjetivar prácticas para construir una totalización de significados a la humanización.

En los desafíos de HumanizaSUS, esto no es un dilema, ni una dialéctica, porque, llevado a sus últimas consecuencias, en la práctica, es la propia negación como estrategia asesora, no la construcción de superación. Hay una implicación fundamental: cualquier arma que tenga el trabajador para operar encuentros debe estar al servicio de los “movimientos en acto” que porta un encuentro, no al revés. Sus herramientas tecnológicas sólo serán efectivamente tecnologías singularizadoras como encuentros-acontecimientos. Enfrentar tensiones/paradojas será necesario para dar cuerpo a la apuesta que HumanizaSUS declara, buscando aumentar significativamente el potencial de producción de vida en la organización del cuidado de la salud. Este enfrentamiento no estará justificado –sino en la sorpresa– de las interferencias-en-la-interacción.

La producción de la atención en la capilaridad de las relaciones cotidianas

Los componentes de singularidad que existen donde se produce el cuidado no permiten un enfoque más generalizado. Exactamente donde hay más captura, hay más transversalidades capaces de una línea de fuga y capaces de operar transformaciones en la delicadeza de cada encuentro o en las propias líneas de fuga, muchas veces únicas, ya que los agujeros en las capturas sólo tienen sentido para aquellos involucrados. Hablamos de la producción del cuidado donde no se espera, en la capilaridad de las relaciones cotidianas, no en la asistencia profesional en su instancia formal de intervención como procedimiento restaurador de las funciones orgánicas. Hablamos de capacidad de acogida, de encuentro, no de clínica de profesiones o de cogestión de intereses negociados y consensuados. La producción de cuidado no se limita a la provisión de prácticas biomédicas o asistenciales normativas, implica nuestra capacidad de acoger al otro, el contacto con la alteridad, la producción de un hacerse cargo en el que la interacción promueva prácticas de sí, nacidas para cada agente en relación, producción de un tiempo-ambiente común o, cada vez más común entre dos, un momento intensamente intercesor, un encuentro,

donde, de un modo u otro, sus agentes esperan lo mismo: que sea eficaz para solucionar o aliviar los sufrimientos considerados problemas de salud. La acogida en la alteridad (encuentro) es un momento que encierra en sí ciertos misterios, por la riqueza de los procesos relacionales que encierra, porque se da por razones muy diversas y porque no es aprendido por ningún conocimiento exclusivo.

Damos contexto a este plan de humanización, la construcción de prácticas de salud cuya contemporaneidad está en la actualización de procesos intensivos de vivir la vida, y no sólo de sobrevivir, o, sobre todo, de estar vivo, a pesar de la ausencia de placer, de compartir, de potencia de sí y la producción de ambientes creativos y atrevidos. La potencia de sí y la producción de ambientes creativos y atrevidos es vivir intensamente la invención de lo vivo, de aquello que afirma la creación o que sitúa la vida como obra de arte de la existencia. En esta condición, el cuidado del otro es operado por diferentes modalidades de saber y hacer, no culmina en las prácticas particulares de las profesiones, tecnologías o protocolos de cuidado, se extiende a través de la invención de sí, del entorno y de los mundos. Se trata de una puntuación necesaria en el momento actual que vivimos, donde la conformación del campo de la salud, en las sociedades más occidentalizadas, vive una contemporaneidad del fenómeno de medicalización y sus consecuencias, entre ellas: un perfil de prestación de prácticas asistenciales, de la educación de los profesionales de la salud y la gestión de los sistemas de salud para la ampliación de la oferta de estas prácticas en forma de diagnóstico, prescripción y conductas colectivas.

Traemos, entonces, como primera aproximación, la noción de que un encuentro es del orden **micropolítica**. Los encuentros están siempre abiertos, bajo alteridades intercesoras (Ceccim, 2004; Merhy, 1997), bajo distintas posibilidades de subjetivación, que pueden pasar de un proceso biopolítico a un proceso de biopotencia (Pelbart, 2003) y de serialización a la singularización (Guattari & Röllnik, 1986). Además –y al mismo tiempo– los encuentros, en la micropolítica, son intensamente pedagógicos, operan, frente a prácticas inculcadoras/homogeneizadoras, con intercambios entre dominios del saber y del hacer, construyendo un universo de procesos educativos en acto, en un flujo continuo e intenso de convocatorias, desterritorializaciones e invenciones. Un segundo enfoque es que las interacciones son estrategias de resistencia y creación, vividas como una paradoja en un mundo habitado por la profusión de prácticas clínicas y el profundo debilitamiento de la vida (despotenciada para conducir procesos intensivos, alejados de la alegría, deshumanizados).

En torno a estos dos enfoques, nos proponemos verificar lazos y perspectivas: diferentes campos de formulación del cuidado convergen a través de la humanización de las prácticas de salud y una condición de red puede abrir conexiones inéditas. Diversos suelos se entrelazan con el deseo de instituir prácticas de cuidado

integral, la intersección de las necesidades biológicas y las de carácter existencial o de conocimiento humanístico, sumando una escucha sensible del otro y una oferta de un ambiente acogedor que produzca un sentimiento de confort, entre otras lecturas/prácticas necesarias de humanización. Una condición de red establece posibilidades y potencialidades de una comunidad científica ampliada de investigación-acción (varias y diferentes portadoras y productoras de conocimiento, con su lenguaje-herramienta, audacia y singular desobediencia); escucha aguda de realidades para componer saberes asesores; perspicacia de no transmitir conceptos, pero saber cartografiar; no llenar imaginarios con “mejores verdades”, abrir experimentaciones; capturar prácticas en acción, darles espacio, expandir incisivamente la existencia de líneas de conexión.

La atención, en las prácticas específicamente de salud, implica una comprensión específica del cuerpo humano. Base de la formación de los profesionales de la salud, el tradicional ciclo básico de la formación, la enseñanza de la anatomía y fisiología humana y la disección del cuerpo en sus órganos son los caminos condicionantes para la apropiación de la clínica. En el ciclo profesional, el cuerpo, ya disecado en órganos, aparece como el territorio donde evolucionan las enfermedades. Este ha sido el cuerpo poco humano de la clínica, limitado a sus órganos y a las formas en que la enfermedad evoluciona como historia natural. Un cuerpo más humano para la clínica, entendido en su naturaleza de deseo y sensación, territorio de los afectos (capacidad de afectar y ser afectado), da lugar a la existencia de un cuerpo sin órganos, cuerpo de encuentro o cuerpo prepersonal (que se coloca entre los cuerpos agentes de servicio), cuerpo virtual cuya actualidad tiene lugar en el cuerpo personal. Sin embargo, otra clínica, de ausencia de enfermedades, detecta también un cuerpo sin órganos o un cuerpo con sus órganos virtualizados (órganos en potencial permanente de enfermedad), que prescinde de la singularidad de las sensaciones, donde la clínica se hace sin encuentro, captando los cuerpos por tecnologías del imaginario y sometiéndolos a la prescripción impersonal.

El cuerpo como sede de los órganos y la oferta de la clínica

No es extraño hablar e identificar, en el cotidiano del mundo del trabajo en salud, que las prácticas de cuidado son pautadas por la clínica de un cuerpo que alberga los órganos o por una clínica del cuerpo de los órganos –esta es la forma en que cada una de las profesiones de la salud practica la clínica y piensa la atención–. Es a partir de esta condición que las profesiones buscan distinguirse y organizar su patrón de intervenciones para lograr la curación, lo que puede ocurrir en detrimento de la promoción de la terapia (sentirse cuidado). Si bien cada una de las profesiones de la salud intenta dar su marca al campo de su actuación y oponerse en la disputa por territorios de privativos de intervención, muchas veces esto no pasa de la condición de práctica discursiva, porque

tratar con calidad, la atención integral o la escucha sensible no son oposiciones ni fragmentos autosuficientes. Para producir la cura, no compite el conocimiento contrapuesto o fragmentado y no convergen el conocimiento parcial o el conocimiento centrado en patrones particulares para promover la terapéutica.

La distinción radical entre las profesiones, en el ámbito del cuidado, de acoger al otro, de ofrecer encuentros para comprender los procesos de producción de salud, en realidad, no sucede. Lo que se verifica es la fragmentación de la curación y del cuidado y la búsqueda, por parte de los usuarios de las acciones de salud, de prácticas que no son sólo profesionales, para sentirse atendidos y/o curados. Muchas veces, bajo la queja profesional de la no adherencia de los usuarios a la prescripción, orientaciones o terapia, está la queja de la oferta fragmentada, particularizada y corrompida de la clínica.

Al hablar del lugar de la Salud Pública, que busca comprender la instalación de procesos de enfermedad a nivel poblacional para producir intervenciones en el ámbito colectivo, visando el control de las enfermedades, se ve que el trasfondo es también esa misma comprensión del fenómeno salud-enfermedad: la instalación de patologías en los cuerpos biológicos. El sistema profesional de salud es el lugar para tratar las enfermedades o para prevenirlas; el lugar de la promoción de la salud y la protección de la calidad de vida está “fuera” del sistema profesional de salud. Aunque se introduzcan nuevos elementos en esa mirada, como, por ejemplo, la distribución desigual del proceso salud-enfermedad entre los diversos grupos poblacionales, demarcados socialmente por cuestiones de género o de edad, etc., el ideal de la salud es el equilibrio entre las funciones de los órganos.

La combinación de saberes entre la clínica del cuerpo de órganos y la epidemiología dio sustancia, como conocimiento-herramienta tecnológica, a la conformación de campos productivos en todos los lugares de construcción de los procesos de atención y escucha, aunque de manera diseminada, ya que existe una gran variabilidad en la composición de los recursos de saber dentro de cada profesión e incluso dentro de cada campo de acción, como se observa en la construcción de las especialidades profesionales. En la base de las especialidades/especializaciones se encuentran prácticas que reafirman un cuerpo biológico que se patologiza a nivel individual y/o colectivo. Dentro de los saberes operados como herramientas para las especialidades, está la mirada que siempre hace visible sólo el cuerpo de los órganos y que anima la construcción de ciertas formas de acción clínica en detrimento de otras. Lo particular suprime la demanda de lo singular, se protege el ejercicio de las profesiones en detrimento de acoger al otro en sus demandas reales (ni siquiera se sabe cuáles serían).

Este hallazgo o la construcción de esta modelación de prácticas no es evidente ni inmediata, ya que ha sido procesada en las sociedades occidentales durante siglos, dibujándose como la forma más común de mirar

la enfermedad humana: como un proceso de patologización del cuerpo biológico. Modelamiento que se destacó de las disputas por saberes y prácticas, acumulando/registrando un potencial de imposición de valor. Foucault (2004), en “El nacimiento de la clínica”, y Luz (2004), en “Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna”, nos muestran de manera muy elucidadora cuán dura fue la disputa entre los diferentes cuidados “prácticos” en el insidioso proceso de disputa de racionalidades, regímenes de verdad y legitimidad. Disputas que tuvieron lugar en el plano epistemológico, dentro de las organizaciones y establecimientos considerados lugares de atención a la salud y en la vida en sociedad hasta llegar a la institucionalización de la forma “correcta” de ver la vida y el cuerpo humano. Este “camino correcto” se nos vino a revelar en oposición a los diferentes caminos, ya fueran las formas antecedentes legítimas, ya fueran las formas emergentes, designadas, por el contrario, como charlatanes/arriesgados.

Este proceso social, práctico y discursivo, cuando se establece de manera hegemónica como el a partir de la atención a la salud y de la comprensión del proceso salud-enfermedad, pasa a producir una intensa subjetivación en los diversos grupos sociales, además de la formación de sus propios militantes: los nuevos profesionales de la salud. Todos los que intervienen en el campo de la producción de la atención estamos frente a un sofisticado juego de fuerzas, porque, de manera no muy clara y explícita, están en lucha regímenes de verdad y modos de subjetivación.

Foucault (2004) revela cómo este proceso se dio en el momento histórico y social en que se instala en la cotidianidad del hacer una determinada manera de mirar el cuerpo enfermo. El cuerpo, en lugar de ser un territorio de sensaciones (contexto de sentir), se reconoce como un territorio donde evolucionan las enfermedades, un lugar físico para la existencia de lesiones orgánicas/corporales (órganos, tejidos, células, genes), que deben ser visualizadas para posibilitar la comprensión de los procesos de enfermedad y, por tanto, del cuerpo, salud, enfermedad, tratamiento y cura.

La intersección de la racionalidad científica con la razón médica colocó el pensamiento de la salud y sus diversas racionalidades en la operación de cuidar o curar, bajo la misma lógica del saber, la del cuerpo de órganos. El misterio del encuentro –presente en la atención centrada en el usuario, dependiente del contacto con la alteridad y, por tanto, no normalizado/regulado por fuerzas externas– es que, aun bajo lógicas idénticas de pensamiento racional, puede generar prácticas muy diferentes. El saber no es, en efecto, el elemento determinante de las prácticas, sino su componente, siendo sometido a los procesos en el acto de la clínica que se ofrece como acogida. El misterio del encuentro está en los intercesores que trae a escena la construcción, en la acción, de la atención. La observación de la integralidad del cuidado o el análisis de la humanización en la producción de salud pueden promover esa

visibilización y potenciar los encuentros, haciendo la atención se centre más en lo que produce que en la discusión sobre qué medios utiliza o puede utilizar para actuar en salud. Esto debe crear, en quienes piensan en cambiar las prácticas de salud, una ocupación con educación en salud (territorio de producción de las nuevas generaciones profesionales) y con participación social (territorio de producción de movimientos en la sociedad), no sólo el diseño del binomio de atención-gestión de la salud (territorio de producción de servicios).

A pesar de constatar que la noción del cuerpo de órganos es uno de los lugares fundantes de estos largos procesos de construcción discursiva y reivindicación de la verdad, nuestras sociedades han vivido y seguirán viviendo intensas disrupciones, del mismo modo que estas estuvieron presentes en la instalación de este saber hegemónico. Mirando detenidamente, podemos ver que hay disputas de prácticas e innumerables líneas de fuga pidiendo paso. Es como si tuviéramos que preparar nuestra mirada para ver no sólo el mundo dado (instituido), sino también los mundos dándose (instituyentes). Lo que está ocurriendo, insidiosamente en la vida cotidiana, son prácticas de invención de la atención, unidas a prácticas hegemónicas. Podemos encontrarnos con dos movimientos más visibles que nos interesan a efectos de estas reflexiones: un plano racional-cognitivo y un plano imaginal-afectivo.

El primer movimiento está marcado por una confrontación explícita de campos de conocimiento, como el que niega la existencia del cuerpo biológico, tal como fue construido, imaginaria y simbólicamente, al afirmar que el cuerpo es subjetivación, y no biológico, es potencialidad y representación de modos de existencia, que de diferentes maneras serán calificados como normales o no. Sin embargo, en el fondo, esto siempre es una imposición de unos sobre otros, porque los modos de existencia tomados como anormales o patológicos serán siempre productos de la construcción de relaciones de poder, entre distintos poderosos. Se disputa no sólo la forma de construir socialmente, que es un problema para la producción de prácticas de salud, sino la forma de enfrentarlo, abriendo una franca confrontación sobre a qué se refiere este campo de problematización y quién se preocupa por uno u otro. En este movimiento, se hace explícito que hay una disputa por el saber hacer y por el fundamento de la ciencia que le da sustancia, es una pelea en el campo de política del conocimiento.

El segundo movimiento es el que se lanza desde dentro del campo simbólico e imaginario, el de los afectos, que se va construyendo en las fisuras de lo hegemónico, en sus vacíos, en sus conflictos y contradicciones. Se rebela por donde las respuestas no están listas o ya no son aceptadas, donde hay resistencia ante lo que tenemos o ante lo establecido, y, por lo tanto, nos atrevemos, creamos, hacemos, con el no saber, con la pregunta, con el deseo. Un lugar altamente productivo que aparece de manera muy evidente en situaciones sociales e históricas en las que emergen los diversos grupos sociales involucrados con un mismo campo de prácticas, no sólo operándolo, sino

disputándolo desde distintos lugares situacionales, atravesándolo por varios otros focos de intereses hasta el punto de socavarlo desde adentro, en la acción.

Las tecnologías imaginarias (Ceccim et al., 2008), sin embargo, operan permanentemente la captura de lo afectivo, promoviendo impulsos para la acción, es cuando los esfuerzos conceptuales se convierten en meras consignas y las sensaciones se traducen en significados cuya respuesta está esperando.

Vale la pena señalar que el primer y el segundo movimiento se despliegan entre sí de manera muy evidente. Por consiguiente, aquí no damos un valor claro o más positivo a ninguno de estos procesos, pues parece que ambos no piden permiso para que se produzcan y mucho menos se nos otorgan a priori como más efectivos o previos el uno al otro. Pueden ocupar diferentes lugares o incluso emerger unos en otros. En Brasil, hoy, este segundo movimiento es muy rico y está presente en la sociedad en su conjunto, en la medida en que la complejización del campo de disputa social propia de la salud ha permitido la lucha explícita de diferentes movimientos sociales y sus diferentes agendas por este campo; abriéndolo por la aparición del primer movimiento dentro de ella.

El cuerpo sin órganos, la recuperación de la clínica y la nueva oferta de la medicalización

Similar a lo que hemos visto hablando de la construcción de la clínica del cuerpo de órganos, estamos ahora, como sociedad, también insertos en una disputa por la construcción de nuevas lógicas de gestión del cuidado de la salud y por el diseño de un nuevo campo de la clínica: la del cuerpo en ausencia de órganos (ex-órganos o “con órganos exteriorizados”). Estamos hablando de la evidencia contemporánea de una clínica del cuerpo ex-órganos, sin órganos, del mismo modo que se dice exangüe (sin sangre). Cuerpo sin órganos porque ya no requiere la tecnología disciplinaria del examen ni que estos sean vistos para el diagnóstico que genera la prescripción “clínica”. El diagnóstico precede al examen físico, es el diagnóstico de riesgo, y todos estamos en riesgo de enfermedad de órganos. Este cuerpo sin órganos, por el contrario, es un cuerpo sin fuerzas, débil, agotado.

La industria farmacéutica se alía con esta visión, ya no de la farmacoterapia, sino del fármaco prevención, de la orientación al cuerpo enfermo a curar, al cuerpo sano que debe ser tratado (preventivamente) para no enfermar, para no correr el riesgo de tener que consumir costosos actos de salud según el modelo médico-hegemónico del cuerpo de órganos, que aspira a la utilización ambulatoria de actos profesionales de salud, ya no médicos-hospitalarios. Las drogas aparecen masivamente para mantener la normalidad del cuerpo biológico; el riesgo de enfermarse se vuelve medicado. Surgen preocupaciones en las aseguradoras y planes de salud por la promoción y prevención y por la producción de hábitos de vida que puedan paliar los procesos de enfermedad. La medicalización social se vuelve

intensamente más sofisticada. La patologización de ciertos sufrimientos, bajo la óptica del modelo médico-hegemónico (clínica del cuerpo de órganos), con la finalidad de patrocinar cuidados individuales y colectivos y el consumo de innumerables actos profesionales de salud centrados en tecnologías duras o suave-duras, objeto de estrategias disciplinarias de las profesiones clásicas de la salud y de la salud pública en general, ahora, bajo la clínica de un cuerpo que no tiene órganos a ser escrutados y tratados, instaura una mirada que patologiza los modos de vivir la vida, individuales y colectivos –en un cuerpo ex órganos (cuerpo sin síntomas)–.

En medio de este proceso se va construyendo un nuevo universo de patologías. Hay un proceso de medicalización muy sofisticado. Comer ciertos alimentos, caminar o no, jugar de una forma u otra, por ejemplo, ahora se ve como un riesgo. Ser un niño quisquilloso es hiperactividad; experimentar la aflicción con los medios de violencia es el síndrome de pánico; fumar es matarse; entrar en la adolescencia es aumentar los riesgos; el envejecimiento es una nueva nosología.

Iriart (2008) advierte sobre estos movimientos y nuevas estrategias productivas del cuidado, incluyendo la medicamentación intensa, que nos sitúan ante, no sólo una reestructuración productiva, sino una fuerte transición tecnológica en el campo de la salud (Merhy; Franco, 2006). Para estos procesos, es irrelevante si el cuidado se produce para curar una enfermedad, para prevenir enfermedades, para cambiar sensibilidades o para cambiar comportamientos. Ahora, bajo un nuevo diseño, lo que se pretende con los trabajadores de la salud es regularlos donde solían realizar sus actos productivos de manera fragmentada. Ahora bien, lo que importa es actuar de manera integrada y protocolizada en términos multiprofesionales sobre los procesos deseantes vinculados a la producción de modos de existencia, bajo el riesgo de enfermarse y morir.

La estrecha alianza entre la creación de una nueva forma de gestión del cuidado para impedir el ejercicio de la autonomía de los trabajadores de la salud y la clínica ex órganos viene a reposicionar y producir, de manera más conservadora, las estrategias disciplinarias de los momentos anteriores. Opera ahora una clínica sin el límite disciplinario del cuerpo de órganos, una acción dirigida a la producción de deseo allí donde se modulan modos de vivir. Se añaden estrategias de control sobre las formas de cuidar de sí.

Todo esto ocurre absorbiendo, en cierta medida, el modo de actuar en el campo de la clínica del cuerpo de órganos, ahora subsumido, y ya no como territorio imperativo para ordenar prácticas y profesiones de salud. Este cuerpo (sin órganos/desvitalizado, sin vida intensiva, pero vida normativa) es el cuerpo del sistema profesional de salud, ampliamente prescrito, mucho más independiente de la vida que se lleva. La vida es explicada por el laboratorio, medicamentos, alimentos y las actividades pueden dar lugar al cuerpo de laboratorio.

Sin embargo, en vez de normalizar la vida, los trabajadores de la salud pueden participar en la producción de vida, allí donde cada uno puede generar el cuidado de sí, no para construir un modo de vivir protocolario, sino para construir su modo de vivir original. Esta sería una clínica del cuerpo sin órganos, donde cada individuo se conozca y sus cuidadores se conozcan y se conozcan en redes de flujos, en redes de intercesión, en efectos de encuentro. En el filo de la navaja, por tanto, otra propuesta de cuerpo sin órganos. Desde el cuerpo sin fuerzas, débil, desvitalizado (ex-órganos) hasta el cuerpo que se arriesga, que siente la vida en todos los sentidos. En la contemporaneidad, este cuerpo humano pide ayuda, no para sobrevivir, sino para vivir. La poeta Alice Ruiz (1994) dio texto a esta condición en “Socorro”: “Socorro, no siento nada. Ni miedo, ni calor, ni fuego, ya no podrás llorar ni reír”.

Para el cuerpo sin órganos (sin sangre), al que Ruiz pide socorro, se le ofrece control de la alimentación, control de la actividad física, control de la sexualidad, control de los niveles de estrés; alimento-remedio, salud-ejercicio, sosiego-relaciones, ocio-descarga, etc., sin necesidad de buscar el “común de dos” (usuario y profesional que se relacionan): o son todos iguales, en una forma identitaria, o son todas diferentes en formas aisladas, sujetas a una prescripción ampliada. Ruiz vuelve a pedir un órgano que sienta y para lo sentir: “Socorro, alguien me dé un corazón [...]. Por favor, un poco de emoción, lo que sea. Cualquier cosa que se sienta. Pide a un terapeuta: Ayuda, algún alma, aunque tenga dolores, préstame tus plumas. Ya no siento amor ni dolor, ya no siento nada”. No es el borrado de síntomas lo que pide el cuerpo humano, es el sentimiento: “Socorro, alguna calle que me dé sentido, en cualquier cruce, arcén, encrucijada. Socorro, ya no siento nada”. El cuerpo humano es un cuerpo de órganos acoplado a un cuerpo sin órganos, no es una bolsa de órganos (anatomofisiología). Deleuze y Guattari (1996) denominan a este ser humano del cuerpo (sin la forma-hombre) como Cuerpo sin Órganos (CsO). No habrá ánima para el cuerpo en su ausencia. Los autores hablan, entonces, de sustituir la anamnesis por el olvido, de la interpretación por la experimentación. Dicen de la necesidad de encontrar nuestro CsO, de saber hacerlo, como una cuestión de vida o muerte, de juventud y vejez, de tristeza y de alegría. El riesgo, en este caso, no es el de morir, sino el de no vivir intensamente. Un CsO tiene tal forma que solo puede existir poblado de intensidades, las intensidades pasan y circulan, no constituyen órganos, necesitan de ellos. Lo contrario del cuerpo convertido en cuerpo sin órganos por la nueva medicalización es el Cuerpo sin Órganos exuberante, ardiente. Para los autores, en este cuerpo está el arte de la medicina (“terapéutica”).

Milton Nascimento (1982) dice de este cuerpo en “Ānimã”: “casa llena de coraje, de vida, de todo el afecto que hay en mi ser”. Habla de una salud que “va más allá de todo lo que nuestro mundo se atreve a percibir; donde la paz se olvida” y la necesidad, en tal caso, “de ir más allá, de traspasar fronteras al amanecer y al atardecer para mirar con calma, entonces”. Dice de este cuerpo: “Quiero ser tú”.

Cierre

Vale la pena mirar los lugares donde producimos relaciones humanas, dándoles visibilidad, buscando encontrar algún discernimiento para aprovechar las infinitas disrupciones micropolíticas que están actuando en el mundo de la producción social del deseo, deshaciendo las instituidas. Las prácticas de cuidado ocupan lugares fundamentales por su contacto con vivencias en forma de sensación, síntoma, aflicción, sufrimiento y enfermedad, que buscan la atención profesional en salud.

Una situación que no necesariamente se inscribe dentro de una red de servicios de salud nos permite mostrar el desarrollo de una cierta perspicacia para mirar la tensión relacionada con los procesos de subjetivación que ha venido proporcionando la medicalización del cuerpo ya sin órganos. Castello (2007), en un ensayo sobre João Cabral de Melo Neto, relata que, al final de su vida, este poeta estaba muy triste. Dijo que los médicos le dijeron que era depresión y él lo rebatió, dijo que era melancolía, y agregó que no había ningún medicamento capaz de solucionar esta situación, porque no era algo que se pudiera curar, la tenemos. Quizás incluso de esa melancolía suya sintió ciertas inspiraciones poéticas. La mirada médica contenía una explicación, las sensaciones del poeta otra, revelando un plan de disputa sobre el proyecto terapéutico a realizar. Situaciones como esta pueden ocurrir en cualquier lugar –en un servicio de salud de emergencia, en un equipo de salud de la familia, en un ambulatorio, entre docentes de cualquier escuela y así sucesivamente– no sin excepción, habitan ella vida cotidiana de nuestros mundos de manera muy efectivos.

De hecho, esta forma de mirar determinadas situaciones y nombrarlas busca darles un cierto significado y no otro –proponiendo, por ejemplo, que estar gordo es estar enfermo, a riesgo de estarlo; que ser viejo es estar enfermo, por el riesgo de serlo, etc. – es tener una mirada armada para ver la enfermedad frente a unas “cosas”. No es un fenómeno casual o individual, es una construcción amplia de procesos de subjetivación de la mirada de todos y cada uno o, al menos, de muchos. Son agenciamientos producidos intencionadamente por el dominio de recursos de manejo comunicativo y de los recursos de poder, como los de los sectores empresariales o determinados colectivos sociales como los profesionales de la salud. También pueden ser agenciamientos más ocasionales, capilares, como en el caso de explorar al poeta que llevamos en nosotros, más que al usuario de la salud que llevamos en nosotros, cuando somos trabajadores de la atención a la salud y disputamos significados más plurales para nuestras prácticas.

La producción del “común de dos” culmina en la producción de confianza, que proporciona acogida de autopoiesis, que culminan en la producción de diferencia (retraso del yo) y, así, de singularización. Sin esta problematización, en efecto, no construimos la posibilidad de un devenir a la humanización, en medio de los principios y directrices del SUS, orientados por la producción de salud como producción de vida, modo autopoietico

y solidario de inventar prácticas de cuidado. La gran perspicacia, sin embargo, estaría en la construcción de un actuar micropolítico y pedagógico intenso: apoyar las desobediencias al instituido/vigente/hegemónico que las humanizaciones crean (antiguos o nuevos programas) y aprovechar su oportunidad política para ser la causa o motivo de posibilitar la interferencia-en-interacción, la circulación y la repercusión de las vertientes brasileñas de estudio que inspiran y experimentan el contacto vivo con procesos cotidianos de encuentro y alteridad.

Referencias

- Castello, J. (2007). **Poesia na penumbra**. Literatura. Bravo! (São Paulo), 10(121), 68-74.
- Ceccim, R. B., & Merhy, E. E. (2009). Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface** - Comunic., Saude, Educ., 13(supl.1), 531-42.
- Ceccim, R. B. (2004). Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p.259-78.
- Ceccim, R. B. *et al.* (2008). Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Cienc. Saude Colet.**, 13(5), 1567-78.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1996). Como criar para si um Corpo sem Órgãos. In: Deleuze, G.; Guattari, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 3, 9-29.
- Foucault, M. (2004). **O nascimento da clínica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Guattari, F.; Rolnik, S. (1986). **Micropolítica: cartografias do desejo**. 2. ed. Petrópolis: Vozes.
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. **Cienc. Saude Colet.**, 13(5), 1619-26.
- Luz, M. T. (2004). **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. 2. ed. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (1997). O SUS e seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 125-42.
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2006). Reestruturação produtiva em saúde. In: Brasil Pereira, I., & França Lima, J. C. (Coords.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV /Fiocruz, 225-30.
- Nascimento, M. (1982). Äñimä. In: **Äñimä** (LP). Ariola.
- Pelbart, P. P. (2003). **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras.
- Pimenta, S. G. (2005). **Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente**. Educ. Pesqui., 31(3), 521-39.
- Ruiz, A. (1994). **Socorro**. In: Cássia Eller - 1994 (CD). Universal Music.

Procesos de creación en la atención y en la educación en salud: un ejercicio de “timpanización”²³

Emília Carvalho Leitão Biato
Ricardo Burg Ceccim
Silas Borges Monteiro

Introducción

Partiendo de la premisa de que la efectividad de los procesos de atención y educación para la salud pasa necesariamente por la participación de las personas atendidas, se considera que movimientos como la transmisión de la palabra y la creación de parcerías para la producción de conocimientos y prácticas saludables son inherentes a la actuación en salud. Onocko-Campos y Campos (2006, p. 669) afirman que “además de producir salud, el sistema de salud debe contribuir a la ampliación del grado de autonomía de las personas”, en el sentido de permitir la libertad y la participación en la reorientación de los servicios de salud, en la creación de espacios comunitarios saludables, en el diálogo con el equipo de salud y con las instancias de gestión.

Existen diferentes formas de implicar, permitir y provocar la participación, que están relacionadas con la forma en que se llevan a cabo las prácticas de salud y educación en salud. Cuando el profesional y la sociedad actúan en el sentido de normatizar la vida del otro, sin ofrecer posibilidades de escoja, predomina una conducta normatizadora y de control de los compartimientos y estilos de vida. Esta conducta puramente prescriptiva, que cierra las posibilidades de crear formas de vivir, parece estar vinculada a una visión dualista de los procesos de salud y enfermedad, con acciones basadas en criterios rígidos, como: bueno x malo, sano x enfermo, ciertas conductas x conductas de riesgo.

Esta base dual –como la pregunta shakesperiana “ser o no ser” – polariza los estados de la vida, crea estereotipos, estigmatiza y limita el proceso de enseñanza y aprendizaje a lo saber x no saber, dentro x fuera, el educador que sabe x el educando que no sabe. Con base en el dualismo, muchas medidas de salud pública desvalorizan el conocimiento popular –de los usuarios y las comunidades– y pierden potencia educativa y efectividad en la promoción de la salud, aun con la rigidez de contenidos correctos e incorrectos, el conocimiento

23 Publicado inicialmente en portugués en la Revista Physis (Biato; Ceccim; & Monteiro, 2017). [NT]: La expresión “timpanización” fue creada a partir de la metáfora del tímpano, membrana que protege el oído medio en la gramática anatómico-fisiológica de la biomedicina, aquí convertida metodología para la escucha en las prácticas de educación y salud, basado en la producción del filósofo francés Jacques Derrida (1991).

científico limita la participación de los estudiantes de salud, desvaneciendo la autonomía y el potencial creativo de prácticas innovadoras y relevantes para el funcionamiento de nuestro sistema de salud. En este contexto, ¿Cómo pensar los procesos creativos en el ámbito de la salud? ¿Cómo darse cuenta y actuar en las prácticas de atención, en bases que no simplifiquen la dinámica de vivir, enfermar y morir? ¿Existen líneas de escape de los fundamentos científicos que se han vuelto dogmáticos? Es importante retomar críticamente el tema, lo que se hace aquí desde una mirada a la interfaz de la salud con la filosofía y la educación, con reflexiones que tocan tanto las prácticas asistenciales como las educativas realizadas por parte de profesionales hacia los usuarios de los servicios, así como las trayectorias formativas en materia de salud.

Se entiende que la filosofía es un campo clásico que, desde la Antigüedad, presenta un vínculo con las ciencias médicas, operando con “mutualidad operativa y conceptual, intercambiando conceptos y métodos como procesos culturales de educación, o como decían los griegos, de formación” (Monteiro *et al.*, 2012, p. 301).

En este estudio, hemos optado por utilizar la triada Salud-Filosofía-Educación a través de una lectura de la filosofía del francés Jacques Derrida, que hace operar la radicalidad de la muerte de la metafísica –y, en consecuencia, la muerte de los dualismos–.

Propuesto por Friedrich Nietzsche, así, se propone un cambio, un ejercicio de pensamiento, abandonando la tradición dualista occidental, optando por un camino que quiere ampliar las perspectivas sobre la atención y la educación en salud, para problematizar las formas de actuación en estos campos.

La idea derridiana de *timpanizar* (1991) la filosofía implica la ruptura de la membrana que establece espacios claramente definidos –el interior y el exterior–, para operar el pensamiento de forma no binaria, permitiendo extravasaciones. Aquí abordamos la hipótesis de que este gesto de *timpanización* se configura como un camino de reflexión sobre las prácticas de atención y educación en salud. Se trata de los encuentros vividos por los educadores/profesionales de la atención, cuando en procesos formativos o auto-referidos; también el usuario, en determinadas condiciones de contacto con las acciones y servicios de salud (educación y promoción de la salud, proyecto terapéutico participativo, clínica narrativa).

El texto, por tanto, propone una aproximación al *timpanizar* que, articulada con otros elementos del pensamiento de Derrida, se presenta aquí como un método la descripción de un camino para llevar a cabo procedimientos que inviten a la reflexión. Este método está constituido por tres gestos inseparables: tantear escombros, difundir los significados y crear cadenas de suplementos. Estos gestos son aquí descritos y problematizados con la lectura de fragmentos de textos producidos por los alumnos durante una clase del

curso de Medicina, en articulación con la lectura de una carta escrita por el teatrista francés Antonin Artaud, considerando también su biografía y sus experiencias de salud-enfermedad en el contexto de acciones en un servicio de salud. El objetivo es crear vínculos entre estas diferentes perspectivas/experiencias sobre los procesos de educación sanitaria.

Da la desconstrucción derridiana a la proposición de un método

Tomar la desconstrucción *derridiana* (Caputo, 2022) como elemento fundamental para la proposición de un método, requiere entender la noción de método –“del griego, métodos: em medio de” (Monteiro & Biato, 2008, p. 256)– como un camino; y este como una instancia laberíntica, imprevisible, provocadora de movimiento, y de cartografía imprecisa.

En este sentido, Dagmar Meyer y Marlucy Paraíso (2012) organizaron textos que apuntan a caminos de estudio basados en teorías poscríticas, de influencias nietzscheanas, carácter posestructuralista, multicultural, entre otros. Tomando estas matrices de pensamiento, se cuestiona: “qué formas de hacer investigación son las que compartimos cuando asumimos perspectivas postestructuralistas de investigación ... en las áreas de educación y salud?” (p. 49). Las autoras destacan como las cuestiones metodológicas de estos ámbitos movilizan el pensamiento y exigen esfuerzos “de invención y resignificación” (p. 23). Por lo tanto, y entendiendo que tanto el objeto como los enfoques deseados son en este contexto descrito por los autores, se propone la presentación y el ejercicio de procedimientos que, en conjunto, conforman aportes metodológicos correspondientes al marco teórico elegido.

Lo que un método puede establecer son formas de hacer, ángulos, perspectivas con las que se va a investigar e interpretar y presentar retos de exposición, experimentación y “laboratorio” con el tema: proporciona las preguntas, las necesidades de conocimiento profundado. Al menos, con este texto, se quiere presentar un método dirigido a los objetos inscritos en el campo de la salud y la educación en salud, en el que caben posiciones entendidas como marginales, por ser la salud compuesta de elementos inestables, de límites imprecisos, que están siempre en juego. Estos objetos suelen acabar envueltos en una lógica clásica dualista, y se cree que este modelo analítico simplifica la complejidad y diversidad del campo. En este contexto, ensayamos el método de *timpanización*, propuesto a partir de la lectura del pensamiento de Derrida, ya que toma sus supuestos para luego inventar caminos, formas de interpelación, procedimientos gestuales que nos permitan decir las prácticas.

Según Peeters (2013), al mirar de frente a las estructuras filosóficas que “encierran el logos”, la razón, en una especie de clausura” (p. 228), Derrida se propone romper con el encierro y logra efectuar un movimiento

positivo de generación y la provocación de nuevas bases de pensamiento. La deconstrucción, según Niall Lucy (2004), no puede entenderse como un movimiento de oposición a lo que existe previamente, ni tampoco como una simple crítica, un discurso, una operación. Esto se debe a la dificultad de establecer la afirmación de que la deconstrucción *es* algo. No es posible conjugar el verbo ser, para decir sobre la deconstrucción, ya que su primera aportación se presenta, precisamente, como la negación de la autoridad de *es*, del verbo ser conjugado en presente de indicativo: “si las cosas son deconstruibles, ya lo eran como cosas” (p. 11). Se cuestiona, así, qué de las identidades endurecidas de conceptos y acciones en salud son deconstruibles y cómo podemos sentirlas. Se desea “lo mismo” en las acciones sanitarias y en la educación para la salud: se promueve la salud como alguien que trata un ente; se trata la enfermedad, considerando la esencia y la entidad del “ser enfermo”; se operan movimientos para curar, con la pretensión de lograr respuestas orgánicas completas y el retorno a un estadio de sanidad previamente experimentado; se busca la definición precisa de lo que se considera normal; se busca la fórmula para enseñar y aprender en salud, para formar bien al profesional, en el caso del alumno; para lograr la adherencia a la terapia propuesta o el control de los comportamientos de riesgo para la salud, en el caso de las personas atendidas. La propuesta *derridiana* provoca la comprensión de que la “cosa misma” –esencia– escapa del juego de los significantes, por lo que se queda aspirando a lo imposible, cuando se espera acceder a algo que se encuentra deconstruido.

También resulta imposible decir que la deconstrucción es la no-esencialidad, pues incluso esta negación sería ya un paso hacia su definición. Así, el pensamiento deconstructivo de Derrida parece acercarse a los acontecimientos, de eventos que no esperan ni deliberación ni conciencia (Lucy, 2004). Es la acción de tantear los escombros, y los escombros no están organizados. Según Santiago (1976), para realizar una lectura de la deconstrucción hay que asumir “la clausura de la metafísica occidental” (p. 17), situándola en el campo del pensamiento en un estado de agotamiento respecto a lo que hay que pensar y frente a como se requiere pensar. Sin embargo, para que sea posible “comenzar” la deconstrucción (Derrida, 2001, p. 123), debe haber una alimentación con las fuerzas que se encuentran en el discurso a deconstruir. El objeto de la deconstrucción –la búsqueda de la esencia de las cosas y el razonamiento dualista– sirve de sustrato, de escombros. Timpanizar la filosofía funciona como un gesto de deconstrucción.

El tímpano, en la historia de la verdad, es una tela tensada para la tipografía, que funciona como un “lienzo extendido, doblado, encajonado, que vigila sus márgenes como un espacio virgen y homogéneo ...” (Derrida, 1991, p. 29). Sin embargo, la historia de la verdad omite la aparición de un tímpano partido, con

fugas o injertos. Timpanizar implica romper con la voluntad de verdad –acceder al mundo platónico de las ideas (Moreira, 2007) –, implica situarse en los márgenes, desplazar el pensamiento y describirlo sobre nuevas bases: filosofar con un martillo.

El martillo, por un lado, aplica golpes en el tímpano, como el batir en un tambor - y no es por nada que la entrada “membrana timpánica” en el Dictionary of Health Education (Bedworth y Bedworth, 2009) trae el término “ear drum”, como drums: tambores. Por otro lado, el martillo es un órgano que amortigua las vibraciones y evita que el tímpano sufra los dolores de la violencia de las vibraciones sonoras. De carácter doble, los martillazos rasgan y amortiguan la membrana. La timpanización es recital de tambores. (Biato & Monteiro, 2016, p. 182).

En este sentido, al proceder a la timpanización, se establece un trabajo de observación e interpretación, tomado no en el desvelamiento, sino en la actuación y la representación, como percibimos con Nietzsche: “con los griegos nosotros podemos aprender lo que experimentamos en nosotros mismos”, sucede que “nos interpretan nuestras vivencias” (Nietzsche 2012, s/p). El extracto del fragmento póstumo de 1971 se sitúa en el primer período nietzscheano, que va de 1870 a 1876. La obra de Nietzsche, en ese momento, está influenciada por la filosofía de Schopenhauer y la obra de Wagner y, encantado con la tragedia griega, toma el coro helénico: “el arte lo salva, y a través del arte, la vida lo salva por sí misma” (Marton, 2013, s/p), y afirma las experiencias como propias del orden del cuerpo y de sus sensaciones. Parece, pues, posible acoger la interpretación, a partir de los énfasis encontrados en el primer período de la obra nietzscheana, como actuación, como performance, en una imagen del actor en escena.

Al tratarse del teatro, Nietzsche se refiere a la tragedia griega. Lo toma como la expresión, en la escena, de una forma de percibir y concebir la vida: la teatralización de la sensación de pérdida, el impacto de lo que siempre se escapa, como imagen del genio helénico. Así, comienza a destacar el desgaste del concepto de verdad, y a tratarlo como móvil, provisional e inestable. Desde la perspectiva de la tragedia, la vida está libre de fijaciones y ajena al sentimiento de la posesión: “en el devenir todo es hueco, engañoso, superficial” (Marton, 2013, s/p). Interpretan nuestras experiencias, según como actúan artísticamente, fabulando las formas de vida, como vectores libres sobre el terreno de tablado. La vida se aproxima a la ficción, y las prácticas biográficas se sitúan “junto a la fabulación” (Costa, 2010, p. 31), como ocupantes de un mismo territorio y, por lo tanto, expuestas al contagio mutuo. Vivir e inventar se deslizan en interpretaciones, de modo que resulta imposible distinguir los límites de una y otra acción.

Estamos sujetos a las nuestras fraudulentas sensaciones, y eso es lo que hay. Con el énfasis en cursiva, que indica un término utilizado de forma satírica, cuando con un significado diferente al comúnmente utilizado, Nietzsche afirma: “no ay senderos ni atajos hacia el *mundo real!*” (Nietzsche, 2004a, § 117, p. 234). Al no haber un camino hacia lo real, en un enfoque de la verdad como invención, uno se acerca a la noción de simulacro, tal y como la discute Jacques Derrida (2009a). En su lectura del *Ecce Homo* de Nietzsche, el filósofo francés destaca sus nombres plurales, las mascaras y seudónimos con los que firma sus escritos. Cada firma parece constituir una máscara; incluso si se eliminan varias mascararas en secuencia, lo que se encuentra es siempre el simulacro.

Derrida (2009a) parece desentenderse de la decisión hermenéutica y exegética del texto, cuando afirma que la interpretación en la lectura y la escritura es un gesto de “intervención performativa” (p. 76). En este sentido, las verdades son acontecimientos; y poco importa si esta interpretación-actuación es siempre una falsificación (Lébrun, 1983). En *Fragments del botín*, Nietzsche (2004b) afirma que toda acción necesita una interpretación, a la que el mismo ofrece nuevas palabras y nuevas formas de descifrar los enigmas.

Em lugar de intentar descifrar cada acción, cada palabra los interpretamos como quien reconoce el carácter fabulatorio de este gesto. Sin ignorar que se trata de una ficción, y con la imposibilidad de apaciguar el juego de fuerzas y multiplicidades que habitan el texto, los cuerpos y las situaciones, nos proponemos interpretar –en un juego performativo– con nuestras vivencias.

En un intento de tomar las practicas del cuidado y la educación para la salud a través de la timpanización, leemos una carta escrita por el teatrista francés Antonín Artaud, durante el período en que estuvo hospitalizado en manicomios (Mèredieu, 2011), porque entendemos que en esta carta hay rastros de experiencias de salud-enfermedad-cuidado.

Además de esta carta de Artaud, y en busca de interrelaciones con ella, echamos mano de extractos de textos de algunos del curso de Medicina, producidos durante una clase que trataba de la Ciencia y la influencia de sus concepciones –a veces dogmáticas– en el movimiento profesional de atender y educar en salud. Para construir estos datos, el proyecto de investigación respeto los procedimientos normativos y la aprobación del comité de Ética de la investigación.

La clase en la que los alumnos escribieron los textos seleccionados en este estudio tenía como objeto el debate sobre la Ciencia y la Verdad, con un enfoque en las Ciencias Médicas. Tomó, como referencias, textos de autores como Sigerist (2011), Porter (2008), así como consideraciones nietzscheanas sobre verdad y realidad

(2001). Además de la exposición dialogada, los alumnos discutieron en grupos un *fragmento de Azeredo* (2012) sobre la interpretación y observaron los cuadros *La lección de anatomía del Dr. Tulp* (Rembrandt, 1632) y *El espejo* (Picasso, 1932). En este contexto, el profesor pidió a los alumnos que escribieran, individualmente, un breve texto con sus principales impresiones sobre la lección del día. Se plantea la hipótesis de que el texto de Artaud permite una aproximación con la voz de un paciente, mientras que la escritura de los alumnos ofrece pistas sobre las características de la formación y la actuación en salud.

En el corte para este estudio, se seleccionaron una carta de Artaud y dos fragmentos de estudiantes y se utilizó el método de timpanización, tal y como se presenta a continuación: se describió cada procedimiento y, simultáneamente, se ensayaron sus modos de uso.

El método de timpanización y sus tres procedimientos

A Jean Paulhan

Rodez, 21 de outubro de 1945.

Mi querido amigo,

... Recuerdo que un día en París, en 1937, maldije tu conciencia porque el hombre que eres se negó a ayudarme en el plano de lo real absoluto en el que todos nos encontramos, el plano de lo retráctil fustigante del ser, que en su retracción toma algo con lo que hostigar un poco más el cuerpo, vertiendo sobre él la oscuridad de la cobardía ... (Artaud, 1986, p. 128).

Necesitamos, a lo largo de la historia, crear métodos rígidos y complejos de conducir experimentos científicos... Pero hay mucho más en el mundo, en la vida y en la muerte que el correcto y lo incorrecto, el bien y el mal (Estudiante A).

A menudo, en el ámbito médico, no nos detenemos a pensar en los factores que intervienen en el encuentro con el paciente... deberíamos ser más críticos a la hora de tratar una verdad... y respetar las verdades del paciente (Estudiante B).

Tantear escombros

Tantear escombros es un gesto de experimentación de sentidos y conceptos, desde las intersecciones de la deconstrucción y la ficción. Es, al romper con la búsqueda de verdades absolutas, asumir el simulacro y la transgresión en el movimiento de observar y tratar los acontecimientos, para inventarlos, recrearlos, experimentando otras perspectivas.

Al tomar la deconstrucción como “una herramienta conceptual”, y no como una “palabra maestra” (Peeters, 2013, p. 544), se entiende que hay un funcionamiento que permite que las nociones que permean las prácticas del cuidado y la educación para la salud se vuelvan otras, no que sean exactamente nuevas: los mismos términos, tomados en medio de un movimiento que ya los afecta. Es la deconstrucción de su carácter dualista –que nos permite entenderlos sin principio, sin verdad, sin esencia– lo que queremos tantear.

Lo que se espera de este “tanteo” es que se perciban los juegos de fuerzas, sin tratar de cerrarlos y resolverlos: que, de alguna manera, se subraye el enigma (Barthes, 2005) y no se desentrañe exactamente. El tanteo no es una búsqueda para descifrar verdades, sino una posibilidad analítica de consolidar un juego capaz de arrastrar las estructuras ontológicas de la metafísica. Buscando entre los restos de la escritura de Antonin Artaud, la carta enviada a Jean Paulhan fue elegida entre otras que provenían del interior de un manicomio en Rodez. Escrito con sangre. Artaud llevaba intensamente su locura y su arte como caras de una misma moneda. Si la tradición dualista encierra la locura como una entidad completa y compleja que habita en un cuerpo, el “tanteo” nos permite ver que la locura y el arte en su incompleto tejen el estilo artaudiano, sin precedentes absolutos –no todo loco es artista ni todo artista está loco– y sin generalizaciones.

En esta perspectiva, una clase de Ciencias Médicas puede permitir a los alumnos ser protagonistas en la crítica y autocrítica sobre los dogmas aprendidos y reproducidos. Lo que llama la atención en ambos ejemplos es que la salud y la enfermedad pueden percibirse como habitantes del mismo cuerpo, o mejor: el cuerpo, en sus procesos de devenir, crea sus estilos, incluyendo, simultáneamente, la salud y la enfermedad.

Artaud estuvo internado en varios asilos franceses, con ideas delirantes. Posiblemente, en su expediente clínico, psiquiátrico y psicológico, se leería “falta de ser y pensamiento separado de la vida” (Derrida, 2009a, p. 252).

Esta vida carecería de encaje en los estándares de normalidad. Sin embargo, precisamente sus condiciones clínicas y poéticas componen a Artaud, con su enorme capacidad de dejarse llevar, de no pensar linealmente, y provocan la creación de un teatro con una nueva característica.

La razón que llevaría a los críticos a abandonar el pensamiento de Artaud a los médicos y psicólogos es tomada por Derrida como fascinante. En este sentido, citando a Michel Foucault, afirma que “la aproximación que establecemos entre la evolución de la esquizofrenia y de la obra, nos lleva a conclusiones que en modo alguno pueden ser generalizadas” (Derrida, 2009a, p. 255). Por mucho que el clínico reconozca el probable genio del esquizofrénico e incluso lo busque como uno de los síntomas de la esquizofrenia, no se trata de eso. En Artaud, la complicidad entre la potencia de la creación y la locura parece ser única, ambigua, poética. Si lo entendemos, “no debemos esperar de ello una lección” (p. 256), ya que “lo que dice es una intensidad que no podríamos soportar”, como afirma Mallarmé (*apud* Derrida, 2009a, p. 253).

Así, el procedimiento de tanteo de escombros pone en evidencia el carácter dogmático y dualista de los diagnósticos y las terapias, que se basan en verdades absolutas: las características esperadas de un esquizofrénico y la conducta de aislamiento recomendada en su momento. Aquí, el tanteo llama a la reflexión sobre algunas prácticas de atención y educación en salud que permanecen dicotomizadas y firmadas en absolutos.

Tomando como ejemplo la Educación Permanente em Salud (EPS) –como política, pero también como sesgo pedagógico– se puede advertir esta necesaria ruptura (deconstrucción) con la lógica dualista que divide los aspectos teóricos y prácticos y endurece las respectivas verdades y funciones. A partir de los escombros rígidos de uno y otro, parece posible hacer algunas aproximaciones para entender la inseparabilidad de la teoría y la práctica, como un doble gesto. Al considerar la EPS como “una estética pedagógica para la experiencia de la problematización y la invención de problemas” (Ceccim, 2005, p. 175), se entiende que la experiencia en el territorio tiene el potencial de fomentar la creación inventiva de problemas y formas de abordarlos. Para ello, se propone reconocer los escombros –las huellas del razonamiento binario–, manipularlos, utilizarlos como sustrato de forma crítica, con la intención de nuevas formas de hacer, con flexibilidad y potencia de creación, como se presenta en el segundo gesto.

Diseminar sentidos

Difundir es un gesto que declara un lenguaje de huida de las familiaridades y las representaciones. Sin pretender encontrar los significados originales perdidos sobre la salud-enfermedad, la educación y la atención en los textos, los movimientos, las expresiones de la vida, se ejerce el gesto de diseminar sentidos, similar a una multiplicación en procesos acelerados de mitosis, pero sin fidelidad al contenido del ADN. Para Dominique de Villepin (Peeters, 2013), la lectura deconstructiva tiene un carácter creativo y liberador, como fuerza para deshacer sin destruir, y seguir adelante.

En el lenguaje metafísico, el término escrito se convierte en el signo (escrito) del signo (pronunciado), que remite al significado original. En este entorno, el texto establece sus marcas como surcos, con posibilidades de ser, a lo sumo, polisémico. Mientras la polisemia promueve la proliferación de niveles semánticos y el retorno a sí mismo, hacia la plenitud del término, la diseminación borra el camino de vuelta y la noción de la existencia de una matriz de pensamiento sobre el concepto en cuestión (Duque-Estrada, 2002).

La diseminación no se deja integrar en el campo simbólico, no se ajusta al concepto tradicional de signo como algo que se presenta en el lugar de otro, haciéndolo comprensible y representándolo. El simulacro es quizá la característica diferencial de la diseminación en relación con lo simbólico: se configura como un juego sin referencia a las verdades y ni siquiera a las mentiras.

Al abordar los textos, dichos y gestos producidos e implicados en las acciones de salud y educación en salud, se propone la diseminación: se opera un gesto de explosión de sentidos, multiplicando sus posibilidades. En la entrevista con Èvelyne Grossman y Derrida (2004) aborda su encantamiento con Antonin Artaud, cuando presenta la creación experimentada como hueco, como vacío. Dice que amó la literatura desde muy joven, pero que evitaba escribir porque arrastraba la sensación de vacío, como si le persiguiera una blancura. Antes de escribir, uno no tiene nada que decir, porque eso implicaría una jerarquía entre el autor, el texto y la escena. Nadie le dicta nada a Artaud, nadie le sopla lo que tiene que escribir: su texto es la creación vivida como la víspera del nacimiento.

Sin embargo, está claro que esta forma de texto incluye riesgos y responsabilidades que hay que asumir, y Derrida vincula la inquietud presente en las cartas de Artaud a Rivière con su pensamiento arriesgado y revolucionario dirigido, posteriormente, a la creación del teatro de la crueldad: los jeroglíficos de Artaud son movimientos corporales que no obedecen a un guion *a priori* (Derrida, 2004).

En la difusión de los sentidos de las cartas de Artaud, se plantean los planos de lo real retráctil experimentados por él: tejiendo caminos y deseando la vida misma en la escena, el dramaturgo francés propone un teatro que se presenta como crítico de las artes clásicas, en cuanto a su intensidad y originalidad. Al quejarse de sus tratamientos, de las sesiones de electroshock y de la forma en que se siente prisionero, sus palabras se encuentran con sus lectores, que poco “difunden” los significados de las conductas establecidas, atados que están a las redes del conocimiento científico vigente. Al hablar de este conocimiento, la alumna A, parece ser capaz de multiplicar sus sentidos, al darse cuenta de que hay mucho más que saber sobre las formas de vivir, enfermar y morir, superando las interpretaciones lineales.

Parece que el encuentro con el otro en los procesos de cuidado y educación tiene el potencial de crear prácticas únicas y efectivas, ya que el profesional de la salud/educador/profesor constata la fragilidad de los *guiones* definitorios de sus acciones y pierde el interés por la “voluntad de verdad” (Moreira, 2007). Mucho más que la búsqueda y el cumplimiento de absolutos, las exigencias de salud de la población requieren la capacidad de escuchar como quien multiplica infinitamente las posibilidades de sentidos y, en medio, permite la emergencia de nuevos comportamientos y opciones compartidas.

Crear cadenas suplementares

Un suplemento se configura como “una adición, un significante disponible que se añade” y proporciona un exceso (Santiago, 1976, p. 88). No complementa, porque no falta. Con Derrida (2005), observamos que, al igual que la luz nocturna suplementa a la luz diurna, la escritura suplementa al habla, sin mediación, sin rodeos, sin caminos ocultos (por descubrir).

Las paradojas de la *suplementaridad* se perciben en el texto, como texturas, juegos y nervaduras gráficas de la vida. En la transposición de esta lógica a las prácticas de cuidado y educación, se nota que la salud tiene un camino en el que se incluye la enfermedad, que solicita atención, terapia; las acciones colectivas a veces involucran a grandes grupos, sin que, sin embargo, se pueda masificar la atención que se quiere singularizar.

Como terapeuta, el profesional de la salud utiliza los recursos de la intervención clínica, esto refiriéndose a la *kliné* (a la cabecera, es decir, inclinada/orientada al otro), según Ceccim (2006) y Cunha (2005); y actúa para acrecentar empeño de fuerzas en el sentido de la vida (que lleva la muerte) y la salud (que lleva la enfermedad). Pero no con neutralidad, ya que incluso la prescripción no es totalmente inocua. Estos opuestos en el concepto y la experiencia corporal de la salud no se anulan entre sí, sino que se suman, llevando trazas de cada uno, formando cadenas suplementares.

En un apartado sobre la Gran Salud, Nietzsche (2001) la presenta como un exceso de fuerzas plásticas, que se reordena en sus triunfos y no se lamenta ni evita el dolor: “Abundancia y potencia desbordantes” (§ 382, p. 287). Por la lógica del suplemento, la salud se desborda, ya que se sitúa en la misma cadena de significaciones que la enfermedad. Son opuestos que se yuxtaponen, coexisten y se suplementan. No generan terceras legislaturas, ni siquiera promueven el consenso. Tomando a Artaud por sus excesos, por su fuerza vital, su plenitud, proponemos, a partir de lecturas de él y sobre él, em articulación con fragmentos producidos por los alumnos, un gesto de creación de una cadena de suplementos.

En el número 29 de la calle Barthélemy, Artaud se matricula en el internado Sacré-Coer en la ciudad de Marsella; en 1937 ingresa por primera vez en una institución psiquiátrica, en una secuencia de cambios de ciudades e instituciones durante nueve años. No le faltaban elogios en cuanto a su inteligencia, patrocinados por los sacerdotes de la escuela. Dos instancias asilares, que no se complementan, sino que se encadenan. Viviendas-modelarias que se mezclan en juego suplementario de una sobre otra. Ciencia que se quiere productora de vida, pero que la encierra en confinamientos.

Los surrealistas, como los científicos, necesitaban estar cerca de sus laboratorios, oficinas. Los cafés y cervecerías complementaban esos espacios, por donde Artaud andaba con un turbante negro, con extremos largos que barreaban el suelo de Montmartre. Turbantes de la bohemia parisina son suplementados por las camisas de fuerza en Rodez. Nervaduras en los cuartos colectivos de los asilos. Habitaciones-oficina desde donde intentaba controlar sus escritos, publicaciones, distribuciones - en definitiva, su arte - a través de cartas. Juego de destinos errantes, el de las correspondencias y el de Artaud.

Las noches enteras en La Coupole con Blin y la deliciosa fiesta familiar en Marsella a finales de 1920. Bares y parientes. Falsa contradicción, pues ambos acogen por la vida entera; la droga ilícita escondida, llevada por un amigo, pues era imposible vivir si no estuviera poseído. La droga legal que le hace decir que murió en 1939. La muerte-vida de Artaud en el manicomio y las suplementarias muertes de los que se presentaron para la guerra declarada el 3 de septiembre de ese mismo año. Instancia de suplemento de experiencias en el mismo cuerpo: el cuerpo del estudiante de Medicina, presionado y aplanado por saberes absolutos, los cuerpos que él toca y que extrapolan inmensamente todo lo que fue asimilado mecánicamente. El cuerpo de Artaud, que “se asomaba a la ventana de un vagón y, diciendo adiós a sus padres, reunidos en la estación, se quitaba los zapatos y los golpeaba uno contra el otro, sacudiendo los últimos vestigios de la tierra natal” (Mèredieu, 2011, p. 127). El teatro de la crueldad como el que libera descargas eléctricas del cuerpo, que se deshace de los órganos. Inutilidad. Electrodo de los aparatos de electrochoque: vértigo y peso muerto.

Cartas ahora y zapatos antes; el reloj de arena que gira; el polvo que queda. El recorrido del tren que llevaba a Artaud de Marsella a París. Alegría y dolor. Adición y no contradicción. Dr. Ferdière de bata blanca: sentados los dos con las piernas cruzadas en el jardín, esperando la salida de Artaud de Rodez, una vez más con destino a París. Delgado y serio. Los cuadernos del retorno a París: dibujos, filamentos, hilos. Conductos nerviosos, rizomas. André Breton, Jean Paulhan, Dr. Ferdière. El teatro Sara Bernhardt. Manuscritos de Simone de Beauvoir. Convivencia y aislamiento en el juego de locura y genialidad, de rigor técnico y creatividad.

Artaud parece mirar a Van Gogh y su entierro en los trigales, a partir de una cadena de eslabones indiscernibles: al suicidio de Van Gogh se superponen sus propias relaciones con médicos jefes de los asilos

de alienados. Al agua en movimiento en las pinceladas y a la mística delirante del pintor, Artaud establece pliegues en gestos y gruñidos en el tablado, suplemento de su infancia burguesa en los jardines de la terraza del Boulevard de Longchamp número 104.

El breve texto presentado anteriormente, como una cadena de suplementos, apunta a una reflexión sobre los encuentros en las prácticas de salud y a la multiplicidad de conexiones y significados que pueden atribuirse a lo que tanto la Ciencia como el cuerpo --del paciente, de los grupos, de los alumnos-- expresan. Las experiencias del asistido y de los colectivos llegan a los profesionales de la salud y éstos las traducen, a su manera, para intentar sistematizar y atender la demanda; el propio profesional elabora conexiones de lo que accede a través de sus oídos, con conceptos científicos, sus experiencias, contextos sociales y culturales y lo que entiende que es necesario para el trabajo y para el otro.

Hay una riqueza cuando se asume la imposibilidad del asistido de acceder al significado original de lo que prescribe el médico; del sanitario de entender exactamente el dolor del otro y la mirada crítica al hecho de que los profesores y estudiantes de salud se basan siempre en dogmas científicos. La anterior cadena de suplementos, incluida en el ejercicio de timpanización, tiene la pretensión de provocar los procesos artísticos, inventivos, creativos, que nos proporcionan los encuentros, desde el reconocimiento de que allí hay espacios para la creación. Al tratar el tema de la didáctica y los procesos de traducción del conocimiento por parte del profesor, Corazza (2014) señala la belleza de los procesos educativos que producen “*vita nuova aos originais*” (p. 61), desajustes en relación con las imposiciones de lo establecido, permitiendo invenciones.

Aunque las declaraciones –tanto las de Artaud como las del profesor y el alumno– están llenas de significaciones, siempre existe la posibilidad de difundir y añadirles significados. Así, las dinámicas de salud permiten que los participantes (usuarios, colectivos, profesores, estudiantes y profesionales de la salud) desempeñen, todos, un papel relevante en la producción de nuevos conocimientos, en la creación de suplementos, en la invención de nuevos vínculos teóricos y prácticos, como un arte de hacer.

Consideraciones finales

Los temas que circulan en el campo de la Salud y la Educación para la Salud, cuando aparecen en informes y escritos de pacientes y estudiantes, se problematizan de manera diferente a lo que se ve en las historias clínicas, en las entrevistas y en los libros clínicos y curriculares. Así, parecen decir de lo que normalmente no se pregunta,

no se indaga. El método de timpanización –como nombre dado al conjunto de procedimientos adoptados– parece mostrar lo que no se suele preguntar o notar, precisamente porque despierta los sentidos y provoca una reflexión desplegada del lugar común, de las ideas-hechas, de los clichés (Corazza & Aquino, 2011).

La discusión de estos temas, a partir de la timpanidad derrideana, fue dirigida por la creación de un método en tres gestos inseparables –tantear escombros, diseminar sentidos y crear cadenas suplementarias– como un camino que favorece el movimiento de percepción de lo insólito, de aproximación con lo vivido, y apunta a lo que el cuerpo señala, más que a lo que los protocolos recomiendan.

El tantear escombros parece despertar ojos, oídos y manos a la percepción de aspectos endurecidos de nuestro hacer en salud, ya repetidos automáticamente y que ya no tienen ningún efecto sobre la salud de las personas atendidas; además, en los procesos educativos –ya sea con alumnos, pacientes o grupos– tantear los escombros de la metafísica hace que salten a la vista los guiones previamente establecidos y sólo reproducidos, y la lista de ciertos conocimientos que insistimos deben ser aprendidos, aun cuando “hay mucho más en el mundo, en la vida y en la muerte”, como se ve en el escrito del alumno.

La diseminación de sentidos es un procedimiento de libertad en relación a esos guiones, al script, a significados datos y limitados. Diseminar potencializa los procesos de comunicación paciente-profesional, profesor-estudiante, profesionales entre sí, ya que abre al infinito las posibilidades de atribuir sentidos a las mismas cosas. En el encuentro con los pacientes, la comprensión de los procesos de vivir, enfermar y morir fuera de la perspectiva dualista y con apertura a la creación de nuevos sentidos permite el abordaje en relación a la riqueza y singularidades de sus experiencias, así como sus posibilidades de adhesión a los tratamientos y practicas propuestas, no en su sumisión a recomendaciones imperativas, sino en un movimiento de coparticipación en la artesanía de su propia vida.

En ese sentido artistador, la creación de cadenas de suplementos indica que es posible elegir posiciones a ocupar ante el gran reto de encontrar formas de favorecer procesos de creación en salud. Frente a las opciones basadas en el dualismo de trabajar para normalizar los estilos de vida, constituyendo rebaños obedientes y culpables de su propia condición, generalizando formas de estar sano; o desarrollar un trabajo medicalizador y jerárquico, reforzando la dependencia de uno mismo y del servicio sanitario, es necesario crear nuevos eslabones en esta cadena de formas de formar y actuar en salud. Añadir elementos y abrir espacios parece ser relevante en este contexto: optar por dar primacía a la singularidad de cada persona atendida, para potenciar la creación de vida y entender que la salud se presenta precisamente en la creación de uno mismo.

En cuanto a la formación en salud, cuando se entiende que el Sistema Único de Salud necesita profesionales capaces de crear prácticas de salud que enfrenten los marcos normativos del campo teórico-práctico, se hace necesario invertir en otra lógica de formación. Si un trabajador sanitario no debe actuar en el sentido de formar rebaños de pacientes, es necesario que su viaje formativo ocurra fuera del cautiverio. La clase en la que se produjeron los textos parece haber buscado esta forma de enseñar y aprender, con apertura a la sensibilización y participación de los alumnos en la producción de nuevos conceptos.

El método de timpanización se presenta como una forma de pensar que impulsa la desnaturalización de estas formas de ver y hacer aquí problematizadas, desde la dislocación de los oídos hasta la escucha crítica de los tonos dualistas que recorren las prácticas sanitarias y la educación para la salud. La aproximación con algunos tópicos del pensamiento de Jacques Derrida, en enfoques inusuales en las discusiones sobre las prácticas de salud, puede servir de provocación al pensamiento y al surgimiento de otras investigaciones con este referencial. Se nota un potencial de ampliación de la problemática de las prácticas y de las experiencias en salud: de producción de conocimiento, de pensar, formar e investigar en la salud.

Referencias

- Artaud, A. (1986). **Cartas desde Rodez, II**. Trad. Ramón Font. Madrid: Fundamentos.
- Azeredo, V. D.; & Silva Júnior, I. (2012). **Nietzsche e a interpretação**. São Paulo: Humanitas; Curitiba: CRV.
- Barthes, R. (2005). **A preparação do romance I**: da vida à obra. Notas do curso no Collège de France 1978-1979. Trad. Leyla Perrone-Moysés. São Paulo: Martins Fontes.
- Biato, E. C. L., Ceccim, R. B., & Monteiro, S. B. (2017). Processos de criação na atenção e na educação em saúde. Um exercício de “timpanização”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], 27(03), 621-640. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300013>.
- Bedworth, D., & Bedworth, A. (2009). **Dictionary of health education**. New York: Oxford University Press.
- Biato, E. C. L., & Monteiro, S. B. (2016). Timpanização de Escrileituras. Vias marginais para os objetos duplos. In: Corazza, S., Adó, M., & Olini, P. **Caderno de notas 9**: Panorama de pesquisa em Escrileituras: Observatório da Educação. Porto Alegre: UFRGS: Doisa, 2016, p. 178-189.
- Onocko-Campos, R. O., & Campos, G. W. (2006). A co-construção da autonomia. In: Campos, G.W. et. al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 669-688.
- Caputo, J. (2002). Por amor às coisas mesmas: o hiper-realismo de Derrida. In: Duque-Estrada, P.C. **Às margens**: a propósito de Derrida. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 29-48.

- Ceccim, R. B. (2005). Réplica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, 9(16), 161-177.
- Ceccim, R. B. (2006). Equipe de saúde: perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; São Paulo: Abrasco, 259-78.
- Corazza, S. M., & Aquino, J. G. (2011). *Dicionário das ideias feitas em educação*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Corazza, S. M. (2014). Didática da tradução. In: Schuler, B., Matos, S. R., & Corazza, S. M. **Caderno de notas 6: experimentações de escrita, leitura e imagem na escola**. Porto Alegre: UFRGS: Doisa, 47-64.
- Costa, L. B. (2010). **Biografema como estratégia biográfica**: escrever uma vida com Nietzsche, Deleuze, Barthes e Henry Miller. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre, RS, 2010.
- Cunha, G. T. (2005). **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec.
- Derrida, J. (1991). **Margens da filosofia**. Trad. Joaquim Torres Costa e António M. Magalhães. Campinas-SP: Papirus.
- Derrida, J. (2004). As vozes de Artaud. Entrevista com Èvelyne Grossman. **Magazine littéraire**, n. 434. (Edición digital de Derrida em Castellano).
- Derrida, J. (2001). **Posições**. Trad. Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica.
- Derrida, J. (2005). **A farmácia de Platão**. Trad. Rogério da Costa. São Paulo: Iluminuras.
- Derrida, J. (2009a). **A escritura e a diferença**. Trad. Maria Beatriz Marques Nizza da Silva, Pedro Leite Lopes e Pérola de Carvalho. 4. ed. São Paulo: Perspectiva. (Estudos 271, dirigida por J. Guinsburg).
- Derrida, J. (2009b). **Otobiografias**. La enseñanza de Nietzsche y la política del nombre propio. Buenos Aires: Amorrortu.
- Duque-Estrada, P. C. (2002). Derrida e a escritura. In: Duque-Estrada, P.C. **Às margens: a propósito de Derrida**. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 9-28.
- Lébrun, G. (1983). Para que ler Nietzsche, hoje? In: Lébrun, G. **Passeios ao léu**. São Paulo: Brasiliense, 32-40.
- Lucy, N. (2013). **A Derrida dictionary**. Hoboken, New Jersey: Blackwell publishing, 2004. Marton, S. *Nietzsche*. eBook. ISBN: 9788516076672.
- Mèredieu, F. (2011). **Eis Antonin Artaud**. Trad. Isa Kopelman e equipe Perspectiva. São Paulo: Perspectiva.
- Meyer, D. E., & Paraíso, M. A. (2012). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições.
- Monteiro, S. B., & Biato, E. C. L. (2008). Uma avaliação crítica acerca de método e suas noções. **Revista de educação pública**, 17(34), 255-271.
- Monteiro, S. B., Biato, E. C. L., Moraes, M. A., & Silva Jr. A. J. (2012). Possibilidades investigativas em educação e saúde. In: Silva, M. das G.; Pereira, W. R. **Educação e saúde: confluências de conhecimentos e vivências**. Cuiabá: EdUFMT, 297-315.
- Moreira, A. B. (2007). Nietzsche e o cinismo grego: elementos para a crítica à “vontade de verdade”. **Cadernos Nietzsche**.

São Paulo, 22.

Nietzsche, F. W. (2001). **A gaia ciência**. Trad., notas e posfácio de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.

Nietzsche, F. W. (2004a) **Aurora**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.

Nietzsche, F. W. (2004b) **Fragmentos do espólio**. Julho de 1882 a inverno de 1883/1884. Brasília: EditoraUnB.

Nietzsche, F. W. (2006). **Crepúsculo dos ídolos**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.

Nietzsche, F. W. (2012). **Fragmentos póstumos**. Recuperado de www.nietzschesource.org

Peeters, B. (2013). **Derrida**. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Porter, R. (2008). **História da Medicina**. Rio de Janeiro: Revinter.

Santiago, S. (1976). **Glossário de Derrida**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora.

Sigerist, H. E. (2011). **Civilização e doença**. São Paulo: Hucitec; Sobravime; Campinas:SindiMed.

Agradecimientos

À Fapemat, por la financiación del proyecto de investigación del que son fruto algunos datos aquí presentados. Y al Observatorio de la Educación CAPES/INEP, por financiar parte de este estudio.

“Un sentido muy cercano al que propone la educación permanente en salud”!: El devenir de la educación y la escucha pedagógica de la salud²⁴

Ricardo Burg Ceccim

Un texto: “O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito [El “trabajador moral” en el campo de la salud: reflexiones sobre un concepto]”; un autor: Luiz Carlos de Oliveira Cecílio; un vehículo de divulgación científica: Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação; una sesión: debate. Pues bien, busco algunas palabras clave que me sean “muy cercanas” y encuentro: salud, trabajo en salud, trabajadores de salud, educación en salud, educación permanente en salud, interfaz, comunicación-salud-educación... He escrito y pensado sobre esta correlación: trabajo-salud-educación.

Cecílio nos hace ver que, en nociones como recursos humanos para la salud, se desborda algo más que no proviene de la teoría administrativa, ya que se detectó el “factor humano” en las organizaciones. Comenta que con los “actores en acción”, se trataría, entonces, de crear y hacer funcionar nuevas categorías y conceptos que tengan sentido a partir de sus prácticas, a partir de sus prácticas, “en un sentido muy cercano a lo que propone la educación permanente en salud”, recordando a los teóricos de esta referencia conceptual y un texto mío en Interfaz (Ceccim, 2005). Lo interesante es que Cecílio tira como hilos de análisis una teoría del trabajo, especialmente en lo que respecta al proceso de conducción del trabajo. Aporta la noción de una teoría de la acción y pone en jaque el proyecto fayolista (Henri Fayol) de mando organizativo. Si Frederick Taylor presentó los principios de la gestión científica, Henri Fayol añadió la racionalidad gerencial hegemónica. En las teorías relacionadas con el factor humano en las organizaciones (los *recursos humanos* en la teoría de la Administración), vemos correr las formulaciones de un *homo economicus*, un *homo socialis*, un hombre administrativo, un hombre funcional y, finalmente, un hombre complejo (La reseña es de Rosa, 2003), pero Cecílio nos pregunta sobre la posibilidad, en particular, de un antifayol en la conducción del trabajo en la salud.

24 Publicado originalmente en portugués en la revista Interface - Comunic, Saúde, Educ (v.11, n.22, p.345-63, mai/ago 2007). Fue publicado en la editoria de debates de la revista, a partir del texto de Luiz Cecílio (2007). La traducción aquí fue decidida por las contribuciones teóricas y metodológicas al análisis del trabajo en la salud.

Esto ocurre porque es de Fayol la obsesión por el mando y la heterodeterminación de los trabajadores, se puede asumir una regencia fayolista en las formas de ser profesional donde la autonomía como autocreación/ autopoiesis, la libertad de crear o la capacidad de interactuar con uno mismo esta descalificada bajo la imagen de una autonomía regulada desde el exterior, desde los imaginarios profesionales, desde las representaciones del poder y de las jerarquías o burocracias. Esta *imagen de autonomía*, no la autonomía, es un mecanismo de captación, normatización y estandarización. No la apertura de formas de ser, estar, sentir o conocer, sino la subordinación a las formas dadas y al control de la realidad por parte de las racionalidades hegemónicas. El poder de la legitimidad en las relaciones y procesos de trabajo, someterse a las regulaciones legales y normativas dadas desde el exterior (desde antes, desde siempre y para siempre) aparecen como autonomía en las organizaciones comandadas y no la apertura a lo demandado aquí y ahora que exigen las acciones reales del trabajo (*actual* en el sentido foucaultiano de la perfusión de **lo real** –lo vigente– por la potencia de nuevas realidades –lo virtual–).

Gastão Campos había propuesto el anti-Taylor, en 1998, en Cuadernos de Salud Pública, sugiriendo la invención del método de gestión colegiada centrado en equipos de salud. El autor citó la producción de Cecílio en 1994, que ya estudiaba la conducción de procesos del trabajo en salud (Cecílio, 2006) y el desafío era el de una gestión que produzca libertad y compromiso (Campos, 1998). En la teoría de la gestión científica, Taylor y Fayol representan un pensamiento inaugural, pero podemos añadir a Mayo y Weber a la tradición de la teoría administrativa.

Con Elton Mayo surge la teoría de las relaciones humanas (surge la “persona”, un entender que los trabajadores construyen relaciones y que estas relaciones van más allá de la simple distribución de funciones en la producción de trabajo). Max Weber estructuró la organización como un modelo (burocrático) y estableció así una noción de actividades medias y actividades finales que situaba al hombre (*recursos humanos* o *personas*) como adecuación a los propósitos (objetivos) de la empresa en curso. Los recursos humanos o las personas serían, entonces, recursos o insumos que proporcionarían condiciones para que se alcanzasen los objetivos finales de una organización.

Cecílio nos recuerda que la expresión gestión de personas está impregnada del concepto gerencialista hegemónico, se habla de la gestión de las personas de la misma manera que de los insumos, manejo de estrategias, etc. La terminología inicial, la de los recursos humanos, colocó los recursos humanos entre los recursos administrativos, como los recursos materiales y recursos financieros. Taylor consideraba el trabajo

como una ingeniería de producción, Fayol lo propuso como un proceso organizativo. Para el primero, el hombre es un factor de producción y para lo segunda, el componente social en las organizaciones. Con Mayo, este componente adquiere el estatus psíquico y surgen personas, cuyo proceso de gestión puede mejorar la producción y la adherencia al trabajo comandado en la organización. Con Weber esta gestión se entiende y se ubica en el segmento medio para lograr los fines.

Sin embargo, cuando Cecílio dice que en las relaciones de cuidado en salud algo se desborda, afirma que no es posible la subordinación de las personas a través del proceso de trabajo, incluso si se ven obligados o bajo la disputa de capturar su subjetivación, pero más que esto, es que no será posible fomentar la autonomía de quienes no se producen a sí mismos y a su entorno en ella o a través de ella. Surge, entonces, otro compañero de pensamiento, Emerson Merhy, que en 1997 propuso el concepto de micropolítica del trabajo vivo en salud, en *AgirActuar en el ámbito de la salud: un reto para el público*, que sugiere la existencia de un problema institucional y territorial de las tecnologías suaves (Merhy, 2007). El autor también se refirió a Cecílio en la construcción de sus reflexiones.

El desbordamiento está en la emergencia de un espacio de acoplamiento profesional-usuario, resultado del encuentro en el que se escuchan los síntomas, el escrutinio de las posibilidades terapéuticas, la conexión con el otro para detectar sus sentidos y ofrecer refugio, tratamiento y orientaciones que toquen el propio vivir. Yo mismo, también en 1997, en *Exclusión de la alteridad: de un comunicado de prensa sobre la deficiencia mental*, retomé el tema del otro, denunciando la exclusión de alteridad en las relaciones de cuidado (Ceccim, 2006). Sin las conexiones de la alteridad la autonomía es la inmovilidad (parálisis de la autonomía). Lo que Cecílio “señalará” a su vez es que el trabajador que se excluye de lo que ahora llamaré el acoplamiento de la alteridad no contribuye “al fortalecimiento de la autonomía de la persona a la que cuida”, lo que esto equivaldría a decir que no ejerce un cuidado efectivo, ya que esto infundiría la autocreación, la capacidad de interactuar con uno mismo, conocerse mejor y producirse a sí mismo.

Por otro lado, una construcción del yo profesional, “cultivado y madurado”, como dice Cecílio, también está en el orden del encuentro establecido con sus usuarios. Ana Pitta, ya en 1990, recordaba que la mayor protección psíquica de los trabajadores en hospital (*Vivir con dolor y la muerte como profesión*) estaba en la mayor conexión afectiva con los usuarios y no en el distanciamiento técnico. La autonomía es sólo y se ejerce en el acoplamiento con la autonomía del otro: encuentro de autonomías, que es la especificidad del trabajo en la salud y sólo comparable al trabajo en educación, especialmente en la enseñanza primaria (Pitta,

2003). Cecílio nos conduce entonces, a las formulaciones “actores en la acción laboral” y “práctica de gestión libertaria e innovadora”. Los actores en acción trabajan en una práctica de gestión liberadora e innovadora, que ya no es la gestión de recursos humanos o la gestión de personas cuando y si estamos comprometidos en el proceso de construcción del Sistema Único de Salud. “¿Es posible el antifayol?” –nos pregunta. “¿Habrá una séptima función directiva que se inventen?” – es la provocación del autor, pero también interviene: “¿Cómo enunciar este nuevo rol administrativo?”.

Pues bien, yo le respondería, primero con su propio texto, y luego con mis últimas formulaciones, que provienen de un lector que ama lo que escribieron Cecilio, Merhy y Campos en los términos en que Cecilio señalaba en su texto (“mi texto sólo existe debido a mi íntima y prolongada relación con Gastão Campos y Emerson Merhy”). En mi caso, lo reformularía así: mi texto existe por la lectura apasionada de la escritura en convivencia de Gastão Campos, Emerson Merhy y Luiz Cecílio (*Planificación sin normas, Inventar el cambio en salud, Actuar en salud*). La primera respuesta proyectada es: según Cecílio (2007), debe formularse una séptima función gerencial, olvidada por Fayol y que convierte la gestión organizativa en un proyecto anti-Fayol. Este séptimo es el “interrogar”²⁵.

Para el autor, el acto de interrogar es la vía posible para cualquier proyecto/proceso de gestión. “Cualquier intento de introducir cambios reales en la forma en que se lleva a cabo la gestión y se organiza la asistencia en salud” comienza con la “la capacidad de aprender a cuestionar el mundo del trabajo antes de proponer apriorísticamente, conceptos y/o formas muy prescriptivas de hacer gestión”. La segunda respuesta es: creo que la séptima función es la educación permanente en salud (una respuesta validada por el propio autor, como mencioné en el título de este debate), pero por ahí traigo el devenir de la educación (llevar a las aprendizajes, construir el conocimiento, compartir experiencias de problematización, organizar prácticas educativas, componer colectivos de aprendizaje/círculos culturales, produciendo desarrollo a través de desafíos socio-interaccionistas, para hacer emerger nuevos conocimientos y prácticas a través de la exploración problematizadora del saber y del hacer existentes, entre otros procesos propios de relaciones de enseñanza-aprendizaje) y la escucha pedagógica de la salud (cuestionamiento del proceso de trabajo sanitario proceso de trabajo en salud a través de preguntas educativas: ¿se comparten las problematizaciones? ¿Cómo se produce la composición de los colectivos de aprendizaje? ¿Cómo es que se produce el desarrollo y el aprendizaje?). El *devenir* de la educación está vivo en la noción de la educación *permanente* en salud (Ceccim, 2005); la escucha pedagógica en salud (Ceccim, 2007; Ceccim et al., 2007) establece una atención a la organización sanitaria

25 Las seis funciones administrativas de Fayol citados por Cecílio, son: administrar, predecir, organizar, comandar, coordinar y controlar.

(Procesos, servicios, sistemas), no tomarlo en su “qué es/cómo es” o “qué debería/como debería” ser/estar, sino a lo que requiere actualización, proceso de cambio, aparición de nuevos conocimientos y nuevas formas de hacer, construcción pedagógica.

Cecílio intensifica nuestra reflexión a través de la provocación “trabajador moral”, alertando para una comprensión no idealizada de la micropolítica y que no se puede no desear autonomía, porque entonces no habría el cuidado que quiere la autonomía de otra singularización de su salud (su andar de la vida). La idealización de la micropolítica ya es su conversión en un deber moral, anulando su condición de indicar componente (vibración de crear/inventar) en las instituciones y la simple adhesión a proyectos de gobierno (“por muy justos y puros que sean”, como señala) no es diferente la visión administrativa del *homo socialis*, gestionado como un hombre funcional, una visión gerencialista que subestima y rechaza el protagonismo y la fuerza instituyente (vibrátil).

El gestor sólo puede ser un activador, un disruptor, un agenciador, y para ello utiliza el poder de (la macropolítica representada por el proyecto de gobierno, el proyecto de gestión). Sabemos que mucho más que albergar proyectos gubernamentales y proyectos de gestión, los trabajadores aportan al trabajo otros antecedentes (deberes morales), especialmente las designaciones de sus corporaciones profesionales (no es casualidad que las mismas inviertan tanto en tecnologías del imaginario), posicionándose como *hombres de moral*, no como *hombres de ética*. Cecílio fue claro y, utilizando Nietzsche, presenta al trabajador moral como un hombre del deber, envuelto en una malla de deberes. Este es el trabajador moral, rehén de los valores, adherido a los gobiernos, ventrílocuo de los teóricos y los nombramientos de la teoría. Estos no son los buenos cuidadores de vidas que exigen actualidad, singularidad, novedad.

Lo que Cecílio quizás no intensifica en su texto tanto cuanto activa como desafío en la campo es la reflexión sobre el papel de la intervención organizativa en una situación de gobierno (en lugar de una lucha permanente contra Fayol que insiste en instalarse en gestores, no tolerando el autogobierno/autogestión), la asunción de la micropolítica en todas partes (aceptando que nada está garantizado, nada es desde siempre, ni para siempre, activando el autoanálisis y la autogestión –en una perspectiva libertaria e innovadora) y la tecnologías de captura de la producción de sentidos (la anulación de la autonomía para su subordinación a lo instituido como imagen de poder y éxito, anulación de la fuerza instituyente de los procesos libertarios e innovadores)–. Cecílio nos pone más provocaciones en el campo, lo cual es absolutamente deseable.

Referências

- Campos, G. W. S. (1988). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, 14(4), 863-70.
- Ceccim, R. B. (2007) “Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde”!: O devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação [online], 11(22), 358-361. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200015>.
- Ceccim, R. B. (2007b). 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.**, 33(1), 2007.
- Ceccim, R. B. Exclusão da alteridade: de uma nota de imprensa a uma nota sobre a deficiência mental. In: Skliar, C. (Org.). **Educação e exclusão**: abordagens sócio-antropológicas em educação especial. 5.ed. Porto Alegre: Mediação, 15-36.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** – Comunic., Saúde, Educ., 9(16), 161-8.
- Ceccim, R. B., Guimarães, A. R., Klafke, T. E., & Lenz, F.L. (2007). Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde: estudantes agindo o Sistema Único de Saúde. In: Pinheiro, R., Barros, M. E. B., & Mattos, R. A. (Orgs.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, sabres e práticas em debate. Rio de Janeiro: Cepesc.
- Cecílio, L. C. O. (2007). O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface** - Comunic., Saúde, Educ., 11(22). Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200012>.
- Cecílio, L.C.O. (2006). **Inventando a mudança na saúde**. 3.ed. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2007). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. 3.ed. São Paulo: Hucitec, p. 71-111.
- Pitta, A. (2003). Hospital: dor e morte como ofício. 5.ed. São Paulo: Hucitec.
- Rosa, I. L. I. O homem e o trabalho administrativo. **Cad. Pesqui. Admin.**, 10(4), 1-7.

Comunidades de aprendizaje y formación-intervención en salud: ideas y formas de hacer educación permanente en salud

Ricardo Burg Ceccim

Introducción

La intención de este texto es presentar dos ideas, la de “comunidades de aprendizaje” y la de “formación-intervención” como forma de dialogar con la propuesta denominada Community Lab²⁶, presente en la política sanitaria y social de la Región de Emilia-Romagna en Italia. Con la noción de comunidades de aprendizaje quiero referirme a grupos de compañeros que aprenden en colaboración, que construyen juntos sus objetivos de estudio y que se comportan en diálogo, no postrados frente a un profesor, sino como un grupo de acción. La noción de formación-intervención se refiere a la forma posible de movilizar los conocimientos y las prácticas en los contextos laborales. La puesta en común de los conocimientos y las prácticas dentro de los servicios o de la red de servicios crea una comunidad de aprendizaje en la que la formación se transforma en intervención, provocando cambios en el pensamiento y, en consecuencia, también en el trabajo. La formación, en este caso, funciona como un apoyo técnico-pedagógico a los grupos interesados en algún aprendizaje y puede presentarse como concepción de trabajo vivo en equipos de salud, cargando el aprendizaje en contexto y la educación como estrategia de gestión del cotidiano.

El presente texto, entonces, aborda las comunidades de aprendizaje como la construcción de colectivos locales de aprendizaje y la formación-intervención como la construcción de territorios vivos de discusión de la práctica, sobre cuya base las necesidades sociales, las exigencias de los equipos, los proyectos interdisciplinarios y los protocolos interprofesionales se plantean como retos de conocimiento, innovación y creación. Al hacerlo, sin embargo, interesa que el pensamiento se refiera a la Educación Permanente en Salud (EPS), eso es, que opere con una mirada a la política de desarrollo del trabajo en el sistema de salud, como una política que compone el Sistema de Salud (SUS en Brasil). Por ello, el texto comienza con un breve repaso a las cuestiones relacionadas con la EPS, para pasar después a los aspectos ya mencionados.

26 El Community Lab fue un dispositivo institucional para fomentar la participación social e institucional en el diseño, el seguimiento y la evaluación de proyectos de aplicación de políticas públicas en materia de salud y asistencia en el gobierno regional de Emilia Romagna, con sede en Bolonia (Italia). El contexto institucional de la iniciativa es objeto de publicaciones específicas. Aquí es más interesante poner en circulación ideas y propuestas operativas.

Educación permanente en salud

La Educación Permanente en Salud conlleva una definición pedagógica para el proceso educativo que pone el cotidiano del trabajo o de la formación en salud bajo análisis, que está permeado por las relaciones concretas que operan las realidades y que permite construir espacios colectivos de reflexión y evaluación del sentido de los actos producidos en la rutina diaria de hacer salud.

Cuatro principales investigadores brasileños se destacan como autores de base en los principios y características de la Educación Permanente en Salud: Ricardo Burg Ceccim, Alcindo Antônio Ferla, Emerson Elias Merhy y Laura Camargo Macruz Feuerwerker. Para estos autores, la EPS puede darse en cualquier espacio si de hecho se entiende su identificación y orientación como una práctica de reconocimiento de que todos saben algo o alguna cosa y que toda la formación pasa por discutir el trabajo en equipo, problematizar las prácticas de atención y tratamiento, discutir los procesos de gestión y preguntarse por los procesos de participación.

La EPS es un concepto-herramienta, es decir, no es sólo un concepto que genera cognición; también genera la producción de realidades. Un punto clave es el hecho de que la EPS no tiene un profesor específico ni un lugar en el que se produzca, su especificidad radica en la identificación con el “trabajo diario” y en la orientación por “encuentros”. La EPS es la estrecha relación entre la formación y el desempeño en salud, siendo una opción pedagógica que se apoya en la enseñanza problematizadora y el aprendizaje significativo.

La EPS considera el mundo del trabajo como un entorno formativo, reconociendo el conocimiento tácito o de la experiencia, el conocimiento formal de la ciencia y las profesiones, el conocimiento del intercambio y el diálogo entre los conocimientos y las prácticas, escuchando la pluralidad de puntos de observación de la realidad. Al no caracterizar el trabajo y la enseñanza como oposiciones, toma los entornos de actuación y formación como interfaz, de modo que el sistema de salud deja de ser un lugar de pasantías y entrenamiento, para convertirse en un sistema-escuela, un espacio formal de producción de conocimiento e innovación, como cuando hablamos de un hospital universitario, es decir, un lugar de enseñanza, investigación, extensión e innovación, aunque sea un servicio. Por otro lado, la idea de un sistema-escuela toma toda la red en esta función, oponiéndose incluso a la noción de hospital como centro ordenador de la atención. El centro de ordenación de la atención debe ser la Atención Primaria.

En oposición a la noción de “capacitación”, la educación permanente en salud implica procesos formativos que trabajan problematizando la realidad, encuesta los saberes previos y los problemas que movilizan a los distintos actores, reconociendo las necesidades en contexto y considerando las redes integradas de atención.

Un concepto operador de la EPS es el “cuadrilátero de la formación sanitaria”: formación, atención, gestión y participación. El cuadrilátero de la formación es sencillo: análisis y acción simultáneos relacionados con la enseñanza, el cuidado, la gestión y la participación para que el trabajo en salud se convierta en un lugar de desempeño crítico, reflexivo, propositivo, comprometido y técnicamente competente.

En relación con la **formación**, deben considerarse las metodologías de evaluación de la enseñanza y el aprendizaje, así como las metodologías de integración entre las Escuelas Técnicas de Salud y el Sistema Único de Salud, entre los Cursos de Pregrado de Salud y el Sistema de Salud, entre la Educación Popular y el Sistema Único de Salud. En cuanto a las metodologías, superar tanto el formato conferencia, como la enseñanza cuyos factores de exposición sean el profesor y el libro-texto, reconociendo como factores de exposición aquellas modalidades que implican la relación entre pares, el contacto vivo con el mundo de las culturas y del trabajo y el fomento del trabajo en equipo.

En cuanto a la **atención**, hay que cuestionar los modelos médico-céntricos, hospital-céntricos y tributarios de una clínica que se agota en la estrategia queja-conducta para los modelos territoriales, en redes integradas, bajo “líneas de cuidado”, con una adecuada escucha de las necesidades sociales y con la formulación de planes terapéuticos singulares. La clínica debe estar atravesada por prácticas interprofesionales, de promoción de la salud y no sólo de tratamiento de la enfermedad. La calificación de la clínica debe pasar de la asistencia médica a la atención integral a la salud de las personas, las familias y los grupos *vulnerabilizados* o bajo situación de iniquidad.

En relación con la **gestión**, debemos tener claro que los servicios de salud forman parte de un sistema de atención y gestión, que quienes gobiernan la toma de decisiones también gobiernan procesos institucionales de inclusión y exclusión, de subordinación de las prácticas a vertientes de la ciencia y a paradigmas de atención que pueden ser adecuados o inadecuados. La gestión implica la asignación de recursos, los indicadores, el dimensionamiento del personal, los procesos de reconocimiento y desprecio, la introducción o el rechazo de novedades, el fomento o el retroceso en las innovaciones y la renovación de las prácticas.

En cuanto a la **participación**, es fundamental abrirse a los lenguajes, temas y pautas de lucha de la sociedad, especialmente en lo que se refiere al derecho a la diversidad, a los procesos inclusivos y a la justicia social, enfrentando las desigualdades y escuchando los territorios de vida y de lucha. La participación destaca el adjetivo “participativo” a la práctica clínica, a la enseñanza, a la gestión, a la evaluación, a la investigación y a la educación popular entre otras muchas acciones en la formación y desarrollo de los trabajadores. Hay

que prestar atención al lugar formal de los Consejos y las Conferencias como lugares, respectivamente, de negociación y pacto con poder de decisión (consejos) y de debate ampliado con un formato ascendente para la indicación da adopción de decisiones en el sector sanitario (conferencias).

Ceccim y Ferla (2008) dicen que, “a diferencia de las nociones programáticas de implementación de prácticas previamente seleccionadas en las que las informaciones quedan empaquetadas y despachadas por ‘sistemas de entrega rápida’ a las mentes racionalistas de los estudiantes, trabajadores y usuarios”, las acciones de educación permanente en salud desean los corazones palpitantes de los estudiantes, trabajadores y usuarios para construir un sistema productor de salud (un alcance), y no un sistema proveedor de cuidados (un estrechamiento). Aquí los ejes de la enseñanza adquieren especial relevancia, por los procesos de investigación e innovación que pueden implicar: al mismo tiempo una condición institucional (en cuanto se relaciona con una estructura en la institución) y una dimensión político-estratégica (al asumir la función de orientar las acciones en una institución o territorio).

Cuando la EPS orienta la enseñanza, especialmente en la formación de los trabajadores, debe presuponer un alumno con capacidad para ser protagonista de su proceso de formación, con un poder razonable para organizar el aprendizaje de forma autónoma. El aprendizaje no lo dirige el profesor. El profesor es responsable de organizar las ofertas de enseñanza, con el objetivo de formar profesionales de la salud pública que sean competentes para trabajar en equipo y continuar desarrollando sus habilidades y conocimientos en la red pública.

Algunos métodos de enseñanza se guían por el aprendizaje significativo y el papel de los estudiantes: la clase invertida, el aprendizaje basado en problemas, el aprendizaje en equipo, el aprendizaje basado en proyectos y el aprendizaje basado en casos, así como los círculos concéntricos:

- Clase invertida (Flipped classroom): los alumnos preparan los contenidos indicados por el profesor y la clase tiene lugar cuando se discuten los productos de investigación de los alumnos.
- Aprendizaje basado en problemas (Problem-Based Learning): los alumnos y los profesores preparan problemas de aprendizaje y todas las posibilidades de solución basadas en la información y los conocimientos son explotados.
- Aprendizaje basado en equipo (Team-Based Learning): al trabajar en grupos, en los que varios profesores trabajan de forma simultánea, los alumnos no necesitan tener instrucciones específicas, ya que aprenden sobre el trabajo colaborativo a medida que se desarrollan las sesiones, lo que

permite reflexionar sobre la práctica, lo que conlleva cambios en el razonamiento previo.

- Aprendizaje basado en proyectos (Project-Based Learning): los alumnos realizan tareas de análisis de situaciones y retos y deben diseñar una intervención, recopilando la información necesaria y experimentando para intervenir con planes y acciones razonadas.
- Aprendizaje basado en casos (Case-Based Learning): los casos son problemas basados en situaciones reales que permiten a los estudiantes experimentar las etapas de recopilación de información, análisis y toma de decisiones para la solución de problemas por las que pasa un profesional cuando se enfrenta a estas situaciones en su trabajo diario.
- Círculos concéntricos (world cafe): pequeños grupos de personas dispuestos en mesas redondas y con rotación de participantes en cada ronda, para que los alumnos formen nuevos significados al interactuar entre sí y con sus conocimientos.

En los modelos tradicionales de enseñanza, el aula es un lugar de transmisión de información, de transmisión de conocimientos y de resolución de ejemplos. El profesor es un conferenciante y el alumno es pasivo. En cuanto a los “deberes”, el modelo es de ejercicios, proyectos, tareas y resolución de problemas. En los modelos de enseñanza-aprendizaje activo el aula se organiza mediante actividades de simulación, actividades de proyectos, trabajos en grupo, debates. El profesor es un guía y el alumno es activo. En cuanto a los “deberes”, el modelo es de lecturas, vídeos, investigación y construcción de ejemplos.

En programas de Educación Permanente en Salud las demandas educativas, culturales y científicas articulan la enseñanza, la investigación, la gestión y la interacción con la sociedad, incluyendo organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, público interno y externo. La “extensión educativa” apoya la realización de programas en los que se demuestre y justifique la adhesión a las necesidades sanitarias, lo que puede involucrar:

- la educación popular en salud para los movimientos sociales y las interfaces con las áreas de educación, asistencia social, cultura, ocio y seguridad pública, entre otras;
- la formación de los consejeros de salud y el apoyo a los órganos de control popular de la salud;
- el atendimento de las demandas sociales con enfoque en determinados grupos de interés de salud y personas o grupos en situación de inequidad, incluyendo jornadas, manifestaciones o marchas en defensa de los derechos, procesos inclusivos, equidad y justicia social;

- operacionalización o apoyo en misiones científicas y pasantías de familiarización, ya sea ofreciendo oportunidades o recibiendo solicitudes, de manera continua o episódica, ya sea a través de convocatorias de propuestas, convocatorias externas o acuerdos de cooperación interinstitucional;
- programas culturales y exposiciones artísticas que favorezcan la comunicación en materia de salud;
- programas de visitas y experiencias en sistemas y servicios de salud;
- programas de formación, comunicación y educación popular a través de Internet (plataformas interactivas y en vivo);
- seminarios basados en la web (webinars) con fines educativos celebrados a través de Internet para grupos de personas y abiertos a la interacción, videoconferencias utilizadas con fines educativos y transmitidas en línea con cita previa, en directo o grabadas;
- World Café (World Cafe Method), un sistema de diálogos entre individuos, en una elaboración colectiva y colaborativa, en la que los participantes son divididos en grupos para hablar de un determinado tema previamente elegido y en forma de rondas en las que los grupos se fusionan en cada ronda, a la espera de la construcción de proyectos, conceptos y análisis.

El establecimiento de la carga de trabajo en los programas, proyectos y actividades de “extensión educativa” debe ser adecuado a las necesidades de cada plan de acción, no equivalente al concepto tradicional de cursos cortos, ya que los eventos, experiencias y misiones pueden implicar acciones episódicas de 4 a 8 horas, jornadas de 20 o 40 horas semanales, unos meses o un semestre, un año o más, siempre en función de la demostración y justificación de la adhesión a las prioridades estatales en materia de salud.

Las actividades de educación y comunicación populares pueden no ser dimensionables por carga de trabajo, sino por modelo de acción (una campaña publicitaria, la construcción de folletos educativos, un programa de radio popular o un programa de Internet, por ejemplo) y su audiencia puede no ser escalable por inscripción o registro, sino por número de vistas, manifestaciones interactivas en línea o fuera de línea y reacciones interactivas positivas o negativas.

La operatividad y el apoyo en las actividades de formulación y evaluación de las políticas de salud pública no pueden medirse por el número de participantes, que puede ir de unos pocos a innumerables, priorizados por el número de reuniones y/o eventos organizativos o participativos.

La “extensión educativa” es un importante estímulo para los programas y proyectos que implican fomentar nuevos medios y procesos de producción, innovación y transferencia de conocimientos, ampliando el acceso al conocimiento y el desarrollo tecnológico y social.

El equipaje de las comunidades de aprendizaje²⁷

La construcción de una comunidad de aprendizaje implica revisar quién tiene el papel de enseñar y quién el de aprender. La enseñanza ya no es el papel de las instituciones educativas, sino de los colectivos que se reúnen para aprender juntos. Si se reconoce que hay educación formal, no formal e informal, se aprende con todas estas formas y se aprende mejor si se utilizan todas ellas (Ceccim; Ferla, 2020). Este aprendizaje, por tanto, no es el de la transmisión de contenidos y la evaluación mediante exámenes o pruebas de fijación de contenidos. Las formas convencionales de conocimiento no son lo más importante, lo más importante es hacerse preguntas y poder hablar de esas preguntas. Sin embargo, las preguntas no surgen de la nada, llegan como una provocación al pensamiento, surgen cuando nos parecen extraños nuestros conocimientos previos, cuando nos parecen extrañas nuestras explicaciones anteriores. Por lo tanto, aprender no es lo mismo que inscribirse o matricularse en un curso, es estar en interfaz con los desafíos del conocimiento, desestabilizarse en las rutas cognitivas precedentes. Si el desarrollo cognitivo es un objetivo en cualquier comunidad de aprendizaje, también está en juego la ruptura con patrones anteriores a las formas de ser y estar de los servicios y profesionales.

El concepto de “comunidad” se asocia a la noción de proximidad física, el compartir intereses y objetivos, el intercambio de informaciones y opiniones, la colaboración y cooperación entre los participantes, pero –siendo de aprendizaje– implica el cambio de las intervenciones de ese grupo, la construcción de planes educativos, la recreación de la base local donde los participantes hacen redes de colaboración, la incomodidad intelectual con las explicaciones siempre tan científicas, tan justas y correctas (siempre que dentro de una ciencia, una verdad, un plan explicativo). La comunidad, en un contexto de aprendizaje, es una articulación de personas que trabajan juntas, compartiendo experiencias y valores para alcanzar nuevos niveles de conocimiento y actitudes, no un conocimiento superior o mejor, sino conocimientos-en-acción, la capacidad de mover realidades a la vez que mueve los propios corazones y mentes implicados en ello.

La noción de comunidad apunta a un proceso en el que el aprendizaje ya no es un proceso cognitivo individual/independiente, sino un proceso social/grupal. Los significados de la vida y las creencias de los

²⁷ Texto adaptado de versión originalmente publicada en Portugués (Ceccim, 2020).

individuos se sitúan en su participación en la comunidad, formando parte de lo que se va a cuestionar y de los aprendizajes que se van a producir. Los participantes aprenden a través de experiencias propias y de colaboración en el intercambio de conocimientos, que pueden adoptar la forma de intercambios interactivos y creativos que fomentan nuevos enfoques de los problemas y el propio proceso de subjetivación.

Las comunidades de aprendizaje constituirían un entorno intelectual, social, cultural y psicológico con capacidad para facilitar y mantener el aprendizaje. Estas comunidades invertirían los conceptos de los modelos tradicionales de enseñanza-aprendizaje, ya que los alumnos se autoorganizarían en colaboración, cuyo objetivo predominante es “el apoyo mutuo para el desarrollo eficaz de actividades de aprendizaje constructivas” (Afonso, 2001, p. 429). Para Afonso, la colaboración es la piedra angular de una comunidad de aprendizaje, “en la medida en que promueve la construcción social del conocimiento a través de la interacción”, interacción que resulta del surgimiento de una especie de colectivo indagador (Afonso, 2009, p. 70). La autora sugiere el surgimiento de una investigación colectiva, es un grupo con preguntas de conocimiento, no un investigador (que tiene las preguntas) y sus instrumentos de aplicación a la realidad (cuestionando, desde fuera, la realidad). Las comunidades son grupos socio-interactivos y su mayor desafío, en el caso del aprendizaje, es poder crear ambientes ricos y propicios para el desarrollo del yo y del conocimiento colectivo, en los que cada uno juega un papel fundamental en su aprendizaje y en la construcción de procesos favorables a la circulación de conocimientos y prácticas. Todos los agentes intervinientes dependen unos de otros para el éxito del aprendizaje, por lo que es necesaria la acogida y la alteridad que se fomenta y promueve en los grupos de colaboración.

En un contexto de autores sobre el aprendizaje en red (e-learning, en el ciberespacio, por ejemplo), Freitas (2010, p. 15) recorta que una comunidad de aprendizaje está formada por personas con objetivos comunes que pueden “debatir, crear redes y desarrollar un sentido de tolerancia y respeto por las opiniones y argumentos de los demás”. Las relaciones que se desarrollan en las comunidades de aprendizaje se convierten así en desencadenantes de la construcción del conocimiento, los miembros dependen unos de otros para lograr resultados en términos intelectuales y las dimensiones pragmáticas y afectivas van rediseñando la realidad. Hay que señalar el no romanticismo de los equipos o grupos de pares como constitutivos naturales de las comunidades, por lo que igualmente hay que señalar la exigencia objetiva del respeto a la opinión y a los argumentos del otro como norma de pertenencia al equipo o al grupo.

Algunos autores abogan por la nomenclatura de comunidades de “aprendizaje” para asegurar la distinción entre las comunidades de aprendizaje y las comunidades de práctica, según dos esfuerzos: el de la

noción de comunidad como proyecto ético de colaboración entre pares y la construcción avanzada de medirse con el otro, superando tanto la ingenuidad y el romanticismo presentes en el significado de comunidad, como la restricción al sentido del aprendizaje como proceso cognitivo, frente al sentido de la práctica social, implicando, tal concepción, aprender a ser comunidad, formarse en comunidad y aprender a hacer lo que se hace en comunidad (Brandão, 2005; Cousin, Freitas, & Galiuzzi, 2009).

Los programas que se encuentran en un entorno laboral y configuran grupos de formación en y a través del trabajo también representan un lugar y un momento adecuados para la configuración de comunidades de aprendizaje. El propio entorno de los servicios, en virtud de las relaciones de trabajo, puede ser una comunidad de aprendizaje. La formación en el territorio, donde todos están en situación de acción social, formando una comunidad de interacción, también se llama “formación situada” (aprendizaje entre pares y entre colegas en situación de intervención local), condición de lo que, en Brasil, en el caso de la salud, se ha llamado “Educación Permanente en Salud – EPS” (Ceccim, 2005a). En la formación situada, los facilitadores y otros actores sociales asumen funciones educativas. No es una relación profesor-alumno; los agentes educativos son agentes de pensamiento y agentes de cambio; el aprendizaje es en equipo y entre todos; la educación es curricular y extracurricular; la educación formal, no formal e informal se integran el proceso formativo sin exclusión ni negación; el enfoque intersectorial y territorial es decisivo y se inscribe en una noción global-local (Ceccim, 2005b).

De la formación a la intervención en salud

Las comunidades de aprendizaje son como un cambio de paradigma y de la forma de ver el aprendizaje, se pueden definir como un proyecto educativo compartido por un grupo de personas que establecen relaciones para compartir conocimientos y prácticas o un proceso de aprendizaje para educarse. Las comunidades de aprendizaje se crean y sobreviven gracias a las interacciones que sus miembros establecen entre sí, ya sean formales, no formales o informales. Para su supervivencia es fundamental la motivación de los miembros y su voluntad de compartir y cooperar entre sí mediante el respeto mutuo y el compromiso con esta relación. La motivación para que el grupo sea cada vez más fuerte proviene de la voluntad de las personas de compartir sus habilidades, curiosidades, conocimientos y competencias, estableciendo objetivos comunes y acogiendo la desnaturalización, la problematización y la invención.

Con la idea de comunidad de aprendizaje tenemos agrupaciones generadas de manera particular al registro de un territorio fronterizo demarcado por la inscripción a un tema o campo de conocimiento,

representando al grupo social adscrito a él por una relación de pertenencia. Con la noción de comunidades de aprendizaje, imaginamos formas de estar en grupo y de aprender propias de las agrupaciones que comparten una práctica social, que pueden ser equipos de trabajo como grupos de estudio o la articulación de movimientos sociales. Esta noción es familiar a la propuesta de las comunidades de práctica que, en general, se estructuran en torno a un objeto de conocimiento –o práctica– que es problematizado por los participantes comprometidos, y puede implicar cursos o rondas de conversación colaborativa.

Para introducir la propuesta de formación-intervención es necesario tener en cuenta la noción de grupo que se articula en torno a una producción final común y que construye relaciones de reciprocidad y colaboración para el mejor resultado de una situación-problema, que puede ser un problema de conocimiento, de acción o de pensamiento.

Sobre el aprendizaje, podríamos tener en cuenta las comprensiones sobre la cognición que la relacionan con el contexto social del aprendiz, con la producción de cambio en las concepciones previas y la activación de seguir aprendiendo, una comprensión de la construcción del conocimiento que convoca y posibilita procesos de problematización, implicando el deseo y el cambio de uno mismo y de los equipos. La noción de formación-intervención rompe con la idea de aprender primero para hacer después o con la noción de formar en la institución educativa para hacer en la institución laboral. La enseñanza como equivalente a transmitir o el currículo como equivalente a un territorio de conocimiento aplicado da paso a la problematización en acto, es cuando la enseñanza se propone mover realidades, el aprendizaje y la presencia activa en la realidad son objetivos en convergencia.

En los sistemas sanitarios universales, la formación y el perfeccionamiento permanente o la investigación no están agarradas al personal de cada empleador, sino a las necesidades sociales y a la construcción de respuestas locales. Hay que recordar que un sistema de salud nacional, público, gratuito, universal, descentralizado y con capacidad de atención integral y humanizada está aún en construcción y requiere de formación, perfeccionamiento permanente, investigación y desarrollo científico-tecnológico. Es una agenda engrandecida y calificada con el incentivo de si formaren comunidades de aprendizaje en los lugares de servicio y en la organización de los equipos directivos –y con el uso de la formación-intervención para ampliar el protagonismo y la autoría–.

Si hay necesidad de profesionales cualificados, no es posible que el sector sanitario actúe como en el sector empresarial e industrial en sistemas como *in company*, *learning organization* e *onboarding*, conceptos de la teoría de las “organizaciones que aprenden”, ya que se definen según el modelo de la educación corporativa

o de la universidad corporativa. La formación debe configurar la intervención componiendo interfaces en el entorno de trabajo con las necesidades y lenguajes de los usuarios, con la población local, con las redes intersectoriales presentes en los territorios de vida. También implica el debate político sobre los derechos de acceso a los bienes culturales y educativos de la humanidad.

En un texto anterior aporté la imagen de los “círculos en red”: metodología y tecnología para la interacción entre docencia y servicio, para la acción crítico-colaborativa de la docencia y la investigación con la activación de procesos en el trabajo diario y la aproximación del pensar del área de humanidades al hacer del área de salud (Ceccim, 2016). En esta referencia, también encontramos el indicio de la intervención social, es decir, la interferencia de la formación en los escenarios de la práctica, no porque los trabajadores estuvieran formados, sino porque “problematizaron” sus formas de ver y oír en los escenarios de trabajo, “problematizaron” sus formas de ser y estar en equipo, “problematizaron” su cultura y las múltiples culturas de sus usuarios. Una formación intervención se produce en el acto del trabajo y se orienta a los cambios en el entorno laboral, una formación-intervención utiliza el propio trabajo para construir el aprendizaje.

Un proceso de apoyo institucional a la red de servicios puede ser formación intervención, la presencia de estudiantes, profesores e investigadores en escenarios de trabajo puede ser formación-intervención. Cuando las rondas de conversación colaborativa ponen bajo análisis el modelo de atención implementado y el modelo de equipo con el que se opera, emerge una comunidad de aprendizaje y si la formación ofrecida presenta estrategias de apoyo para pensar de manera diferente, para componer nuevas redes y para diseñar realidades inclusivas de la diversidad de vidas para promover la salud, funciona como formación-intervención.

Comunidades de aprendizaje y formación-intervención en salud

Las instancias focales de un tema, una práctica, un escenario de acciones, una micro-red de asociaciones encuentra resonancia en Lave y Wenger (1991), autores que desarrollaron el concepto de “Comunidades de Práctica”, “Aprendizaje Situado” y “Participación Periférica Legítima”, en las que el aprendizaje social tiene lugar a través de la organización de grupos de interacción en torno a dominios de conocimiento y su uso colectivo. Para Marcolino, Lourenço y Reali (2017, p. 412), para que los profesionales comprendan “lo que está implícito en su proceso de trabajo (creencias, conocimientos y valores)”, necesitan involucrarse “en un proceso de reflexión sobre la acción –un proceso intencional, agarrado al hacer–”. Esta reflexión “exige una acción consecuente, cualitativamente diferente de una acción rutinaria”.

Según las autoras, las comunidades de práctica se constituyen a partir del involucramiento mutuo de personas interesadas en un proyecto común, por lo tanto, “la reflexión se convierte en un proceso de hacer-significar, que lleva al sujeto de una experiencia a otra, proporcionando una mayor comprensión de las relaciones que se establecen con otras experiencias e ideas”, lo que favorecería “tanto la redefinición de los significados de las acciones como la producción de nuevos conocimientos y la creación de condiciones para la continuidad del aprendizaje” (Marcolino, Lourenço, & Reali, 2017, p. 412). Para las autoras, este movimiento de conocer-en-acción “es dinámico y difícil de ser aprendido, debiendo ser comprendido como interpretaciones parciales que representan intentos de imponer cierta estabilidad a este proceso”. El intercambio de conocimientos, historias, informaciones y formas de hacer –en la interacción entre participantes potencializa la construcción de sentidos y nuevas formas de participación, además de nuevas formas de ser/hacer en salud en cada contexto–.

Una comunidad de aprendizaje es la configuración de un colectivo con el que es posible y sistemático desarrollar, negociar y compartir conocimientos. Una intervención-formación es una práctica de apoyo que no tiene un punto de llegada “pre-visto”, el punto de llegada es la construcción de los colectivos de compromiso, el punto de llegada no es un hacer regulado por quien planificó la intervención, sino lo que la formación ha puesto en marcha. Un producto de una intervención de formación puede ser una comunidad de aprendizaje.

Las preguntas que surgen de la realidad no son preguntas retóricas, sino que tienen la fuerza de la acción sobre esta realidad, contienen la fuerza del uso. No se trata necesariamente de buscar una respuesta, sino de problematizar la realidad y sus determinantes o condicionantes. Las comunidades de aprendizaje reúnen el sentido de compartir el conocimiento y el sentido del compromiso social al operar sobre la realidad. Los participantes en las comunidades de aprendizaje hacen preguntas y generan problemas de pensamiento, al igual que en el entorno de formación, por lo que la información que comparten debe convertirse en trabajo. Ipiranga, Menezes, Matos y Maia (2005) se refieren al aprendizaje como un acto de participación: perspectiva social, implicada en la interacción, en el intercambio de experiencias y en la construcción del conocimiento. Sostienen que el trabajo y la educación pueden producirse en interfaz y operar redes de conocimiento de la teoría y de la práctica.

Con las nociones de “comunidad de aprendizaje” y “formación-intervención” se enuncia un “conocimiento-en-acción”, un aprendizaje con lo que la teoría puede problematizar y con lo que la práctica puede mostrar del trabajo vivo e interactivo. Catela (2011) resume la noción de comunidades de aprendizaje en tres ejes: existencia de un espacio para compartir y construir conocimiento (puede ser o no un espacio físico); existencia de un proceso de aprendizaje basado en el apoyo mutuo entre sus miembros (caracterizado

por la colaboración, la interacción, la pertenencia a un grupo y el sentimiento de compartir conocimientos y experiencias); y el aprendizaje entendido como un proceso de construcción que se edifica a lo largo de un camino, fomentando la colaboración y la interacción entre todos los intervinientes.

Observaciones finales

Sin duda, el sector de la salud aporta singularidades en materia de educación e investigación que no tienen parangón en otras políticas públicas relacionadas con el orden social. Pensar en comunidades de aprendizaje y formación-intervención en el sector de la salud conlleva retos de innovación, propuestas innovadoras frente a otras políticas sociales y con las redes de servicios. Especialmente cuando se propone y gestiona a partir de la idea de la educación permanente en salud como estrategia de desarrollo laboral en los sistemas y servicios sanitarios. El contexto del ensayo presentado aquí es la política de desarrollo del trabajo del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño, pero la base epistémica y la capa operativa son posiblemente útiles para otros contextos.

La noción de comunidad de aprendizaje proporciona una referencia importante para la enseñanza y el aprendizaje en el servicio, la *investigación-acción* y la *investigación participante*. Una comunidad de aprendizaje si propone a la composición de colectivos, a lo aprendizaje social, a la experiencia de la interacción y a los intercambios horizontales entre pares para aprender cosas nuevas, desaprender cosas viejas y desarrollar nuevos procesos de conocimiento, nuevos procesos del yo y nuevos procesos de trabajo. Porque no constituye un aprendizaje arbitrario y literal, la formación-intervención es también creación original, es decir, experimentación, vivencia colectiva, experiencia de sí mismo, un colectivo de práctica.

La formación-intervención incluye la experiencia de la problematización y el planteamiento de problemas; el aprendizaje no está sujeto a los resultados de la adquisición de conocimiento, abre potencias de divergencia –saber más, seguir cuestionando, diferenciarse de uno mismo, engendrar nuevas realidades–. Con la propuesta de comunidades de aprendizaje y formación-intervención pretendemos haber habilitado las mutaciones del escenario y de las prácticas educativas en educación en la salud, valorando los entornos de trabajo como colectivos aprendientes en su capacidad de generar comunidades (nuevos comunes al introducir la diferencia y el diferir). Estimamos que políticas relacionadas a la formación y desarrollo de los trabajadores tomen esos sentidos en cumplimiento de la organización de un sistema de formación y perfeccionamiento del personal, en el que los servicios constituyen un campo de práctica para la enseñanza y la investigación.

Las nociones de comunidad de aprendizaje y de formación-intervención en favor de territorios vivos del pensamiento y de práctica dan lugar o activan al conocimiento-en-acción, tienen potencia para el desarrollo del trabajo en el sistema de salud y en los dispositivos de desarrollo del trabajo, de los trabajadores y de la red local intersectorial. La activación de las comunidades de aprendizaje y la formación-intervención implican cambios en las prácticas educativas y sanitarias, además de indicar mutaciones del escenario, introduciendo el contexto de aprendizaje como parte de la conducta viva de este sector.

Referências

- Afonso, A. P. V. P. (2009). **A gestão das comunidades de aprendizagem enquanto geradoras de contextos de aprendizagem: um estudo de caso.** Tese (Ciências da Educação) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2009.
- Afonso, A. P. V. P. (2001). Comunidades de aprendizagem: um modelo para a gestão da aprendizagem. In: Dias, Paulo; Freitas, Cândido Varela (ed.). **Proceedings of the II International Conference on Information and Communication Technologies in Education.** Braga: Universidade do Minho, 427-432.
- Brandão, C. R. (2005). Comunidades Aprendentes. In: Ferraro Júnior, Luiz Antônio. **Encontros e caminhos: formação de educadoras(es) ambientais e coletivos educadores.** Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, 85-92.
- Catela, H. (2011). Comunidades de aprendizagem: em torno de um conceito. **Revista de Educação**, Lisboa, 18(2), 31-45.
- Ceccim, R. B. (2006). Cerchi in rete: la costruzione metodologica della ricerca in salute come ricerca-formazione. In: Franco, Túlio Batista; Ceccim, Ricardo Burg (Org). **Prassi in salute globale: azioni condivise tra Brasile e Italia** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA; Bolonha: CSI-Unibo, 77-100.
- Ceccim, R. B. (2005a). Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 10(4), 975-986.
- Ceccim, R. B. (2005b). Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** 2. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 161-181.
- Ceccim, R. B. (2020). Coletivos aprendentes e coletivos de prática: as mutações de cenários e das práticas educativas em educação na saúde. In: Santos, A. M., Bispo Jr, J. P., & Prado, N. M. B. L. (orgs.). **Caminhos da pesquisa em saúde coletiva no interior do Brasil.** Salvador: EDUFBA, 117-136.
- Ceccim, R. B.; Ferla, A. A. (2020). Educação e ensino da saúde: ensino formal, não formal e informal. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, 6(1), 5-9.
- Cousin, C. da S.; Freitas, D. P. S. de, & Galiazzi, M. do C. (2009). Das comunidades de prática e comunidades de aprendizagem para as comunidades aprendentes: uma aposta na formação continuada de professores de ciências. In: **Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências**, 7. Florianópolis. Anais [...]. Florianópolis: Abrapec, 199-218.

- Freitas, M. P. G. (2010). **Interacção e utilização de serviços de comunicação em comunidades de aprendizagem**. Dissertação (Mestrado Multimídia em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Multimídia e Educação, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Ipiranga, A. S. R., Menezes, R. B., Matos, J. L. L., & Maia, G. L. L. (2005). Aprendizagem como ato de participação: a história de uma comunidade de prática. **Cadernos da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas**, São Paulo, 3(4), 01-17.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). **Situated learning**: legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marcolino, T. Q., Lourenço, G. F., & Reali, A. M. de M. R. (2017) “Isso eu levo para a vida”: aprendizagem da prática profissional em uma comunidade de prática. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, 21(61), 411-420.

Sobre los autores y autoras

Ricardo Burg Ceccim: Ingresó en 1994 en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS) como Profesor Asistente de Educación en Salud, junto a la Facultad de Educación. Hoy es Profesor Titular en el área de Educación en Salud/Salud Colectiva y docente permanente del Programa de Posgrado en Educación. Creó y coordinó la Residencia Integrada Multiprofesional en Salud Mental Colectiva de la UFRGS. Fue director de la Escuela de Salud Pública de Rio Grande do Sul y fue director del Departamento de Gestión de la Educación en Salud, en el Ministerio de Salud. Hizo Residencia Multiprofesional en Salud Mental en el Centro Integrado de Psicología (CIP/RS), cursó especialización en Salud Pública por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP), maestría en Educación por la UFRGS, siendo becaria del CNPq, doctorado en Psicología Clínica por la Pontificia Universidad Católica de São Paulo (PUCSP), siendo becaria de la CAPES, posdoctorado en Antropología Médica por la Universitat Rovira i Virgli (URV) - Universidad Pública de Tarragona/España - y prácticas post-doctorado senior en Participación Social y Políticas Públicas en Salud por la Università degli Studi di Parma (UniPR) - Universidad Pública de Parma/Italia. Es líder de EducaSalud, Grupo de Investigación del CNPq en Educación y Enseñanza de la Salud, por medio del cual coordinó los proyectos Prospección de Modelos Tecnoasistenciales en Atención Básica, SUS Educador (Docencia en la Salud, Educación Permanente en Salud en Movimiento y Educación continuada en Salud Colectiva), Evaluación Educativa Institucional del Proyecto Caminos del Cuidado (AvaliaCaminhos), Educación en Salud de la Mujer: acogida de la gestante adolescente en la salud y en la educación, Evaluación Educativa Institucional de la Educación Permanente en Salud (AvaliaEPS) y Pedagogías del Cuerpo y Salud en el Sector de Salud Suplementario. Fue miembro titular de la Comisión Nacional de Residencia Multi/Uniprofesional en Salud (CNRMS), junto al Ministerio de Educación, por dos mandatos. Fue investigador de productividad APq, Pq 2 y Pq 1-D del CNPq, de 2006 a 2018. Actúa en las áreas de Educación y Enseñanza de la Salud, Gestión de la Educación en la Salud, Educación Permanente en Salud, Educación en Salud Mental y Prácticas Pedagógicas en Servicios de Salud. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/9247766157002480>

Alcindo Antônio Ferla: Graduado en medicina por la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (1996) y doctorado en Educación por la misma universidad (UFRGS, 2002). Actualmente es Profesor Asociado en la UFRGS, actuando en el Programa de Posgrado en Salud Colectiva. También actúa como profesor en el Programa de Posgrado en Psicología Clínica y Social de la Universidad Federal de Pará (UFPA), como profesor en el Máster Profesional en Salud de la Familia de la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) como investigador visitante senior del Centro de Investigación Leônidas y Maria Deane de la Fundación Oswaldo Cruz/FAPEAM y como profesor en la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA) de Nicaragua. Líder del Grupo de Investigaciones Red Internacional de Políticas y Prácticas de Educación y Salud Colectiva (Red Intersticio). Miembro Titular de la Cámara Técnica de Investigaciones del Consejo Nacional de Salud. Coordinador de la Asociación Brasileña de la Red Unida y Editor-jefe de la Editora Rede Unida. Tiene experiencia en las áreas de Salud Colectiva y Educación, actuando principalmente en los siguientes temas: integralidad en salud, información y comunicación en salud, atención a la salud, educación permanente en salud, enseñanza y educación y salud, trabajo en salud, modelos tecnoasistenciales en salud y salud complementaria. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/6938715472729668>.

Alexandre Ramos-Florencio: Graduado en Enfermería por la Universidad de Pernambuco (2004), Residencia en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Sergipe (2006) y Maestría en Salud Colectiva por el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (2011). Actualmente es investigador del Grupo AQUARES de la Universidad Federal de Pelotas y del Grupo Intersticio de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul. Ocupa el puesto de Asesor de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS en Guatemala, tras un período de cuatro años en Nicaragua. Tiene experiencia en el área de Salud Colectiva, actuando principalmente en los siguientes temas: Política, Planificación y Gestión; Evaluación en Salud; Sistema y Servicios de Salud; Redes Integradas de Servicios de Salud; Atención Primaria, Atención Básica y Salud de la Familia; y Sistema de Información en Salud. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/9312817272020668>

Demás autores

Carlos Arroyo Borgen: Vicerrector de Posgrado y Educación Continua de la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA), Nicaragua. Master en Relaciones Internacionales, Integración y

Cooperación. Especialista y certificado internacional en liderazgo, estrategia y gestión del cambio. Su trayectoria profesional incluye cargos de dirección en organizaciones del sector público, organismos no gubernamentales y organismos internacionales.

Emerson Elias Merhy: Graduado en Medicina (Universidad de São Paulo, 1973), máster en Medicina Preventiva (Universidad de São Paulo, 1983) y doctorado en Salud Colectiva (Universidad de Campinas, 1990). Libre docente en Planificación y Gestión en Salud por la Unicamp (2000) y Profesor Titular de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Campus-Macaé. Profesor Doctor Honoris Causa de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Profesor del Máster Profesional en APS de la UFRJ. Profesor Permanente de Posgrado del Instituto de Psicología de la UFRJ - EICOS. Profesor del Programa de Postgrado del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanus, Argentina. Ha desarrollado estudios en el campo de la Psicossociología crítica, comunidades activas y la producción cotidiana como territorio de construcción de las redes vivas de existencias, dando foco a los procesos de subjetivación y los devires-vidas, humanas y no-humanas. Constituye como cuestiones centrales para los estudios las relaciones intercesoras entre micropolítica, educación permanente, subjetivación y producción de conocimiento, y ha desarrollado metodologías de investigación pautadas por los procesos de evaluación compartidas, en los que el mejor evaluador es quién pide, quién hace y quién usa. Se ha centrado en las investigaciones sobre las políticas públicas dirigidas a colectivos de gran vulnerabilidad social en la producción de sus existencias, como los que viven en la calle, apostando que todos son investigadores en las investigaciones, constituyéndose como investigadores-intercesores. Experiencia en el área de Salud Colectiva, con énfasis en los procesos de Evaluación de la Producción del Cuidado, Mundo del Trabajo en Salud y Educación Permanente, Procesos de Subjetivación y Construcción de los Territorios Existenciales. Coordinador de los Grupos de Investigación Micropolítica, Cuidado y Salud Colectiva, y Red de Observatorios de Políticas Públicas, Educación y Cuidado en Salud, que se extienden a las UFMG, UFF, UNIRIO, UFES, UFPB, USP, UNICAMP, UFMS, UERJ, UEL, entre otras. Mantiene vínculo de enseñanza e investigación con el Instituto de Salud Colectiva - Universidad Nacional de Lanus, Argentina, con la Universidad Nacional de Rosario, Argentina, tuvo actividades junto a la Universidad de Barcelona a través del Grupo Profa Margarida Pla Consuegra. Tuvo relaciones de intercambio científico con la Universidad de Bolonia por el Centro de Salud Internacional. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/1302025007008899>.

Emília Carvalho Leitão Biato: máster y doctora en educación; profesora asociada de la Universidad de Brasilia; profesora de los Programas de Posgrado en Educación y en Odontología; líder del Grupo de Estudios sobre Formación e Integración Enseñanza-Servicio-Comunidad. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/1776414386448708>.

Erick Rivas: Master en Educación y Aprendizaje (UCA). 17 años de experiencia docente en distintos niveles. 6 años de experiencia en gestión educativa. Tutor certificado del CVSP/OPS. Parte del equipo que elaboró los diseños pedagógicos de los cursos del CVSP/OPS-nodo Nicaragua: Formación de Tutores (7ma edición) y Formación de Orientadores de Aprendizaje.

Laura Camargo Macruz Feuerwerker: Posee una licenciatura en Medicina por la Universidad de São Paulo (1983), maestría en Salud Pública por la Universidad de São Paulo (1997), doctorado en Salud Pública por la Universidad de São Paulo (2002) y libre docencia en Salud Pública por la Universidad de São Paulo (2012). Actualmente es profesora asociada del Departamento de Política, Gestión y Salud de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Línea de Investigación Política y Gestión. Participa en el Observatorio de Análisis de Políticas de Salud y de Educación en la salud, coordinado por Emerson Merhy, profesor titular de la Universidad Federal de Río de Janeiro. En el campo de la producción del conocimiento, actúa principalmente en los siguientes temas: análisis de políticas de salud, gestión, de la producción del cuidado y del trabajo en salud, salud mental, educación de profesionales de salud. En la extensión, desarrolla actividades de apoyo a la educación permanente y al desarrollo de la gestión junto a secretarías municipales de salud. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/1348050253250794>.

Miguel Angel Orozco Valladares: Cirujano Dentista (Nicaragua, 1985), Máster Administración de la Salud (Nicaragua, 1989; Canadá, 1993), Gestión de la Calidad en Salud (Japón, 2003; 2004; 2008), Liderazgo en Salud (Johns Hopkins 2003; UCSC, 2003); Doctorado en Educación con Énfasis en Mediación Pedagógica (Nicaragua, 2022). Docente en CIES e Consultor en Sistemas de Información, Sector Wide Approach: 1998-2000 (Nicaragua, Honduras); Result based management: 2009-2010 Consultor en Sistemas de Salud, OPS-OMS El Salvador (2021). Consultor en Fortalecimiento de Sistemas de Salud

Programa de Desarrollo de Capacidades y Competencias. OPS-OMS Nicaragua: 2022. Director en CIES (2003-2022); Presidente Junta Directiva IMSP, (Instituto Meso Americano de Salud Pública) 2010.Docente en UCENM: 2020-2021. Representante Rede Unida Centroamérica: Desde 2022

Silas Borges Monteiro: máster en filosofía; doctor en educación; profesor asociado de la Universidad Federal de Mato Grosso; profesor de los Programas de Posgrado en Educación, en Psicología y en Filosofía de la misma Universidad; líder del Grupo Estudios de Filosofía y Formación. / mestre em filosofia; doutor em educação; professor associado da Universidade Federal de Mato Grosso; professor dos Programas de Pós-Graduação em Educação, em Psicologia e em Filosofia da mesma Universidade; líder do Grupo Estudos de Filosofia e Formação. Curriculum vitae: <http://lattes.cnpq.br/1235153651563231>

Publicaciones Editora Rede UNIDA

Serie:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes • Ética em pesquisa • Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial • Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde • Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde • Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde • Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional • Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva • Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade • Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia • Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo • Saúde em imagens • Outros

Periodicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-059-8

