A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E AS QUESTÕES PERMANENTES À FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Ricardo Burg Ceccim[5]

A educação dos profissionais de Saúde nem sempre tem sido orientada pelo outro a quem se destinam as práticas profissionais da Saúde na esfera da atenção/assistência. A qualidade do cuidado não resulta somente da formação dos profissionais, mas uma questão permanente à Saúde Mental é questionar o papel da formação para o desenvolvimento de práticas cuidadoras. As práticas de ensinar e as práticas de cuidar se relacionam com a subjetividade, a subjetivação e a ressingularização permanente de processos individuais, coletivos e institucionais, logo, ambas têm implicação com a Saúde Mental.

Nas práticas cuidadoras, promovemos, produzimos, organizamos e orientamos uma ação que é para o *encontro*. Podemos, entretanto, em certas práticas de cuidado, observar o reverso dessa ação, isto é, verificar a *exclusão do encontro*. Quanto mais uma prática de cuidado trabalhe com as vivências do outro, mais trabalhará com a construção do encontro. Quanto mais essa prática se orientar pela formação de diagnósticos e pelo enquadre de pessoas em determinados perfis da classificação, maior a exclusão do encontro. Quando, antes de promovermos a passagem pelo *outro*, o colocamos em um lugar já definido por uma nosologia, escolhemos encontrar um diagnóstico, mas não a experimentação. Esta é uma provocação inicial: as práticas formativas em Saúde Mental estão orientadas por uma educação para o encontro ou pela exclusão do encontro?

Práticas formativas e práticas terapêuticas

Nas práticas formativas em Saúde Mental observamos o mesmo treinamento

5 - Professor de Educação na Saúde da Universidade de Educação da UFRGS.

para o diagnóstico e tratamento que observamos na clínica em geral: uma centralidade na *assistência* às doenças. O reverso dessa prática formativa seria a orientação para o *cuidado de necessidades em Saúde*. Todos nós - que temos uma formação na área da Saúde - sabemos o quanto nossa educação não envolve a escuta ou a exploração de necessidades, mas a localização de patologias e a respectiva prescrição de condutas. Quando falamos em assistir, é assistir as doenças, admitindo níveis de assistência e fluxos de assistência relativos ao endereçamento de quadros de doença, dados por antecedência ao encontro com os usuários. Cada quadro define, de antemão, uma conduta. Sentimo-nos confortáveis quando o que está ao nosso alcance é encaminhar. Encaminhar aparece como uma medida resolutiva, pois ligada ao diagnóstico e a uma conduta correspondente. Dar destino, para fora de nosso âmbito, a alguém que nos demanda atenção de Saúde, não importa o que lhe aconteça na esfera do atendimento de suas necessidades, tem sido uma forma legítima e protocolarmente correta de assistir. É assim: feito o encaminhamento, foi administrada uma conduta prevista e, portanto, está consumada a assistência. Não importa se ocorreu ou não a terapêutica, se o cuidado consumou ou não efeitos de cura. Por exemplo: nos chega um caso *de Saúde Mental* na unidade de Saúde da Família, nós estamos na Atenção Básica, então, encaminhamos para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e o nosso atendimento está concluído, porque o nosso problema não era a pessoa que chegou, era a doença que nós encontramos ou pensamos ter encontrado. Então, se aquela doença não era para nós, pronto: mandamos tal doença para outro lugar.

Na prática assistencial hegemônica, poderíamos nos referir a uma *hegemonia* do diagnóstico em detrimento de uma *hegemonia da terapêutica*. É diferente nós termos um conceito sobre o outro e ter uma prática de encontro com o outro. A prática de cuidados seria uma prática de construção de encontros. Encontros que deem ao outro ou deem a nós mesmos algum lugar de criação, de reinvenção, de produção. A ênfase na conduta se coloca em contraponto a *aceitar, acompanhar, escutar*. Em uma outra prática assistencial, uma clínica em potência de cuidar. Clínica orientada pela capacidade de dobrar-se ao outro para escutar, acompanhar, aceitar. Não é que nós excluamos o exame (a clínica nosográfica), mas escuta, atendimento ou tratamento envolvem um dobrar-se ao outro, noção presente, inclusive, na etimologia da palavra *clínica*. Essa palavra - clínica - vem do dobrar-se ao leito, dobrar-se ao outro, aproximar-se dele para tomar-lhe os sinais, sentir seus sintomas, é um dobrar-se fisicamente (*klínō* traz a noção de inclinar-se àquele no leito), mas também um encontrar-se com o outro, inclusive fazendo dobra com esse outro.

O terapêutico, então, não é algo que se aprisiona em modelos de conduta ou estilos de serviço; acontece onde a vida tem potência de invenção, de criação, de obra singular. Com isso, estou dizendo que não necessariamente o terapêutico está no ato profissional ou no ato dos serviços profissionais de Saúde, dos serviços instituídos como serviços de Saúde. De fato, muitas vezes a terapêutica, na medida em que ela é acolhimento, na medida em que ela é morada ou *hospitalidade*, pode inclusive estar fora dos serviços ou fora da abordagem profissionalizada no sentido de um diploma. Pode estar nesses lugares, mas muitas vezes tem estado fora desses lugares, inclusive porque eles acabam pouco se oferecendo ao outro e mais às suas doenças. É nessa circunstância que o outro, na condição em que é uma singularidade em movimento, vai buscar a terapêutica em outras coisas ou em outros lugares. Muitas vezes, em coisas ou lugares que são mais danosos que cuidadores, ou somente danosos e nada cuidadores. Acontece de essa busca se orientar por drogas muito pesadas ou por igrejas muito castradoras ou muito constrangedoras, por exemplo. Abordar pela terapêutica seria, então, configurar um tratar, escutar, cuidar, atender na ordem dos encontros. Se abordar terapeuticamente é isso, qual formação levaria a isso? É uma pergunta.

Alguns *nós* da formação

Eu coloco alguns *nós* da formação em Saúde diante desta pergunta: se ensinamos a diagnosticar e a prescrever e não a abordar terapeuticamente, esse é um nó da formação. Entendo que esse nó, para ser desatado, precisa da operação de seu reverso, não uma educação para o diagnóstico e a prescrição de condutas, mas uma formação para a abordagem terapêutica mediante a produção de encontros, onde se colocaria um entrar em alteridade ou o fazer dobra e, também, um inventar. Ouviremos nós, profissionais da Saúde, de nossos pares, que isso é exagero ou o impossível, que é algo irrealista ou postergação da conduta eficiente e necessária. Também saberemos, a *posteriori* de nossas condutas, que outros cuidadores entraram em cena pela nossa insuficiência. Saberemos dos usuários de nossas ações que profissionais que acreditam em nossa capacidade de diagnóstico, mas pouco acreditam em nossa capacidade de cuidar, recorrem a outros, consciente ou ingenuamente. Haverá quem concorde com nossas medidas de controle de comportamentos, farmacoquimicamente ou cognitivamente, mas muitos outros, não profissionais, se apresentarão em defesa de melhores condutas: pela criação, entrando os operadores da área cultural – artistas do teatro, da dança, da música, das artes plásticas – ou pela *neutralização da urgência criativa*, entrando os operadores da moral – igrejas,

organizações fundamentalistas, instituições sócio-normativas. Naturalmente que nelas também se enquadram diplomados em cursos da área da Saúde como operadores e como demandantes de atenção. Inventar a si mesmo, inventar os entornos, inventar o mundo, não é algo a que temos sido preparados em nossa educação formal nas profissões.

Quando se fala em inventar a si mesmo, aos entornos e mundos, estamos assumindo que nós não estamos prontos nem somos um *sujeito* definido, mas uma produção, somos uma subjetivação em processo de atualização (Stern,1989). Também produzimos nossos entornos e nossos lugares de estar, produzimos mundo. O mundo não é algo que está dado, é algo que resulta da nossa produção. Não estou falando de tomarmos consciência e atuarmos segundo os padrões informados por nossa consciência. Se somos subjetivação, nossa consciência também é produzida por nossa subjetivação. A questão está em o que fazemos diante de encontros. Quando nos dispomos aos encontros, quais encontros selecionamos? Como podemos ajudar ou orientar a produção de encontros?

Para ensinar a aprender um tratar, cuidar, atender, escutar, um conjunto de práticas precisam nos colocar diante do outro, do diverso, do estranhamento. Isso difere profundamente de introspecção, de pesquisa da própria subjetividade ou de entrar em contato com seus próprios sentimentos, é um diferir-se, defasar-se, é um compor-se pela alteridade. Tampouco é uma operação de tomada de consciência, é um *possuir-se*.

Ocorre-me uma cena do filme *Billy Elliot* (Daldry, 2000). Em um teste para a Real Academia de Dança, de Londres, a professora examinadora pergunta ao garoto que dá nome ao filme: "O que você sente quando dança?". Billy responde: "Não sei". Como se buscasse a resposta fora da razão, a resposta da sensação, deixa algumas palavras saírem, como em um balbucio: "No começo, é difícil, mas, depois que começo... eu esqueço tudo, eu desapareço. Parece que desapareço. Eu sinto uma mudança no meu corpo, todo, como se tivesse um fogo. E eu fico ali... voando... Como um pássaro, como a eletricidade. É: eletricidade".

Algumas necessidades ou algumas práticas são necessárias à formação. Dessegregar as singularidades, ou seja, abrir e abrir-se às ressingularizações. Essa palavra - dessegregar - não é uma palavra muito popular, não se usa muito essa palavra, mas dessegregar é desmanchar uma segregação, é aceitar ativamente. Nós exercemos práticas segregadoras regularmente. Seja para o que diagnosticamos, seja porque nos encontramos de maneiras diversas com classes sociais diversas, seja porque nos encontramos com nossos usuários de maneiras

diversas, a depender do local onde nosso serviço existe ou da placa constante à porta dos serviços onde nos encontramos. Se a placa da porta de nosso serviço diz CAPS, já se põe uma segregação aos seus usuários, produzida por quem está dentro e por quem está fora. Foucault, há muitos anos, falava (e analisando toda história, não só a história da loucura, mas a história das instituições) sobre o quanto a história se faz segregando dentro e fora, como coisas absolutamente distintas e, portanto, ocupando um lugar definido, discrepante, a ser evitado, preservado de contaminação ou identificação um pelo outro (Foucault, 1990). Também *desinstitucionalizar* é uma palavra-ação necessária, porque, se de um lado nós segregamos, de outro também são institucionalizados serviços e profissões. Em 2004, escrevi um artigo intitulado *Equipe de Saúde*: *a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos* (Ceccim, 2004) com o esforço de dizer algo diferente da interdisciplinaridade no tocante ao trabalho em Saúde, almejando a desinstitucionalização, para acentuar a invenção, a criação, o conforto nas zonas de indiscernimento, a não defesa da fronteira de distinção, mas das fronteiras de encontro, de desfazimento, de ativação de novidade, de contaminação dentro-fora/fora-dentro, de atualização. As instâncias de maior defesa das fronteiras profissionais são a formação e a regulação do trabalho, o papel das agências formadoras e das agências de regulação do exercício profissional. A contradição é que a principal instância de ruptura com essas demarcações é a da pesquisa, pois os grandes pesquisadores sabem que o avanço do conhecimento científico e da potência do cuidado para a vida do outro (na condição de um andar a vida) decorrem da cooperação, colaboração e cruzamento de saberes formais, vivenciais e de práticas de si.

A formação tem um lugar de grande relevância na produção de um corpus de pensamento, de um *habitus* profissional ou de um *anïmus* ao trabalho. Não se trata da transmissão de informação, mas de um transmitir-se: como pensamos, sentimos, queremos a nós mesmos, nossos entornos, nosso mundo. Transmitimos - nossos cenários, nossas práticas, nossos saberes - nosso *movimento impetuoso da alma*, a que chamei em um artigo por *imaginários da formação* (Ceccim et. al, 2008).

A formação universitária, particularmente, e a formação técnica também são formações para uma profissão. São formações que habilitam legalmente para determinadas práticas. O tal do diploma que nos autoriza a saber e a fazer determinadas coisas. Há uma produção de imaginários ou reprodução das representações sociais para a preservação dos lugares de poder saber, poder fazer, poder dizer. O diploma na parede é a imagem do formado, da autoridade diplomada. Nós fazemos a distinção dos diplomados e dos não diplomados. Os

diplomados têm autorização de exercício profissional e esse exercício profissional é fiscalizado por órgãos de exercício da profissão. Então, penduramos o diploma na parede. Muitos consultórios do passado tinham diplomas na parede. Hoje nós vamos para uma unidade básica de Saúde ou um CAPS e não há mais esse diploma na parede, porque aquele local de trabalho não é *nosso*. Entretanto, assim os usuários devem nos ver. Nas cartilhas de serviços de Saúde ou nos livros didáticos, a imagem dos serviços de Saúde ainda é a do consultório, da conduta individual de um doutor que diagnostica e prescreve condutas. A imagem do diploma na parede ainda está lá, é a autorização do exercício profissional. Posso mostrar uma imagem, retirada de uma cartilha do Ministério da Saúde, intitulada Ana Melo na Escola, integrante do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, de 2002, dirigida ao público da escola básica (o que faz ali, no consultório da unidade básica de Saúde, o diploma na parede?):

A formação arrasta imaginários da formação e do trabalho, de um lado formando ideias, imagens representações, de outro formando corpus, habitus, anïmus que precisam da mobilização de um novo/outro movimento impetuoso da alma. O que a formação tem feito, afinal? Como dialoga com a possível ativação desse movimento? Eu estou dizendo que é necessário desapegar desse diploma que autoriza o exercício profissional e aceitar que nosso diploma nada mais é do que uma certa entrada num espaço de produção que vai ter que se encontrar com tudo que é diverso de nós. Sejam outros saberes, outras profissões, usuários. Então, nós imaginamos que dá para defender um território

profissional com fronteiras claramente definidas; eu acho isso impossível, eu acho isso indesejável, e é isso o que eu acho indesejável na chamada lei do ato médico, com todas as suas múltiplas versões, incluindo a última. As profissões ou os cursos de formação não conseguem avaliar que o que há para mudar é essa rigidez de fronteiras ou esse lugar absolutamente demarcado. Precisamos de mais demarcações? Se faz mesmo necessário demarcar um lugar à profissão hegemônica da Saúde? Cujo imaginário e realidade dispõem do poder de intervenção em qualquer face da Saúde e adoecimento humano? Para que se faz necessária uma tal Lei? Por que não defendemos uma demarcação ou as demarcações necessárias à capacidade de cuidar in actu, mas tão somente de representações formais - frozen - dessa capacidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) propôs uma Câmara de Regulação Profissional em 2003 para negociar fronteiras e territórios em tempo real com o contemporâneo, aos moldes de um Comitê da Bioética, "julgamento" sempre in actu das práticas, não a rígida e perene normatividade disciplinar. Não funcionou, não contou com recursos conceituais de ordenamento, estruturação, configuração. Na hora em que sentamos para negociar a demarcação de um e outro profissional, nós instituímos/institucionalizamos a demarcação, não a comunicação/interpenetração/composição viva.

A minha questão é deixar essa demarcação sempre frágil o suficiente ou permeável o suficiente para que seja capaz de corresponder ao outro no que ele me demanda e no que eu sou capaz de buscar como oferta, seja por conta de uma equipe, seja por conta de meu empenho, seja por conta de minha sensibilidade, seja por conta da relação de alteridade que eu estabeleço com o outro. A alteridade é outra palavra muito complicada. Referimo-nos à alteridade como o outro, mas é fundamental reconhecermos o contato com a alteridade ou a abertura à alteridade, de tal forma que esse outro produza alguma diferenciação em nós. Que esse outro, de fato, modifique alguma coisa em nós e, portanto, se estabeleça uma possibilidade de que eu o veja ou de que eu esteja com ele de uma maneira mais disponível.

A entredisciplinaridade é uma palavra que eu inventei para colocar esses termos. Eu coloquei a entredisciplinaridade pensando nas profissões. Era um texto discutindo as profissões de Saúde, e eu dizia: todas as profissões devem atuar em equipe multiprofissional e de maneira interdisciplinar, mas, mais do que atuar de uma maneira inter ou transdisciplinar, elas devem se colocar, sempre, no lugar de fronteira com quaisquer outras profissões, e não se localizando, sempre, em um lugar privativo de exercício, um lugar que ninguém invada. Eu acho é que os lugares devem ser invadidos, isso não se faz sem

responsabilidades. Isso não se faz sem a orientação pelo cuidado necessário ao outro. Isso não se faz sem a construção de práticas cuidadoras que é todo o destino para onde essa expressão se dirige. Aliás, o texto discute exatamente isso. O que são práticas terapêuticas? Então, dessegregar e desinstitucionalizar, mas, também, enriquecer as substitutividades-dispositivos. Duas palavras difíceis, e eu as uni. Difícil até de pronunciar, mas talvez a pronúncia seja menos difícil que sua prática.

Dessegregar quer dizer romper com lugares que produzem identidade. Desinstitucionalizar quer dizer derrubar fronteiras ou paredes que demarcam por normatividades antecedentes os lugares. A substitutividade é, então, produzir os novos lugares, lugares que substituam práticas existentes. Na Saúde Mental, falamos regularmente de prática substitutiva quando ensejamos o fim dos manicômios. A substitutividade do manicômio, seja pelos CAPS, seja pela atenção em Saúde Mental na atenção básica, além de substitutiva, precisa ser dispositivo. Ser dispositivo quer dizer inventar redes de práticas, não se instalar/se aboletar em um equipamento extra-hospitalar e preservar-lhe os conceitos/práticas discursivas. Não basta dizer não aos manicômios, é preciso afirmar certas práticas. Não adianta dizer que não é mais o manicômio, que agora é o CAPS, porque aí o CAPS, talvez, seja só um manicômio diferente. Não nos interessa isso, a substitutividade deve ser sempre colocada: o que, de fato, estamos substituindo? A noção de dispositivo vem para dizer que toda substituição só é dispositivo, a substituição se mantém em produção de práticas, de processos, de relações, de interações, de redes.

Precisamos, na formação, desdobrar todas as estratégias disciplinares produzidas ao longo da modernidade. Desdobrar: verdades com "formas", configurações, arranjos, uma certa dobradura das informações do mundo; se desdobradas, reformam-se, reconfiguram-se, rearranjam-se. Se verdades são dobras, não nos oprimem, convocam nossa atividade. Na relação com os serviços, na compreensão do que sejam as redes de serviço, tenho proposto as linhas de cuidado. Nós não seríamos capazes de atender a todos os tipos ou perfis de demandas de alguém em um tipo qualquer de serviço, então os serviços podem ou devem se colocar em linha do cuidado - como rede - ou produzindo interface uns com os outros. Eu tenho usado a imagem da mandala, objetivamente uma imagem de rede, de dobras e desdobras, de movimento, forma que deforma, forma, alterando o que é dentro, o que é fora. Escrevi um texto designado como Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de Saúde (Ceccim e Ferla, 2006) no esforço de ensejar outro imaginário de trabalho e

formação, a ser acoplado à ética da entredisciplinaridade.

Tenho falado em redes em formato de mandala para dizer que as redes têm desenhos que são feitos pelos seus próprios operadores, sejam eles usuários ou trabalhadores, e não aquelas definidas por padrões de menor a maior complexidade, tão familiar aos encaminhamentos, às classificações de doença. A complexidade se refere à concentração de recursos tecnológicos por equipamentos. Além do centro nas condutas, se junta ao desenho da atenção o centro nos equipamentos. Designar às condutas e aos equipamentos como de alta complexidade, o que inspira a formação, incentiva modelos e orienta estilos. O conceito de complexidade tem sido usado para falar das doenças e do uso de equipamentos para procedimentos. Não tem sido usado para falar das pessoas. Como tem sido usado para falar das doenças, segue a descrição nosográfica, não a singularidade caso a caso, sempre referida, mas não inspiradora do sistema de práticas. Um exemplo: fratura exposta em membro superior de criança em idade escolar. A conduta será complexa, necessário o atendimento urgente em hospital de pronto-socorro em trauma. Pronto-socorro é um lugar complexo, fratura exposta tem que ir para esse lugar complexo. Aí a criança é indicada à unidade básica, se necessário. A fratura era resultado de violência doméstica. Ah, isso não é nada complexo, o complexo era a fratura exposta, mas a violência doméstica é uma coisa básica, atenção primária, atenção básica, nada de complexo, qualquer um sabe o que sabe fazer.

Outro exemplo: hipertensão, duas pessoas com pico hipertensivo que se queixam de intensa dor de cabeça assim que retornam do trabalho para casa. Uma é professora em escola pública, foi atendida na urgência clínica. Indicada à perícia médica, obteve 15 dias de licença para tratamento de Saúde, podendo retornar às aulas de ioga interrompidas pela época de preparar e avaliar as provas de final de ano. Outra é faxineira diarista, trabalha em um condomínio, duas casas de família, prepara alimentos da semana para dois moradores do condomínio, tem três crianças pequenas em casa. Com a mesma indicação de repouso relativo e adaptação ao tratamento a ser iniciado, vai ficar sem renda por todos os dias sem comparecimento ao trabalho, o que quer dizer falta de recursos para alimentação e transporte das crianças. O pico hipertensivo em uma é o retorno a uma prática protetiva, em outra, o risco de um acidente vascular.

As reais complexidades não são relativas aos quadros nosológicos, mas às experiências de adoecimento e de tratamento que nós temos. Quando falo da mandala, quero dizer da rejeição à imagem da pirâmide que coloca o hospital universitário lá no topo e a atenção básica aqui na atenção primária, porta de

entrada. A pessoa é obrigada a fazer esse percurso, goste ou não, more perto ou não deste ou daquele serviço. A pessoa é obrigada a um desenho que nós fizemos segundo o nosso conceito profissional de Saúde, que pode não ser correspondente às circunstâncias dos usuários. Endereço dos serviços de Saúde é uma coisa e os trânsitos da pessoa pela cidade é outra. Onde mora nosso possível usuário, onde ou com o que trabalha, a que lazer tem acesso? Como ensinamos e o que aprendemos sobre o trânsito dos usuários pelos serviços?

Tive um debate interessante em um curso de formação de agentes comunitários de Saúde (ACS). Eu estava ajudando os professores na produção do material didático para a formação técnica em ACS. Eu li o material e devolvi avaliações de sentido. Nada mais preso a um território do que o trabalho de agente comunitário de Saúde, cuja empregabilidade depende dessa vinculação. Quando li o texto que eles fizeram sobre território, eu fiquei completamente perturbado; aí eu não resisti a discutir o que era esse endereço, o território, a base de exemplos e de situações. No final, a discussão inverteu conceitos, mas o principal não foram os conceitos, mas o tipo de discussão que nós fizemos, ou seja, a quem interessa essa definição de endereços que nós fazemos nos serviços. Se ao próprio serviço, às pessoas ou às doenças? O território presente na formação em Saúde mental é o geográfico ou aquele que aponta os afetos, a política, as éticas do viver? A quem interessa esse serviço, o que nós rastreamos nos territórios? Faz algum tempo, entre os teóricos do SUS, revisamos a noção de território como configurações subjetivas, mas nós rastreamos no território quantos colos de útero vieram para coleta de exame preventivo do câncer, quantas mamas vieram para prevenção do câncer de mama. As mamas e os colos vêm ao serviço, ou as mulheres? Se elas não vierem, nós mandamos o agente comunitário na casa delas, mas o que temos de atender, contabilizar e rastrear são exames de mama e de colo de útero. A mulher, que deve reconhecer a importância da prevenção do câncer, tem recebido adequado e suficiente reconhecimento de seu corpo como sede de prazer, sexualidade e beleza?

Educação permanente em Saúde

Para acionar/mobilizar laços entre rede de serviços e redes formativas ou a educação em serviço para que acione/mobilize práticas cuidadoras, um recurso de educação emergiu no Sistema Único de Saúde em desdobramento dos princípios do trabalho em equipe, da atenção integral aos usuários de serviços de Saúde e da Saúde como produção de qualidade de vida. Esse recurso, a Educação Permanente em Saúde, na forma como está documentada nas primeiras decisões

do SUS a seu respeito, ganhou território de expressão em 2003, numa torção de linguagens até então vigentes no âmbito da correlação entre formação e trabalho em Saúde. A torção foi atravessar o trabalho pela formação, não formar para ajustar a qualidade do trabalho. Atravessar o trabalho pela formação quer dizer interrogar o trabalho. Interrogar a inserção dos trabalhadores, as relações entre os vários serviços, a compreensão das implicações do trabalho com a vida de seus usuários e como o cotidiano serve à construção de conhecimentos e práticas, além de interrogar sobre o cruzamento dos saberes de si, saberes da experiência e saberes formais. A torção era relativa à vigência da formação como preparação para o trabalho, capacitação, sensibilização, treinamento, introdução à mudança de práticas. Torção porque nascente das implicações individuais, coletivas e institucionais, das interrogações desacomodadoras de cotidianos, da ativação de linhas de cuidado em redes e da mobilização de interfaces entre trabalho, educação e cidadania: implicação, mas não *aplicação*.

Então, a Educação Permanente em Saúde não surgiu apenas como uma estratégia pedagógica, por isso o grande esforço observado em diferi-la de Educação Continuada (não sem verificarmos a adoção da designação especificada como apenas uma nova *nomenclatura* para as formações no âmbito do SUS). Um modo de fazer a educação, mas também a disposição a uma formação que faça encontrar, que faça conversar e que faça estabelecer contato, pontos de conexão ou nós das e entre redes possíveis. A Educação Permanente em Saúde foi pensada, em 2003, como a tessitura dos nós. A tessitura envolve fazer com que pontos díspares tenham a ver um com o outro e, nessa medida, sejam menos dispersos em ação, intervenção ou produção. Talvez não sejam necessários cursos, mas as pessoas se encontrarem, conversarem, compartilharem textos, compartilharem conceitos. O que está em jogo na educação permanente é um trabalho ou um lugar de trabalho exposto à transformação ou à modificação porque deseja encontrar-se com os seus usuários e deseja construir a integralidade pela rede ou - pela mandala - por linhas de cuidado e não com a fragmentação. Essa formulação traz implicações quanto ao que e como organizar para o trabalho na Saúde.

Os coletivos em autogestão, essa defesa que eu faço e motivo pelo qual rejeito as teorias do trabalho que afirmam a cogestão, essa defesa da maneira mais enfática possível, é a de que nós possamos nos reunir e conversarmos sobre o que fazemos, colocar em análise aquilo que fazemos em conjunto, estabelecer diretrizes para a nossa prática coletiva. Precisamos de autoria no cotidiano do trabalho. Temos feito queixa, regularmente, de que, quando o gestor muda, caem por terra todas as novidades. O gestor muda e as práticas acabam? O gestor mudou e tudo que era bom se foi? Se o gestor mudou e tudo que era

bom se foi, não fomos nós que fizemos. Isso é um problema muito sério. Eu acho que os gestores são, sim, disparadores. Eu tive a experiência de gestão inúmeras vezes e todas as vezes em que fui gestor fiz muita coisa, mas fiz muita coisa com as pessoas. Também o fiz porque fiz com as pessoas. Quando as pessoas fazem ou quando as pessoas, de fato, se colocam no processo de autogestão, não é o gestor que vai embora levando as práticas consigo. Encerra-se um certo perfil de disparos, mas as práticas das pessoas não necessariamente mudam, porque elas enxergam o mundo de determinado jeito, são as pessoas que podem não ter mudado, porque elas estavam em cogestão e seguirão em cogestão. Por isso eu defendo a construção da autogestão, o reconhecimento de que os lugares de trabalho são lugares em autogestão para que nós nos coloquemos na condição de atores ou de protagonistas do trabalho que nós fazemos. Retorno à Educação Permanente em Saúde: sua presença é um disparador, não requer pares, requer redes de conversação. A conversação é com outros que não estão necessariamente no mesmo ambiente físico que nós, mas constroem a nossa prática.

Posso dizer que a Educação Permanente em Saúde ganhou uma formulação singularizada ao SUS e, também, aos estudos que coordeno em rede científica nacional de Educação e Ensino da Saúde (diretório de pesquisas junto ao CNPq), em que pode ser entendida como diagrama de círculos e redes, isto é, a necessária roda local de conversações (círculo de cultura), sua interlocução com outras rodas, o efeito de dobradiça da interlocução sobre o círculo de cultura, seu efeito de reverberação nas redes, em circunvoluções permanentes. Os círculos são problematizações "de dentro", o esforço pela interrogação pelo conjunto de atores da implicação "local" (onde os encontros constituem territórios de realidade), as redes são dobramentos e desdobramentos com o fora, o efeito de dobradiça é o abalo ao círculo original, o seu falseamento, a sua recomposição para não perder atualidade. Uma vez recomposto, seus efeitos de reverberação serão outros na rede. Essa ação educativa de aprendizagem por interrogação, de aprendizagem em invenção de estados de ser e estar, de composição de coletivos de aprendizagem por protagonismo local e protagonismo em rede, é que retira a educação da forma escolar e a coloca na forma da produção de mundos, por isso Educação Permanente em Saúde.

Desta forma, entendendo a rede como a problematização, a interrogação, o questionamento permanente das práticas, dos fazeres e das soluções que adotamos. Porque as soluções que adotamos, que nós sempre afirmamos que funcionam para um lugar e não funcionam para outro, assim só dizemos, assim não praticamos. Queremos sempre achar um modelo que funciona para, então, implantarmos. Fugimos da aprendizagem, optamos pela reprodução. Aquilo que uma vez implantamos, definiu, temos certeza que deve ser preservado para

sempre como se não devesse voltar a ser interrogado outra vez, dando inclusão à novidade e à emergência de realidades. A problematização permanente que estou propondo se faz em redes e círculos, como efeitos de dobradiça dentro-fora, em ativo movimento de dobra (ressingularização permanente).

Quem mais tem a experiência ruim do trabalho entre pares, embora não concordem comigo, são as agências de fomento à pesquisa e os periódicos científicos. Os pares não são sujeitos da implicação, são colegas. Em avaliação, usamos a linguagem da triangulação de métodos para inserir o olhar terceiro, não o dos colegas (Minayo et al., 2005). Por exemplo, qual a apreciação dos usuários quanto ao trabalho em Saúde? É a mesma que se verifica entre os colegas de profissão? Entre atores do ensino e do serviço? Já vemos a distinção entre colegas e terceiros. A revisão por pares, questão de honra na produção científica, não poderia se dar sem a ação de alteridade com aquele que é avaliado. Na revisão por pares, temos a competição, a exclusão, a definição de um determinado campo, nós temos preferência por um determinado tipo de análise e excluímos aquilo que é diverso. Uma educação permanente se coloca também diante do diverso. A grande sala de aula não é a sala de aula dos cursos, a grande sala de aula é a escuta pedagógica. Estou usando as palavras pedagógica e escuta associadas para dizer que se trata de uma escuta do que fazemos (a realidade) e do que produzimos (o socius), que tem uma intencionalidade de educação, de formação, de prática educativa.

Eu aponto alguns caminhos para essa escuta que seria a escuta pedagógica: um interrogar-se e interrogar aos coletivos, um fazer-se questão e promover coletivos de conversação em rede. Tornar o cotidiano pesquisa-ação, gerar espaços de trabalho como formas de criação e expansão permanente, pôr em contato quem com quem pode aprender. Destravar, inventar, aumentar as potências e as imanências recíprocas do viver, conhecer, fazer, com imanências recíprocas do viver-conhecer-fazer ou, retomando Billy Elliot, com eletricidade.

Cotidianos

O que eu estou dizendo com imanências do viver-conhecer-fazer é admitir que o viver é imanente ao conhecer e fazer. É imanente ao fazer, viver e conhecer. É imanente ao conhecer, viver e fazer. É isso que eu quero dizer, é imanente da nossa prática a produção de saberes, a ampliação de possibilidades ou de potências para novas práticas, para outras práticas. Além disso, tomar o cotidiano em pesquisa-ação, lugar para fazer-se questão (a si mesmo ou de si mesmo), fazer coletivos em autogestão (tomando-se em questão), trabalhar em

cima de conceitos, valores e conhecimentos formais como prática experimental de laboratório do pensamento.

Houve um período em que nós falávamos muito da pesquisa-ação, basicamente nos anos 1970, era uma coisa relevante, falávamos em pesquisa-ação porque queríamos a presença do outro, porque queríamos a pesquisa em círculos e rede, mas havia um suposto da consciência, do esclarecimento superior e engajado. Podemos falar de Michel Thiollent (Enquete Operária ou a comunidade pesquisador-pesquisando), marcando a entrada da classe trabalhadora na pesquisa científica em ciências sociais; de Ivar Oddone (Comunidade Ampliada de Pesquisa), marcando a entrada do trabalhador na produção de conhecimento implicado com a realidade do trabalho, conhecimento capaz de dialogar com as vivências; e, mais recentemente, de Yves Schwartz (Comunidade Científica Ampliada – CCA), autor que coloca a pesquisa como dispositivo de aprendizagem no trabalho, gerando ação de si, ação de trabalho e ação de saberes formais (Thiollent, 1985; Oddone et al., 1986; Schwartz, 2000).

Nós paramos de falar de pesquisa-ação como se fosse um modo de pesquisar engajado politicamente e não academicamente. Então não se faz mais pesquisa-ação ou essa não é uma prática cotidiana, nós fazemos regularmente pesquisa de representação. Sabe-se muito sobre o outro, não se sabe nada com o outro. Como no trabalho de cuidar, atender, tratar. Pesquisa com base em entrevista e diagnóstico com base em exames. A pesquisa de representação, por mais que ela seja um retrato de um tempo ou de um momento, ela é o retrato de um tempo e um momento, reapresenta a realidade, mas as dobras que se fizeram e que estão se fazendo quem as detecta? Por onde? Em quais práticas? Como a pesquisa pode ser motor disparador de práticas e não apenas de informação? A pesquisa-ação não só é um motor disparador de práticas como ela reconhece no trabalhador um pesquisador, ou no usuário um pesquisador. Aquele que participa da pesquisa é um pesquisador.

A Educação Permanente em Saúde reivindica um tornar visível pelo conversar sobre, pelo perguntar-perguntar ao cotidiano e produzir atos coletivos de ensinar-aprender. A pesquisa-ação é uma das ferramentas de Educação Permanente em Saúde para quem está, como eu, dentro da Universidade ou, como já estive, dentro de uma Escola de Saúde Pública. Podemos estar em rede com os serviços, os movimentos sociais, os gestores implicados com o SUS, armando círculos e redes num primeiro momento e textos-dobradiça no seguinte. Podemos ter usuários, trabalhadores e gestores que compõem grupos de pesquisa, que compõem práticas de pesquisa, que compõem a análise de

resultados ou a possibilidade de interpretação sobre dados que são coletados e são visualizados na realidade. Eu tenho tido essa experiência com investigações no meu núcleo de pesquisas e tenho tido práticas absolutamente interessantes, seja na expressão de resultados, seja na produção de conversa. O trabalhador do serviço ou os usuários não têm a mesma pergunta formal que nós temos, aquela que leva ao relatório ou ao artigo publicado. O simples fato de compor o grupo de análise, o fato de compor o grupo interpretativo para si é pesquisa e, de fato, é nele ou nas próprias pessoas que a pesquisa (educação) acontece. Essa noção de que o cotidiano pode ser um lugar de pesquisa-ação é a do reconhecimento de que nós sempre produzimos conhecimento que pode ser sistematizado e que faz confronto em redes de conversa.

As várias modalidades de formação

São várias as modalidades de formação, assim como são várias as modalidades de interação e integração, e são várias as modalidades de exposição quando falamos de práticas educativas. Temos a graduação nas diversas profissões da Saúde e a ênfase ou não desse ensino à terapêutica das necessidades em Saúde. A terapêutica como um processo multiprofissional, interdisciplinar e em rede com as práticas sociais pode ser uma tarefa da graduação nas profissões da Saúde se temos em vista a Saúde mental. A ênfase na multiprofissionalidade e na interdisciplinaridade, incluindo a busca de cenários comuns integrados (seja na sala de aula, seja em campo de práticas), é uma questão permanente à formação em Saúde Mental, menos aderida ao psicodiagnóstico e à prescrição de condutas.

As linhas de cuidado em Saúde Mental, pensando na horizontalidade da atenção e continuidade, em rede, em processos cuidadores, desarmam a rótulo dos serviços (hospital, CAPS, oficinas) em uma especificidade da especialidade Saúde Mental. A terminologia psiquiátrica ou manicomial atribuída aos serviços será sempre ruim porque incluirão essa margem de dobra na dobra que fizerem. Não é de serviços psiquiátricos ou manicomiais que precisamos, precisamos de atenção às singularidades que se expressam em sofrimentos e transtornos mentais, estes são expressões da existência. Na ordem do cuidado (não do diagnóstico ou da nosografia), mais se aproximam das noções de deficiência ou necessidades especiais que de doença. O conhecimento e os profissionais da psiquiatria, psicologia, psicopedagogia, atenção psicossocial etc. precisam integrar-se aos serviços de Saúde e/ou integrar em si a variação dos serviços de Saúde.

A horizontalidade e continuidade da atenção são demarcadores porque, na ordem do encaminhamento, fazem ver que, se eu encaminhei alguém, esse alguém continua em atendimento, seja porque eu acompanho a pessoa, seja porque estou ocupado com ela e o trânsito que ela estabelecerá nos serviços. Isso para os estágios acadêmicos é uma coisa muito ruim. A maioria de nós com formação em Saúde tem essa experiência nos estágios, vemos as pessoas que estão naquele serviço, encontramo-las num estado e acompanhamo-las na exata duração do estágio, atendemos ao estágio em que a pessoa se encontra. Não sabemos como ela engendra a vida sem pertencermos ao prolongamento da atenção. Pode parecer uma vitrine de várias coisas distintas a serem feitas. A linha do cuidado, então, vem dizer de outra disposição. Acompanhar pessoas no seu trânsito pelo serviço de Saúde.

Falei da graduação, mas há a especialização e as residências. As residências na Saúde Mental serão residências médicas ou residências na área profissional da Saúde Mental, destinadas para quaisquer profissões da Saúde que possam operar de maneira integrada e mais propriamente colocada dentro do SUS. Na residência, a noção de linhas de cuidado deveria ajudar a fazer com que cada especialidade se visse em qualquer serviço da rede de atenção, não apenas no serviço onde a residência está sediada. Por exemplo: vou fazer psiquiatria no hospital universitário: fico na área de internação, urgência e ambulatório desse serviço ou passo pela rede básica, oficina de geração de renda, apoio matricial à Saúde da Família, apoio matricial à educação especial, pelos vários perfis de CAPS, pelos equipamentos da cultura e sociais etc.? O que faz um profissional de psiquiatra em relação às práticas intersetoriais se isso não está presente na residência? Se a residência não opera com linha do cuidado, como apropriar-se de tal experiência? Se uma residência multiprofissional em Saúde Mental ocorre integralmente dentro de um CAPS, não sai desse lugar, não tem práticas intersetoriais e não tem práticas com a rede de serviços, é a mesma coisa. Depois que nós temos uma habilitação especializada, espera-se de nós a capacidade de apoiar generalistas ou especialistas de outras áreas, teríamos de ter sido expostos a tal aprendizagem, valor, possibilidade. É preciso que, ao longo da residência (formação de especialistas), tenhamos trânsito e formação na linha do cuidado, não em um único lugar.

A história de nossas residências é a de habilitar um serviço para que ele sedie a residência, oferecendo em seu interior as condições necessárias à competência técnica de um especialista daquela área. O conceito é o da habilidade em procedimentos de diagnóstico e de conduta naquele âmbito, inclusive porque se supõe especialistas em lugares especializados e exclusivos

da especialidade, lugar que recebe encaminhados. É atual e decorrente do debate sobre a transformação das redes hierarquizadas em níveis para as redes em tramas e linhas que as residências possam ser em locorregião (um conceito absolutamente enfatizado ao lançamento da política de educação permanente em Saúde), que a residência seja no município, que a residência seja na linha do cuidado, e não em um serviço como o lugar habilitado para ofertar programas de residência.

Especializações acadêmicas (não em área profissional das especialidades clínicas) podem ser dirigidas aos gestores, pensando principalmente na condução das políticas de Saúde Mental, para profissionais de quaisquer áreas, não necessariamente da Saúde, pensando na compreensão ampliada da Saúde Mental. Pode ser uma especialização em teorias e práticas da clínica, então estaria voltada aos profissionais do cuidado ou da atenção integral em Saúde Mental. Pode ser uma formação para educadores, pensando a condução de políticas e práticas de formação ou o desenvolvimento de práticas docentes, de preceptoria e de pesquisa. A residência não é única modalidade de formar especialistas, mas a opção pelo formato de cursos precisa envolver práticas didáticas de mobilização, convocação, exposição subjetiva dos alunos, para que não seja apenas informativa.

Outra modalidade de formação são as vivências ou vivências-estágio, vivências em serviços, em redes ou em sistemas de Saúde. As vivências têm sido trabalhadas em nosso país numa proveniência do movimento estudantil. Inicialmente surgidas entre os estudantes de ciências agrárias (agronomia e veterinária), prestavam-se a conhecer a realidade discrepante dos agronegócios, dominante na universidade, para aprender com as populações sem terra o significado da terra e da subsistência alimentar. Posteriormente, os estudantes de medicina provocaram a mesma ação, buscando a rede de atenção básica no SUS em contraponto ao desenho do hospital-escola ou do consultório privado. Mais recentemente, são os estudantes de psicologia que constroem territórios transdisciplinares de vivência em serviços substitutivos.

Tenho trabalhado com o conceito de vivência, que não é o de estágio formal dos cursos profissionais de graduação, nem o estágio curricular, mas a vivência em espaços abertos de trânsito aos estudantes, o que pode ser em serviços propriamente ditos, em uma rede ou em um sistema municipal de Saúde. Essas vivências são lugares de oportunidade e de oportunização de contatos, de confrontos, de experimentação, de exposição. No Rio Grande do Sul, há vários anos, a cidade de São Lourenço do Sul, uma cidade do extremo sul, acolhe ou

recebe estudantes organizados entre si nos meses de maio a cada ano como parte da luta antimanicomial, já faz parte da política municipal de Saúde Mental e da agenda dos diretórios acadêmicos dos estudantes de psicologia das principais universidades gaúchas. Os estudantes se organizam autonomamente, chamando à vivência de transdisciplinar em Saúde mental. Organizam-se entre si, não têm professores, a não ser professores convidados para abordar algum assunto ou instrumentalizar conceitos e práticas demandados, tem duração de 15 dias e envolve o serviço residencial terapêutico, os CAPS, as equipes de Saúde da família, o atendimento domiciliar e a produção cultural. Esse é um movimento em autogestão, volto então para a Educação Permanente em Saúde com seus movimentos de autoanálise e autogestão, tomando a própria educação como instrumento de gestão de cotidianos e montagem de redes de conversação.

A formação de Acompanhantes Terapêuticos também se coloca à formação em Saúde Mental. O acompanhamento terapêutico deve ser proposto hoje numa construção social entre redes de Saúde e movimentos populares ou de usuários. Uma vez que não constitui profissão regulamentada, pode abranger um arco não muito extenso de novos trabalhadores de Saúde que se põem ao lado dos usuários em uma relação de intensa alteridade. São profissionais do acompanhamento terapêutico os acompanhantes terapêuticos na clínica da psicose, os redutores de danos, os acompanhantes de idosos, os atendentes domiciliares, os apoiadores em integração e recursos para portadores de necessidades especiais, entre outros. Essa formação pode se dirigir à especialização profissional para trabalhadores de Saúde do nível médio, aperfeiçoamento para trabalhadores das profissões de Saúde e qualificação para trabalhadores em geral em serviços de atenção em Saúde mental, educação especial ou assistência sócio-educativa. Podem-se formar no acompanhamento terapêutico porteiros, serventes, cuidadores ou os responsáveis pelo projeto assistencial, todos aqueles que atendem demandas nas casas ou na rua. Nós ainda não sabemos como atender a população de rua, é difícil que moradores de rua venham aos serviços, não demandam serviços porque os serviços constituem um endereço que não necessariamente faz parte de sua estratégia ou de seu modo de estar no mundo. Precisaríamos ser capazes de, ao mesmo tempo que aprendemos a fazer um atendimento domiciliar, aprender a fazer o atendimento de rua, essas aprendizagens nós ainda não temos. Quando eu chamo por acompanhamentos terapêuticos, eu quero dizer de todo esse leque que precisa ainda se abrir, de que nós possamos dar conta de práticas diversificadas de formação.

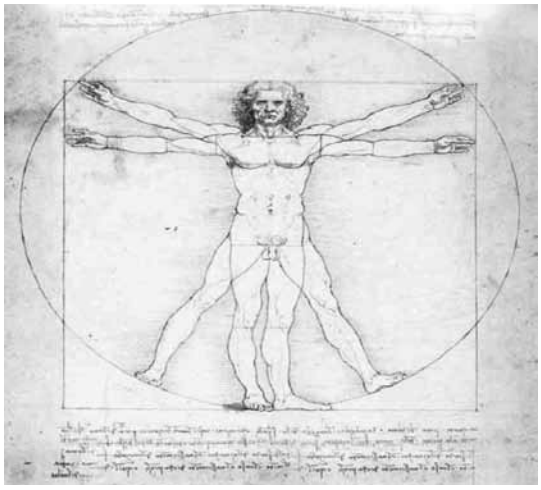
No Rio Grande do Sul, desde 1987, trabalha-se, no campo da Saúde Mental, com o conceito de **Saúde Mental Coletiva**, algumas acumulações sobre a

formação em Saúde Mental saem dessa formulação. Há algumas coisas escritas, temos a dissertação de mestrado da Sandra Fagundes, minha orientanda à época, que documenta o componente da formação que acompanhou a história e movimento da Saúde Mental Coletiva no Rio Grande do Sul (Fagundes, 2006). Entre as acumulações, uma é a de que a educação precisa tomar em foco o sistema de Saúde. Não é só habilidade ou habilitação para a clínica ou para a atenção, é necessário enfocar o sistema de Saúde, o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, as redes de atenção colocadas ou submetidas ao conceito de linhas do cuidado, as redes sociais, a atuação intersetorial e uma prática que tome como centro o encontro com o usuário. É importante dizer que entre as referências bibliográficas relevantes para essas posições estão Ana Marta Lobosque e Ana Pitta (Lobosque, 2001 e 2003; Pitta, 2001). Desde as acumulações da Educação Permanente em Saúde e das acumulações de Sandra Fagundes, Ana Marta Lobosque e Ana Pitta na Saúde Mental Coletiva, falamos em uma Educação em Saúde Mental.

A mandala e o *quadrilátero* da formação

Da Educação Permanente em Saúde, destaco, por fim, o conceito de **quadrilátero da formação** (Ceccim e Feuerwerker, 2004). O quadrilátero da formação é uma imagem que eu inventei para falar dos vetores de força em uma educação implicada com a produção social da realidade ou com os compromissos públicos da prática educativa. O quadrilátero envolve a evidência de correlação das práticas de ensino com as práticas de gestão de sistemas e serviços, com as práticas de participação e engajamento nos movimentos sociais e com as práticas clínicas ou práticas profissionais. Uso uma imagem de Leonardo da Vinci para expressar o quadrilátero da formação e sua condição de criação/invenção como mandala. Falo de *O Homem Vitruviano*, presente nos estudos da proporção.

Esse desenho coloca o homem de braços e pernas abertos. Riscando a forma que se obtém entre os braços e pernas abertos, temos um quadrado. Por fora do quadrado ele risca um círculo. Um quadrado dentro de um círculo é a forma básica da mandala, o círculo mágico. Da Vinci fala, então, sobre a mágica proporção do homem. Os braços e pernas estendidos do homem formam um quadrado (esquadrinhamento das coisas) e um círculo (a noção de um todo que extrapola coisas e esquadrinhamentos). A mágica proporção do homem está em ser ponte entre esses dois mundos: a possibilidade entre um mundo das formas e um mundo das invenções.



Se o quadrilátero está posto entre Formação, Gestão, Atenção e Participação, a mágica tarefa da educação é a de estabelecer esse movimento entre mundo das formas e mundo das invenções, o movimento da mandala. Essa é a imagem da mandala, ela tem uma forma visível cheia de formas invisíveis, que surgem de seu movimento de dobrar, desdobrar, dobrar. Na dobra e desdobra, são movimentos que conferem figuras à realidade. O coletivo que somos e a escuta que proporcionamos ao usuário vai desenhando formas à educação e à rede que passamos a fazer. O movimento do quadrilátero afirma que um dado modelo assistencial pode ser completamente modificado por efeito de mudança de práticas ou por efeito do encontro com os movimentos sociais. Estou colocando o modelo assistencial, as práticas em programas de Saúde, o ensino ou as práticas educativas e os fóruns ou instâncias populares como a provocação, então, para esse dobra-desdobra, essa imagem do quadrilátero que eu propus para que nós enxerguemos e pratiquemos a educação.

Essa imagem da mandala que eu coloco aqui também pode ser a que usei antes: círculos e redes. Os círculos e redes para pensar e inventar processos de educação e pesquisa têm memória em designações como os *círculos de cultura* em Paulo Freire (2008), a *pedagogia da roda* em Sebastião Rocha (2000), a *forma em círculo da aprendizagem* em Virgínia Kastrup (2005), a *rede de conversações* em Humberto Maturana (2001), a *sociedade em rede* em Edna Lúcia Silva (2002), a *rede de translação* em Bruno Latour (2000) e as *redes e círculos na produção de cultura* em Charles Kadushin (1976). Agrego a essas fórmulas as noções de *tema de dobradiça* em Paulo Freire (in: Freire-Dowbor, 2000), *intercessão e heterogênese*

em Deleuze e Guattari (1995), a *problematização* em Michel Foucault (1991) e a *localização de um desconforto intelectual* em Yves Schwartz(2004).

Na Educação Permanente em Saúde, são os cotidianos vivos ou as realidades vividas que colocam questões à educação. Aquilo que temos a ofertar faz sentido na medida em que produz dobra, encontro ou singularização com aquilo que pertence às pessoas. A dobra é dos dois lados. Um lado se permeabiliza pelas noções do outro, e o outro se permeabiliza pelas noções que são compartilhadas como ensino. Uma das interessantes experiências que temos com a Saúde Mental são os fóruns de Saúde Mental que se colocaram como redes de conversação, problematização das políticas, cruzamento de diversidades em intervenção, formulação e desafio formativo.

Por fim

Tendo em vista finalizar essa exposição, na linha mais das provocações que afirmações, trago o Caco, um cartunista da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), brincando com as invenções de Leonardo da Vinci. Usando aquela imagem que eu usei antes, ele criou um personagem que é o *Da Vinci*. Deixo por conclusão nada mais que o enunciado dos desafios da Educação Permanente em Saúde e das questões permanentes à Educação em Saúde Mental.

Viramos do século XX ao XXI. O cartunista Caco brincou com a sonoridade do nome de Leonardo da Vinci e o Século XXI, criando o personagem Da Vinci Um. O cartum que selecionei com o personagem expressa a potência de cuidar, de ensinar, de aprender e de propor mundos:

Parece-me que o desafio mais agudo à Educação Permanente em Saúde e as questões permanentes mais agudas à educação em Saúde Mental estão justamente aí: trabalhar com a informação, mas com a genealogia dos conceitos, não sua armadura; trabalhar com as abordagens psicoterápicas, mas com sua localização a partir dos encontros, não com a prescrição de condutas; trabalhar com a desospitalização, mas não apenas relativamente à internação, e sim em relação aos modelos de segregação e institucionalização de todos os tipos; trabalhar com a invenção em potência de ética de criação de mundos, com a potência que o cuidado em Saúde pode associar.

Referências bibliográficas:

CECCIM, Ricardo Burg e FERLA, Alcindo Antônio. 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 e MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 165-184.

CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, n. 14, v. 1, 2004, p. 41-65.

CECCIM, Ricardo Burg et al. Imaginários da formação em Saúde no Brasil e os horizontes da regulação em Saúde suplementar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, 2008, p. 1567-1578.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araujo (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 259-278.

DALDRY, Stephen (Diretor). *Billy Elliot* [Filme – drama]. Inglaterra: BBC/Tiger Aspect/Working Title Films, 2000.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

FAGUNDES, Sandra. *Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de Saúde*. 2006. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação, Grupo Temático de Educação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Ufrgs, 2006. 244p.

FOUCAULT, Michel. *O pensamento do exterior*. São Paulo: Princípio, 1990 [1966]. 76p.

FOUCAULT, Michel. *Respuesta a una pregunta*. Buenos Aires: Almagesto, 1991 [1968]. 39p. (Mínima)

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

FREIRE-DOWBOR, Fátima. Paulo Freire, um precursor. In: BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. *Textos do Brasil*, n. 7, mat. 3. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2000, p. 16-17.

KADUSHIN, Charles. *Networks and circles in the prodution of culture*. In: PETERSON, R. A. (Ed.). *The production of culture*. Beverly Hills: Sage, 1976. p. 107-123.

KASTRUP, Virgínia. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. *Educação & sociedade*, v. 26, n. 93, 2005, p. 1273-1288.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: UNESP, 2000.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. 200p.

LOBOSQUE, Ana. Marta. *Experiências da loucura: da questão do sujeito à presença na cultura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. 176p.

MATURANA, Humberto. *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. (Org.) *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ODDONE, Ivar et. al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.

PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 168p.

ROCHA, Sebastião. *A pedagogia da roda. Boletim Espacio para la infância* (Haia, Holanda: Bernard van Leer Foundation - BLF), n. 13, p. 24-29, 2000.

SCHWARTZ, Yves. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes: trabalho e educação. *Trabalho & educação*, n. 7, jul-dez 2000, p. 34-46.

SCHWARTZ, Yves. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. In: DANIELLOU, François (Coord.). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blucher, 2004, p. 141-180.

SILVA, Edna Lúcia. Rede científica e a construção do conhecimento. *Informação e Sociedade:* Estudos, v. 12, n. 1, 2002, p. 1-17.

STERN, Daniel N. *O mundo interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989 [1972]. 551p.

THIOLLENT, Michel. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis, 1985.