



# SAÚDE COLETIVA, PSICANÁLISE E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

## PUBLIC HEALTH, PSYCHOANALYSIS AND PERMANENT EDUCATION IN HEALTH

**Marta Conte**

Psicanalista. Sanitarista. Doutora em Psicologia Clínica. Pós-graduação na FIOCRUZ.

**Fátima de Barros Plein**

Psicóloga. Mestre em Letras. Docente e Pesquisadora da ESP. Coordenadora da CIES/ESP/RS.

**Marilla Silveira**

Acadêmica de Psicologia Unisinos e Bolsista CNPq na Escola de Saúde Pública

Correspondência

Escola de Saúde Pública/RS - Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul - Av. Ipiranga, 6311  
CEP 90610001 - Porto Alegre - RS - Brasil

### RESUMO

Neste artigo, nos propomos a problematizar o sujeito na saúde coletiva a partir de questões que surgem da prática da Educação Permanente em Saúde e da prática clínico-institucional desenvolvida na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Embasamo-nos em três perspectivas que se interseccionam: Saúde Coletiva, Psicanálise e Educação, analisadas à luz da Política da Educação Permanente em Saúde. Esta aproximação tem como objetivo contribuir com a possibilidade de consolidar uma saúde coletiva que aposta na alteridade e atende a complexidade da sociedade contemporânea.

### PALAVRAS CHAVES

Saúde pública. Psicanálise. Educação Permanente em Saúde.

### ABSTRACT

In this article we propose to discuss the subject in the public health issues arising from the practice of Permanent Education in Health and the clinical-institutional practice developed in the Public Health School of Rio Grande do Sul. Our discussion is based on three perspectives which intersect themselves: Public Health, Psychoanalysis and Education, examined in the light of the policy of Permanent Education in Health. This approach aims to contribute to the possibility of consolidating a public health that bets on alterity and serves the diversity of the complex contemporary society.

### KEY WORDS

Public health. Psychoanalysis. Permanent Education in Health.

## INTRODUÇÃO

O incitamento à escrita deste artigo nasceu da necessidade de se estabelecer um intervalo entre a prática em saúde coletiva e a produção de conhecimento que possa ser compartilhado entre os profissionais que transitam no campo da saúde coletiva e da psicanálise. A interlocução que se pode antever entre esses dois campos colabora com o distanciamento necessário para analisarmos nossas práticas em saúde por outros ângulos, produzindo diferença e desafiando-nos a dar sustentação ao que se vem trilhando na Escola de Saúde Pública/RS. Na interseção destes campos reconhecemos diferenças, mas também interesses que são mútuos e que vão ao encontro do que é essencial para ambos, isto é, a criação de condições favoráveis à fala, à escuta e ao trabalho de inclusão da subjetividade nas ações das instituições públicas de saúde.

Cotidianamente, na saúde coletiva, estamos às voltas com o tema da singularidade nos processos de trabalho e de produção, tanto de educação quanto de saúde, pois os entendemos como indissociáveis. As mudanças nas práticas profissionais que almejamos operam-se através de diferentes políticas, estratégias, arranjos e dispositivos. A Educação Permanente em Saúde, como uma destas propostas, desenha-se a partir do resgate do sujeito no processo de trabalho. Neste contexto, a aprendizagem acontece de forma distinta da educação formal, pois aquilo que andava da teoria para a prática, passa da prática à teoria através de outros percursos que valorizam os diferentes saberes, a cultura, os contextos sócio-econômico e político, e aqui a aprendizagem no trabalho torna-se um processo significativo, ancorado na elaboração da experiência para daí produzir teorias.

Outro aspecto que ressaltamos, de início, é o tipo de relação que se estabelece entre o

usuário e o trabalhador na perspectiva da aposta na alteridade como possibilidade da construção de uma saúde coletiva acessível a todos, mas com singularidade nas respostas, uma vez que o sujeito não se repete em série.

Para delinear os aspectos apresentados na introdução, situaremos alguns conceitos, como sujeito, clínica ampliada, saúde e saúde coletiva e os modos de operá-los através da mudança das estratégias de modelo, da ampliação da clínica e das condições de viabilidade desta perspectiva de trabalho.

### O sujeito contemporâneo: que invenção é esta?

A noção de subjetividade surge na passagem do Renascimento para a Idade Moderna, com a crise do Sujeito Moderno, que se consuma no final do século XIX. A experiência medieval era de amparo e constrangimento. Com a falência do mundo medieval e a abertura do ocidente ao restante do mundo, produzem-se perdas de referências, experiência de liberdade e a conseqüente condição de desamparo. Com o declínio da figura de autoridade, o Homem fica obrigado a escolher seus próprios caminhos e a arcar com as conseqüências de suas opções. É na sociedade contemporânea que as contradições do sujeito individual - social e coletivo se acentuam. Muitos autores problematizaram as fronteiras entre o psíquico e o social e a passagem entre Individual - Social e Coletivo. As formulações de vários deles valorizaram diferentes ângulos, da análise dos teóricos construtivistas sócio-históricos, de Vygotski a Paulo Freire, que trabalharam com a inseparabilidade do sujeito e do objeto, do coletivo e do individual. Trata-se de um movimento amplo com limites imprecisos, no qual se somam inúmeros autores com concepções completamente aplicáveis à Saúde Coletiva, como vem demonstrando os profis-

sionais ligados à denominada educação em saúde (VALLA, 1999; VASCONCELOS, 1999).

Em Freud (1980a), é possível identificar uma recusa à fragmentação contraditória das diferentes dimensões do sujeito. Entre consciente e inconsciente, ele sempre trabalhou numa perspectiva dinâmica, em que lógicas distintas estariam presentes o tempo todo. A psicologia individual é, também, psicologia social. As relações de um indivíduo com os pais, com os irmãos, com o objeto de seu amor, com seu médico, na realidade, todas as relações que até o presente constituíram o principal tema da pesquisa psicanalítica, podem reivindicar serem consideradas como fenômenos sociais.

Ao lado de outros autores como Tenório (2001), a leitura que fazemos pressupõe uma concepção de sujeito que integra a dimensão de sujeito do inconsciente, do sujeito da cidadania e do sujeito psicossocial. Considerar essas três dimensões é o que mais se aproxima do princípio da integralidade para a saúde coletiva. Cabe aqui não confundir integralidade com totalidade, uma vez que esse é um princípio que tem como premissa um sujeito complexo e não completo.

A concepção de clínica na saúde coletiva precisa ampliar-se, em oposição a práticas "amesquinhas" (TENÓRIO, 2001) e indiscriminadas (PAULON, 2004) que reduzem o sujeito à dimensão do biológico, do dever, da vontade e da performance. Há muitas objeções à clínica ampliada; entre elas, a perda da especificidade quanto aos limites de cada intervenção interdisciplinar, o risco da homogeneização e da perda de domínio dos diferentes saberes. No entanto, pensamos, como Tenório (2001, p. 73), que:

esta expressão tem um valor estratégico: de um lado preserva e afirma a *clínica* e sua tradição, de outro recusa uma concepção estreita,

incorporando à preocupação clínica inúmeros elementos antes manejados burocraticamente por serem expelidos como "extraclínicos".

A clínica à qual nos referimos inclui como eixos da prática, além do sujeito, o coletivo, a cidadania e a análise institucional. Numa prática clínico-institucional, não se escuta necessariamente um paciente, mas escutam-se os sujeitos que emergem da interseção com coletivos (profissionais/gestores, comunidade, usuários, etc), com relações institucionais, com relações políticas, com relações midiáticas, entre outras. Consideram-se na análise clínico-institucional as diferentes instâncias nas quais o sujeito busca inscrição e reconhecimento. Para este enfoque, é condição importante uma leitura interdisciplinar, que rompe fronteiras e práticas fragmentadas.

### **Mas de que saúde falamos?**

O conceito de saúde como qualidade de vida e processo social, presente no Sistema Único de Saúde (SUS), permite vislumbrar uma estrutura que provê as condições básicas de um relativo bem-estar e promove um amplo desenvolvimento do potencial humano e comunitário. Neste sentido, saúde não se resume à ausência de doença, pois ter saúde é poder conviver com as fragilidades expressas através de diferentes formas, entre elas as doenças, caracterizando-se pela capacidade de enfrentar adversidades.

Nos últimos anos, o conceito de saúde vem sofrendo modificações forjadas tanto pelo debate quanto pela urgência de uma mudança que acompanhe o dinâmico processo de transformação social. Partilhamos das idéias de Ceccim (1997), que propõe uma concepção de saúde como *defesa da vida* que busca olhar para os problemas como expressão de uma maneira particular de construir e levar a vida. Para ela,

as responsabilidades com a saúde afirmam-se para além do âmbito individual, envolvendo as práticas sociais e de atenção integral. A Saúde que tomamos como ponto de partida é essa que se propõe a promover a vida numa sociedade complexa, e isto é propiciado pelos processos cooperativos, pela formação de redes intersectoriais e pelo respeito às diferenças.

A Saúde Coletiva se situa no marco conceitual que está fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS e constitui-se como campo científico consolidado pela formulação de modos de operar que incidem no âmbito das práticas de saúde. Sustenta-se por um campo interdisciplinar dinâmico, renovado e recomposto a partir de uma produção teórica ousada e consistente, enfrentando diversas interrogações e dilemas. As crises na saúde - científica, econômica e política - lançam novos desafios para a saúde coletiva neste século XXI (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). O nascimento da ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), em 1979, consagrou, segundo Ceccim (2001), a participação das ciências sociais e das ciências humanas na compreensão do que realmente promove saúde e nas chances de efetiva interferência pela qualidade do cuidado à saúde. O autor define:

[...] assim, o campo de estudos da saúde pública que toma em conta o estudo interdisciplinar das ciências da saúde, das ciências sociais e das ciências humanas passou a ser nomeado como campo da saúde coletiva (CECCIM, 2001, p. 32).

Esta retrospectiva mostra, então, como se redimensiona a concepção de saúde pública via ampliação dos campos de conhecimento que até então compunham o espectro conceitual da mesma. Com a incorporação definitiva de outros campos de conhecimento, a educação em saúde coletiva vai se abrir à complexidade da transdisciplinaridade e transectorialidade (rompendo fronteiras entre diferentes disciplinas e setores).

## **Uma saúde acessível a todos ou uma saúde igual para todos? Coletividade ou massa?**

O SUS é uma perspectiva que nasce primeiro como utopia, diante de uma sociedade em profunda transformação e da necessidade urgente de reformulações em diferentes âmbitos. Na década de 1970, importantes movimentos são encabeçados por intelectuais, trabalhadores e líderes políticos ligados à saúde que compartilhavam uma concepção histórica e social do processo saúde-doença e da adoção de novos dispositivos legais e administrativos para a organização do sistema de saúde.

Muitas mobilizações, reuniões e movimentos ocorreram com instituições de destaque para a saúde (ABRASCO - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva e CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) resultando no reforço do movimento sanitário. O que ficou como marco histórico para a reforma sanitária foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs a reforma administrativa e a unificação das instituições e serviços de cuidados médicos em um único Ministério da Saúde, que ficaria com a responsabilidade pela condução e gestão de toda a política de saúde (ROSA; LABATE, 2005).

A construção legal do SUS é fruto de uma história que foi coletiva e contemplou, portanto, diferenças, tensionamentos, avanços e retrocessos. O processo de implementação foi obviamente sustentado por atores que já tinham práticas anteriores, arraigadas em modelos e concepções de saúde que se contrapunham, muitas vezes, ao que se vinha construindo como desejo daquele coletivo.

O que foi primeiro desejo de muitos e para todos, transformou-se em uma arrojada proposta de um sistema de saúde no nosso país. Foi desse coletivo que emergiu a concepção de saúde que se queria e foi formalizada atra-

vés da Lei 8080/90 com a designação de Sistema Único de Saúde. Os princípios e diretrizes que orientam sua implementação são universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Aqui vamos focalizar a integralidade, um dos princípios fundantes do SUS, que tem um lugar central na atenção em saúde pelo reconhecimento, na prática dos serviços, das várias dimensões e necessidades dos sujeitos, a saber: educação, saúde, assistência social, geração de renda, esporte, lazer e cultura, entre outras. Estas necessidades e dimensões são contempladas através de várias modalidades de serviços e áreas, diferentes níveis de complexidade e interdisciplinaridade, visando a uma atenção integral.

Em relação às diretrizes para os serviços de saúde, construiu-se com a clínica ampliada uma forma de operacionalizá-las, valorizando alguns aspectos: o vínculo entendido como a

humanização da relação com o/a usuário/a, na sua singularidade, reconhecendo em cada um a capacidade crítica de escolha da modalidade de atendimento que melhor esteja adequado às suas necessidades. A responsabilidade integral pela atenção aos sujeitos considera a especificidade de crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas em situação de rua e pessoas institucionalizadas. A co-responsabilidade que envolve o contrato de cuidados entre os profissionais e usuários, sendo que esse contrato se caracteriza por engajar a todos e a cada um dos atores (considerando as suas diferentes funções na rede). A cada nova combinação (individual ou coletiva, terapêutica ou preventiva) estabelecida, considera-se o engajamento do usuário no processo de atenção à saúde, a sua história de vida, a cultura, a sua singularidade, suas inter-relações na sociedade, reconhecendo o saber de cada um sobre suas potencialidades e fragilidades (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

A humanização da atenção e gestão é a responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a sociedade, e o estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população. Entre os princípios desta política, encontram-se o protagonismo, a co-responsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos. Atenta-se para as responsabilidades compartilhadas em uma construção coletiva dos processos de gerir e cuidar que logram maior efetividade quando se afirma a autonomia de sujeitos e dos coletivos.

A constituição de redes dá contorno aos princípios e diretrizes acima descritos ao considerar os diferentes saberes sem situar fronteiras, permitindo fluxos, laços, responsabilidades compartilhadas, possibilidades de trânsitos entre eles de forma inusitada, sem a ilusão de recuperar uma unidade perdida (GALLO, 1997). Além disto, supera as limitações das disciplinas em favor de um diálogo

entre os sistemas teóricos que, ao mesmo tempo, rompe com os limites disciplinares estabelecidos (BRICEÑO-LÉON, 2002). Aprender a construir integralidade e inter- (ou trans) setorialidade é um dos modos de intervenção propostos através da Educação Permanente em Saúde e da Clínica Ampliada, aprofundadas mais adiante.

Neste ponto, abrimos espaço para pensar como estabelecer uma interseção entre uma proposta que é "para todos iguais" com uma teoria que convoca o sujeito a uma posição singular? Teoria esta que tem como um dos eixos centrais a alteridade, o respeito à diferença e ao desejo. E o coletivo, como significante que, em princípio, serviu para instaurar um movimento de direitos, uma saúde para todos como garantia de inclusão.

Cabe aqui diferenciar coletivo e massa. A palavra coletivo tem entre seus significados "sociedade, aquilo que, mesmo estando no singular indica um conjunto de pessoas, animais ou coisas" (FERREIRA, 1980). Em contrapartida, enquanto coletivo aponta para conjunto, combinado, unido a outro, a massa aponta para um apagamento das diferenças; trata-se de quantidade, de indiferenciação. Com o passar das décadas, das lutas e organizações sociais, construímos, do ponto de vista legal, esse direito de todos e caminhamos no sentido de uma construção de fato, o que pressupôs um movimento dinâmico, com momentos de muitos tensionamentos, estancamentos, avanços, crises, produções, melhorias, problematizações, superações, etc.

Nesse processo em construção, em alguns momentos, as demandas sociais em saúde foram acolhidas através de ações que não consideraram as especificidades subjetivas que emergiam dos coletivos, caracterizando-se como respostas massificadas. O que era igual para todos no direito à saúde passou a ser para "todos iguais". O que era para ser singular pas-

sou a ser padrão. Daí não se saber o nome, não se escutar um pedido, não se formular uma pergunta e não se realizar um acolhimento que é sempre singular.

O profissional reiteradamente silenciado pela impessoalidade dos procedimentos em saúde, herança de uma concepção fragmentada, falou. Denunciou através de sintomas como embrutecimento e/ou adoecimento, deixando no caminho dúvidas sobre como construir uma saúde coletiva para todos, considerando que esse todo não fosse mera soma de iguais, mas uma composição de diferenças.

Desse processo, gradativamente, vamos construindo estratégias para lidar com esses dois campos: a Saúde Coletiva e a Psicanálise. Apesar do próprio Freud (1980b) ter considerado impossível educar, curar e governar; considerava de alto valor social o trabalho realizado por aqueles que se empenham na educação e na gestão. Concordamos com ele sobre os desafios colocados neste empreendimento que articula saúde, educação, trabalho e psicanálise na gestão da saúde pública.

Entretanto, a despeito de toda construção que considera as várias dimensões do sujeito, como situado anteriormente, encontramos, ainda, com o desafio de movimentar concepções instituídas que olham para a doença, o órgão, o direito, o dever, a classificação, o sintoma, mas nem de longe escutam um sujeito que toma posição em um determinado laço social. Sabemos que um sujeito interroga de um lugar sem cópia, o qual ele mesmo desconhece.

A Saúde Coletiva tem articulado a política, a gestão e a atenção com saberes e experiências de diferentes áreas do conhecimento. Podemos elencar a psicanálise, a análise institucional e a educação.

Neste movimento constante de aproximar diferenças, conviver ao mesmo tempo com o que gostaríamos, o que queremos, o que conseguimos, o que precisamos reformular, bus-

camos estratégias e alternativas para mobilizar recursos que permitam abrir vias de escuta, espaços de criação e autoria para todos os envolvidos no movimento de promover saúde e cuidar de si e do outro.

### **Mas por que a educação?**

O que entendemos aqui por educação compreende uma concepção de educação que é ao mesmo tempo estratégia, prática e política. Tem como objetivo incidir na qualificação dos profissionais da saúde, na transformação do modelo de atenção e na formação dos futuros profissionais. Visa a uma educação articulada com a realidade política e as necessidades de saúde da população em um território, bem como a transformação das práticas, contribuindo com a consolidação da reforma sanitária. Talvez a única possibilidade de manter esse processo dinâmico seja através de uma educação que se aproxime da psicanálise, do campo do sujeito e do desejo.

Em uma interlocução com a psicanálise, torna-se necessário discutir o termo educação, pois desde sempre esta não tem sido uma combinação possível. Como se sabe, o inconsciente não se submete a fórmulas pedagógicas de qualquer ordem e nem é objetivo da psicanálise comprometer-se mais do que com a possibilidade de surgimento e as condições para um sujeito manter-se desejante. Diante disto, é preciso também re-visitare brevemente o universo conceitual que re-significa o próprio conceito de ensinar e aprender. Afinal, o que se ensina no ensinar, a não ser a possibilidade de desejar aprender? Pois, como escreve Freire (1999), o educador educa a fome do desejo.

Considerando, ainda, neste mote, a idéia de que antes de oportunizar um saber é necessário assegurar-se de que o aprendiz sente falta deste saber, e que este vem a dar-lhe uma resposta a um problema. Ainda, sabe que, para

um problema surgir, são necessárias instigantes e exigentes experiências participativas nas quais se possa viver prática e efetivamente os caminhos de uma indagação (PAIN, 2005, p. 24).

Assim, busca-se uma educação que promova algumas paradas necessárias em meio ao grande volume de trabalho que a saúde coletiva demanda, permitindo ao trabalhador que elabore sua prática, instale o espaço, a dúvida, a incerteza, possibilite novos caminhos e novos movimentos do desejo. Ao mesmo tempo, deve legitimar nos coletivos (pares, usuários e comunidade) suas práticas que, muitas vezes, são inovações e criações no trabalho e que não são reconhecidas, necessitando um olhar externo que as re-situe.

### **A Política de Educação Permanente em Saúde**

Nesta perspectiva, o governo federal propôs como uma das estratégias de implementação do SUS a Política de Educação Permanente em Saúde. Para isso, em substituição à antiga portaria de 1996 (BRASIL, 1996) que regulava a política até 2006, foi publicada a Portaria GM/MS nº 198, em agosto de 2007 (BRASIL, 2007), a qual dispõe as diretrizes de implantação da política de educação permanente em saúde no país. A portaria traz uma proposta abrangente em que gestores, trabalhadores em saúde, instituições formadoras e controle social se articulam para promover e construir mudanças nas práticas profissionais.

O conceito de educação permanente não é novo e nem nasce no campo da saúde, mas para esse trabalho é importante estabelecer que a ESP/RS assumiu a proposição do Ministério da Saúde nesta Portaria, que define educação permanente do seguinte modo:

Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incor-

poram ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2007).

Esse convite, feito aos profissionais de saúde, a falar e colocar-se como sujeito, busca dar sentido ao seu fazer e a seu espaço de trabalho. Freud deixa transparente, ao longo de sua obra, a função estruturante do trabalho para a saúde psíquica, apontando para um caminho de investimento libidinal que dá conta de uma parte importante do psiquismo. Ele acreditava que o trabalho tem um efeito mais poderoso que qualquer outro aspecto da vida humana de vincular uma pessoa à realidade, e chega a resumir como propósito da existência humana amar e trabalhar. Contudo, essa perspectiva inscreve-se na possibilidade de um trabalho criativo, em que seja possível deixar marcas e deixar-se marcar.

Dejours (2000) analisa a loucura do trabalho e aponta o sofrimento psíquico gerado pela constante alienação do homem ao seu fazer e às estratégias de defesa que acompanham o processo de adoecimento no trabalho. O trabalho é problematizado por Dejours e Mehry em suas obras, quando se caracteriza como um conjunto de procedimentos indiscriminados, padronizados, "eficientes" e neutros, em relação aos quais a singularidade, a humanidade e a criatividade não têm lugar.

Entrar no campo da saúde tendo como premissa a afirmação da vida (CECCIM, 1997) implica irremediavelmente considerar que a sustentação das práticas profissionais é feita

por sujeitos e para sujeitos e que como tal, se não se apropriam de seu processo de trabalho, adoecem. Esse processo de trabalho criativo implica respeito ao desejo. Neste sentido, podemos acrescentar que o sujeito da saúde coletiva não é altruísta, pois ele mesmo é um dos beneficiários do laço que se estabelece nos coletivos que possibilitam reconhecimento e testemunho compartilhado de suas experiências.

A educação permanente em saúde é uma estratégia, uma política e uma prática em serviço, na qual a aprendizagem a partir dos processos de trabalho devolve um lugar de sujeito a quem trabalha com saúde. Inverte a lógica de objeto que recebe conteúdo e reproduz um fazer, para deixar emergir um sujeito que produz conhecimento a partir de uma prática engajada que lhe permite investir libidinalmente no trabalho.

Nesta estratégia, diferentes segmentos, a saber: trabalhadores em saúde, instituições formadoras, gestores e controle social se articulam para pensar ações de qualificação e mudanças nas práticas profissionais com vistas à co-responsabilização da construção de uma saúde coletiva.

Tecemos algumas idéias que permitiram aproximar educação, saúde e trabalho, acolhendo as contribuições da psicanálise. É o processo do trabalho que tem nos indicado quais saberes são necessários para a qualificação da atenção aos usuários e a melhoria das condições de trabalho no SUS. E é na interface da Educação com a Psicanálise que encontramos subsídios para construir um processo que possibilite e reconheça o desejo, engaje cada um com a saúde de todos, inclusive com a própria.

Cabe deixar como questão as nuances de cada um dos discursos dos segmentos envolvidos nos processos de condução da Educação Permanente em Saúde como diferenças que sirvam à reflexão de como, em cada espaço, o



mesmo sujeito que também é usuário, trabalhador, ator, enfim, envolvido na construção da sociedade, opera e protagoniza as necessárias transformações sociais e de saúde. Para além das possibilidades de articulações conceituais entre psicanálise e saúde coletiva, diálogo que está apenas começando, os profissionais que transitam nestes campos vão construindo alternativas em saúde para a coletividade, na qual estão inseridos. Pensar esse processo e contribuir para essa construção é o objetivo primeiro deste movimento de interlocução.

Para finalizar, pensamos que o exercício desta escrita lançou-nos ao risco, possibilitou deixar um rastro, um pedaço de trilha entre os campos da Psicanálise e da Saúde Coletiva. Esperamos que ele possa germinar, pulsar, fazer laço e produzir sempre novas perguntas, novos espaços e ideias, pois como propõe Fernández (1997), escrever é também uma necessidade de ir deixando marcas do nosso pensar e do nosso desejar quando nos ausentamos.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 setembro 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Grupo de Trabalho de Humanização**. 2.ed. Brasília, DF, 2008. 16 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 ago. 2007.
- BRASIL. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2002.
- BRICEÑO-LÉON, R. (Org.). **Violencia, sociedad y justicia**. Buenos Aires: Clacso, 2002.
- CECCIM, R. B., ANTONACCI, P.A. (Org.). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida**. Porto Alegre: UFRGS, 1997.
- CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 23, dez. 2001.
- COSTA, A. **A ficção de si mesmo: interpretação e ato em psicanálise**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.
- CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: BRASIL Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001.
- DEJOURS, C. Nouvelles formes d'organisation du travail et lésions par efforts répétitifs (LER): approche par La psychodynamique du travail. In: SZNELWAR L.; ZIDAN, L. (Org.). **Trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços**. São Paulo: Plêiade, 2000. p. 421-428.
- LANCMAN, S.; SZNELMAN, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz : Paralelo 15, 2004. 346 p.
- FERNÁNDEZ, A. Aprender a escribir inscribiendo el aprender. Aportes desde la clínica y desde la formación en psicopedagogía. **Revista Escuela Psicopedagógica de Buenos Aires**, Buenos Aires, v. 4, p. 05-15, 1997. mar. 1997.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Médio dicionário: Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1980.
- FREIRE, M. O sentido dramático da aprendizagem. In: GROSSI, E. P.; BORDIN, J. (Org.) **Paixão de aprender**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 262 p.
- FREUD, S. **A psicologia das massas e a análise do eu [1921]**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1980a.
- FREUD, S. Prefácio à juventude desorientada, de Aichhorn (1925). In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira**

**leira das Obras Completas de Sigmund Freud.**

Rio de Janeiro: Imago, 1980b. v. 19.

GALLO, S. **Ética e cidadania:** caminhos da filosofia. Campinas: PAPIRUS, 1997.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R.. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. **Psicologia: teoria e pesquisa.** Set/dez. 2005, Vol. 21, n. 3, pp. 359-364.

PAIM, J. S.; AIMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, v.32, n.4, p. 299-316, 1998.

PAIN, S. **Corpo, pensamento e aprendizagem.** Porto Alegre: GEEMPA, 2005. 27 p.

PAULON, S. Clínica Ampliada: Que(m) demanda ampliações? In: FONSECA, T. G.; ENGELMAN, S. (Org.). **Corpo Arte e Clínica.** Porto Alegre: UFRGS, p. 259-274, 2004.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Coord.). **Saúde Loucura.** v. 2. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 131-138.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, nov./dez., 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Guia de Serviços de Saúde Mental, 2002.

TENÓRIO, F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, n. 15, supl. 2, p.7-14, 1999.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, Ministério da Saúde, 1999.

Recebido em: 06/08/2009

Aprovado em: 25/11/2009