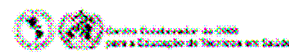
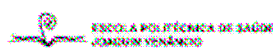




Análise da Política de Educação Permanente de Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde

RELATÓRIO FINAL



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE

**Análise da Política de Educação Permanente em Saúde:
um estudo exploratório de projetos aprovados pelo
Ministério da Saúde**

RELATÓRIO FINAL

Rio de Janeiro
Dezembro, 2006

Organização:

Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (OTS)
Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS)

Equipe de pesquisa:

Monica Vieira – pesquisadora do OTS/LATEPS
Anna Violeta Ribeiro Durão – Pesquisadora PAETEC/LATEPS
Carlos Maurício Guimarães Barreto – Pesquisador do LABORAT/EPSJV
Valéria Fernandes Carvalho – Pesquisadora Associada/LATEPS

Consultoria:

Lúcia Maria Wanderley Neves
Professora-Pesquisadora do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico (PAETEC)
vinculada ao LATEPS/EPSJV

Apoio à Gestão do Projeto:

Josiane Ribeiro Silva
Assistente de Gestão Educacional do LATEPS

Projeto Gráfico

Marcelo Paixão
Programador Visual/EPSJV

Colaboradores:

Júlio César França Lima - Coordenador do OTS e Pesquisador do LATEPS
Ialê Falleiros Braga - Pesquisadora do OTS/LATEPS
Ana Lúcia Abrahão – Pesquisadora do LABGESTÃO/EPSJV

Agradecimento:

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, especialmente ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES/SGTES/MS.

Este projeto de pesquisa foi financiado com recursos do Ministério da Saúde e apoio da OPAS, no âmbito do Plano Diretor para o biênio 2004-2006 da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1. EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONCEITOS EM MUTAÇÃO	8
A EDUCAÇÃO CONTINUADA E O MODELO HOSPITALAR	8
DO MODELO HOSPITALAR AO MODELO COMUNITÁRIO: METAMORFOSES DA EDUCAÇÃO CONTINUADA	12
2. EDUCAÇÃO PERMANENTE: UM NOVO DIRECIONAMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE	16
A DÉCADA DE 90 E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	22
3. A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - PNEPS	30
FUNDAMENTOS DA PNEPS	33
<i>ENFOQUES TEÓRICOS NA PNEPS</i>	46
4. O MATERIAL EMPÍRICO	53
<i>ANÁLISE DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</i>	65
A PNEPS E O MODELO DE COMPETÊNCIAS: ALGUMAS PECULIARIDADES.	65
A RELAÇÃO FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	77
INSTITUIÇÕES RESPONSÁVEIS PELAS AÇÕES NA PNEPS	81
A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PNEPS	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DEGERTS – Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PT – Pareceres Técnicos

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

APRESENTAÇÃO

Este relatório discorre sobre os resultados finais da pesquisa “Análise da Política de Educação Permanente em Saúde – um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde”. A pesquisa objetivou analisar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), no sentido de cotejar a proposta formulada e a sua implantação. Para tanto, buscou-se entender as especificidades que os conceitos de educação continuada e permanente adquirem na área da saúde e analisar o direcionamento dado à política de educação permanente pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) — compreendendo seus fundamentos, contornos, possibilidades e limites frente às políticas de saúde no contexto atual.

Neste sentido, sem desconsiderar os avanços que possíveis práticas locais tenham alcançado, a análise realizada se centrou no potencial desta política para alcançar os objetivos anunciados, buscando viabilizar as transformações das práticas e redirecionar o modelo assistencial.

O desenvolvimento desta pesquisa pressupôs a definição de um trabalho realizado a partir de eixos de análise inter-relacionados:

- Análise das especificidades do governo atual no conteúdo e forma das políticas de gestão da educação na saúde e suas repercussões na implementação da política de educação permanente em saúde.
- Análise das principais características e finalidades da formulação da política de educação permanente em saúde.
- Análise das concepções e dos direcionamentos dos projetos de educação permanente em saúde aprovados pela SGTES/MS.

Assim, a análise da formulação da Política de Educação Permanente em Saúde foi realizada mediante leitura dos documentos elaborados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde, revisão da literatura sobre a temática e da bibliografia referente às políticas sociais.

Já a análise da implantação da política foi possibilitada pelo mapeamento dos projetos apresentados ao Ministério da Saúde e dos Pareceres Técnicos relativos aos projetos aprovados,

identificando-se os elementos constitutivos dos mesmos. Essa seleção foi motivada tanto pela possibilidade desses pareceres captarem os contornos que a política de educação permanente em saúde vem adquirindo no âmbito nacional. Delimitou-se, como período de análise, os Pareceres Técnicos referentes aos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde entre junho/2004 a junho/2005¹.

A construção do objeto de estudo foi possibilitada mediante a definição de determinados procedimentos metodológicos:

- Estudos de aprofundamento dos referenciais teórico-metodológicos de análise do material.
- Revisão da produção acadêmica: identificação de teses, dissertações e artigos relacionados ao tema de forma a perceber as principais concepções da produção acadêmica a esse respeito;
- Organização e análise dos documentos oficiais – leis, decretos, portarias, no sentido de identificar de que forma se explicitam as principais diretrizes e características da política de saúde a partir dos anos 90 do século passado;
- Análise dos documentos oficiais – leis, decretos, portarias, documentos de referência e atas de reuniões acerca das questões que envolvem o campo da gestão da educação na saúde, no sentido de identificar de que forma se explicitam as principais diretrizes, características, e enfrentamentos dessas políticas e suas relações com a educação permanente em saúde;
- Identificação e caracterização dos projetos de educação permanente em saúde.

A perspectiva teórico-metodológica deste trabalho baseou-se na análise de documentos públicos, tentando identificar os argumentos, as premissas, objetivos e público-alvo das políticas de gestão da educação na saúde, com ênfase na educação permanente em saúde. Esta análise caracteriza-se pela organização dos documentos (Perelman, 1999), no sentido de identificar as estratégias empreendidas na construção de seus ideários e de suas práticas.

¹ Nesse sentido a presente pesquisa trata do que podemos chamar de primeiro momento da política de EPS, anterior a alteração da equipe ministerial responsável pela Gestão da Educação na Saúde, ocorrida no final de 2005.

Assim, buscou-se compreender tanto o contexto histórico em que os conceitos de educação continuada e permanente em saúde foram gestados, correlacionando os diferentes modelos de saúde implantados no Brasil e a visão de formação profissional a eles correspondente quanto, a partir da análise do material empírico, os contornos que a PNPES vem assumindo.

A pesquisa buscou, dessa forma, desvelar os diversos sentidos e noções que fundamentam a política de educação permanente em saúde, no intuito de propiciar a reflexão e o necessário debate voltado para a construção de um projeto que favoreça a emancipação da classe trabalhadora. Acredita-se que para a construção de um projeto mais orgânico, contra-hegemônico, é fundamental colocar em ordem as idéias, dando clareza às contradições que se colocam no campo teórico e suas reais repercussões no SUS.

1. EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONCEITOS EM MUTAÇÃO

A educação continuada e o modelo hospitalar

Motta (1998), analisando as Conferências Nacionais de Saúde assinala que o conceito de educação continuada não aparecia nas disposições gerais sobre a necessidade de qualificação e que só a partir da VI Conferência, em 1977, é que o termo passa a ser, sistematicamente, utilizado. No entanto, acrescenta que embora o conceito ainda não aparecesse explicitamente nas conferências, sua concepção estava ligada à formação médica, nos anos 50. Somente em 1963, a preocupação com a educação continuada começa a abranger também a necessidade de formação para o nível médio.

Nesse momento, através da Previdência Social, torna-se possível uma maior articulação entre setores públicos e privados, contribuindo para a expansão do modelo hospitalar no país. Esse modelo contribuiu também para o crescimento da indústria farmacêutica e a de equipamentos, como destaca Teixeira et alli (1998:54).

“A ampliação da capacidade hospitalar ocorreu, portanto, através da expansão do setor particular lucrativo. Essa tendência aponta para o fato de que a política de financiamento da rede privada pela Previdência Social, através de convênios e credenciamentos, após a criação do INPS promoveu a consolidação de um ‘complexo médico industrial’ baseado na capitalização da medicina atendendo a interesses fundamentais privados.”

A atenção à formação do pessoal de nível médio, bem como a necessidade do aprimoramento dos médicos em serviço, estavam ligadas tanto ao modelo hospitalar de saúde ampliado durante a década de 60, quanto à teoria do capital humano² que começava a espalhar-se pelo Brasil.

² A teoria do capital humano alardeava o vínculo direto entre maiores níveis educacionais e crescimento econômico. Para o governo militar, a difusão da teoria do capital humano acabava por justificar a desigualdade presente na sociedade brasileira, na medida em que as causas do subdesenvolvimento do país ficavam atreladas, estritamente, à falta de educação da população.

A partir daí, o trabalho médico começa a se distanciar, definitivamente, do modelo artesanal e autônomo. Se antes a assistência em domicílio ou no consultório médico era o *locus* principal da assistência, nesse momento passa a se estruturar em uma organização coletiva de produção, tendo o hospital como centro do atendimento em saúde.

Como assinala Cordeiro (1984), cresce o número de hospitais que passam a ser regidos pela lógica do funcionamento empresarial. A concentração do atendimento nos hospitais se dá, em grande medida, pela necessidade de um grande aparato tecnológico para realizar diagnósticos e tratamentos, o que acarretava a necessidade de concentração de recursos (Silva Junior, 1996; Possas, 1981; Lima, 1996).

Nesse contexto distancia-se a relação direta entre médico e paciente, bem como entre o médico e os seus instrumentos de trabalho, pois entram como intermediários do ato terapêutico novos meios de trabalho, que substituem e complementam o ato clínico (Donnangelo e Pereira, 1976). Com a entrada desses novos meios de trabalho cresce a demanda por uma força de trabalho intermediária. Se, no modelo artesanal, a intervenção dependia do discernimento, da intuição e da criatividade individual de cada médico, no modelo hospitalar, apesar deste continuar tendo o controle sobre o trabalho, passa a ficar mais dependente do trabalho de inúmeros trabalhadores que atuam no setor.

A racionalização industrial, com seus métodos tayloristas de gestão, intensificava-se na área da saúde. Deste modo, o trabalho torna-se cada vez mais fragmentado, obedecendo a critérios de eficiência e produtividade que serão organizados em normas e condutas capitaneadas pelos médicos e/ou equipes médicas, realizando um trabalho interdependente que agrega diversos profissionais para o atendimento em saúde (Possas, *idem*). Corolário deste processo, o profissional de nível superior aparece como o detentor do conhecimento e do poder que delega atribuições aos demais trabalhadores. O atendimento em saúde continua centrado na figura do médico, na medida em que o trabalho especializa-se ainda mais devido à necessidade de suprir o avanço dos conhecimentos na área de saúde e a complexidade do tratamento das doenças. Fica a seu cargo delegar partes do trabalho a outros profissionais, detendo o poder de decisão quanto aos procedimentos a serem tomados (Pires, 1998).

Neste momento, assiste-se à incorporação de novas tecnologias nas práticas médicas e hospitalares, intensificando-se o uso de equipamentos médicos, a automação de testes laboratoriais, entre outros. Lima (idem) destaca que tais transformações acabaram por polarizar os profissionais da saúde, pois de um lado houve um aumento de profissionais de nível superior e, de outro, um grande contingente de mão-de-obra desqualificada.

Em decorrência desta divisão do trabalho médico hospitalar acentua-se a necessidade de qualificar a força de trabalho. Assim, o conceito de educação continuada foi se estruturando, essencialmente, como um meio de formação em serviço. Tratava-se de formar rapidamente uma mão-de obra que atendesse o setor em expansão. Com efeito, a 4ª Conferência Nacional de Saúde (1967) ressaltava a necessidade de formação em curto prazo para diversos profissionais de nível médio e elementar, ressaltando a necessidade de um estudo metuculoso sobre o mercado de trabalho, no sentido de detectar as demandas de qualificação.

Assim, grande ênfase é dada ao treinamento como forma de ajustar os profissionais a sua atividade nos serviços. Estes treinamentos acabaram-se configurando como cursos estanques, dirigidos a cada especialidade profissional. Estes cursos visavam, principalmente, à atualização dos conhecimentos na área médica e programas de aperfeiçoamento em serviço (Motta, 2002).

3

O modelo hospitalar, nos países centrais, começa a ser questionado na década de 70, criticando-se a sua ineficiência e a iniquidade dos serviços e, principalmente, o custo crescente nos investimentos. A economia passava por profundas transformações, pois com a sobreacumulação do capital, a super produção de mercadorias e a conseqüente queda tendencial da taxa de lucro, o capitalismo viu-se às voltas com uma nova crise, evidenciadas também pela:

³ Mills (apud Pires,1998) salienta que nos Estados Unidos o hospital se constituiu em um lócus de formação, principalmente para a área de enfermagem, pois os alunos prestavam serviços voluntários , em troca de alimentação, tratamento médico, aprendizagem etc. Tornava-se mais vantajoso para o hospital treinar os seus profissionais em serviço do que contratar uma mão-de-obra formada. Processo similar ocorreu na formação dos enfermeiros no Brasil, pois grande parte das enfermeiras aprendia o seu trabalho no próprio serviço, sendo que apenas uma minoria possuía curso superior ou uma formação profissional técnica. Em grande medida, devido ao custo elevado da contratação de profissionais com um maior nível de formação. Assim, a hierarquização e o parcelamento das funções da enfermagem permitiram a especialização em procedimentos simples que não demandavam maiores níveis de formação. Esta fragmentação das tarefas gerou uma maior hierarquização das funções dos serviços em saúde, pois tínhamos os enfermeiros, o técnico de enfermagem, os auxiliares de enfermagem e os atendentes.

crise do petróleo, o acirramento da competição entre os países em uma economia cada vez mais mundializada e a própria resistência dos trabalhadores ao trabalho repetitivo característico do modelo de produção taylorista/fordista. Estes fatores apontavam que novas soluções deveriam ser tomadas para que o capital lograsse a sua expansão. No campo político há um resgate das idéias de Hayek, onde o mercado é ressaltado como o grande regulador da economia, reforçando-se a lei da oferta e da procura e da vitalidade da concorrência como a melhor forma de garantir e retomar as bases de produção, reprodução e acumulação do capital. Vale a pena destacar que a crise do fordismo acabava por colocar em xeque o papel do Estado como regulador social, pois o crescimento do desemprego aumentava a procura pelos serviços estatais. Como consequência da crise os organismos internacionais, capitaneado pelo Banco Mundial, começam a redirecionar a política para a América Latina, restringindo seus empréstimos e condicionando-os a uma série de medidas de ajuste.

Com efeito, é nesse período que o Banco Mundial elabora o primeiro documento que refere-se mais diretamente a saúde (1975), onde critica as políticas públicas de saúde desenvolvidas pelos países periféricos, destacando o excessivo custo com alta tecnologia e a forte concentração em medicina hospitalar, conforme destacado a seguir:

*“O princípio básico da reforma dos sistemas de saúde vai desde a necessidade de mudar a orientação quanto ao tratamento individual de alto custo das enfermidades com critério unicamente curativo por outra de promoção da saúde sobre uma base contínua em nível da comunidade (...). O serviço de saúde reformado oferecerá cuidados curativos limitados com base em medicamento padrão e procedimentos simples que podem ser administrados **sobre a área por trabalhadores de saúde que tenham recebido um treinamento breve**” (BM, 1975, apud Rizzotto 2000:127, grifos nossos).*

Assim, o Banco Mundial, mesmo sem financiar projetos específicos, começa a dar um novo direcionamento para a área da saúde, apontando a limitada habilidade da OMS/OPS em realizar análises econômicas.

Durante este período destaca a ineficiência dessas agências em alcançar o desenvolvimento na área da saúde e começa a influenciar o setor, buscando maior associação com a OMS. Assim, a OMS/OPS que até então logravam ter uma agenda consensual, na medida em que propugnavam o telos da saúde para todos, agregando no seu discurso diversos setores das mais

diversas correntes, começa a ter que lidar com um novo redirecionamento das políticas para área da saúde. Desde meados da década de 70, portanto, já existia toda uma orientação do Banco Mundial no sentido de implantar as políticas neoliberais para a saúde. Assim, o modelo de medicina preventiva/comunitário espraído, nesse período na América Latina, pode ser entendido como um dos primeiros programas que tinham como objetivo gerar consenso sobre as medidas de cunho neoliberal que seriam, mais fortemente, empreendidas nas décadas posteriores.

O Modelo Comunitário surge no âmbito dessas políticas como forma de mediar a restrição dos custos do Estado com as políticas sociais e conter o aumento da demanda. Neste sentido, a Medicina Comunitária não se apresenta como um modelo substitutivo ao modelo hospitalar, mas configura-se como uma proposta do Estado para conciliar as contradições inerentes à sociedade capitalista, pois, ao mesmo tempo em que diminuía os custos da medicina para a população pobre, possibilitava o desenvolvimento da medicina privada.

Desloca-se o foco da atenção para o social, ampliando-se a cobertura da assistência com o menor custo. Para tanto, foi preciso reconfigurar a organização dos serviços. O local e a comunidade passam a ser a instância principal, onde as políticas de saúde devem atuar. A participação da comunidade é estimulada como forma de ampliar o atendimento, sem maiores investimentos em tecnologia. Os recursos disponíveis devem priorizar a atenção básica, pois através de ações simples e preventivas haveria uma triagem no atendimento corroborando com a diminuição dos custos.

Do modelo hospitalar ao modelo comunitário: metamorfoses da educação continuada.

A proposta do modelo comunitário imbrica-se com os pressupostos da medicina preventiva, bem como com as medidas de racionalização propagadas pela OPS, confundindo-se na sua origem e nas formas de divulgação (Donangelo e Pereira, 1976; Teixeira et alli 1998). Enquanto a medicina preventiva tinha como principal foco de mudança a formação médica, o modelo comunitário ampliava o seu campo de atuação abarcando uma nova forma de prestação de serviços.

A medicina preventiva visava, sobretudo, à formação de recursos humanos de nível superior para reorganizar o conhecimento médico, acrescentando ao conhecimento fisiopatológico e epidemiológico, o ambiente social. Ambiente social este, desvinculado das questões macroeconômicas, sendo analisado como um componente a mais nas causas ou efeitos das doenças. Visava, sobretudo, uma mudança de atitude em relação ao usuário, abarcando em suas práticas novas relações sociais que atendessem à família, à comunidade e aos demais trabalhadores da saúde. A formação médica deveria conciliar melhor formação e serviço, pois o médico era visto como um articulador que permitiria esta nova estruturação dos serviços. No entanto, sua postura diante dos usuários/trabalhadores não poderia ser a do detentor do saber/poder característico do modelo hospitalar, e sim um articulador entre a equipe médica de maneira a tornar o atendimento mais “eficiente” e “eficaz” .

A medicina preventiva foi implantada no Brasil, a partir de 1968 com a reforma universitária, quando passa a fazer parte do currículo mínimo de todas as universidades brasileiras e torna-se compulsória a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva.

Nesse sentido, o conceito de educação continuada passa a ser explicitamente ressaltado na VI Conferência Nacional de Saúde (1977), destacando a sua pertinência principalmente para os médicos sanitaristas. Passa-se a destacar também a sua necessidade para os demais profissionais de nível médio, assinalando a necessidade de uma formação que atendesse tarefas de maior complexidade (Motta, *idem*).

Para tanto, investiu-se em uma certa formação do pessoal de saúde de nível elementar e técnico, uma vez que alguns serviços, antes realizados por profissionais de nível superior, seriam repassados para os demais membros da equipe. Assim, grande ênfase é dada ao treinamento de recursos humanos. Projetos como PIASS, com a colaboração do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, enfatizaram a capacitação, nos seus cursos, de visitadoras sanitárias, auxiliares de saneamento, vigilância epidemiológica, parteiras, entre outros.

Contraditoriamente, nasce do interior dos Departamentos de Medicina Preventiva uma crítica ao sistema de saúde implantado. Assim, a partir das discussões sobre a filosofia da medicina

preventiva, passa-se ao questionamento da mesma, dando origem ao movimento da reforma sanitária, ou ao que se cunhou chamar de corrente médico-social.

Assim, a partir dessas discussões acadêmicas, inicia-se um movimento que faz frente às propostas da medicina preventiva. As questões da saúde são vistas em seu aspecto mais amplo, ou seja, como uma das faces do sistema capitalista, ressaltando o caráter de classe como o fator principal de causa da doença. Neste sentido, o social passa a ser investigado, analisando o contexto econômico e de trabalho que determinam a saúde da população. Visava-se, sobretudo a partir de uma prática política, uma maior consciência social para as questões sanitárias, com o fito de transformar a sociedade. Este movimento acabou se configurando como um movimento político mais amplo ao abranger a luta pela democratização do país, bem como o fortalecimento da sociedade civil. Ele também acabou se somando aos movimentos sociais que lutavam pela ampliação dos direitos, principalmente, no que se refere à saúde, uma vez que esses direitos restringiam-se aos trabalhadores com emprego formal, ficando os demais trabalhadores sujeitos a políticas assistencialistas (Escorel, idem).

Apesar do caráter compensatório dos projetos implantados, alguns desses projetos permitiram ao movimento da reforma sanitária extrapolar os muros das universidades e fortificar os seus laços com outros movimentos sociais, colocando em prática propostas críticas ao modelo vigente. Nesse sentido, o Projeto Montes Claros, implementado em Minas (1976) representou um modelo concreto de saúde que ia de encontro às posturas de governo. No que tange à educação, enfatizaram-se práticas de ensino não tradicionais, apoiadas na teoria de Paulo Freire que tinha na conscientização para a transformação da sociedade seu principal objetivo.⁴

Escorel (1999) salienta que estes projetos ganharam relevância mais por terem possibilitado um modelo alternativo de saúde, do que pelos aspectos procedimentais da sua implantação. Os

⁴ “Num contexto marcado pela ausência de liberdades democráticas, o Projeto Montes Claros, articulou premissas e práticas que lhe emprestaram um caráter inovador, entre as quais : a exigência de negociação política e de uma relação especial com a demanda no processo de planejamento e construção de uma nova racionalidade técnica , através do contato direto com a demanda na proposta de organização do modelo de serviços de saúde e na elaboração do diagnóstico da situação sócio-econômica dos municípios da região de saúde , e na elaboração do diagnóstico da situação sócio-econômica dos municípios da região, a articulação com o poder local para legitimação do Projeto(...)”(Lima, mimeo:10-11).

projetos implementados ampliaram as ações do movimento sanitário agregando a estes, setores da população que estavam fora das discussões teóricas produzidas na academia, tendo contribuído para este encontro práticas educacionais que enfatizavam o papel dos sujeitos como construtores da sua história, colocando em discussão os problemas da saúde vinculados as condições de vida da população e da estrutura social. O movimento da reforma sanitária resultou em uma grande conquista da sociedade brasileira, ao lograr inserir na Constituição Federal de 1988, uma nova concepção de saúde que se apresenta como um direito do cidadão e dever do Estado. Assim, distanciava-se do modelo de assistência médica hospitalar curativa, bem como do modelo da medicina preventiva (Viana, 2000).

A área de recursos humanos passa a ser bastante valorizada, vindo a constituir-se, segundo Motta (idem), como um dos pilares da reforma sanitária, ganhando um fórum particular: a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Na conferência realizada em 1986, ressaltava-se a necessidade de ampliação das vagas nas instituições de ensino, bem como se salientava a necessidade desta formação estar mais perto dos serviços para atender ao setor público de saúde. A educação continuada é destacada como uma das estratégias para a reformulação dos serviços, sendo compreendida como complementar ao ensino formal e como maneira de garantir a melhoria de qualidade do desempenho profissional, propiciando a integração inter-profissional e o trabalho coletivo (Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, 1986).

Ao excluir-se a universalização da saúde como dever do Estado, pode-se notar que os pressupostos da educação continuada não iam totalmente de encontro com as formulações dos organismos internacionais para modificar o sistema de saúde. Ambos destacam a necessidade da participação da comunidade para modificar o sistema. Se no modelo da medicina comunitária esta era entendida como uma forma de diminuição dos custos, na reforma sanitária era uma forma de agregar ao movimento, setores sociais na luta para ampliação dos direitos. A racionalização dos serviços, também se destacava como uma reivindicação do movimento, pois para ampliação do atendimento na saúde fazia-se necessário o uso adequado dos recursos públicos. A reestruturação do trabalho médico e dos demais profissionais de saúde também era priorizada no âmbito da reforma sanitária, na medida em que as instituições de formação

estavam afastadas da realidade, tornando necessário, por parte dos profissionais da saúde, uma visão mais crítica sobre o modelo de saúde implantado.

Motta (ibidem) acrescenta que apesar da educação continuada começar a ganhar relevância na área de saúde, ainda não se tinha delineado as estratégias metodológicas que seriam utilizadas. Neste sentido, as ações educacionais continuavam restritas às funções de cada profissional.

2. EDUCAÇÃO PERMANENTE: UM NOVO DIRECIONAMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Costa e Melo (1995) indicam que a partir dos anos 80 o Banco Mundial passa a influenciar mais diretamente a área da saúde propondo um novo paradigma o da “economia em saúde”. Como já ressaltamos anteriormente esse paradigma já estava presente nas proposições do Banco Mundial desde meados da década de 70. Nos anos 80, marcados pelo avanço da hegemonia neoliberal nos países centrais, engendram-se as condições históricas para que o Banco coloque, com mais clareza, as suas propostas para a saúde.

As agências de cooperação passam a ser mais, duramente, criticadas. Alguma dessas agências, Unicef e Cepal, vão contrarrestar as medidas propostas pelo banco, por meio de uma contra-agenda de ajuste com face humana. A OMS/OPS respondem a essas críticas, destacando a importância da epidemiologia para racionalizar os custos e a necessidade de gerência e capacitação.

O conceito de educação permanente em saúde começa a ser estruturado pela OPS em meados da década de 1980 devido à necessidade de se utilizar um novo vocábulo para implantar as mudanças que o setor iria ter que enfrentar com as transformações que vinham ocorrendo no capitalismo. Essas alterações se dão no momento em que o modelo neoliberal de desenvolvimento sofre ajustes com a agudização da miséria e o aumento da insatisfação social.

A área de recursos humanos em saúde passa a ser salientada como uma importante ferramenta para se enfrentar a diminuição dos custos do Estado. A OPS, a partir de 1984, começa a discutir uma proposta de reorientação do pessoal de saúde e, para tanto, fomenta a discussão convocando grupos de trabalho de diversos países da América Latina com o fito de formular uma visão diferente do processo de desenvolvimento dos recursos humanos. A discussão ganha corpo a partir de 1987/1988, quando se amplia o número de países incorporados ao debate (Davini et ali, 1990).

Embora alguns autores destaquem os condicionantes macroeconômicos como determinantes da crise na saúde nessa região, grande peso é colocado na gestão e metodologias educacionais, como um meio de enfrentar o problema. Assim, os esforços voltados para a educação continuada, empreendidos pela OPS, sofrem críticas, atribuindo-se o seu fracasso aos fatores político-sociais vividos na América Latina durante o período. Destaca-se que o conceito de educação continuada, em meio à realidade que foi implementado, acabou perdendo o seu sentido, gerando a necessidade de se utilizar um novo conceito para se contrapor ao anterior.

“A continuacion se presenta, en forma de una propuesta de trabajo, una alternativa para el desarrollo de procesos educativos de tipo permanente, que utilicen el trabajo como eje del aprendizaje. Se utilizara, en consecuencia, de aqui en adelante, la denominacion ‘educacion permanente’ para referirnos al modelo de trabajo que dicha propuesta expone” (Serie Desarrollo de Recursos Humano, No.78).

Neste contexto, a educação continuada passa a ser responsabilizada pelo fracasso na implantação do modelo almejado. Sublinha-se que a educação continuada vinha se caracterizando pelo estabelecimento de uma educação parcelada, fora do contexto real das necessidades de saúde, criticam-se ainda as suas bases pedagógicas, ou seja, a forma verticalizada como os programas vinham sendo pensados; o favorecimento do atendimento de determinadas profissões hegemônicas; a separação entre a teoria e a prática etc. A educação permanente vai, paulatinamente, constituindo-se em contraposição ao modelo anterior, como uma das estratégias para enfrentar o aumento da demanda e a pressão da população pelo acesso à saúde.

No sentido de entender melhor as políticas neoliberais e sua relação com a saúde e o papel da formação nesse processo, faz-se necessário esclarecer os sentidos dados a alguns conceitos, pois com a queda do socialismo real, alguns valores, claramente identificados com uma proposição política que visava à transformação do capitalismo, esmaecem. Nos anos 90, o terreno da disputa torna-se ainda mais confuso, pois as idéias neoliberais, na Europa, iriam sofrer uma nova formatação, buscando melhor ajustar seus principais princípios com medidas que pudessem ampliar o consenso sobre a necessidade da diminuição do Estado nas políticas sociais.

Assim, uma nova versão do neoliberalismo passa a dar sustentação a um novo papel do Estado, ou seja, na medida em que, o mercado como o único regulador da economia criava impasses ao próprio funcionamento do sistema, uma vez que esgarçava as bases sociais, passa-se a se destacar a importância da sociedade civil como um via intermediária entre Estado e mercado. Encontra-se, no pensamento de Giddens, um dos principais teóricos que fundamentam esse modelo (Lima e Martins, 2005).

Giddens (1999) compreende a sociedade formada por três setores: o Estado, o mercado e a sociedade civil. Assim, ressalta a importância de uma política estatal integrada entre três setores como meio de superação do neoliberalismo e da social-democracia o que se consolidaria em uma nova proposta para além das duas: a terceira via.

“Os neoliberais querem encolher o Estado; os social-democratas, historicamente, têm sido ávidos por expandi-lo. A terceira via afirma que o que é necessário é reconstruí-lo – ir além daqueles de direita ‘que dizem que o governo é o inimigo’, e daqueles da esquerda ‘que dizem que o governo é a resposta’ (idem:80).

Salienta o declínio cívico nas sociedades contemporâneas que é demonstrado pelo enfraquecimento dos laços de solidariedade, no aumento da criminalidade e na dissolução da família tradicional. Assim cabe ao governo renovar esta cultura cívica atuando em parceria com a sociedade civil, exercendo, desta maneira um controle sobre a mesma.

O autor ressalta que a maior interferência do Estado para fomentar a participação cívica deve ser em áreas de pobreza, pois naqueles pólos existe uma maior dificuldade de se formar a solidariedade, cabendo ao Estado incentivar estes laços, uma vez que, na visão do autor, a imagem de uma classe trabalhadora integrada faz parte do passado. Neste sentido, é interessante notar que o trabalho assalariado ao mesmo tempo em que se constituía como um fator de alienação no trabalho, também possibilitava a organização da classe trabalhadora na luta pelos seus direitos. Assim, o que Giddens (idem) sugere é que em um momento de retração dos movimentos dos trabalhadores, o Estado, incentivando parcerias com a “sociedade civil”, passe a ter um maior controle da classe trabalhadora. Neste sentido, os chamados novos movimentos sociais que aparentemente apresentam-se como fragmentados e pontuais devem ser dirigidos pelo Estado que lhes dão coesão e direção política.

As propostas neoliberais para o campo da saúde foram constituindo-se gradualmente, na medida em que sustentar a idéia da saúde como mera mercadoria não era tarefa fácil e como vimos o Banco Mundial vinha sofrendo críticas quanto as suas metas para os países Latinos Americanos. Embora não tivesse mudado as suas proposições básicas sobre a saúde, em 1993, através do relatório sobre o desenvolvimento mundial – “Investindo em Saúde”- sua proposta aparece de maneira mais consolidada. Nesse momento, as críticas feitas ao Estado pela sua incapacidade de gerir os bens públicos, já apresentavam consenso na sociedade e tratar-se-ia, a partir daí, de implementar as políticas de contenção dos gastos sociais. No entanto, para suavizar o seu discurso incorpora, um aspecto mais “humanitarista”, no sentido de amenizar a pobreza. Nesse sentido, a política de dar aos pobres condições mínimas de sobrevivência revela a preocupação de conter as possibilidades de reação que possam ameaçar as políticas engendradas (Rizzotto, 2000). Vale acrescentar que a área da saúde passava a se constituir como um mercado promissor. Como ressalta Rizzotto (idem:120):

“o setor de saúde passou a se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital. Estatísticas revelam que, no mundo, consome-se com serviços de saúde em torno de US\$ 1,7 trilhão (dados de 1990), ou seja, 8% do produto total mundial, em uma faixa que vai de 4% do PIB nos países “em desenvolvimento” à 12% do PIB nos países desenvolvidos de alta renda, significando um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização.”

Assim, ao priorizar uma política básica de saúde para áreas de pobreza, o banco estava, paralelamente, ressaltando a ampliação do mercado para o setor privado, ou seja, os serviços sociais que não tem possibilidade de auferir lucro ficam como atribuição do Estado, os demais a cargo do mercado.

Nas publicações divulgadas pela OPS para educação permanente, embora seja ressaltada a necessidade da saúde ser entendida no seu sentido mais amplo, não se questiona as políticas neoliberais empreendidas que interferem na diminuição dos recursos do Estado. A crise na saúde, vivida pelos países da América Latina, é abordada ou como uma face inerente ao capitalismo atual, ou derivada das conseqüências da má gestão do Estado, não enfocando as causas estruturais do problema. Neste contexto, a possibilidade de se elevar os gastos públicos em saúde não é aventada e buscam-se soluções alternativas para não se cair no imobilismo que

a crise pode levar, sobreleva-se, ainda, a rapidez das mudanças que o mundo se defronta e a necessidade das organizações e indivíduos adaptarem-se as mesmas.

Para tanto a OPS/OMS destacam que a educação permanente há de se estruturar a partir da reorganização dos sistemas de saúde que devem ter como principal enfoque a descentralização e o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde (SILOS).

“Las opiniones obtenidas, los informes técnicos y la documentación producida sobre descentralización y SILOS explicitan la necesidad y la urgencia de tener un personal suficientemente cualificado para asumir las responsabilidades que impone la reorganización de los sistemas de salud. Requiere igualmente de un personal íntimamente vinculado al proceso de participación social, cuya dinámica trascienda los esquemas de la “institucionalidad” tan arraigados, hasta ahora, en el sector salud” (Davini et alli,1990: 44).

A descentralização proposta pelos organismos internacionais, no âmbito das reformas neoliberais, apresenta-se como uma alternativa para romper com o afastamento do Estado das demandas da população. A crítica ao caráter centralizado e burocrático do Estado é um dos principais entraves para o impedimento de uma política social mais eficaz. Tal crítica, quando dirigida aos países da América Latina, acaba gerando consenso, uma vez que, na maioria desses países, foram grandes as lutas contra o Estado burocrático e cerceadores dos direitos durante o regime militar. Boito Junior (1999) esclarece que a descentralização proposta pelas políticas neoliberais se caracteriza como uma forma de repassar para instâncias estaduais e municipais o compromisso do Estado com os direitos sociais, uma vez que, na maioria das vezes, transfere-se a responsabilidade para outras instâncias de governo, sem o correlato repasse de verba.

Além disso, ao que tudo indica, a descentralização em saúde vem acompanhada de um novo comunitarismo que pretende com o incentivo da participação, agora não só da comunidade, como era característico do modelo de medicina comunitária, mas também de outras instituições locais, privadas ou não, a contribuir na oferta dos recursos, bem como na solução dos problemas apresentados. Haddad et alli (1994:11), citando pesquisadores do Banco Mundial esclarecem o sentido dado à descentralização:

“ la transferencia de la responsabilidad en materia de planificación, gestión, obtención y asignación de recursos desde el gobierno central y sus agencias hacia las unidades de campo del gobierno central, las unidades o niveles subordinados, las autoridades regionales y las organizaciones privadas o voluntarias no gubernamentales”.

Acrescentam ainda:

“ la descentralización es un principio básico para la viabilización de los sistemas locales de salud, porque es a través de ella, como hecho político de redistribución de poder, que se puede crear un lugar con mayor o menor grado de autonomía decisoria, y propiciar a sí la restauración del poder local.”

Cabe notar que a concepção de público vai ganhando um novo significado, sendo compreendido como de interesse público não importando a natureza jurídica das organizações que estão comprometidos na sua execução. Assim, a proposta da universalização dos direitos, estratégia principal para a construção de uma democracia plena, dilui-se, construindo-se um discurso que acaba por imiscuir, muitas vezes, vocábulos e valores que se constituíram como frente das propostas do campo democrático nos anos 80.

Boito Junior (idem), esclarece que as política focalizadas, ao dirigir os gastos para a população de baixa renda, pretendem restringi-los a um piso reduzido de serviços. Tal indicativo para o Brasil ficou, explicitamente, evidenciada na entrevista dada em 1998 pelo então diretor da OPS, George Alleyne ao jornal Folha de São Paulo em que propunha ao governo brasileiro deixar de lado os princípios constitucionais e dirigir a política para uma cesta básica de doenças e procedimentos que circunscritos à atenção primária, vacinas e saneamento, salientando ainda o fim da gratuidade dos serviços (Gouveia e Palma, 1999).

Nesse sentido, a participação social na área da saúde é ressaltada não mais como um meio de luta para garantir o acesso público e controle das políticas implementadas e sim como transferência de responsabilidades para o nível local. Assim, não cabe mais a luta pela universalização dos direitos e sim, dentro de uma zona geográfica determinada, a construção de uma aliança entre a comunidade, organizações, instituições e ONGs⁵ para identificar problemas

⁵ De acordo com pesquisa realizada pela Universidade Federal de Santa Catarina em 2003, analisando a relação entre Estado e ONGs, as organizações voltadas à saúde estão as que mais dependem de recursos públicos,

e por em prática soluções. Para tanto, a educação permanente é enfatizada como uma importante ferramenta para que esses atores possam a um só tempo romper com as hierarquias de poder e ter a capacidade de identificar e propor novas soluções.

Desvia-se desta maneira a participação popular da sua dimensão da grande política e estimula-se uma participação voltada, exclusivamente, para a pequena política, ou seja, para o atendimento de demandas específicas e fragmentadas (Neves, 2005).

“En el marco de esta decisión, tales Sistema han sido concebidos como una táctica operativa de la estrategia de la Atención Primaria, a la vez que se les concibe también, desde un punto de vista funcional, como la unidad administrativa mínima de un Sistema de Salud; así, un sistema local de salud se convierte en el “escenario en el que se expresan intereses políticos y conflictos a nivel particular, y, dada su dimensión político- social, es el espacio en que se establece la relación dialéctica entre la transferencia de responsabilidades del Estado y la conquista del poder por la sociedad civil” (Haddad, idem: 9-10).

Critica-se ainda o tipo de participação, até então desenvolvida, ressaltando-se a heterogeneidade de suas ações e o impacto limitado e de curta duração que estas engendraram. É possível depreender daí que a nova participação deve ser organizada e articulada pelo Estado que lhes dará organicidade e a direção do seu campo de atuação. Note-se também um sentido não manifesto desta política de participação voltado para a cooptação dos movimentos sociais para o projeto neoliberal. Dessa forma, as políticas voltadas para a operacionalização do setor da saúde começam a fomentar uma maior flexibilidade quanto ao seu atendimento abrindo espaço para que se estabeleçam parcerias entre o setor público, o setor privado e os movimentos sociais. Como verificado no discurso da OPS:

“Para la nueva forma de operacionalización de la Participación Social en los SILOS, se plantea la necesidad de desarrollar estrategias flexibles, que vehiculen la expresión de los grupos formales y informales y de las instituciones sectoriales a través de procesos de deliberación y concertación (entre los diversos actores sociales grupales e institucionales). Estos procesos requieren de modalidades de planificación participativa así como de un proceso continuado de desarrollo de Recursos Humanos, que a su vez requiere de

seguidas das que atendem à educação de crianças e adolescentes e as focadas em questões femininas e sexuais (Correio Brasiliense , 20 de Junho 2005).

nuevos planteamientos en cuanto a la democratización y distribución del saber”(Davini et alli,1990: 45).

A década de 90 e as políticas de saúde no Brasil

O Estado brasileiro, nas duas últimas décadas, passou por transformações advindas da crise de acumulação e reprodução do capital que, no cenário internacional, lançou as bases para o neoliberalismo consolidar-se como prática política-econômica dominante.

Tal crise que vinha se desenhando desde o final da década de 60, se expressou de forma mais aberta a partir de 1973⁶, expondo o esgotamento do modelo econômico fordista e, ao mesmo tempo, a necessidade de reestruturação da economia. Esta conjuntura orientou a definição de um conjunto de medidas que conformaram um processo de reconfiguração do Estado, no sentido de redirecionar o tipo de intervenção deste na economia e, conseqüentemente, nas políticas sociais.

Segundo o ideário neoliberal as raízes das dificuldades que o capitalismo vinha enfrentando deviam-se aos excessos de intervenção do Estado na economia e do poder dos sindicatos. A partir desta constatação lançou-se contra os principais pilares do Estado de Bem Estar Social e do nacional-desenvolvimentismo (de alguns países latino-americanos, como o Brasil) e propôs um conjunto de reformas, para retomar as bases de acumulação do capitalismo.

Na América Latina, as reformas neoliberais tiveram como referência o documento conhecido como "Consenso de Washington"⁷. Os eixos centrais que sedimentaram as propostas presentes neste documento significaram uma reformulação do Estado - definindo-lhe um "novo"⁸ tipo de intervenção que visava garantir o livre fluxo e acumulação de capital e redefinir o papel do Estado no que diz respeito às políticas e gastos sociais.

⁶ Crise do petróleo.

⁷ Sintetiza ajustes que permitiriam inserir a América Latina na nova estruturação da economia mundial e (teoricamente) superar a chamada "década perdida" (anos 80), a estagnação, a recessão e retomar o crescimento e o desenvolvimento.

⁸ "Novo" tipo de intervenção que se caracteriza como um rearranjo dentro do fenômeno (que continua o mesmo) - o processo de acumulação capitalista.

No plano econômico, o Consenso de Washington propunha medidas que desonerassem o capital: a diminuição da carga fiscal e a flexibilização do mercado de trabalho; no plano político: a reformulação da presença estatal na economia e na sociedade, via desregulamentação, privatização e abertura comercial; no plano social: a restrição dos direitos sociais e das atividades do movimento sindical (Fiori, 1997).

O ajuste fiscal foi um dos principais mecanismos para implementar o redirecionamento do Estado - no sentido de reduzir os recursos destinados para as áreas sociais e priorizar os recursos destinados para o capital financeiro, para o pagamento de juros e amortizações da dívida junto aos credores internacionais - e, se processou via redução dos direitos sociais e trabalhistas, da intensificação da exploração da força de trabalho e da redução dos recursos para políticas sociais. Este mecanismo acaba por reduzir e liberar recursos que antes eram destinados a área social ampliando o mercado para o setor privado se introduzir de forma mais profunda nas áreas sociais.

No Brasil, o ideário neoliberal norteou a Reforma do Aparelho de Estado - que redefiniu a relação entre o Estado, a sociedade e o mercado (Pereira,1999). Segundo o diagnóstico do governo Fernando Henrique Cardoso, o Estado sofria uma crise fiscal, crise do modo de intervenção e crise do modelo burocrático de gestão pública. Diante da crise gerencial, do déficit público e da necessidade do equilíbrio fiscal, para captar empréstimos externos, os Estados periféricos trabalharam dentro da ótica neoliberal, implementando todos os programas e reformas necessárias, para se inserirem de forma subordinada na economia mundial globalizada.

A Reforma do Aparelho de Estado, a partir das propostas do então Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/MARE, teve como estratégia central a implementação das Organizações Sociais, através das quais se pode perceber a materialização da proposta de reformulação do Estado.

Em linhas gerais, essa reforma do aparelho de Estado objetivou: a) delimitar o tamanho e redefinir o papel regulador do Estado, através de programas de privatização, publicização e terceirização, b) recuperar a governança, visando a superação da crise fiscal, c) redefinir os setores de ação estatal, d) a transformação do denominado Estado Social em Estado Social-

Liberal, e) a reforma política que visava aumentar a "responsabilização" dos governantes (Barreto, 1999).

Em suma, o Estado deveria ser "mínimo" na garantia dos direitos sociais dos trabalhadores e nos gastos públicos sociais; e "máximo" para garantir a liberalização e desoneração do capital, aumentando a sua competitividade no mercado internacional. A radicalização da política de cortes nos gastos públicos sociais e a desresponsabilização do Estado, através de propostas do tipo descentralização da prestação de serviços (transferência de atribuições do governo federal para os governos estaduais e municipais), desconcentração participativa (delegação pelo poder de Estado de atribuições da política social a entidades civis filantrópicas, a empresas e organizações não-governamentais, "terceiro setor") e focalização dos serviços públicos (substituição da universalização dos direitos sociais pela concentração dos gastos públicos nas populações de baixa renda), aprofundaram-se em nossa sociedade (Boito, 1999).

Desta forma, o MARE - através das Organizações Sociais - propunha que o Estado transferisse para o setor público não-estatal (terceiro setor) a responsabilidade de serviços como: educação, saúde, cultura e pesquisa científica, ou seja, abandonasse o papel de executor e prestador direto destes serviços, mantendo-se, no entanto, como regulador e promotor dos mesmos (MARE, 1997).

O Estado continuaria a financiar as atividades públicas absorvidas pelas organizações sociais, entretanto, otimizando os recursos - menor utilização destes com ênfase nos resultados, tendendo a assimilar as características de gestão próximas às do setor privado - "atender melhor o cidadão-cliente a um custo menor" (MARE,1997:4).

Assim, na dita parceria entre sociedade e Estado e na chamada a uma maior *responsabilidade* podemos verificar: a internalização dos mecanismos de mercado (eficiência, eficácia e produtividade) na dinâmica dos atendimentos dos serviços sociais, colocando no centro a relação custo-benefício e ainda, reforçando as idéias de que o *"destino das pessoas é determinado pela capacidade e habilidade de cada um, que o enriquecimento depende exclusivamente do indivíduo"* (Hayek, 1990:109/111) - o documento do MARE propõe o

estabelecimento de um novo contrato psicológico: novas formas motivacionais e redefinição da relação desempenho-recompensa (MARE, 1997:12).

O Estado assumiria, então, prioritariamente, o papel de controlador dos resultados (das metas de desempenho) para garantir que os *financiadores* (compradores dos serviços) e *doadores* estivessem fazendo e investindo em um *bom negócio*.

Nesse contexto, alguns autores (Neves idem , Fontes,2006) vêm se questionando sobre a inflexão sofrida no encaminhamento das políticas na década de 90, onde a luta pela ampliação dos direitos toma novos rumos. Destacam que um dos motivos desse retrocesso deve-se a uma visão distorcida sobre o Estado e a sociedade civil. Fontes (idem) analisa que ocorreu por parte dos movimentos sociais uma identificação entre forma de governo e Estado. Ao fazerem essa identificação e se contraporem ao governo militar, acabaram se distanciando do entendimento que a luta dar-se-ia pela ampliação dos direitos no Estado. Sobrelevaram o poder da sociedade civil, desconsiderando que a mesma também é um importante espaço de consolidação da hegemonia burguesa. A autora acrescenta, ainda, que a produção acadêmica e universitária que se debruçou sobre os chamados ‘novos movimentos sociais’ abandonaram o conceito de classe considerada como limitada para dar conta do real. Enfim, esses movimentos ficaram circunscritos às demandas locais e privilegiaram uma ação de costa para o Estado sem maior organicidade.

Mendes (1994:80), refletindo sobre essa inflexão na área da saúde avalia que devido às conquistas no plano jurídico do movimento da reforma sanitária, se subestimou o alcance das políticas neoliberais que já vinham se consolidando desde a década de 80. O autor destaca que paralelamente as conquistas do movimento da reforma foi se estabelecendo uma “universalização excludente”, onde a expansão da universalidade do sistema veio acompanhada pela racionalização dos serviços que teve como conseqüência a queda na qualidade dos serviços públicos. Com isto, deu-se o crescimento da medicina supletiva que passou a atender aos setores da classe média e aos profissionais qualificados, ficando o subsistema público de saúde para o atendimento de uma população de baixa renda. Nas palavras do autor:

“O principal é a queda da qualidade do subsistema público. Ou seja, na prática , a legislação universalizante , construtora de uma cidadania plena é

reinterpretada por uma realidade que estabelece uma oferta de serviços altamente discriminatória, seletiva para diferentes cidadanias e fixada na atenção médica. O projeto neoliberal que se consolidou nos anos 80 está, portanto, estruturado em diferentes subsistemas e, dentro deles, em diferentes modalidades assistenciais- uma delas o próprio subsistema público- que são ofertadas distintos grupos sociais conforme sua inserção econômico-social.”

Fleury (2004:125), caminha na mesma direção destacando a regressão das propostas universalistas, na área da saúde, na década de 90, ressaltando o caráter focalizado das ações para determinados grupos e territórios, operadas por organizações da sociedade civil, sob a alegação de que desta maneira os recursos chegariam de maneira mais eficaz aos necessitados, não se extraviando para grupos corporativos mais poderosos. Gerou-se, desta forma, um modelo de política social para o combate à pobreza que caracteriza-se por:

“ a) desenvolvimento de conhecimentos, instrumentos técnicos e práticas específicas de caracterização econômica e identificação espacial da pobreza; B) criação de fundos de inversão social ou de emergência com recursos canalizados predominantemente a partir de doações e de empréstimos das agências internacionais a projetos específicos;c) uma estrutura institucional que se identifica como mais flexível, caracterizada por parcerias com o terceiro setor, pelo chamado à responsabilidade social das empresas e por estruturas governamentais diretamente vinculadas ao governante máximo ou à primeira dama.”

Enfim, vários autores (Faveret Filho & Oliveira, 1990; Mendes, 1996; Fleury, 1997), destacam que em face às políticas neoliberais houve um contraponto entre a base legal de formulação de políticas de cunho universalista, e a realização predominante de políticas restritivas de gastos governamentais, limitador do alcance das políticas públicas.

As orientações para a Reforma do Estado vieram solidificar o projeto neoliberal em curso na área da saúde. Rizzotto (2000:200), aponta as principais modificações que o Ministério da Saúde desejava promover:

“1) a instalação de um processo permanente de mudança cultural, sem que o cidadão será cada vez menos um paciente e cada vez mais um cliente e agente participante do setor saúde em várias instâncias e oportunidades; 2) a consolidação de um sistema público nacional, com capacidade técnico-operacional e administrativa renovada e reconhecida e com tele-informação

abrangente e oportuna à conscientização social e aos centros decisórios gestores; 3) a organização de um sistema nacional privado, devidamente regulamentado; 4) o funcionamento competitivo dos subsistemas público e privado, estimulador da qualificação com redução de gastos; 5) a adoção de modelos técnicos-operacionais inovados e inovadores; 6) o estabelecimento de um sólido e inovado sistema de acompanhamento, controle e avaliação e 7) uma prática gestora permanentemente descentralizadora e desconcentradora (Ministério da Saúde, 1995b, p.16).”

A autora sublinha que a proposta do Ministro Bresser Pereira não visava abranger todo o SUS, mas sim os setores considerados caros para serem financiados pelo Estado e interessantes economicamente para a medicina privada. Assim, sob alegação de poucos recursos para área busca-se racionalizar, fundamentalmente, o acesso ao atendimento hospitalar. Rizzotto (2000:203) destaca, ainda, que os efeitos desta política no SUS se traduziram *“pela redução de leitos disponíveis ao SUS na rede conveniada; pela privatização de leitos da rede pública; pelo controle de AIHs – Autorização de Internação Hospitalar; pelas filas nos casos eletivos e até mesmo pela cobrança irregular de complementação ou taxas extras.”*

Nesse novo papel do Estado o setor público ficaria com a responsabilidade da atenção primária e a iniciativa privada, filantrópica, entidades sem fins lucrativos e hospitais públicos concorreriam com a prestação nos serviços de atenção terciária. O Estado, aos poucos, distanciaria-se do financiamento dessas ações tendo o papel de formulador de políticas, de regulamentação e avaliação do sistema, circunscrevendo a oferta de serviços de pouco valor mercadológico.

Nesse contexto a autora destaca que o Programa Saúde da Família (PSF) pode ser entendido como uma política diferenciada para grupos em estado de pobreza, em setores onde a iniciativa privada não tem interesse em atuar. Assim, sob alegação de se reverter o modelo de assistência, dirige-se o foco do atendimento para atenção primária.

Com efeito, o programa que foi lançado em 1994, passa a ser considerado como uma estratégia em 1997, buscando diferenciá-lo dos programas desenvolvidos pelo Ministério até então e como meio de reorientação do modelo assistencial (Ribeiro et alli, 2004).

“O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (Brasil, Ministério da Saúde, 1998, apud Silva e Dalmaso).

Dessa forma, a concepção da Estratégia de Saúde da Família se aproxima de setores progressistas na área da saúde, ao sinalizar um possível caminho para efetivação do SUS, pois partindo-se da atenção básica poder-se-ia produzir impactos no sistema como um todo (Ribeiro et alli, idem).

Nesse sentido Cohn (2005), salienta que a focalização no âmbito da saúde não corresponde necessariamente ao rebatimento da política neoliberal no Brasil, pois a mobilização crescente pela Reforma Sanitária teria contrarrestado, pelo menos em parte, as políticas para o setor. Assim, sinaliza que na saúde a focalização do atendimento para determinados grupos sociais faz parte das políticas sociais, pois privilegia características específicas que demandam cuidado, tal como: a gravidez na adolescência, a saúde na terceira idade, entre outras. Acrescenta ainda que a focalização pode ser entendida como uma ação reparatória de inclusão de setores que estavam a margem do sistema, constituindo-se como um requisito para universalidade. Entende, portanto que o Programa de Saúde na Família é uma importante estratégia para a mudança na lógica de atenção.

Ressalta-se, contudo, que a construção efetiva do SUS vem caminhando em meio às políticas neoliberais que fortalecem o crescimento do setor privado. Nesse campo de disputa, distintos projetos societários, conceitos e valores imbricam-se, sendo difícil estabelecer quais medidas representam um avanço no sentido da universalização da saúde e quais são significativas de uma nova segmentação do atendimento.

Essa primeira parte do relatório procurou recuperar alguns aspectos da história do surgimento do conceito de educação permanente em saúde no âmbito das políticas sociais nas últimas décadas com o propósito de subsidiar a reflexão sobre sua conformação como política nacional a partir de 2003. Entende-se que, por ser um conceito ainda em construção, carrega elementos

contraditórios, tanto das políticas neoliberais acima descritas como do movimento da reforma sanitária.

3.A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O conceito de Educação Permanente passa a ser mais amplamente divulgado no Brasil a partir da criação da Secretaria de Gestão de Trabalho em Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, que inaugura na instância federal um espaço destinado à formulação de políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país. A SGTES define-se como integrante de uma rede, composta pelos distintos gestores do sistema de saúde, assumindo a missão de desenvolver a Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS). Nesse sentido, a educação permanente deixa de se restringir à formação profissional sendo vista como uma estratégia para a mudança no sistema de saúde, ou seja, como “uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor de saúde” (Ministério da Saúde, 2003:1, mimeo). Assim, nos documentos divulgados pelo órgão, a Educação Permanente representa uma nova visão dada ao tema trabalho/educação na saúde, sinalizando para uma mudança de concepção no interior do Ministério da Saúde, no que diz respeito à formação e desenvolvimento dos trabalhadores, na medida em que coloca o processo de trabalho como centro do processo educativo.

As considerações da Portaria 198 (MS, 2004), demonstram as expectativas que giram em torno desta política através da ênfase que lhe é conferida como “*dispositivo*” capaz de articular, de forma orgânica, os diversos segmentos/atores e instituições do setor da saúde; neste movimento, possibilitar o fortalecimento e a concretização do SUS, e, ao mesmo tempo, contribuir para reorganizar e reorientar o modelo de assistência.

"A grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes (grifo nosso) entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção do conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso" (Portaria 198, anexo II:2).

O Ministério da Saúde adota a EPS como conceito pedagógico para efetuar *relações orgânicas* entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde⁹, apostando-se na capacidade de articulação e organicidade dessa política, entendendo a EPS como eixo estruturante do processo.

Algumas iniciativas no campo da formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde já vinham sendo desenvolvidas pelo SUS¹⁰, entretanto - de acordo com o DEGES/SGTES¹¹, a desarticulação, a forma fragmentada e a heterogeneidade conceitual de tais iniciativas não lhes teriam permitido alcançar os objetivos propostos. Assim, a PNEPS é apresentada como proposta capaz de superar as insuficiências dos programas anteriores e de dar conta de objetivos que até então não teriam sido alcançados, quais sejam: 1) produzir impacto sobre as instituições formadoras no sentido de alimentar os processos de mudança e, 2) promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde, uma vez que as iniciativas anteriores teriam mantido a lógica programática das ações ou das profissões e, desta forma, não teriam conseguido desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (Ministério da Saúde, 2003:5).

Para tanto, os formuladores da política de EPS acreditam que a mesma deveria constituir-se como eixo transformador, como estratégia mobilizadora de recursos e poderes e, como recurso estruturante do fortalecimento do SUS¹². Segundo os mesmos, a aprendizagem significativa¹³

⁹ Portaria 198, p.2.

¹⁰Entre elas os documentos da SGTES/DEGES/MS destacam Saúde da Família: Pólos de Saúde da Família, cursos de especialização e residência em Saúde da Família; Profae; Aperfeiçoamento de Gestores; desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde (Gerhus); especialização em equipes gestoras; interiorização do trabalho em saúde, incentivo às mudanças curriculares nos cursos de medicina (Promed); mestrados profissionais; cursos de formação de conselheiros de saúde e do ministério público para o controle social, entre outros.

¹¹ Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – MS/SGTES-DEGES – documento elaborado para o Conselho Gestor do MS em julho 2003. (pp.4/5)

¹² Caminhos, p.5.

¹³ Segundo Freire e Faundez (1985) o saber “científico” transforma-se em científico na medida que se apropria do senso comum, do saber popular. A aprendizagem significativa é uma concepção pedagógica que vislumbra dar conta da unidade entre o saber científico e o saber que emerge do cotidiano, neste sentido, pressupõe que todo intelectual deve em primeiro lugar conhecer a realidade na qual se insere, respeitar e apropriar-se das formas de conhecimento não-sistematizadas, presentes em dada localidade, para que possa – à luz deste conhecimento – reelaborar seus próprios conhecimentos de forma a atuar com rigorosidade científica. Ceccim (2006:107) afirma que a EPS se apóia na aprendizagem significativa, entretanto, ressalva que “enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho”. Ou seja, a aprendizagem significativa na perspectiva da educação permanente reforça a necessidade do universo de experiências nos serviços de saúde estar imbuído no processo de produção de conhecimento dos profissionais da área, integrando gestores, formadores, usuários e estudantes, qualificando-os para atender as reais necessidades da área.

seria o pressuposto que conferiria à educação permanente tal capacidade, na medida em que propõe que a transformação das práticas profissionais deveria estar baseada na “reflexão crítica sobre as necessidades reais de profissionais reais em ação na rede de serviços” (Ministério da Saúde, 2003: 7).

A concepção de educação permanente como política nacional traz em seu bojo a proposta de que esse pressuposto seja o ponto de partida e, ao mesmo tempo, o *elo* que articule os diversos setores da saúde¹⁴.

A adoção de tal perspectiva seria o fio condutor que permitiria transformar a organização dos serviços e os processos formativos, a partir do trabalho articulado entre sistema de saúde e instituições formadoras (Ministério da Saúde, 2003:6).

Esta formulação está calcada nos eixos norteadores das propostas anunciadas pela SGTES, no que diz respeito à gestão da educação em saúde: a relação educação e trabalho, a mudança na formação e produção do conhecimento.

Neste sentido, propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde devem tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (Ministério da Saúde, 2003:7).

De acordo com a proposta apresentada pelo DEGES/SGTES/MS, para que tal formulação seja efetivada, a construção e condução locorregional da PNEPS deve ser desenvolvida, principalmente, por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, que teriam entre suas funções: mobilizar a formulação e a integração de ações de educação, formação e capacitação dos distintos atores locais; induzir processos de

¹⁴ A percepção da PNEPS como elo articulador dos diversos setores da saúde está presente na “noção quadrilátera” desenvolvida por Ceccim e Feuerwerker. Estes autores propugnam e enfatizam a relevância e a necessidade da integração ensino-gestão-controle social e a articulação com o movimento estudantil de graduação nas profissões da saúde – na política de formação para redimensionar a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizar o controle social.

transformação das práticas de saúde; formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas; estabelecer relações de cooperativas com os demais pólos de EPS, entre outras (idem: 19).

Desta forma, a PNEPS constitui-se como uma política de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, a partir da inserção dos mesmos em seus locais de atuação e das relações que estabeleçam entre as equipes de trabalho e com os usuários, tendo em vista reorganizar o modo de operar o sistema de saúde.

Fundamentos da Política de Educação Permanente em Saúde

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) sustenta duas concepções que lhe estrutura como proposta de mudança, tanto para o processo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, como, e concomitantemente, para a própria reorganização dos serviços desta área.

Na bibliografia e documentos sobre o tema, *a aprendizagem significativa*¹⁵ e *o método da Roda*¹⁶ destacam-se como elementos capazes de estruturar, constituir e viabilizar a mudança de concepção e de orientação das práticas dos profissionais da saúde.

Neste sentido, entende-se que os fundamentos da PNEPS constituem-se, principalmente, com base nas reflexões desenvolvidas por Campos (2003) e Merhy (2002)¹⁷, que a partir de experiências trilhadas no cotidiano dos serviços, chamam atenção para caminhos inovadores na gestão do trabalho em saúde. Esses autores, ao desenvolverem o método *Paidéia* e a *micropolítica do trabalho vivo em ato* dão subsídios para se valorizar o local de trabalho como espaço de aprendizagem e transformação.

¹⁵ Na ênfase que confere ao processo de trabalho [cotidiano do trabalho] como local privilegiado de aprendizagem.

¹⁶ Método desenvolvido por Gastão Wagner de Souza Campos. In: Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec, 2003

¹⁷ Para maiores informações sobre a produção recente desses autores ver: Campos, G.W.S. Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec, 2003, 185pp. Merhy, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec, 2002, 189pp.

Segundo Merhy (1997) o modo como se *estruturam* e *gerenciam-se* os processos de trabalho em saúde seria o grande nó crítico para as propostas de mudanças da direção efetiva do modelo tecno-assistencial e, aponta que é necessário reinventar a lógica, a gestão, a organização e a finalidade do mesmo. Para mostrar a viabilidade de tal proposta, Merhy (1997) analisa a estrutura do processo de trabalho em saúde através dos elementos que o constituem e da relação que estabelecem entre si:

1) Identifica dois tipos de trabalho:

- o trabalho vivo: trabalho em si - do trabalhador
- o trabalho morto: composto pelas matérias primas e ferramentas e pelo saber tecnológico e organizacional¹⁸;

2) Observa que entre os elementos do trabalho morto existe uma diferença, uma vez que o saber tecnológico e organizacional, diferente das matérias-primas e ferramentas, não se comportam da mesma forma. Os primeiros sofrem a influência do trabalho vivo - do trabalhador real, de seu modo de atuar, de colocá-los no ato produtivo. Neste sentido, considera que a história, as habilidades, a inteligência e a capacidade produtiva do trabalhador real tem peso, interferem e influenciam nas situações de organização e composição do saberes tecnológicos (2002: 43/44).

3) Define a influência real do trabalhador concreto que está atuando e o seu modo de colocar os elementos do trabalho morto no ato produtivo, como representantes do trabalho vivo em ato (2002: 45).

Esta análise leva Merhy a concluir que o trabalho em saúde é, permanentemente, centrado no trabalho vivo em ato, pois na relação entre trabalho vivo/trabalho morto¹⁹, a ação intencional do trabalhador define o processo produtivo da saúde.

¹⁸ Segundo Merhy faz parte do saber tecnológico, por exemplo, o conhecimento sobre a matéria prima, a técnicas de manuseá-las, assim como, a maneira de organizar temporalmente estes conhecimentos, isto é, o que deve ser feito antes, como deve ser feito, quando se deve esperar para realizar cada etapa da produção. Entende que estes elementos são produzidos anteriormente e sistematizados pelo profissional, expressam trabalhos anteriores, por isso se colocam como representantes do trabalho morto (2002:43/44).

A potencialidade que Merhy (1997:10), atribui ao trabalho vivo em ato no setor saúde está baseada na distinção que estabelece entre este e o setor tipicamente fabril. A grande diferença estaria nos momentos do ato de produção e consumo, e, no tipo de interseção²⁰ formada pelo produtor e pelo consumidor neste processo.

De acordo com Merhy, no trabalho fabril, o operário tem seu trabalho vivo em ato totalmente capturado pelo controle do capitalista, dado que o produto de seu trabalho está orientado para a satisfação de uma necessidade posta pelo mercado e, para garantir a produção dentro dos parâmetros desta necessidade terá que ter seu trabalho vivo em ato orientado, comandado e dirigido pelo trabalho morto para que o produto final atenda a demanda do mercado.

Desta forma, neste tipo de trabalho, produção e consumo são momentos distintos e não geram possibilidade de se formar uma interseção direta entre produtor/consumidor, pois esta é mediada pelos interesses do mercado.

No trabalho na saúde, produção e consumo são momentos que não se distinguem (são simultâneos, ocorrem ao mesmo tempo) e, segundo Merhy (2002), esta produção consumida imediatamente imbuí este setor de algumas particularidades:

- 1) dificulta a captura do trabalho vivo em ato;
- 2) gera uma autonomia e autogoverno dos trabalhadores bem mais amplas do que em outros setores e, principalmente;
- 3) possibilita a formação de uma interseção direta entre trabalhador e usuário.

Conclui então, que este conjunto de características possibilita que o trabalho vivo em ato comande o trabalho morto. Todavia enfatiza que estas características, apesar de abrir

¹⁹ A relação entre trabalho vivo/trabalho morto ocorre no momento em que o trabalho vivo operacionaliza o trabalho morto - no momento em que coloca os elementos do trabalho morto em movimento, no momento em que se apossa do trabalho morto para produzir os atos de saúde.

²⁰ Autor usa o termo “para designar o que se produz nas relações entre 'sujeitos', no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os 'dois' em ato e não têm existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro” (2002: 50/51).

possibilidades e dotar o trabalho vivo em ato na saúde do potencial citado acima, não garantem a priori que a direção do comando do trabalho vivo em ato sobre o trabalho morto fortaleça ou contribua para a construção de um modelo tecno- assistencial comprometido e vinculado com os usuários.

Merhy considera que na interseção formada entre os trabalhadores-usuários estabelece-se um campo de disputa de interesses diversos²¹ e, em sua avaliação, para que haja mudança do modelo tecno- assistencial predominante é necessário que o modo de produzir saúde no país seja usuário-centrado, ou seja, que os interesses dos usuários sejam colocados no centro [ou tidos como finalidade última] do processo de trabalho na saúde.

Para o autor, esta centralidade funcionaria como um “*dispositivo*” de mudança, uma vez que os usuários não têm outro interesse senão “*defender um 'bem', a sua saúde, que lhe diz respeito quanto a sua capacidade de caminhar pela vida com uma certa qualidade*” (Merhy,1997:90).

Baseado nestas reflexões, Merhy avança na compreensão acerca da complexa configuração tecnológica do trabalho na saúde, assim como, das possíveis conformações tecnológicas que o campo da saúde pode assumir e, suas implicações para a constituição e definição da direção do modelo tecno-assistencial. A partir da análise do processo produtivo da saúde destaca que:

- 1) este comporta e relaciona três tipos de tecnologias: a) tecnologia dura: equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais; b) tecnologias leve-dura: saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde e; tecnologias leves: implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, só se realiza em ato.
- 2) os arranjos entre essas tecnologias são estratégicos e definidores do sentido dos modelos tecno-assistenciais, ou seja, os modelos vão variar de acordo com a forma como essas tecnologias se relacionam;

²¹ “(...) no processo interseção produção/consumo vai haver um jogo de instituintes entre produtores e consumidores, no próprio ato de produção, que os põem em confronto, nem sempre conflituoso, a partir de distintas necessidades” (1997: 90).

3) é no campo das tecnologias leves que se abre a possibilidade constante de disputa entre os diferentes interesses (trabalhadores e usuários), através de um permanente jogo de tentativas de captura de um interesse sobre os demais, ou do trabalho morto pelo trabalho vivo (e vice-versa) e, que vai estar definindo o tipo de processo de produção de saúde e, conseqüentemente [ao mesmo tempo] o sentido social do agir em saúde.

“(...) o importante é perceber que todo o processo de trabalho e de interseção é atravessado por distintas lógicas que se apresentam para o processo em ato como necessidades, que disputam, como forças instituintes, suas instituições” (Merhy, 2002:60).

Merhy observa que, neste espaço de disputa, o trabalho vivo pode comportar distintas lógicas, que se constituem a partir das dimensões que se compõem em qualquer produção de atos de saúde, quais sejam: a dimensão cuidadora e a dimensão profissional específica²². E ainda que, a predominância de uma dimensão sobre a outra pode definir e orientar o projeto terapêutico²³ indicando, conseqüentemente, se os processos de produção do cuidado serão:

- Cuidado centrado nos procedimentos: centrado no procedimento médico, caracterizado mais como um exercício pontual de competência profissional. *“Em um modelo deste tipo tornamo-nos, como usuários, meros objetos e como profissionais meros insumos produtores de outros insumos. Subjugamo-nos ao mundo das tecnologias duras, empobrecendo nosso núcleo cuidador” (2002:139).*
- Cuidado centrado nos usuários: “centrado no interesse do usuário, representado enquanto necessidades de saúde” (1997:72).

A produção dos atos de saúde constitui-se, então, como unidade de duas dimensões que, em relação, conformam uma totalidade: o ato de cuidar. A direção deste ato, segundo Merhy, é

²² Segundo Merhy a dimensão cuidadora está presente em qualquer prática da saúde e visa produzir: "processos de falas e escutas, relações interseçoras com o mundo subjetivo do usuário como ele constrói suas necessidades de saúde, relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético e articulação de saberes para compor Projetos terapêuticos". A dimensão profissional específica: "significação do processo saúde-doença como um certo sofrimento em um recorte singular" (2002:147).

²³ "o projeto terapêutico adquire um formato definido pela maneira como um certo modelo de atenção à saúde realiza o encontro entre a capacidade de produzir certas práticas de saúde e o mundo das necessidades de saúde como seu problemas de ação tecnológica, incorporando-as nos seus objetos" (2002:101)

definida no campo relacional²⁴ das tecnologias leves de acordo com a possibilidade que cada uma dessas dimensões tem para tornar-se o aspecto principal no processo de produzir saúde.

A predominância de uma dimensão na direção do processo não descarta a existência da dimensão que se torna secundária. Merhy ressalta que os resultados dos diversos arranjos que configuram a produção do ato de saúde são qualitativamente distintos, pois nem sempre geram ganhos de autonomia no modo do usuário “*andar a vida*”, ou seja, nem sempre os usuários, apesar de diagnosticados organicamente, têm suas necessidades e direitos satisfeitos.

Com base nestas premissas Merhy (2002:138) analisa que as ações de saúde no Brasil estão centradas nos procedimentos médicos, gerando um modelo tecno-assistencial no qual a dimensão cuidadora cumpre papel irrelevante e complementar.

“(...) A dimensão centrada no profissional praticamente elimina, ou reduz ao máximo, a dimensão cuidadora como componente da ação competente do profissional médico. A terceira valise, das tecnologias leves, foi subsumida no processo por uma relação privilegiada das outras duas [duras e leve-duras], e o trabalho vivo em ato do médico tende a ser plenamente capturado e expresso por saberes tecnológicos que reduzem seu foco de ação à produção dos procedimentos. Sua capacidade de gerir o cuidado fica restrita ao comando de unidades de produção de procedimentos médicos” (200: 104).

O autor (idem:129) considera que o trabalho vivo em ato não pode libertar-se plenamente do trabalho morto, entretanto, aposta na potencialidade do primeiro, e acredita que através da mudança de postura deste, frente ao trabalho morto, é possível mudar o modo de produzir saúde no Brasil. Para tanto, propõe:

- 1) maior exploração da relação que se estabelece entre as diversas tecnologias no processo de produção da saúde, no sentido de torná-las mais articuladas em que o núcleo mais em ato (cuidador) contamine o núcleo mais estruturado (específico profissional);
- 2) que as relações entre os diversos atores da área da saúde devem ter como base o núcleo cuidador, comum a todos, que possibilitará diminuir as relações de dominação que se

²⁴ “Esse momento produtivo, essencialmente do trabalho vivo em ato é aberto à disputa de capturas por várias lógicas sociais, que procuram tornar a produção das ações de saúde de acordo com certos interesses e interditar outros. (...) É nesse espaço que a busca capturante do usuário apresenta maior chance de conquistas por impor ‘finalidades’ ao trabalho vivo do médico” (2002: 98).

estabelecem entre os diversos profissionais e, ao mesmo tempo, desenvolver a cooperação entre os diversos saberes e o “partilhamento decisório”, o que poderá proporcionar maior eficácia do núcleo específico de ação de cada profissional;

- 3) todo profissional da saúde deverá ser capacitado para atuar no campo das tecnologias leves e ser identificado como responsável pelo “projeto terapêutico”, atuando como *administrador* das relações com os vários núcleos de saberes profissionais nesta intervenção;
- 4) a formação e qualificação dos profissionais de saúde tenham como base a dimensão propriamente cuidadora, neste sentido, a caixa de ferramentas deverá ser composta, centralmente, pelas tecnologias leves e pela dimensão relacional da clínica. Ou seja, é a partir desta base que se deve operar a construção de um profissional específico, e neste processo, realizar a síntese das competências – expressas na formação de um profissional com capacidade de gerar e gerir um “projeto terapêutico”. Através desta construção desenvolve-se a articulação entre a competência genérica de qualquer profissional de saúde, como cuidador, e o seu agir específico como profissional de saúde.

A predominância do núcleo cuidador parece emergir como fio condutor capaz de viabilizar a mudança no modo de produzir saúde, por meio da constituição de dois dispositivos centrais no campo da gestão do trabalho: a responsabilização dos profissionais de saúde e, principalmente; a publicização do conjunto dos processos microdecisórios em torno do “interesse” privado do usuário²⁵. Nesta perspectiva algumas premissas são centrais:

- no interior do processo de trabalho, o trabalho vivo em ato é o que tem potencialidade para mudar o modo de produzir saúde;
- essa mudança só pode ser viabilizada através do espaço-relacional trabalhador-usuário (no campo das tecnologias leves);
- para que essa mudança ocorra o trabalhador precisa ter como referência-chave: os interesses dos usuários.

²⁵ “(...) o único ator que pode colocar seu foco privado para publicizar os outros na constituição de um modelo descentrado da lógica dos meios” (2002:177)

As expectativas de Merhy concentram-se no trabalho vivo em ato e, conforme já afirmado, na possibilidade deste mudar sua postura frente ao trabalho morto. Neste sentido, propõe uma reconfiguração no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde, onde ambas tenham como princípio o fortalecimento da dimensão cuidadora, tanto no que diz respeito à formação dos trabalhadores, quanto à reorganização dos serviços da área.

Ao estabelecer um princípio comum para a reconfiguração dos campos citados acima, Merhy propõe trata-las como uma totalidade, e através desta relação viabilizar a formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde no sentido já anunciado.

Na construção teórica de Merhy encontra-se um dos fundamentos da PNEPS, pois ao enfatizar a necessidade do trabalhador mudar sua postura frente ao trabalho morto está, no fundamental, questionando o processo de formação dos mesmos, e, ao mesmo tempo, ao apontar que as possibilidades dessa mudança situam-se no campo das tecnologias leves, sinaliza que o local privilegiado para a formação encontra-se no cotidiano do trabalho, ou seja, no encontro do trabalhador com o usuário - momento em que o trabalho vivo coloca-se em ato.

Desta forma, essa concepção teórica coloca como questão central a necessidade de mudança na orientação do processo de formação dos trabalhadores da saúde, no sentido de deslocar a base da formação, do núcleo específico profissional para o núcleo cuidador, e, conseqüentemente, deslocar o próprio local privilegiado para a formação.

Tal mudança de eixo, sinalizada por Merhy, repercute nas reflexões acerca da educação continuada e da educação permanente, presente na formulação da PNEPS. Conforme já mencionado, um dos fundamentos dessa política erigiu-se a partir de críticas à educação continuada, no que diz respeito à ênfase dada por esta concepção pedagógica ao aspecto técnico-científico na formação dos trabalhadores, e do questionamento de suas possibilidades subsidiarem estes últimos para enfrentar questões presentes nos serviços de saúde, transformar suas práticas e, neste processo, redirecionar o modelo tecno-assistencial.

Ribeiro e Motta (mimeo, s/d) analisam que a educação continuada, ao estabelecer-se e manter-se como concepção pedagógica predominante no setor saúde, reforça a visão de que a

reorganização dos serviços de saúde passa, prioritariamente, pela atualização do conhecimento profissional.

Após avaliarem que as práticas usuais desta concepção ficam nos marcos de um conhecimento universal e abstrato que padroniza usuários e serviços, mostram sua fragilidade de enfrentar os desafios colocados pelo cotidiano do trabalho. Concluem que é necessário rever as práticas de educação continuada, e que isto implicaria na própria revisão das concepções predominantes sobre o trabalho que, segundo os mesmos, estaria reduzido à dimensão objetiva e técnica das práticas profissionais e ao mundo do emprego. Ressaltam, então, a necessidade de se resgatar a dimensão do sentido e razão do trabalho que todos os profissionais da saúde prestam, qual seja: alcançar um cuidado adequado às necessidades dos usuários.

Ceccim (2004, 2005) reforça essa análise ao identificar a forma fragmentada como o setor saúde propõe "programas de ação" ou "ações programáticas" das quais derivam uma linha de capacitações, de prescrições de trabalho aos profissionais.

A partir das críticas à educação continuada e à forma fragmentada do trabalho na saúde é possível afirmar que:

- a educação continuada identifica-se com a formação centrada na dimensão profissional específica, baseada principalmente na constituição de uma caixa de ferramentas composta centralmente pelas tecnologias leves-duras e duras;
- a fragmentação do cuidado reforça o projeto terapêutico baseado em ações pontuais e individuais, integradas por somação.

As críticas sinalizam para a necessidade de se rever as concepções pedagógicas predominantes e, apontam a adoção da educação permanente como opção capaz de reorientar a formação dos trabalhadores, capacitá-los para reelaborar seus conhecimentos frente às especificidades de cada local, modificar suas práticas, e, conseqüentemente, reorganizar os serviços de saúde.

As expectativas em torno da educação permanente advêm da prioridade desta concepção pedagógica definir o cotidiano de trabalho como local privilegiado de aprendizagem. A ênfase do processo de formação desloca-se, então, da dimensão tecnológica-científica para a dimensão do

local, do específico e do cotidiano do trabalho, o que seria garantido através da aprendizagem significativa. Segundo Ceccim (2004, 2005:161),

"A identificação Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho - ou da formação - em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano".

Dessa forma, a adoção da educação permanente reforça os seguintes sentidos:

- a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores como ponta de lança para o movimento de mudança nos serviços de saúde, e , neste sentido, visualiza-se a importância que é atribuída ao trabalho vivo na produção dos atos de saúde;
- o deslocamento da centralidade do eixo da formação para o cotidiano de trabalho - ou seja, para o momento em que o trabalho vivo coloca-se em ato no seu encontro com o usuário- aposta na possibilidade do saber tecnológico profissional específico do trabalhador ser capturado pela lógica intencional do usuário;
- o cotidiano do trabalho é considerado o local onde as tecnologias leves (espaço relacional entre trabalhador e usuário) atuam de forma mais plena, onde o usuário teria maiores chances de colocar suas necessidades como principais e orientadoras dos atos de saúde. Ao eleger este local como privilegiado para a formação dos profissionais da saúde, estaria buscando-se reforçar o núcleo cuidador, como núcleo central para a formação de todos os trabalhadores e ponto de partida para a formação específica do profissional. Assim, se aumentaria a possibilidade das necessidades dos usuários orientar a lógica intencional do trabalhador na produção dos atos de saúde;
- Ao fortalecer o núcleo cuidador possibilitar-se-ia:
 - a) Estabelecer relações mais horizontais entre os profissionais de uma equipe de trabalho, dado que é um núcleo comum a todos os trabalhadores;

- b) Romper com a lógica de fragmentação entre as várias especificidades, pois ao ter como base o núcleo comum torna-se necessário o estabelecimento de maior diálogo e interação entre os trabalhadores;
- c) Gerar maior publicização ou desprivatização da relação entre trabalhador específico e usuário, reduzindo a possibilidade do primeiro capturar o usuário, a partir da lógica de seu saber específico;
- d) Comprometer e responsabilizar os trabalhadores pela direção e tipo de produção dos atos de saúde, uma vez que todos têm a mesma capacidade: produzir, principalmente, cuidado.

Na concepção da política de educação permanente em saúde concentram-se os princípios que possibilitariam concretizar a reconfiguração dos campos de gestão do trabalho e da educação na saúde propostos por Merhy: o trabalho vivo imbuído de uma subjetividade, de uma intencionalidade, de uma lógica que o leve a, em ato, operacionalizar o trabalho morto tendo como finalidade última, as necessidades do usuário, produzindo acolhimento, vínculo e, desta forma, contribuindo para que este último tenha maior autonomia para "andar na vida".

As formulações teóricas de Campos identificam-se, em vários aspectos, com as de Merhy. Considera-se, entretanto, que ao elaborar o método da Roda²⁶ Gastão desenvolve algumas das proposições expostas por Merhy, principalmente no que diz respeito à metodologia para implementar a mudança no gerenciamento dos processos de trabalho em saúde.

De acordo com Campos, um dos pressupostos básicos desse método é a concepção de que o trabalho possui dupla finalidade: assegurar a reprodução social do Sujeito e, ao mesmo tempo, a sua própria constituição²⁷. O autor compreende que há um imbricamento entre os modos de produzir coisas e de se auto produzir. Baseado neste pressuposto afirma que:

“A gestão e as práticas profissionais tem a capacidade de modificar os padrões dominantes de subjetividade e, portanto, de alterar o modo de ser do sujeito.

²⁶ Segundo Campos, a Paidéia é “uma metodologia para a educação de pessoas objetivando a ampliação de sua capacidade de analisar e intervir sobre o mundo”(2006:20).

²⁷ “O trabalho contém fator Paidéia, ou seja, interfere na produção da subjetividade e na constituição do sujeito” (Campos, 2000: 236).

Têm, portanto, um potencial pedagógico e terapêutico, seja para criar dependência e impotência – função do controle social – seja, para ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos – fator Paidéia. O método da Roda se propõe a ativar essa segunda linha de produção de subjetividade” (Campos, 2000:233).

O método da Roda seria uma proposta para romper, a um só tempo, com o modelo hegemônico de gestão – considerada atribuição de uma minoria especializada – e desenvolver o exercício da co-gestão, através da criação de espaços coletivos que ampliem a capacidade e possibilidade dos sujeitos de analisar, definir tarefas e elaborar projetos de intervenções na realidade. Nesta perspectiva a gestão é compreendida como uma “tarefa” coletiva.

Através da criação do sistema de co-gestao tripartite - poder executivo, trabalhadores de saúde e usuários – buscar-se-ia constituir uma síntese entre as evidências objetivas e narrativas subjetivas envolvidas, que proporcionassem a criação de um quadro mais completo sobre a situação indesejada e a forma como estaria sendo produzida, permitindo orientar a tomada de decisões e a definição das tarefas, ou seja, desta interação emergiriam os problemas prioritários a serem enfrentados (Campos, 2006:29/30).

Desta forma, o método da roda reforçaria o vínculo entre os profissionais da saúde e usuários, através do resgate da “*arte da fala e da escuta*”, contribuindo para erradicar o desinteresse, a alienação e o agir mecânico e burocratizado dos trabalhadores.

Algumas das finalidades expressas nesta proposta referem-se a mudança na forma de funcionamento das instituições, alteração das relações de poder; diminuição da distância entre os que comandam, planejam e dirigem e a maioria executante das ações dos serviços; trabalhar para que todos sejam, em alguma medida, gerentes, enfim a “deixar que a sensibilidade, o desejo e as necessidades dos usuários, da clientela, penetrassem em todos os poros da organização, de tal forma que todos os que ali trabalhassem viessem a sentir essa pressão” (Campos, 1994:33).

O olhar que Campos e Merhy lançam sobre o trabalho em saúde imbrica-se e acaba por estabelecer os alicerces para a formulação da PNEPS. De acordo com os documentos da SGTES/MS (Ministério da Saúde, 2003), a aprendizagem significativa seria um dos pressupostos

que confeririam a educação permanente, ao tornar-se política – a capacidade de constituir-se como eixo transformador e como recurso estruturante do SUS.

O método da Roda e a aprendizagem significativa²⁸ conformam uma unidade que estrutura a PNEPS. A aprendizagem significativa – para as perspectivas aqui analisadas – coloca-se como uma concepção pedagógica importante para a constituição de um procedimento usuário-centrado, uma vez que pressupõe que o conhecimento sistematizado de cada profissional específico seja imbuído pelas questões colocadas pelos usuários. Desta forma, os profissionais da saúde antes de aplicarem ou sobrepor seus conhecimentos às demandas específicas deverão fazer o caminho inverso – ou seja, seus conhecimentos sistematizados só poderão ser operacionalizados ao ter em conta as demandas dos usuários. Por sua vez, verifica-se, em vários aspectos, a influência do método da roda na concepção dos Pólos de educação Permanente em Saúde. Estes são denominados, de acordo com os documentos do DEGES/SGTES/MS, de Colegiados de Gestão ou Rodas de Gestão da EPS, concebidos como rodas de debate e construção coletivas – espaços de diálogo e negociação dos vários atores e instituições envolvidos com a área de saúde; como locus para identificação de necessidades e construção de estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento como dispositivos do SUS para mudanças nas práticas de saúde e mudança nas práticas de educação em saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2003:9-10).

Ao que tudo indica, a concepção dos pólos ancora-se no pensamento de Habermas (apud Geuss, 1998), em que face ao crescimento de uma razão instrumental regida pela ótica econômica, desloca-se para a linguagem e ao que denomina de mundo vivido, a possibilidade de transformação social. Neste sentido, diante da constatação do retraimento da democracia aposta na ampliação de arenas participativas e solidárias como meio de contrarrestar o domínio do econômico. Como aponta o documento:

“Para interagir o mundo da vida e o do trabalho, pode-se/deve-se inserir processos de reflexão crítica, base para uma educação que destaque o

²⁸ Aqui entendida como uma derivação das análises de Merhy, principalmente no que diz respeito ao potencial que este autor confere ao do trabalho vivo em ato no espaço relacional das tecnologias leves, e que, portanto, coloca o processo de trabalho como centro para a formação.

desenvolvimento da autonomia e da criatividade no pensar, no sentir e no querer dos sujeitos sociais” (Brasil, 2003:14.)

Assim, parte-se da premissa que nessas arenas de negociação os atores sociais estão em “condições ideais de fala”²⁹. No entanto, sabe-se que nesses espaços estão em disputa diferentes projetos societários e que os sujeitos políticos coletivos envolvidos, longe de estarem em igualdade de condições tendem a reproduzir a diferença entre classes presentes na sociedade. Nos pólos de Educação Permanente são chamados a participar :

“Os gestores estaduais e municipais de saúde, as instituições de ensino com cursos na área da saúde, os hospitais de ensino, as organizações estudantis na área da saúde, os trabalhadores de saúde, os conselhos municipais e estaduais de saúde , os movimentos sociais ligados à gestão social das políticas públicas de saúde e todos aqueles que, de alguma maneira, estejam envolvidos com as questões de saúde em nosso país.” (Brasil, 2005, p.5)

O argumento utilizado para a disputa nos pólos é uma maior permeabilidade por parte dessas organizações das demandas da sociedade, uma vez que essas instituições são refratárias às mudanças propostas. Destacam ainda que a pactuação e a negociação nas rodas permitem um maior controle da população sobre as propostas que estão sendo geridas.

“A roda a ser caracterizada para a gestão colegiada tem natureza política e crítico-reflexiva . Os executores das ações serão cada instituição ou arranjos entre instituições debatidos na “roda” (Brasil, 200:26).

Note-se que o aspecto público diz respeito mais enfaticamente ao destinatário das políticas não dando muita importância a quem executa tais ações. Nesse aspecto está subentendida a idéia que o Estado não é necessariamente o melhor executor da política podendo disputar os recursos públicos com outras organizações que “melhor” desempenhassem as ações, quais sejam: instituições de ensino privadas, ONGs e outra entidades.

Enfoques teóricos na PNEPS

²⁹ Habermas emprega a expressão “situação ideal de fala” para se referir a uma situação de discussão absolutamente isenta de coerção e sem limites, realizada entre agentes humanos completamente livres e iguais (Geuss:1988).

A constituição da PNEPS situa-se no campo dos debates travados sobre os caminhos para a efetivação da reforma sanitária, expressa a formulação da aposta que alguns teóricos fizeram na possibilidade de se revolucionar o cotidiano do trabalho em saúde - dentro dos limites político-econômicos atuais - e, neste sentido, pode ser considerada como uma das estratégias de redirecionamento da reforma sanitária. Através das críticas de Campos e Merhy às perspectivas que predominaram no campo da saúde, é possível visualizar em que sentido a PNEPS reforça a re-significação da reforma sanitária.

Por diferentes caminhos, esses autores chegam à conclusão que a ênfase dada por alguns teóricos que influenciaram o setor saúde e, principalmente o movimento sanitarista - lógica dos determinantes estruturais, determinismo econômico sobre o político e lógica do capital - foi um dos principais entraves para a efetivação das mudanças necessárias no setor, e mesmo, para a concretização da Reforma Sanitária.

Segundo Campos (2000) o movimento sanitarista teria se restringido à formulação de consignas políticas gerais e se empenhado muito mais na mudança do aparato legal e da estrutura político-administrativa, do que na constituição dos sujeitos sociais capazes de efetivar as mudanças propostas.

Merhy (2002) critica a ênfase que Ricardo Bruno (1992,1994) e Denise Pires (1998) conferem aos equipamentos como determinantes do processo de trabalho em saúde e de suas transformações. Assim, após considerar as contribuições de Denise Pires para a análise da reestruturação produtiva no campo da saúde, ressalta que a apreciação desta autora é insuficiente, uma vez que a mesma teria desconsiderado que o processo que analisa não é marcado, principalmente, pela entrada de novos equipamentos, mas sim, pela própria "modelagem" da gestão do cuidado em saúde, que estaria mais articulada a novos territórios não tecnológicos.

Deste modo, apesar de considerar que as diretrizes políticas neoliberais orientam as políticas de saúde no contexto atual, Campos e Merhy avaliam que as mesmas não são limitadoras das possibilidades de mudança por eles vislumbradas. A questão dos recursos destinados para o setor saúde, da precariedade dos equipamentos, e mesmo, das condições salariais e de trabalho

dos profissionais não constam, nestas análises, como entraves principais para que as reformas no setor se efetivem ou para que se realize um atendimento mais humanizado.

O principal entrave localizar-se-ia, então, na alienação dos profissionais de saúde, que estariam muito mais interessados em suas competências específicas esquecendo-se de serem cuidadores. Esta postura expressar-se-ia: na ligação débil dos trabalhadores com a doença ou saúde dos usuários; na separação progressiva entre os que dirigem as instituições e os que executam as ações; na falta de identidade do trabalhador como parte de um coletivo; na separação e distanciamento entre profissionais e usuários e entre equipes e comunidade, que vem ocasionando um atendimento desumanizado, descompromissado e mesmo desrespeitoso e, conseqüentemente, um sentimento de insegurança, desamparo, desproteção e desprezo nos usuários.

Na perspectiva destes autores, para que a reforma sanitária se efetive, é necessário, em primeiro lugar, “desalienar” os profissionais da saúde e fazê-los acreditar que é possível promover mudanças desde já, e não somente após um processo revolucionário. Esta mudança e “desalienação” passariam, fundamentalmente, pela alteração no funcionamento dos serviços públicos, pelo questionamento dos micropoderes estabelecidos e pela instituição de novas formas de governar as instituições de saúde - capazes de comprometer os trabalhadores com os interesses dos usuários.

Diferente de parte significativa dos teóricos da Reforma Sanitária que enfatizava a necessidade de transformar a estrutura macropolítica para que se efetivassem mudanças significativas na saúde, Campos e Merhy afirmam que estas podem efetuar-se a partir da mudança da lógica da gerência das instituições de saúde. Há nitidamente um deslocamento da perspectiva macropolítica para a micropolítica, decorrente da análise que estes autores fazem do processo de trabalho na saúde e sobre o papel que o trabalhador cumpre no processo de produção da saúde.

Tanto Campos quanto Merhy, ao analisarem o processo de trabalho em saúde, reportam-se ao referencial teórico marxista, entretanto, acabam por restringir suas formulações às forças

produtivas, desarticulando-as das relações de produção com as quais conformam uma totalidade³⁰.

Essa desarticulação os leva, por um lado, a ressaltar as diferenças entre o trabalho fabril e o trabalho na saúde, assim como, a destacar a ampla autonomia e capacidade de autogoverno dos profissionais do setor e; por outro, a subestimar que apesar das particularidades que o trabalho na saúde admite³¹, este trabalho e o trabalho fabril inserem-se no mesmo tipo de relações sociais de produção, o que confere a ambos uma particularidade em comum: são processos de trabalho que se desenvolvem no modo de produção capitalista.

Ou seja, as relações sociais de produção nas quais estes trabalhos estão inseridos são da mesma natureza, e estas comandam e orientam a integração e a relação que os elementos do processo de trabalho estabelecem entre si, mesmo em suas especificidades, e, influenciam na definição de seus contornos, produtos e possibilidades.

O fato de inserirem-se em relações sociais de produção da mesma natureza não nega a afirmação de que, o trabalho na saúde - quando comparado ao trabalho fabril - permite um maior grau de autonomia e autogoverno dos trabalhadores, entretanto, ao se analisar as possibilidades que esta característica abre para os profissionais da saúde, não se pode perder de vista que a intervenção dos mesmos, por si só, não permite desencadear a mudança no modo de produzir saúde no país.

A subestimação do papel das relações sociais de produção no processo de trabalho em saúde e a sobrevalorização do potencial do trabalho vivo em ato - sem levar em conta, devidamente, os limites que as condições objetivas colocam para este - acabam por tornar frágil um dos

³⁰ Marx (1996), no capítulo V do livro *O Capital* analisa o processo de trabalho descrevendo, em um primeiro momento, seus elementos invariáveis, ou seja, “elementos simples e abstratos (...) comuns a todas as formas sociais”, para em seguida analisar o processo de produção da mais valia demonstrando a historicidade e a especificidade que o processo de trabalho admite no modo de produção capitalista. Este compreendido como um conjunto de processos de trabalho que se realizam sob determinadas relações de produção, ou seja, as forças produtivas são colocadas em ação dentro de relações sociais de produção específicas. Desta forma, infere-se que para Marx a forma da relação de produção é a condição interna do processo de trabalho, logo este não existe fora da mesma.

³¹ dada a forma como seus elementos se relacionam, o ato e o momento da produção, assim como, o seu produto

elementos que Campos e Merhy colocam como centrais para a efetivação de suas propostas, qual seja, mudar a lógica intencional do trabalho vivo em ato.

Esta fragilidade advém da visão unilateral que os autores em questão acabam por assumir ao não tratar a relação entre infra-estrutura/superestrutura como uma totalidade³², o que lhes permite afirmar que a mudança do modelo tecno-assistencial e a efetivação da Reforma Sanitária passam, essencialmente, pela desalienação dos trabalhadores, pela constituição de uma nova subjetividade, de uma nova intencionalidade no trabalhador - a partir da lógica das necessidades do usuário, e, pelo fortalecimento da dimensão cuidadora, descuidando-se, entretanto, de incorporar em suas análises a interferência da base material na constituição da subjetividade do trabalhador e na própria relação deste com o usuário.

Embora Campos e Merhy reconheçam a dimensão macroestrutural e sua relação com a precariedade das condições de trabalho e atendimento na saúde, ao se referirem a esta dimensão situam-na como algo "para além" ou "ao lado" da desumanização dos serviços, da falta de compromisso dos trabalhadores, da baixa capacidade de resolutividade das ações, etc. Dessa forma, não percebem tal dimensão como constituinte da subjetividade do trabalhador e como limitadora da capacidade de atendimento e atenção, por mais "humana" que seja sua intenção, e por mais autonomia e autogoverno que possua.

A proposta da micropolítica para formação dos atores sociais capazes de efetivar a Reforma traduz-se na implementação da gerência democrática nas instituições, de modo a comprometer e responsabilizar os trabalhadores para que busquem, nos limites permitidos pelas condições reais estabelecidas, proporcionar um atendimento humanizado aos usuários.

Ao superestimar o potencial do trabalho vivo em ato sem levar em conta os limites deste diante das condições objetivas, pensando ser possível encontrar alternativas contra-hegemônicas por meio de estratégias localizadas no interior do SUS, como se este fosse blindado, corre-se o risco de despolitizar o movimento de reforma sanitária numa busca de alternativas que podem esvaziar sua consolidação.

³² Composta pela unidade de dois aspectos contraditórios, ou seja, a base material determina, todavia, a superestrutura está inscrita na base material.

O que permite inferir que a perspectiva da micropolítica não se constitui apenas como uma simples mudança do ponto de partida para se desencadear as transformações necessárias na saúde, mas pode tender ao abandono da perspectiva que inseria a reforma sanitária em um projeto político que vislumbrava a transformação da própria estrutura da sociedade, de forma a garantir mudanças reais e efetivas na saúde.

Seguindo as concepções expressas por Campos e Merhy, a ênfase dada, pelos formuladores da política de Educação Permanente do MS, às mudanças nas práticas concretas de trabalho deriva, em grande medida, de uma crítica ao estruturalismo que ao colocar grande peso nos determinantes econômicos que condicionam o trabalho, acabaram por limitar a possibilidade de superação da crise na saúde. Assim, embora nos documentos e textos divulgados para a consolidação da política, ganhe destaque a necessidade de um olhar mais amplo sobre a saúde e seu peso sobre as políticas, pouca ênfase é colocada nos determinantes sociais e econômicos que perpassam esse processo. Apostam, dessa maneira, em uma mudança nas relações de trabalho construída a partir dos coletivos nas instituições, ou seja, através da participação racional e crítica dos diversos atores que atuam no trabalho em saúde. Possibilitar-se-ia assim a transformação do sistema, favorecendo a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Desta forma, leva-se o foco de análise para a micropolítica, dirigindo substancialmente as suas críticas à estrutura de poder dentro das instituições, apostando na possibilidade de emancipação nesses locais.

Ao fazer esse giro para as relações de trabalho nas instituições muitas vezes não se compreende a totalidade no seu aspecto dialético e enfatiza-se que a possibilidade de se romper com a atual formatação do sistema de saúde está, essencialmente, nas mãos dos trabalhadores. Nesse sentido, Arroyo (2003:72) destaca:

“È o trabalho que forma ou deforma, qualifica ou desqualifica o trabalhador. Políticas de formação de trabalhadores adquirem sentido quando acompanham políticas de qualificação dos postos e das condições de trabalho.”

Em que se pese que a desprecarização do trabalho venha sendo analisada por outro departamento da SGETS, quando não se questiona os demais determinantes que atingem o

trabalho e a saúde, acaba-se forjando um discurso descolado da realidade, podendo se incorrer em uma visão, no mínimo ingênua, de acreditar-se que a formação/educação tem o poder de modificar, por si só, a realidade. Não se quer dizer que seja desnecessário modificar as relações de trabalho no cotidiano dos serviços, por certo a deterioração das condições de trabalho tem levado a um descompromisso com os usuários que pioram ainda mais a situação da saúde no país. Destaca-se, entretanto, que o grande desafio é aliar políticas que favoreçam uma melhora substantiva nas condições de vida da população com ações que transformem o trabalho no interior das organizações. No entanto, essa transformação não está circunscrita a uma mudança no trabalho, mas sim deve se guiar por um projeto que radicalize a democratização, não só da esfera política, mas também dos direitos sociais e econômicos.

4. O MATERIAL EMPÍRICO

Conforme mencionado na introdução deste relatório, a análise da implantação da política foi possibilitada pelo mapeamento dos projetos apresentados ao Ministério da Saúde e dos Pareceres Técnicos relativos aos projetos aprovados entre junho/2004 a junho/2005.

A partir do entendimento de que os pareceres técnicos constituíam a fonte de caracterização das ações de educação permanente, definiu-se que a pesquisa seria realizada mediante a análise destes pareceres, que informaram: tempo, objetivo, justificativa e público alvo. Assim, os pareceres técnicos e os projetos de Educação Permanente aprovados pelo Ministério da Saúde foram os principais objetos de investigação, através dos quais buscou-se cotejar a política formulada e a sua implementação.

Uma das primeiras observações identificadas foi acerca da diferenciação entre ações e projetos. Partiu-se da compreensão de que um projeto poderia envolver várias ações, e que um dos critérios de avaliação poderia girar em torno da integração entre as mesmas. No entanto, observou-se que os Pareceres Técnicos dos referidos projetos continham um conjunto de ações não articuladas, o que orientou que a análise deveria partir da caracterização das ações e não dos projetos. Assim, apesar de ter-se mapeado 165 pareceres técnicos aprovados no período, analisou-se 238 ações de Educação Permanente em Saúde, que foram classificadas segundo as variáveis de: instituições responsáveis, área e natureza.

Além do mapeamento desses pareceres foi feita uma análise qualitativa de uma amostra dos projetos aprovados com o propósito de aprofundar a reflexão acerca das principais questões que justificavam ações de educação permanente, que será abordada após a descrição dos dados.

Entre as áreas nas quais as ações se situam destacam-se: Atenção Hospitalar, Atenção Básica, Controle Social, Educação Popular, Políticas/Gestão, Informações em Saúde, Novas Estratégias, Políticas de EPS, Saúde da Família, Saúde do Trabalhador, Laboratórios e Vigilância em Saúde. A

orientação para a classificação dessas áreas seguiu a definição dos verbetes do livro *O SUS de A a Z*³³ e discussões com profissionais dessas respectivas áreas, conforme listagem a seguir:

Definição das áreas:

Atenção hospitalar

A atenção hospitalar representa um conjunto de ações e serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde realizado em ambiente hospitalar. Ela tem sido, ao longo dos anos, um dos principais temas de debate no Sistema Único de Saúde. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e a grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido pelo nível hospitalar.

Atenção básica à Saúde

Constitui o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Nesse nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida. A atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas.

Controle social

Abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à

³³ Com base em: BRASIL, Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS. Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos distintos atores sociais. O SUS garante aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios autonomia para administrar os recursos da Saúde. Para isso, é preciso que cada esfera de gestão tenha seu Conselho de Saúde funcionando de forma adequada. Ao Ministério da Saúde (MS) e às secretarias estaduais e municipais de Saúde cabe a implementação de mecanismos para a gestão e apoio ao fortalecimento do controle social no SUS.

Educação popular em saúde

Processo que objetiva promover, junto à sociedade civil, a educação em saúde, baseada nos princípios da reflexão crítica e em metodologias dialógicas (ou seja, que tenham como base o diálogo). É instrumento para a formação de atores sociais que participem na formulação, implementação e controle social da política de saúde e na produção de conhecimentos sobre a gestão das políticas públicas de saúde, o direito à saúde, os princípios do SUS, a organização do sistema, a gestão estratégica e participativa e os deveres das três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal).

Gestão do SUS

A gestão pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nesses espaços, é possível construir conhecimentos compartilhados sobre a saúde da população, considerando as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e da coletividade. Essa tarefa exige esforço para o desencadeamento de ações de educação em saúde que ampliem e vocalizem as necessidades e desejos da população, assim como a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Implica ainda tornar visíveis as mudanças que vêm ocorrendo no SUS a partir da adoção de práticas como as equipes multiprofissionais de saúde, a intersetorialidade, a integralidade e o acolhimento.

Informação em Saúde

O processo de gestão em Saúde requer sistemas de informação que alimentem os gestores de forma oportuna e permanente com dados corretos sobre as condições de saúde e doença no âmbito do território de atuação, condições de vida e ambientais, condições de atuação do sistema e dos serviços de saúde, suas formas de funcionamento e grau de cumprimento dos objetivos.

Novas Estratégias Políticas

Aprender SUS - Política do SUS voltada para a mudança dos cursos de graduação na área de Saúde de acordo com as necessidades de Saúde da população e com os princípios e diretrizes do SUS. Visa a integrar, de forma permanente, a política de educação na Saúde e aproximar as instituições de ensino superior das gestões do SUS (federal, estaduais e municipais). Tem-se pautado na construção de compromissos entre o SUS e as instituições de educação superior, buscando viabilizar a integralidade da atenção em Saúde, a humanização, o trabalho em equipe de saúde e a ampliação dos conhecimentos sobre o sistema de Saúde vigente no Brasil no projeto político pedagógico das instituições de ensino.

Educar SUS - Designação utilizada para abranger o ordenamento da formação de trabalhadores e profissionais de saúde e a política de gestão da formação da gestão da formação e da educação popular em saúde coordenada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS).

Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) - Projeto que pretende: ampliar o conhecimento do SUS por parte dos estudantes universitários, com o objetivo de construir um projeto profissional comprometido com a consolidação do SUS; mobilizar gestores estaduais e municipais de saúde para participar de discussões e práticas de educação permanente em saúde por meio da interação entre estudantes e gestores; apoiar a construção do protagonismo estudantil no seu projeto de formação profissional. O público-alvo é composto por estudantes de graduação de todas as profissões que trabalham com a saúde.

Humaniza SUS - Sigla para Política Nacional de Humanização do SUS. No campo da saúde, humanização diz respeito a uma proposta ética, estética e política. Ética porque implica mudança de atitude dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como co-responsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; estética, porque relativa ao processo de produção da saúde e das subjetividades autônomas e protagonistas; política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão, na rede do SUS. Este compromisso ético, estético e político de humanização do SUS assenta-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, na co-responsabilização entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos, no respeito aos direitos dos usuários e na participação coletiva no processo de gestão.

Saúde da Família

Estratégia prioritária adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para a organização da atenção básica, no âmbito do SUS, dispondo de recursos específicos para seu custeio.

Saúde do Trabalhador

É uma área específica da Saúde Pública que prevê o estudo, a prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Faz parte do direito universal à saúde. A execução de suas ações é de competência do SUS, conforme dispõe a Constituição Federal (artigo 200) e regulamentação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (artigo 6º), além de

diversos dispositivos regulamentares estaduais e municipais. Em nível federal, foi regulamentada pela Norma Operacional em Saúde do Trabalhador (Nost), disposta pela Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998.

Laboratórios de Saúde Pública

Conjunto das redes nacionais de laboratórios, organizadas por agravos ou programas, de forma hierarquizada pelo grau de complexidade das análises relacionadas à vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde, vigilância sanitária e assistência médica.

Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde abrange as seguintes atividades: a vigilância das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância da situação de saúde. A adoção do conceito de vigilância em Saúde procura simbolizar uma abordagem nova, mais ampla do que a tradicional prática de vigilância epidemiológica

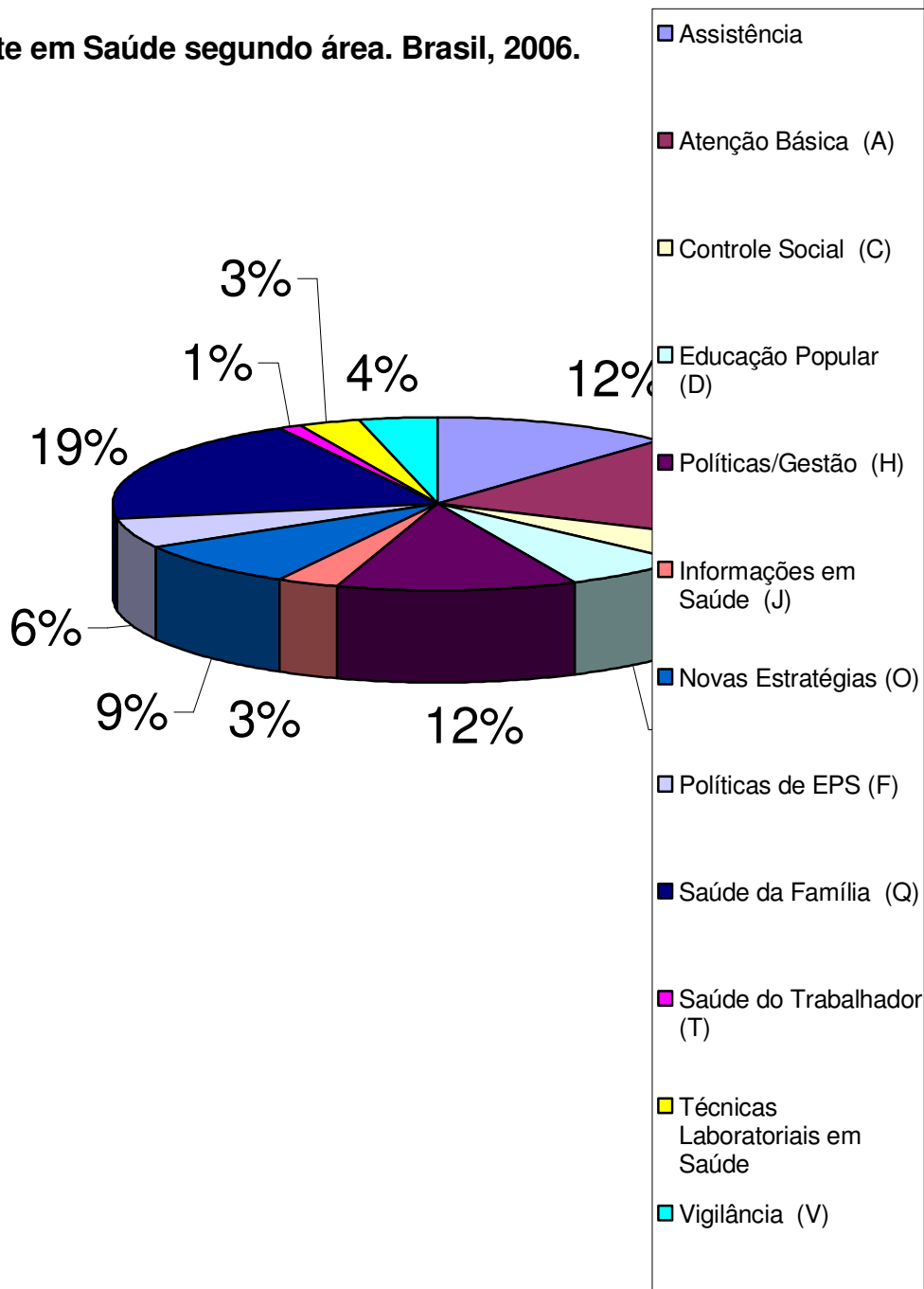
Educação permanente em saúde

São ações destinadas ao debate, à problematização e à priorização de ações de educação permanente, que têm como papel: identificar necessidades de formação de acordo com a situação de Saúde e de organização do SUS; identificar potencialidades de cada instituição local; estabelecer prioridades para ação de educação permanente em saúde na localidade; construir em parceria com as iniciativas de formação capilarizadas, contextualizadas e transformadoras. A partir do lançamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS, já foram constituídos no Brasil, até dezembro de 2004, 96 pólos de educação permanente em saúde. Os recursos para esse trabalho foram pactuados na tripartite e a distribuição pelos diferentes estados foi definida levando em conta a população, o número de unidades de saúde, ênfase ampliação da atenção básica, os Conselhos de Saúde existentes e os municípios em gestão plena.

- **Classificação das ações por área:**

Área	Ações de EPS
Atenção Hospitalar	Odontologia, Medicina, Enfermagem, Urgência/emergência
Atenção Básica	Saúde mental, bucal, do idoso, da mulher e criança
Controle social	Conselheiros municipais, usuários
Educação Popular	Ações de promoção, prevenção, comunitárias
Informações em saúde	Prontuários, registros médicos, dados epidemiológicos
Novas estratégias políticas	Versus, humanizatus, aprender SUS
Gestão do SUS	Discussão do SUS, atualização de gestores
Política de EPS	Estruturação da política, apresentação da proposta, divulgação
Saúde da Família	PSF, ACS, ACD, THD
Saúde do Trabalhador	Ações voltadas aos trabalhadores do setor, que tratam de conhecimentos relacionados à segurança e relações de/no trabalho
Laboratórios de Saúde Pública	Hematologia/hemoterapia, biodiagnóstico
Vigilância em Saúde	Epidemiológica, sanitária, ambiental, em saúde

Ações de Educação Permanente em Saúde segundo área. Brasil, 2006.



Fonte: Pareceres Técnicos dos projetos de EPS DEGES/SGTES/MS

Na análise por área verifica-se um forte peso das ações relacionadas à atenção básica, voltadas especialmente ao fortalecimento da estratégia saúde da família que se coaduna com a formulação da política. Em contrapartida, poucas ações envolvem o controle social, aspecto valorizado nos documentos que fundamentam a PNEPS.

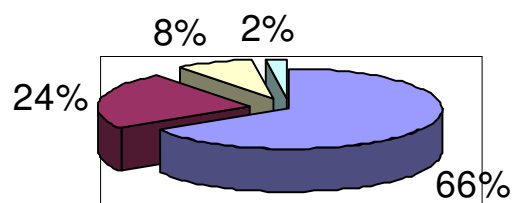
A partir da análise dos objetivos e justificativas identificados nos pareceres técnicos, elaborados pela equipe técnica do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da SGTES/MS, foi possível classificar os pareceres segundo quatro tipos de natureza: pesquisa, eventos educativos, cursos e estruturação. O quadro abaixo ilustra a caracterização das ações de educação permanente em saúde segundo natureza.

Classificação das ações por natureza:

Natureza	Ações de EPS
Eventos educativos	Atividades, predominantemente, pontuais/momentâneas; Ações que se desenvolvem por meios não convencionais: teatro, dança, música, mídia, artes; oficinas, vivências, seminários, mesas redondas, palestras, fóruns de discussão, vídeos-debates, dinâmicas, jornadas, encontros.
Cursos	Cursos de Especialização: caracterizam-se enquanto tal. Cursos Técnicos: de complementação da qualificação profissional de auxiliar de enfermagem para técnico de enfermagem e curso técnico em enfermagem. Cursos: referem-se a capacitações, complementação de qualificação, atualizações, aperfeiçoamento. Com carga horária que varia de 8 a 452 horas.
Estruturação	Implantação: ações que envolvem gasto com estrutura física, material de consumo, serviços de terceiros [pessoa física e jurídica]; aquisição de equipamentos e materiais permanentes; organização do espaço físico, articulação interinstitucional, capacitação de conselho gestor,

	<p>elaboração de mecanismos de acompanhamento e avaliação de projetos, atividades relacionadas à estruturação da Secretaria Executiva do PEPS; estruturação de sala ambiente, laboratório de informática: compra de computadores, sala de reunião. Solicitação de recursos para a instalação, manutenção e funcionamento da estrutura do pólo de EPS.</p> <p>Disseminação e Fortalecimento: ações que visam o fortalecimento da política de EPS: promoção de debates sobre temas para o ensino e a pesquisa no SUS, definição de linhas de ação, projetos e programas em parceria com os gestores do SUS, desenvolver a política estadual de EPS; fortalecimento das práticas de promoção das ações de educação permanente em saúde: implantação de núcleo, elaboração de projeto de capacitação de recursos; desenvolvimento de capacidade técnica regional para a educação permanente.</p>
<p>Pesquisa</p>	<p>Ações que envolvem estudos de identificação de necessidades de profissionais e especialistas para definição de oferta de formação profissional; diagnóstico da situação dos cursos de pós-graduação; construção de sistema de monitoramento e regulação na área da saúde, identificação de necessidades de profissionais e especialistas na área da saúde; investigação sobre a situação de saúde da população brasileira [perfil epidemiológico e demográfico] como base para políticas de abertura de cursos na área da saúde.</p>

Ações de Educação Permanente em Saúde segundo natureza. Brasil, 2006.



■ Cursos
 ■ Eventos Educativos
 ■ Estruturação
 ■ Pesquisa

Fonte: Pareceres Técnicos dos projetos de EPS DEGES/SGTES/MS

Na análise dos Pareceres Técnicos aprovados, constatou-se que a maioria das ações constitui-se em cursos predominantemente de curta duração (considerou-se cursos de curta duração aqueles com carga horária até 60 horas) e eventos educativos esporádicos (oficinas, seminários, vivências, fóruns). Ao que tudo indica, tais ações não contribuem para avançar em um dos objetivos principais anunciados pela Política, qual seja, na articulação dos diversos programas já em andamento e superação de seu caráter fragmentado.

Distribuição das ações de educação permanente segundo natureza jurídica das instituições responsáveis pela execução das ações:

Natureza jurídica	Ações de EPS
Pública	68
Fundação de Apoio	44
Privada	14
Filantrópica	4
Não encontrada	18
Total	148

Fonte: Pareceres Técnicos dos projetos de EPS/DEGES/SGTES/MS

A análise das ações segundo instituições responsáveis demonstra certo equilíbrio entre a natureza jurídica das mesmas e parece sugerir a existência de parcerias público-privado. Questiona-se em que medida tal resultado pode interferir na expectativa da PNEPS de romper com a lógica da compra de produtos e pagamentos por procedimentos educacionais.

ANÁLISE DAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A PNEPS e o modelo de competências: algumas peculiaridades.

A atual ênfase nos processos de formação para o trabalho decorre principalmente das mudanças ocorridas nas últimas décadas com a implantação do que Harvey (1999) conceitua como modelo de produção flexível, onde o sistema produtivo com base nas tecnologias microeletrônicas, cujas características principais são a flexibilidade e a polivalência dos processos de trabalho e dos trabalhadores, redefinem os níveis de produtividade e, portanto, as bases da competitividade a nível internacional. Estrutura-se um novo padrão de industrialização com a concentração de empresas oligopolistas, multi-industriais e transnacionais que favorecem a concorrência internacional. Os postos de trabalho nas indústrias diminuem a olhos vistos, com as novas formas de gestão e o avanço tecnológico.

Nas organizações privadas intensificam-se os processos de educação continuada que visam possibilitar o acompanhamento das novas tecnologias, bem como moldar uma nova sociabilidade do trabalho mais condizente com o modelo de produção flexível. Trata-se de tentar apagar o conflito da relação capital-trabalho e transformar os trabalhadores em parceiros/colaboradores da empresa, na medida em que as causas da exploração se resumiam a uma questão técnica que com os avanços da tecnologia teriam sido superadas.

Assim, se antes os trabalhadores eram vistos como meros recursos da empresa, atualmente não haveria mais essa limitação, pois o trabalho em equipe, a maior flexibilidade hierárquica, a ênfase no conhecimento, a participação e o comprometimento com a empresa, estariam colocando em pé de igualdade patrões e empregados. Neves (2005:90) destaca que para além das relações de trabalho, as empresas vêm construindo uma nova sociabilidade que visa a construção do cidadão colaborador, na qual os trabalhadores, ao invés de lutarem pelos seus direitos e condições de trabalho, aliam-se aos seus patrões, em nome de “programas de responsabilidade social” , doando seu tempo de trabalho aos projetos sociais junto a

conclamada sociedade civil . Assim, “o trabalhador contemporâneo vai paulatinamente abdicando da sua função de militante e transmutando-se em voluntário.”

Vale a pena destacar que o treinamento em serviço sempre se constituiu como um dos mecanismos do capital para intensificar o lucro na empresa e garantir a adesão dos trabalhadores à cultura empresarial. Durante o fordismo os mecanismos de controle e cooperação nas fábricas foram se sofisticando, agregando aos métodos tayloristas de gestão elementos da psicologia e dos comportamentos grupais. Para tanto, além do incentivo salarial buscaram forjar no ambiente empresarial, a reciprocidade na tentativa de ajustar uma troca entre a satisfação pessoal e os objetivos da organização. Passa-se a trabalhar com a motivação, clima organizacional, satisfação no trabalho etc. Busca-se, portanto, através destes mecanismos de persuasão velar a contradição entre capital e trabalho (Kuenzer, 2002).

Controlar o saber dos trabalhadores sempre foi um dos alvos da administração. Se no passado este controle era exercido com o fito de repassar para a gerência o saber tácito dos trabalhadores, atualmente, o controle sofisticou-se ainda mais, pois o conteúdo do trabalho cada vez mais engloba não só o saber fazer, como também o domínio de conhecimentos científicos, além de uma dimensão psicofísica que como sublinham, alguns autores, equivale ao saber ser.

É neste contexto, principalmente a partir da segunda metade da década de 1990, que ganha força a noção de empregabilidade referida “às condições subjetivas de integração dos sujeitos à realidade atual dos mercados de trabalho e ao poder que possuem de negociar sua própria capacidade de trabalho, considerando o que os empregadores definem como competência” (Machado L.,1998:18/19). A noção de empregabilidade reforça uma ideologia que responsabiliza apenas os indivíduos pela inserção no mercado de trabalho e está relacionada a uma cultura de trabalho em que os valores coletivos encontram-se em dissolução e valoriza o sucesso individual como se ele dependesse unicamente das competências e das disposições individuais, legitimando desta forma a fragmentação social (Idem, 1998;Machado L. A., 1999).

Não é por acaso, portanto, que os conceitos de competência e empregabilidade foram forjados pelos profissionais de recursos humanos das empresas (Hirata, 1997). Vale acrescentar que Rodrigues (1997) destaca que os conceitos formação flexível-polivalente e empregabilidade, relacionados a conceitos mais gerais como globalização, competitividade e reestruturação

industrial, tecem uma nova teoria do capital humano, atribuindo à educação a causa e a solução dos problemas sociais e econômicos.

A despeito de alguns pesquisadores (Paiva, 1997; Perrenoud, 2002; Deluiz, 1996) ressaltarem a necessidade do desenvolvimento de competências como capacidade crítica, autonomia, capacidade de trabalho em equipe, entre outras, a competitividade entre as empresas tem levado ao enxugamento dos seus quadros, gerando um ambiente que pouco favorece o desenvolvimento de tais habilidades. Em um contexto em que esmorecem os projetos coletivos e no qual se opera com lógicas extremamente individualistas, as empresas operam com a perspectiva de curto prazo no que se refere à força de trabalho, o que impossibilita a construção de carreiras estáveis. Se no passado através da experiência em serviço e nas relações com o sindicato era possível traçar estratégias que iam de encontro aos interesses do capital, atualmente, este poder de pressão vem se diluindo (Sennet,1999).

Deluiz (idem), debruçando-se sobre o modelo de competência assinala que, além dos conjuntos de competências requeridas pelas empresas é preciso, atualmente, pensar quais competências possibilitam a expansão das potencialidades humanas e o processo de emancipação do indivíduo. Assim, acrescenta a dimensão política ao modelo de competência, entendida como capacidade dos indivíduos refletirem e atuarem criticamente sobre a esfera da produção, bem como na esfera pública e nas instituições da sociedade civil. Ramos (2003:97) ao fazer a crítica ao modelo de competências, avalia a possibilidade de se construir uma pedagogia das competências contra-hegemônicas, apontando, para tanto, a necessidade de se pensar a mesma em um sentido totalizante, ou seja, em uma perspectiva que considere:

“o processo e as relações de trabalho como realidades históricas, contraditórias e em constante transformação. Assim não se podem tomar exclusivamente os determinantes técnicos, operacionais e organizacionais do processo de trabalho, mas devem-se considerar as mediações de ordem econômico-produtiva , físico ambiental, sócio-histórica, cultural e política. Deve-se considerar, ainda, que os trabalhadores compõem essa realidade objetiva, construindo relações complexas e contraditórias de trabalho.”

A autora reconhecendo a dificuldade de se implantar um projeto educacional que atenda à formação integral do trabalhador no momento histórico atual, acredita que partindo-se de um

referencial teórico e metodológico centrado na práxis humana, mediada pelo trabalho, poder-se-ia avançar para a construção de uma educação unitária. Ramos (2003) ressalta, contudo, que a noção de competência, por estar vinculada ao modelo de produção capitalista vai de encontro a esta perspectiva.

Partindo-se da constatação de que as políticas públicas voltadas para a formação e treinamento da força de trabalho não são refratárias a estas idéias, ao contrário, as assimilam com bastante frequência, cabe indagar qual o sentido da ênfase na subjetividade dos trabalhadores dados pela atual política de educação permanente no sistema público de saúde.

O trabalho em saúde por ser mais dependente do trabalho vivo, torna-se o locus ideal para absorção do modelo de competência, pois uma das características principais que o modelo ressalta é a necessidade de se incorporar além de competências técnicas, habilidades subjetivas para que os trabalhadores resolvam os problemas que surgem no cotidiano do trabalho. Gorz (apud Ramos 2002) esclarece que no setor de serviços à personalidade do trabalhador sempre incidiu sobre o trabalho, devido a este estar em contato direto com o cliente/usuário e, acrescente-se ainda, ser menos afeito à racionalidade do setor secundário.

Pode-se notar que o relevo dado à dimensão subjetiva no modelo de competência vai ao encontro do pensamento de Merhy (2002) quando destaca a importância da dimensão cuidadora no processo de produção em saúde pois como descrito, anteriormente, o autor assinala que o modelo técnico assistencial atual centra-se nos procedimentos médicos, expressos por saberes tecnológicos e embora exista uma relação entre essas dimensões, atualmente, a dimensão cuidadora está subsumida ao saber técnico. O processo de formação e qualificação dos profissionais de saúde deve centrar-se no desenvolvimento e fortalecimento da dimensão cuidadora, pois é a partir dela que se poderá fazer uma síntese das competências, ou seja, a despeito das especificidades técnicas de cada profissional, essa dimensão possibilitará articular os diversos saberes profissionais e, ainda, permitir que cada profissional tenha autonomia para gerir e gerar um projeto terapêutico. O desenvolvimento das tecnologias leves dar-se-á, fundamentalmente, no próprio ato do cuidado, e, portanto na relação trabalhador-usuário.

A política de educação permanente ao destacar que é a partir da problematização do trabalho que se dará a aprendizagem; enfatizar a necessidade de se desenvolver nos profissionais outras habilidades que vão além do aspecto técnico e ainda centrar o objetivo da política na satisfação do usuário, traz, subliminarmente, estreita semelhança com o modelo de competência.

Com efeito, embora nos documentos não se mencione a abordagem por competências, Ramos (no prelo) vê nítida relação entre a política de educação permanente e o conceito de organização qualificante proposto por Zarifian, que como descreve a autora compreende:

“A principal característica das organizações qualificantes é considerar a imprevisibilidade como origem e ocasião de aprendizagem. O que os trabalhadores aprenderiam não seriam mais os procedimentos de trabalho, mas uma adaptabilidade às situações mutantes. A base comunicacional nesse contexto adquire relevância dada à necessidade das interações e do estabelecimento de acordos visando o sucesso das ações conduzidas em comum pelos membros de uma equipe.”

Zarifian (apud Ramos 2002:180), diante da constatação que no modelo de produção flexível há a incorporação das operações de trabalho pelas máquinas, assinala um novo posicionamento do trabalhador na produção que seria regido por uma ótica dos serviços, ou seja, *“uma modificação num estado ou nas condições da atividade de um outro ser humano ou de uma instituição destinatários de serviço”*. A qualidade do trabalho estaria na capacidade de mudar as condições de vida ou de atividade do destinatário, compreendido nas organizações privadas como os clientes e nas públicas como usuários.

As competências para Zarifian (2001) referem-se às mudanças no conteúdo do trabalho dos profissionais que serão mobilizados ao enfrentar os eventos, esses entendidos como acontecimentos que ocorrem de maneira imprevistas nas situações de trabalho.

Os serviços de saúde, por não serem tão normatizados quanto na indústria, lidam com uma gama maior de imprevistos no trabalho. A imprevisibilidade decorre pelo fato das novas tecnologias empregadas não levarem necessariamente a racionalização da mão-de-obra, uma vez que ao serem incorporadas ainda necessitam do conhecimento do trabalhador para efetivar o trabalho, ou seja, existe a necessidade que esse compreenda as funções da máquina, pois, diferentemente de um mercadoria qualquer, o trabalho em saúde lida com a vida humana e

para cada usuário corresponde um procedimento diverso que só a incorporação da máquina não é capaz de suprir.

Acrescente-se ainda que o sistema de saúde público vem lidando com um aumento da demanda, fruto das lutas sociais na saúde e de novos problemas que afetam a população. Nesse sentido, a ampliação do acesso proporcionada pelas lutas na implementação do SUS, sem o adequado investimento na área, gera no interior do sistema uma gama de situações-problema de difícil superação, pois a um só tempo os profissionais de saúde têm poucas condições de trabalho e lidam com uma gama maior de agravos à saúde, devido às precárias condições de vida da população.

Desta maneira, a possibilidade dos serviços públicos em saúde serem regidos por uma ótica diferenciada do mercado dilui-se com a falta de investimento no setor que submete os trabalhadores a uma lógica de relação de trabalho similar ao do setor privado. Como destaca Bahia (2006:166-167):

“ A miríade de possibilidade de relações entre público e o privado na assistência à saúde afeta e é reproduzida pelas múltiplas formas de inserção no trabalho dos profissionais de saúde. Os duplos e triplos vínculos dos médicos, as reivindicações pela diminuição informal das jornadas de trabalho do pessoal de enfermagem, e até de servidores que desempenham funções administrativas , de 40 para 30 horas e a contratação de pessoal terceirizado são reflexos e potencializam o empresariamento da saúde. A precarização dos vínculos, a informalidade das formas de recrutamento de pessoal, por vezes ao nepotismo, e as nomeações políticas para os ocupantes de cargos técnicos nas instituições públicas tornam quase inexecutáveis a dedicação e o compromisso dos servidores públicos com a implementação do SUS universal”.

Neste contexto, os trabalhadores em saúde acabam, muitas vezes, formando uma capa de proteção que os permitam lidar com os problemas que surgem, o que acaba levando-os a uma impermeabilidade quanto aos problemas da população, fato que tem agravado, ainda mais, a situação da saúde no país.

A educação permanente vai buscar, fundamentalmente, restaurar nos locais de trabalho a autonomia, o comprometimento, o vínculo, a responsabilidade, entre outras habilidades dos

trabalhadores, como forma de contrarrestar a falta de qualidade no atendimento. Como é possível constatar a seguir:

“Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. A atualização técnica científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS” (Brasil, 2003:7).

Como destacado, existe uma sintonia entre o modelo de organização qualificante de Zarifian, o pensamento de Merhy e, conseqüentemente, com a política de educação permanente. O principal denominador comum entre estes é a ênfase dada na possibilidade dos profissionais terem um maior grau de autonomia no processo de trabalho.

No entanto, Zarifian (2001) analisa o processo de trabalho no modelo de produção flexível, apostando nessa possibilidade nos diversos setores da economia. Indo de encontro ao pensamento do autor, destaque-se que, principalmente, quando se trata de organizações privadas, a margem de autonomia do trabalhador pode, no máximo, circunscrever-se aos processos de trabalho, pois as decisões da produção continuam com os representantes do capital.

Merhy (2002), também, sublinha a possibilidade dos profissionais de saúde romperem com a hegemonia médico centrada nas instituições públicas, no entanto por trabalhar com as possibilidades da micropolítica nos ambientes de trabalho, sua análise detém-se, fundamentalmente, sobre esses espaços, reforçando que a possibilidade de um trabalho autônomo depende, em grande medida, da própria organização dos trabalhadores. Assim, a positividade que o pensamento do autor traz para os trabalhadores de saúde é a fortificação dos laços desses profissionais no ambiente de trabalho, abrindo a perspectiva de uma maior interferência desses atores no processo de trabalho.

A política de educação permanente também trabalha com essa perspectiva, no entanto, quando esse discurso ganha uma dimensão mais ampla, pretendendo transformar o sistema de saúde como um todo, acaba deslocando-se da realidade concreta na qual esses profissionais estão inseridos, não levando em conta a situação de trabalho em que atuam.

Para entender as contradições que estão postas pelo modelo de competência e assimilar melhor quais as dimensões estão sendo requeridas dos profissionais da saúde na política de educação permanente, cabe relacioná-las com os principais níveis de competência, desenvolvidas por Deluiz (2001)³⁴, tendo por base as normalizações estabelecidas pela Resolução nº 4, de 8/12/1999, da Câmara de Educação Básica do Conselho de Educação e nas Diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico na área de saúde, na qual se explicita as competências que devem ser desenvolvidas pelos profissionais de nível técnico.³⁵

Lança-se luz para as competências que vão além de uma dimensão técnica, considerando serem estas habilidades as principais competências que a política busca desenvolver. Primeiramente, destacar-se-á as competências que na PNEPS englobam habilidades mais individualizantes do profissional de saúde, são elas: competências pessoais, competências de serviço e competências do cuidado. Em um segundo momento, analisar-se-á as competências que envolvem uma maior relação entre os trabalhadores, quais sejam: as competências comunicativas e sócio-políticas. Busca-se com isso captar o que os profissionais de saúde devem aprender a ser.

As competências pessoais são entendidas como:

“ A capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar iniciativa, de exercitar a criatividade, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver a auto-estima, atributos que implicam no envolvimento da subjetividade do trabalhador” (Deluiz, 2001:14).

Já as de serviços dizem respeito à:

³⁴ Opta-se por destacar as contribuições de Deluiz sobre o modelo de competência, pois a autora traz para o debate no Brasil, e mais especificamente no campo da saúde, uma dimensão mais ampla do conceito ao destacar que o mesmo é fruto das relações sociais, portanto, construído ao longo da trajetória de vida dos trabalhadores.

“capacidade de compreender e se indignar sobre os impactos que seus atos profissionais terão direta ou indiretamente sobre os serviços ou usuários, ou ainda de que forma os destinatários (clientes ou usuários) serão beneficiados” (idem).

As competências de cuidado envolvem a:

“capacidade de interagir com o paciente levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir a sua própria saúde, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida” (ibidem).

Ao se enfatizar essas competências na política de educação permanente, acaba-se colocando grande peso nos ombros dos trabalhadores, pois serão esses os principais responsáveis pela transformação das práticas do trabalho e por consequência da própria reestruturação do sistema voltado para uma referência usuário centrada. A esse respeito, aborda-se o problema da seguinte forma:

“Condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos e sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano de trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximação discursivas externas. A vivência e / ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos para enfrentar o desafio de produzir transformações”(Ceccim, 2004:165).

Ora, os trabalhadores são os que mais sentem no dia-dia o desconforto em trabalhar em condições precárias de atendimento, aliás, vários autores(Dejours, 1999;Codo, 1999; Rosso; 2006) vêm sinalizando o efeito perverso que as atuais condições tem gerado nos profissionais de serviços, gerando depressão, síndrome de Burnet, entre outras doenças.O envolvimento com o trabalho apresenta, no interior do sistema público de saúde, uma situação ainda mais contraditória uma vez que os trabalhadores se vêem conflitados entre poder exercer um trabalho de qualidade e de relevância pública e as precárias condições nos serviços (Kuenzer, 2001).

Destaca-se a importância da sensibilização desses trabalhadores para os problemas dos usuários, mas há limites para esta atuação. Os limites para o enfrentamento dessas questões, não podem ficar circunscritos à prática, têm que se ir fundo nas causas que vem tornando a situação cada dia mais precária e, portanto, complexa. Não é, somente, a forma de atendimento que cria as condições macro-sociais que mascaram as possibilidades de autonomia do sujeito, também não será ela a responsável pela sua superação.

Neste sentido, aponta-se a necessidade dos projetos de educação permanente apresentarem uma melhor contextualização dos problemas que afetam cada localidade para que as ações de EPS possam ser mais orgânicas, atingindo uma gama maior de profissionais, bem como para embasarem a sua justificativa na realidade concreta que os cercam. Pois foram raros os projetos que relacionaram a adesão dos trabalhadores como agentes de mudança com as precárias condições e relações de trabalho experimentadas nos serviços de saúde. Na maioria das vezes, as justificativas apresentadas para a necessidade de se desenvolver o projeto ficavam restritas a uma afirmativa geral ou circunscrita ao próprio objetivo do projeto, como por exemplo: “desenvolver capacidade para trabalhar em equipe interdisciplinar” ou ainda, “desenvolver a capacidade para acolher a demanda do usuário do serviço de saúde mental.” Nesse sentido, a “*problematização das situações de trabalho*” não foram, devidamente, exploradas, não se demonstrando, concretamente, como essas competências vêm impedindo um melhor desempenho nos serviços.

As competências comunicativas aparecem como uma importante ferramenta a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde, entendidas como:

“ capacidade de expressão e comunicação com seu grupo, superiores hierárquicos ou subordinados, de cooperação, de trabalho em equipe, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal”(Deluiz, 2001:14.)

Essas competências ganham ênfase na área da saúde, principalmente, devido à relevância do trabalho em equipe, pois sinaliza-se a necessidade dessa integração para que o trabalhador tenha o domínio do serviço como um todo. No entanto, como assinala Peduzzi (2003) a noção de equipe de saúde não pressupõe uma justa posição entre os serviços, pois cada trabalho tem a

sua peculiaridade. O objetivo a se atingir com a equipe em saúde é a articulação e a integração entre os diferentes processos de trabalho. No campo da saúde coletiva, e, principalmente quando considera-se o PSF, o trabalho em equipe ganha maior centralidade, pois espera-se que este, através de uma abordagem multidisciplinar, dê conta de diagnosticar a realidade, planejar as ações coletivamente e compartilhar os processos decisórios. Sublinhe-se ainda, a necessidade da participação dos usuários para exercer o controle social do processo de trabalho (Ribeiro et alli, idem).

Na PNEPS, a metodologia da roda será o *lócus* onde serão desenvolvidas as competências comunicativas, bem como as competências sócio-políticas. As rodas são entendidas como:

“A noção de gestão colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, coloca a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva” (Brasil, 2004 a:3).

Espera-se, desta maneira, que os atores envolvidos problematizem e proponham mudanças às suas práticas e a própria organização do serviço. As rodas constituem-se, assim, como o lugar privilegiado para encontrar novas formas de abordar os problemas de trabalho, definindo-se, através de uma relação dialógica, as metodologias, as formas e conteúdos a serem trabalhados.

No entanto, não basta colocar a roda para rodar, circunscrevendo a autonomia à resolução de problemas no trabalho e a uma relação comunicacional entre os atores, mas sim determinar em que sentido a roda se move. Se não houver uma direção política para uma mudança efetiva da sociedade, corre-se o risco da roda girar sobre o próprio eixo. Mobiliza-se, desta maneira, trabalhadores e usuários para mudanças circunstanciais ao trabalho, ou às demandas locais, sem se considerar a luta mais ampla de transformação, não só dos serviços como da sociedade.

Como alguns autores (Deluiz 2001, Marques 2001, Ramos 2002) assinalam um dos problemas de trabalhar com o modelo de competências é a dificuldade de estabelecer-se como essas serão desenvolvidas, um vez que envolvem uma dimensão subjetiva de difícil avaliação. Talvez tenha sido este um dos motivos de não se ter conseguido, nos projetos de E.P, explicitar como a falta dessas competências interferem nas situações de trabalho e em consequência as soluções apontadas para desenvolvê-las ficaram circunscritas a uma questão metodológica. Assim, destaca-se nos objetivos dos projetos:

“Estimular processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; atuar em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; utilizar da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços de gestão, na construção de autonomia e protagonismos de sujeitos coletivos(...)”.

Para atingir tais objetivos enfatiza-se principalmente “oficinas de sensibilização, utilizando metodologia participativa, jogos simulados e dinâmicas de grupo.” Desta forma, o trabalho passa a ser visto mais como um princípio pedagógico do que como princípio educativo, uma vez que a realidade concreta onde esses se desenvolvem não é questionada. O trabalho passa a ser encarado como o dinamizador que irá deflagrar os processos de aprendizagem, passando a dar-se grande ênfase as metodologias criativas para se solucionar os problemas. Vale a pena ressaltar que as metodologias indicam apenas um caminho para se atingir um determinado objetivo, sendo importante aprofundar quais conteúdos devem ser trabalhados para desenvolver tais competências.

Deluiz (idem) destaca que devido a especificidade do trabalho em saúde, esse envolve várias áreas da formação, quais sejam: a formação geral, a formação profissional e as experiências de trabalho social que referem-se as qualificações tácitas mediadas pela dimensão sócio-política. Essa dimensão sócio-política será bastante ressaltada no campo da saúde respaldando a diferença entre uma concepção funcionalista do modelo das competências e sua dimensão mais abrangente na saúde, conforme segue:

“capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania” (idem :14).

Cabe ressaltar que as possibilidades que se abrem em torno da maior participação no interior dos serviços, em muito vão depender da organização dos trabalhadores. Essa mobilização não é construída de cima para baixo, depende muito mais das práticas construídas por estes. Desta forma, uma das possibilidades que a educação permanente traz é construir no interior dos serviços, laços mais efetivos de luta para a melhoria do sistema de saúde. No entanto, a luta não pode ficar restrita a uma melhor conformação ao trabalho, e sim, deve romper com os mecanismos de exploração que circunscrevem o trabalho e a vida. Neste sentido, destaca-se que

algumas ações de educação permanente podem favorecer uma ruptura com o modelo hegemônico, no entanto, se ficarem circunscritos às ações no trabalho, podem ser caracterizadas mais por um mecanismo de “apassivamento” dos conflitos do que pela capacidade de transformação.

Enfim, como se exigir que os trabalhadores sejam: participativos; atendam a clientela de maneira humanizada; detectem os entraves que impedem um serviço eficaz; proponham soluções para os problemas que surgem, discutam com os outros trabalhadores de saúde as múltiplas visões que um dado problema abarca; tenham capacidade de comunicação para debater alternativas para as soluções dos problemas; discutam o quadro epidemiológico da área em que atua, entre outras competências, sem desenvolver-se uma outra dimensão da política que enfatize a luta pelos direitos trabalhistas, melhora nas condições de trabalho e de vida tanto dos profissionais de saúde como da população, ou seja, “ *não há como se considerar o usuário dos serviços de saúde na sua inteireza se o trabalhador da saúde não se sentir inteiro*” (Ramos, no prelo: 23).

A relação Formação e Educação Permanente: algumas considerações

Em termos mais amplos, parte da relevância dada à educação continuada³⁶ deriva, justamente, de uma crítica à escola. Assinala-se que a escola já não estaria mais dando conta de fornecer as ferramentas necessárias para acompanhar as mudanças no mundo atual, não só no que se refere ao avanço tecnológico, como também para o enfrentamento de um mundo cada vez mais instável, sendo necessário, para ajustar-se ao novo modelo de produção, uma educação que ocupe o resto da vida.

³⁶Na área da educação, o conceito de educação continuada e educação permanente longe de terem um significado consensual, variam conforme as diversas perspectivas teóricas e ideológicas. Assim, algumas vezes os dois conceitos são apresentados como sinônimos e em outras se faz uma distinção caracterizando a negatividade de um conceito, ressaltando a positividade do outro; por exemplo: para Haddad (2001) a educação permanente remete a uma formação estritamente ligada ao mercado de trabalho, enquanto a educação continuada refere-se a uma formação integral do homem, já para Ferreira (2003) os dois conceitos têm o mesmo significado acrescentando o de formação continuada como uma perspectiva mais ligada à aquisição profissional.

Gentili (1998) aponta que a crise da função da escola é decorrente, principalmente, da crise da sua promessa integradora, ou seja: o vínculo econômico entre educação e integração social estaria se diluindo. A função integradora da escola esteve ancorada à chamada era de ouro do fordismo, onde o mercado em expansão incorporava, principalmente nos países desenvolvidos, parte dos contingentes formados pela escola, o que acarretava a formulação de um conjunto de estratégias orientadas para este fim.

Nos países periféricos como o Brasil, apesar de não termos vivenciado a democratização do ensino, a promessa de integração estava presente. A escola era a principal fonte de legitimação para a entrada no mercado de trabalho. Ela conferia diplomas que correspondiam às profissões que teciam um cenário classificatório de carreiras e salário. A dualidade do sistema educacional brasileiro, cindindo a formação geral e a formação profissional, era representativa do tipo de “integração” que estava em pauta para a sociedade brasileira. As causas do subdesenvolvimento do país ficavam atreladas à necessidade de industrialização e à falta de uma mão-de-obra capaz de atender a essas demandas. A importância dada à educação continuada referia-se, sobretudo, ao treinamento em serviço, ajustando-se o trabalhador à tarefa de trabalho por meio de cursos de pequena duração. Dentro deste contexto, Gentili (2002:51) assinala que se dá um deslocamento da função econômica atribuída à escola. Nas palavras do autor:

“Passou-se de uma lógica da integração em função de necessidade e demandas de caráter coletivo (a economia nacional, a competitividade das empresas, a riqueza social etc.) para uma lógica estritamente privada e guiada pela ênfase nas capacidades e competências que cada pessoa deve adquirir no mercado educacional para atingir uma melhor posição no mercado”.

A educação continuada configura-se neste cenário como uma nova promessa de integração que, conforme o segmento que pretende atingir, bem como a posição do país no sistema mundial, apresenta matizes diferenciados, tendo no conceito de competência e conseqüentemente no de empregabilidade o seu principal suporte ideológico. A função social da escola ganha um outro direcionamento, agora se centrando mais na capacidade de potencializar os indivíduos para competir por uma vaga no mercado de trabalho, em um contexto em que o emprego torna-se cada vez mais raro (Gentili, idem).

Kuenzer (2002) analisa dois movimentos que caracterizam o mercado de trabalho e a educação. O primeiro que denomina de “exclusão includente” refere-se à retirada dos trabalhadores do mercado formal do trabalho, recontratando-os sob condições precárias, ou seja, no mercado informal; em empresas terceirizadas, ou ainda com carteira assinada, mas com salários mais baixos. O segundo movimento analisado pela autora diz respeito à função da educação na lógica da “inclusão excludente” que diz respeito à inclusão nas modalidades da educação escolar sem padrões mínimos de qualidade de ensino.

Para estes trabalhadores, a educação continuada e a promessa de empregabilidade dela decorrente apresentam-se como, no dizer da autora, uma “certificação vazia”, pois apontam como uma possibilidade de inclusão que não se efetiva, acabando por culpabilizar os indivíduos pela exclusão do mundo do trabalho.

Tendo em mente essa dimensão que a educação continuada adquire no mundo do trabalho atualmente, pretende-se ressaltar algumas contradições que a política de educação permanente pode gerar ao se desconsiderar o terreno mais amplo na qual ela está inserida.

As diretrizes traçadas pela Secretaria visavam avançar nos conteúdos e formatos pedagógicos dos cursos de formação na área da saúde, até então caracterizados pela centralização das propostas que enfatizavam, sobretudo, o conhecimento técnico-científico, estando ancorados em uma metodologia que priorizava a assimilação de conteúdos.

Este modelo de formação necessitava de questionamento, na medida em que se constatava distanciamento entre os conteúdos apreendidos e as necessidades práticas no trabalho. Sobre este aspecto destaca-se que alguns cuidados devem ser tomados quando se generaliza este tipo de crítica a todos profissionais de saúde. Os documentos, ao criticar este tipo de formação, ancoram-se principalmente na formação universitária, sublinhando o distanciamento, principalmente da área médica, dos problemas que envolvem a saúde da maioria da população.

***“A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com as realidades complexas.*”**

Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologia, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral e cultural das pessoas e com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento da dor, o enfrentamento das perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou a necessidade de ampliar a autonomia dos pacientes” (Brasil, p.5,mimeo, grifos nossos).

No entanto, é preciso destacar que a formação dos técnicos em saúde se deu a princípio no próprio serviço, marcado pela ênfase do saber fazer, geralmente influenciado por uma visão tecnicista da educação calcada em treinamento. Assim, um dos campos da luta para esses trabalhadores foi, e ainda permanece, assegurar o acesso à educação formal, avançando em uma proposta que integre formação geral com a apropriação técnico-científica do trabalho.

Nesse sentido, as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) vêm constituindo-se como importante espaço, não só para dar organicidade aos diversos cursos técnicos constituídos em cada estado, bem como para construir uma proposta de educação mais integral. É importante não perder de vista essas experiências que representam um avanço na formação dos trabalhadores em relação ao que anteriormente se tinha. No entanto, ainda há um longo caminho a percorrer para que se supere a divisão entre a prática e o conhecimento científico.

Nesse contexto, a educação permanente ao colocar muita ênfase nas práticas construídas nos processos de trabalho e ressaltar a negatividade do viés tecnicista das organizações de ensino pode engendrar uma visão distorcida de se privilegiar a aprendizagem em serviço ou a potencialidade da sociedade civil em detrimento da educação formal. Nesse sentido, o problema a equacionar não diz respeito somente a uma questão metodológica na qual os problemas dos serviços viriam à tona, mas sim detectar e aprofundar quais conteúdos permitem uma melhor compreensão da saúde atualmente.

Quer-se destacar com isso a importância de não se perder de vista a necessidade do ensino técnico caminhar no sentido da formação politécnica, entendida como:

“especialização como domínio dos fundamentos das diferentes técnicas utilizadas na produção moderna. Nessa perspectiva a educação de segundo grau tratará de se concentrar nas modalidades fundamentais que dão a base à multiplicidade de processo e técnicas de produção existente. Esta é uma concepção radicalmente diferente da que propõe um segundo grau

profissionalizante, caso em que a profissionalização é entendida como um adestramento em uma determinada habilidade sem o conhecimento dos fundamentos desta habilidade e, menos ainda, da articulação desta habilidade com o conjunto do processo produtivo” (Saviani, 1999: 39-40).

Acredita-se, portanto que o caminho para o fortalecimento de uma educação integral deve se dar, fundamentalmente, pelas instituições públicas. Vale a pena destacar que tanto as universidades quanto as Escolas Técnicas do SUS, não são impermeáveis às críticas quanto ao caráter médico-centradas da formação. Ao longo dos anos têm-se feito um esforço para se superar esta visão. Ressalta-se, portanto, a importância de se assegurar verbas públicas para essas instituições, para não se correr o risco de outros espaços de formação, principalmente de caráter privado se apropriem das mesmas.

Instituições responsáveis pela execução das ações na PNEPS

Uma das grandes expectativas da PNEPS, de acordo com a Portaria 198 (M.S, 2004) era “a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamentos por procedimentos educacionais”, entretanto constatou-se que parcela significativa das ações não foram executadas por instituições públicas.

Nota-se o forte peso dado às Fundações de Apoio das universidades como principal tipo de organização proponente da maioria das ações de educação permanente para desenvolverem cursos (lato sensu) de especialização em saúde da família. Essas fundações foram criadas com o argumento de gerar maior agilidade e racionalidade às instituições públicas que são caracterizadas como extremamente burocratizadas. Cria-se dentro das organizações públicas um novo mecanismo de captação de recursos, paralelo ao orçamento da união, considerando-se que o montante da receita não integra o orçamento da universidade que é constituído por repasse do tesouro. A Associação dos Docentes da Universidade de São Paulo (Adusp) vem, desde 2000, pesquisando a atividade das fundações nessa universidade, assinalando o seu viés privatista que compromete o caráter público da sua função social. Seguem alguns dados que emergiram desta pesquisa:

“ As fundações privadas “ de apoio “, consideradas em seu conjunto , historicamente transferem a USP recursos cujos os montantes equivale a menos

de 2% do orçamento anual da universidade; Na quase totalidade das fundações , os recursos arrecadados são, na sua maior parte apropriados privadamente pelos docentes que delas fazem parte; Os cursos pagos promovidos pelas Fundações tornaram-se uma industria , comprometendo e ferindo o caráter público da USP, em descumprimento flagrante dos artigos 206 e 208 da Constituição Federal (gratuidade do ensino em estabelecimento oficiais e acesso a capacidade de cada um), a tal ponto que, atendendo à pressão de entidades representativas, a Pró-Reitoria de Pós-Graduação decidiu, em 2002, suspender a autorização para novos cursos pagos de pós-graduação lato senso; Além de quebrar a isonomia salarial, as atividades privadas (cursos pagos, projetos de consultoria e outros) Vêm induzindo modificações na graduação e na pós-graduação gratuitas, afetando a grade curricular, o programa das disciplinas e a relação entre docentes e alunos, bem como o objeto da pesquisa, que passou a ser determinado, em larga escala, pelo mercado. (...)" (Kerr, 2004).

Tais dados dão uma amostra do que vêm ocorrendo na maioria das universidades públicas do país e levam a questionar em que medida a pactuação e negociação nos pólos permitem um maior controle da população sobre as propostas que estão sendo geridas. Questiona-se, ainda, qual o motivo das universidades através das fundações serem as principais proponentes das ações, já que estas foram consideradas como espaços impermeáveis às mudanças que estão sendo propostas. Pode-se inferir que a preponderância dessas Fundações deve-se, em grande medida, à maior experiência em elaborar projetos e capacidade de organização. Assim, na sua atuação nos pólos, longe de estarem em igualdade de condições, possuem maior poder político de articular suas propostas. Cabe ainda ressaltar a transferência de recursos públicos para essas fundações, sem estar claro se os cursos propostos serão oferecidos gratuitamente.

A Estratégia Saúde da Família e a PNEPS

O incremento da estratégia Saúde da Família pode ser significativa de, pelo menos, duas lógicas políticas diferenciadas. De um lado, uma política que busca romper com o modelo hospitalocêntrico, visando reconfigurar a forma de atenção à saúde no país, avançando na concretização do SUS e de outro, como uma política de focalização direcionada a grupos em estado de pobreza, como resposta a maior inferência das políticas neoliberais aprofundadas a partir da década de 90.

A despeito do embate entre as divergentes concepções quanto ao projeto político do Programa de Saúde da Família, Silva e Hartz (2002) assinalam que o programa constitui-se como um dos pilares do movimento de reorganização do sistema de saúde brasileiro, consolidando-se como uma política prioritária de governo. Em sua análise os autores constataam as seguintes evidências:

- a. grande expansão numérica do Programa, especialmente a partir de 1998, com a ampliação quantitativa e geográfica da cobertura, pelo progressivo aumento do número de municípios, de estados e de regiões no país.
- b. a crescente legitimação institucional do PSF no âmbito do SUS, do que são indicativos a própria expansão territorial - na medida em que traduz uma crescente adesão dos gestores municipais à proposta, e a “trajetória institucional” das coordenações do Programa nos municípios, nos estados e no Ministério da Saúde, passando da condição de coordenações de programas para diretorias ou departamentos de atenção básica, a partir dos quais, institucionalmente, são reordenados os diversos programas e áreas técnicas.
- c. fortalecimento dos mecanismos de sustentabilidade financeira. A “trajetória de financiamento” desses programas demonstra o aumento do volume de recursos e o aprimoramento dos mecanismos de repasse que funcionavam por meio de convênio, inicialmente entre os estados e o Ministério da Saúde, entre os municípios e o Ministério, através de remuneração da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e, posteriormente, como incentivo variável do Piso da Assistência Básica (PAB). Claramente, tal processo foi orgânico às mudanças operadas na lógica de financiamento e de gestão do SUS, particularmente manifestos na publicação da NOB 93, que instituiu o PAB, e da NOB 96 que redefiniu as condições de gestão dos municípios³⁷.

O fortalecimento da atenção básica como uma importante estratégia para dinamizar o funcionamento do SUS, particularmente, através do PSF, afirma-se nos diversos direcionamentos da política de saúde da esfera federal, especialmente através de normas e regulações (NOB-96 e NOAS-2001) que reforçam a ênfase na reorientação do modelo assistencial.

³⁷ Para informações mais detalhadas sobre o SIA-SUS, o PAB e o conjunto de orientações para o financiamento do SUS, ver a Normas Operacionais Básicas do Sistema (NOB 93 e NOB 01 / 96).

Acredita-se que o fortalecimento desse programa iria proporcionar a integralidade do sistema, pois permitiria romper com o conceito de sistema verticalizado. A PNEPS reitera essa orientação, tanto em seus documentos, quanto em sua implementação. A análise dos pareceres técnicos demonstrou que 38% das ações situam-se nas áreas de Saúde da Família e da Atenção Básica.

Conforme afirmado acima, dada a disputa de projetos políticos divergentes no que se refere a essa reorientação do modelo assistencial destaca-se a necessidade de se levar em conta que a precarização do trabalho nesse nível de atenção tende a colocar limites ao fortalecimento do sistema, podendo ser um indicativo de uma política diferenciada para grupos em estado de pobreza.

Com efeito, o estudo “Monitoramento da Implementação e do Funcionamento das Equipes de Saúde da Família”, realizado entre 2001 e 2002 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde identificou que entre 20 e 30% de todos os trabalhadores inseridos nessa estratégia apresentavam vínculos precários de trabalho. A fragilidade das modalidades de contratação desses trabalhadores parece contribuir com a alta rotatividade e a insatisfação profissional, podendo comprometer o trabalho realizado no PSF. No caso dos Agentes Comunitários de Saúde, a situação apresenta-se ainda mais complexa. De acordo com os dados do departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, expressivo quantitativo dos mais de 190 mil trabalhadores em atividade no país apresenta inserção precária no sistema (Brasil, 2004 b).

Com esses indicadores, fica difícil apostar no comprometimento desses trabalhadores com a política de educação permanente e com o trabalho. A reestruturação do sistema, dando prioridade à atenção básica, não é expressão de sua maior universalização, nem do rompimento de uma prática calcada no modelo hospitalar. A esse respeito, Franco e Merhy (apud Bornstein e Stotz, 2006), destacam que atribuir somente ao PSF a estratégia de reorganização da prática assistencial tem gerado um “discurso mudancista” que se caracteriza pela superficialidade e despolitização das práticas assistenciais. Assim, centrando suas análises sobre essas práticas e colocando grande peso na capacidade dos trabalhadores as modificarem, concluem que as Unidades de Saúde da Família podem ser tanto médico-centradas, quanto usuário-centradas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do relatório buscou-se discutir algumas relações, historicamente construídas, que circunscrevem o campo do trabalho e da educação na saúde e que possibilitaram compreender a conformação da política de educação permanente em saúde no Brasil.

Inicialmente abordou-se a relação entre a concepção de educação continuada e o modelo hospitalar implantado no Brasil na década de 50/60, quando o conceito começava a constituir-se devido à necessidade de se estimular a formação em serviço para atender a expansão do setor.

Com as mudanças no capitalismo na década de 70, o modelo da medicina comunitária passa a ser indicado pelos organismos internacionais. O conceito de educação continuada começa a ser mais amplamente utilizado, destacando-se sua importância para os médicos sanitaristas que eram os principais agentes das mudanças que o modelo comunitário requeria. Surge, ao mesmo tempo, no interior das universidades, uma crítica a esse modelo que veio somar-se aos movimentos sociais que lutavam pela ampliação dos seus direitos, constituindo-se ao que se cunhou chamar de movimento da Reforma Sanitária.

Discorreu-se sobre a estruturação do conceito de educação permanente em saúde em meados da década de 1980, devido à necessidade de se utilizar um novo vocábulo para implantar as mudanças que vinham ocorrendo no capitalismo. Nesse sentido, o termo educação continuada começa a ser secundarizado, dada sua relação com o modelo hospitalocêntrico e passa-se a utilizar o conceito de educação permanente. Em meio a crise que atinge o capitalismo, forja-se uma proposta que coadune a pressão pela ampliação dos direitos e as políticas de diminuição dos custos do Estado. Salienta-se, desta maneira, a necessidade de se descentralizar as ações, desenvolvendo sistemas locais de saúde; aumentar a participação com a sociedade civil e criar soluções alternativas de educação para que os trabalhadores, bem como os usuários dos serviços, possam romper com as hierarquias de poder e ampliar a capacidade de identificar e propor novas soluções aos problemas.

Assim, foi possível perceber, no desenvolvimento desta pesquisa, que o conceito de educação permanente ao se consolidar no Brasil aglutina, contraditoriamente, pelo menos dois projetos diferenciados e em disputa quanto aos rumos do sistema de saúde. De um lado, o projeto da Reforma Sanitária que tem como objetivo principal assegurar a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos e, de outro um projeto societário de cunho neoliberal. Nesse contexto de disputa, conforma-se a política de EPS que busca retomar o sentido ético-político da Reforma Sanitária. No entanto, por tratar-se de uma política ainda em construção, inserida numa conjuntura desfavorável à ampliação dos direitos sociais, seus rumos ainda estão por definir-se.

Nesse sentido, buscando contribuir tanto com o aprofundamento dessa discussão, quanto com desdobramentos de futuras pesquisas, alguns resultados de análise merecem destaque:

- ✓ A SGTES abriu um espaço importante para se repensar as questões de Recursos Humanos, ao pautar na agenda da saúde a problemática do trabalho e da educação. Entretanto, a PNEPS ao não atentar para os determinantes sócio-políticos que se expressam nessa relação, corre o risco de não se sustentar, levando, a um refluxo do processo de construção do campo trabalho e educação na saúde;
- ✓ Os projetos apresentam uma frágil orientação conceitual, expressa nas denominações: "humanização, acolhimento, vínculo". As propostas práticas denunciam a pulverização e fragmentação das ações de EPS em um mesmo projeto e a demanda formal de educação permanente propriamente dita, segundo a formulação do Ministério da Saúde, veio sob a velha forma de ações pontuais e localizadas de educação continuada. A transformação das práticas, tão cara na formulação da EPS, não advém de processos educativos pontuais, que não se relacionam com perspectivas de desenvolvimento a longo prazo, fragmentados, descolados de análises mais explicativas e críticas da realidade;
- ✓ Registra-se a necessidade de diferenciar os projetos voltados para a estruturação da educação permanente (organização de salas, infra-estrutura, aquisição de equipamentos) dos demais projetos de educação permanente propriamente dita. Seria pertinente definir um componente específico de fortalecimento e sustentação da política condicionando ou relacionando a apresentação de projetos a um mínimo de condições de realização e

acompanhamento destes. Estamos sinalizando que a estruturação da EPS poderia ser ponto de partida para viabilizar a aprovação dos projetos;

- ✓ É necessário acompanhar o desenvolvimento dos projetos de EPS. Observa-se a ausência de critérios relativos ao acompanhamento dos projetos nas diferentes instâncias envolvidas (SGTES, secretaria executiva dos pólos, ou instituições executoras dos projetos). Isso leva a relativizar em que medida os projetos conseguem transformar-se em “permanente”;
- ✓ Percebe-se certa incoerência entre a formulação e a implementação da EPS no que se refere ao papel dos facilitadores da política, tanto na elaboração dos projetos, como no desenvolvimento destes. Chama-se atenção para a necessidade de envolvimento destes atores desde o início do processo, participando da própria definição dos projetos a serem elaborados, considerando-se que muitos recursos foram utilizados para a formação desses sujeitos considerados centrais na operacionalização da proposta de EPS.
- ✓ Nota-se, nos documentos da SGTES, uma crítica às instituições formadoras pelo seu forte viés tecnicista, marcadas por uma prática educativa tradicional. No entanto, a educação fortemente ancorada nos serviços também não favorece uma educação que abranja a formação geral. Para se entender os problemas na sua complexidade, é necessário reconhecer os princípios epistemológicos, científicos e tecnológicos que fundamentam a prática cotidiana;
- ✓ A humanização, o acolhimento, a construção de vínculos, o aprender a ser, aprender a aprender marcam a ênfase nas tecnologias leves como um novo “paradigma” que minimiza diferenças e conflitos inerentes a uma sociedade marcada por fortes desigualdades. Caminha-se para a busca do consenso como se os atores envolvidos não possuíssem diferentes interesses e recursos de poder.
- ✓ Os projetos que relacionam a adesão dos trabalhadores como agentes de mudança da prática com as precárias condições e relações de trabalho nos serviços de saúde são raros. Volta-se ao ponto central, ou seja, as transformações das práticas não serão alcançadas somente via educação permanente. Vive-se em meio a uma crise relacionada ao trabalho e ao emprego, intensificada nos últimos anos, que também afeta o mundo dos serviços e o próprio SUS determinada por políticas de cunho neoliberal e pelo progressivo sucateamento da esfera pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADUSP. Universidade pública e fundações privadas. Aspectos conceituais, éticos e jurídicos (online). Disponível em: www.adusp.porg.br/cadernos/fundação. 2004.

ALVES, A. M.de A. Educação à distância e educação continuada. Revista Tecnologia Educacional, n.89/90/91, 1989.

ARROYO, M. G. “Escola e trabalho: desafios e oportunidades na construção de uma política pública de formação profissional.” In: 1º fórum nacional do PROFAE: Construindo uma política pública de formação profissional em saúde. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2003 .

BAHIA, L. “Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre público e privado.” In: Trabalho, Educação e Saúde, R.J, FIOCRUZ, 2006.

BARRETO, M. As organizações sociais na reforma do Estado Brasileiro. In: BRESSER PEREIRA, L.C.; GRAU, N. C. (orgs.) *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: FGV, 1999, pp. 107-150.

BODSTEIN R. e SOUZA R.G. “ Relação público e privado no Setor Saúde:tendências e perspectivas na década de 90.” In:GOLDENBERG, P. ; MARSIGLIA R.M e GOMES M.H. (orgs). *O Clássico e o Novo*. R.J, Fiocruz, 2003.

BOITO, J. A. Política neoliberal e sindicalismo no Brasil. São Paulo:Xamã, 1999.

BRAVO, I. S. e MATOS , M. C. Reforma Sanitária e projeto ético político do serviço social: elementos para o debate. In: Maria Inês Souza et alli (orgs). *Saúde e Serviço Social São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.*

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado - MARE. Secretaria da Reforma do Estado. Brasília, DF. *Caderno do MARE. Organizações Sociais, 1997, caderno 2.*

BRASIL/MARE. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado*. Brasília: Presidência da República, Câmara de Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

BRASIL, Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento do SUS. *Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília, 2003.

_____. Departamento de Gestão da Educação na Saúde: Elementos para a formulação de uma política para a formação dos profissionais de saúde. Brasília, mimeo.

_____. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, Relatório final. Brasília: 1986.

_____. Anais da IV Conferência Nacional de Saúde. Recursos humanos para as atividades de saúde. Rio de Janeiro, 1967.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C. de O. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. Capítulo 1:29-87.

_____. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos*. São Paulo, Hucitec 2000.

_____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. In: Revista Trabalho, Educação e Saúde – v.4, n.1. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006, p. 19-31.

CASTEL, R. As metamorfoses da questão salarial. Uma crônica do salário. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

_____. “As transformações da questão social.” In: Vários, Desigualdade e a questão social . São Paulo: EDUC. 1997

CECCIM, R.B. “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.” In: Interface-Comunicação, Saúde e Educação, v.9, n.16, set.2004/fev. 2005.

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência e Saúde Coletiva v.10n.4 Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <http://www.scielo.org>

CECCIM, R.B. & FEUERWERKER, L. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva v.14n.1. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <http://www.scielo.org>

CECCIM, R.B. & FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. In: Dicionário de educação profissional em saúde. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. pp. 107-112.

CODO, W. Educação: carinho e trabalho. R.J. Vozes 1999.

COHN, A. O SUS e o direito á saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. IN: Saúde e Democracia. Rio de Janeiro, Abrasco, 2005.

CORDEIRO, H. de A. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1984.

COSTA N.R. e MELO, M.A. e “ Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social : As estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde.”In: Planejamento e Políticas Públicas .IPEA Junho/Dezembro de 1994.

CUNHA L.A. e GÓES M. O golpe na educação. Rio de Janeiro, Jorge Zahar,1977.

GENTILI. P. Três teses sobre a relação trabalho educação em tempos neoliberais. In: Claudinei, J, Saviani, D. e Sanfelice, J.L. (orgs). Capitalismo, Trabalho e Educação. São Paulo: Autores Associados, 2002.

_____”Educar para o desemprego: A desintegração da promessa integradora. In: Frigotto,G. (org.). Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século, Petrópolis: Vozes, 1998.

GIDDENS A. A terceira via: reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Tradução de Maria Luiza X. de ^a Borges. 4 ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

DAGNINO, E. Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DAVINI M. C. et alli. Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Serie Desarrollo de Recursos Humanos n. 86, 1990.

DELUIZ, N. “Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Formação? Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. v.1,n.2, 2001.

_____”A globalização econômica e os desafios à formação profissional.” In: Boletim Técnico do SENAI, 1996.

DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. R.J, Fundação Getúlio Vargas. 1999.

DONNANGELO, M. C. e PEREIRA. L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades,1976.

ESCOREL, S. (1998). Reviravolta na Saúde: origem e articulações do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz,1998.

FAVERET, P.F E OLIVEIRA, P.J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Dados v.33 (2): 257-283, 1990.

FERREIRA, N. S. C. “Formação Continuada e gestão da educação no contexto da cultura globalizada”. In: Ferreira, N.S.C. (org). Formação continuada e gestão da educação. São Paulo: Cortez, 2003.

FERRETTI, C. J. Empresários, trabalhadores e educadores: Diferentes olhares sobre as relações trabalho educação no Brasil nos anos recentes. In: Claudinei, J, Saviani, D. e Sanfelice, J.L. (orgs). Capitalismo, Trabalho e Educação. São Paulo: Autores Associados, 2002.

FREIRE, P. e FAUNDEZ, A. Por uma pedagogia da pergunta. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1985.

FIORI, J. L. *"Consenso de Washington, construção da matriz neoliberal e América Latina"*. Rio de Janeiro: CCBB/FEBRAE, 1996 (Transcrição de Palestra).

_____. Neoliberalismo e políticas públicas; Globalização e Democracia; O novo papel do Estado frente à globalização. In: FIORI, J.L.(org) *Os moedeiros falsos*. Vozes, Petrópolis - RJ, 1997, p.201-239.

FLEURY, S. Contra-reforma e resistência. In: Rocha, D. e Bernardo M. (orgs). A era FHC e o Governo Lula: Transição? Brasília: Instituto de Estudos Sócio Econômicos, 2004.

FRIGOTTO, G. e CIAVATTA, M. “ Educar o trabalhador cidadão produtivo ou o ser humano emancipado?”. In: Trabalho , Educação e Saúde, volume 1 , nº 1, 2002.

FONTES, V. “Sociedade Civil no Brasil Contemporâneo : Lutas Sociais e Luta teórica.” In: Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo. Lima, J.F. e Neves L. W. (orgs). Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006.

GENTILI, P. Três teses sobre a relação trabalho educação em tempos neoliberais. In: Claudinei, J, Saviani, D. e Sanfelice, J.L. (orgs). Capitalismo, Trabalho e Educação. São Paulo: Autores Associados, 2002.

_____”Educar para o desemprego: A desintegração da promessa integradora. In: Frigotto, G. (org.). Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século, Petrópolis: Vozes, 1998.

GEUSS, R. Teoria crítica: Habermas e a Escola de Frankfurt. Campinas: Papyrus, 1998.

GIDDENS A. A terceira via: Reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GONÇALVES, R.B.M. Práticas de Saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Cadernos Cefor/ Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1992.

_____ . Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

GORZ, A. Entrevista com André Gorz: O fim do trabalho assalariado. Navegações,1999.

GOUBEIA, R. e PALMA, J. J. SUS: na construção do neoliberalismo e da exclusão social . In: Dossiê Saúde Pública, Estudos Avançados/Universidade de São Paulo,1987.

HABERMAS, J. Jûrgen Habermas. In: Filosofias- Entrevista do Le Monde. São Paulo, Ática, 1990.

HADDAD J. Q. et alli. Elementos para el análisis y la caracterización del contexto en que se dan los procesos educativos en los serviços de salud. Tendencias y perspectivas.In: Educación Permanente de Personal de Salud , Jorge Haddad Q. Et alli (orgs), Washington D.C.: OPS (Serie Desarrollo Recursos Humanos nº 100.), 1994.

HADDAD, S. Educação continuada e as políticas públicas no Brasil. In: Ribeiro V. M(org) Educação de jovens e adultos: novos leitores, novas leituras .São Paulo: Mercado das Letras, 2001.

HAYEK, F. *O Caminho da Servidão*. 5. ed. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1990.

HARVEY, D. *Condição Pós Moderna*. São Paulo: Loyola,1999.

HIRATA, H. Reestruturação produtiva, trabalho e relações de gênero. In: Revista Latinoamericana de Estudos do Trabalho,1998..

_____ Os mundos do trabalho: convergência e diversidade num contexto de mudança dos paradigmas produtivos.” In: Casali A et alli (orgs.). *Empregabilidade e educação: novos caminhos no mundo do trabalho*. São Paulo: Educ,1997.

_____ “Da polarização das qualificações ao modelo da competência”. In: Ferretti, C.J. et alli, (orgs). *Novas tecnologias trabalho e educação.Um debate multidisciplinar*. Vozes: Rio de Janeiro,1996.

_____ “Vida reprodutiva e produção: família e empresa no Japão.” In: Vários, *O sexo do trabalho*. R.J: Paz e Terra,1987.

KUENZER, A. Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho.In : *Trabalho, Educação e Saúde* , Fiocruz, 2004.

_____ Exclusão includente e inclusão excludente: A nova forma de dualidade estrutural que objetiva as novas relações entre educação e trabalho.” In: Claudinei, J. Saviani, D. e Sanfelice, J.L. (orgs). *Capitalismo, Trabalho e Educação*. São Paulo: Autores Associados, 2002.

_____ *Pedagogia da fábrica: As relações de produção e a educação do trabalhador*. São Paulo, Cortez,2002.

LIMA, J. C. F. Tecnologias e a educação do trabalhador em saúde. In:Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org),*Formação de pessoal de nível médio para a saúde : Desafios e perspectivas*. R.J, FIOCRUZ, 1996.

_____ *PROFAE : uma política pública de qualificação profissional em saúde*.(mimeo)

LIMA, K. R. de S. e MARTINS, A. S. Pressupostos Princípios e Estratégias. In :. Neves, L. M. W.(org). *Pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. R.J: Xamã, 2005.

MACHADO, L. R. de S. “Formação geral e especializada. Fim da dualidade com as transformações produtivas do capitalismo?” *Revista Brasileira de Educação*, nº0, 1995.

_____ “Educação básica, empregabilidade e competência.” In: *Trabalho e Educação*, B.H, nº 3, 1998.

MACHADO, L. A. “*Trabalhadores do Brasil: virem-se.*” *Revista Inteligência*, ano I, nº. 5, 1999.

MARQUES, C.M. Certificação de competências profissionais: o que o PROFAE está pensando e fazendo. In: *Formação? Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.-v.1,n.2*, 2001.

MARX, Karl. O Capital: crítica da economia política.Livro 1, vol. 1. Tradução de Reginaldo Sant´Anna – 15ª. edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

MELLO, G. N. de. Competitividade: desafios educacionais do terceiro milênio. São Paulo : Cortez, 1992.

MENDES, E. V. “As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.” In: Mendes, E.V.(org). *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco,1994.

MERHY, E.E . 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*.São Paulo: Hucitec, 1997: 71-112.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Editora Hucitec, 2002, 189 pp.

MONTAÑO, C. Terceiro setor e questão social. Crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo, Cortez, 2003.

MOTTA J. I. et alli. Educação Permanente em Saúde. In: *Olho Mágico*, Londrina, 2002.

_____ Educação permanente em saúde : Da política do consenso à construção do dissenso. Dissertação de mestrado, Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro,1998.

NEVES, L. M. W. A sociedade civil como espaço estratégico de difusão da nova pedagogia da hegemonia. In :L.M. W. Neves (org). *Pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. R.J, Xamã, 2005.

OFFE, C. "Trabalho: uma categoria chave da sociologia?, in Offe, C. (org), *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*, R.J., Tempo Brasileiro.(1989)

PAIVA, V. "Desmistificação das profissões: Quando as competências reais moldam as formas de inserção no mundo do trabalho." *Contemporaneidade e Educação*, IEC, nº 1,1997.

PEDUZZI, M. "*Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde*" In: *Trabalho, Educação e Saúde*, volume 1, nº 1, 2003

PEREIRA, BRESSER L.C. A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Brasília. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997 (*Cadernos do MARE da Reforma do Estado*, v.1).

PEREIRA ,BRESSER, L.C.; GRAU, N. C. (orgs.) *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

PEREIRA, I.B. " A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde.". Programa de Estudos Pós-Graduação em Educação: História Política e Sociedade. PUC, São Paulo.

PERELMAN, C. *Retóricas*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

PIERRO Di, M. C., et alli. *Visões da educação de jovens e adultos no Brasil*. In: *Cadernos Cedes*, novembro, 2001.

PIRES, D. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. São Paulo; Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social- Cut; Annablume, 1998.

PERRENOUD, P. "*A formação dos professores no século XXI*". In: Perrenoud, P.; Thurler, M. G. (orgs), *As competências para ensinar no século XXI*, Porto Alegre, Artmed, 2002.

POSSAS, C. de A. (1981) *Saúde e trabalho: a crise da previdência social*. R.J: Graal, 1981.

RAMOS, M. Referências teórico-metodológicas da educação permanente em saúde no Brasil. In *Escola Politécnica de Saúde*, (org) *Textos de Apoio em Políticas de Saúde*. R.J., Fiocruz, 2006 (No prelo)

_____ "É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo". *Trabalho , Educação e Saúde*, volume 1, nº 1, 2003.

_____ *A pedagogia das competências: Autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2002.

RIBEIRO E. M. (et alli) “A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.” In: Cadernos de Saúde Pública , vol20.nº 2 R.J, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org>.

RIBEIRO, E.L. de O & MOTTA, J.I.J, “Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde”. NUTES/UFRJ, mimeo, s/d.

RIBEIRO, S. C. “A Educação e a inserção do Brasil na modernidade.” Caderno de Pesquisa, 1992.

RIZZOTTO M. L. F. O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: Um projeto de desmonte do SUS. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2000.

RODRIGUES, J. O moderno príncipe industrial: o pensamento pedagógico da Confederação Nacional da Indústria. Campinas, S.P., Autores Associados,1998.

_____. “Da teoria do capital humano à empregabilidade: um ensaio sobre as crises do Capital e a Educação Brasileira”. *Trabalho e Educação*, Belo Horizonte, nº 2. 1997.

ROSSO, S. D. “Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde.” In: Trabalho , Educação e Saúde , FIOCRUZ, 2006.

SAVIANI, D. *A nova lei da educação: trajetória, limites e perspectivas*. Campinas, S.P. Autores Associados 1999.

SCHAFF, A. A sociedade da informática. São Paulo, editora brasiliense,1990.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter. Conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. São Paulo, Record Editora,1999.

SILVA, L. M. V. & HARTZ, Z. M A. *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil. Relatório Final*. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, mimeo, novembro de 2002.

SILVA A. J.e DALMASO A . S. “Agente Comunitário de Saúde : O ser, o saber , o fazer.” R.J, Fiocruz 2002

SILVA JUNIOR, A. G. Modelos Tecnoassistenciais em saúde: O debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SOUZA, A. M. de A. et alli (1991) “Processo Educativo nos Serviços de Saúde”. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos nº 1, Brasília.

TEIXEIRA, S. M. F. et alli . Antecedentes da Reforma Sanitária. 1998

UNESCO. Declaração de Hamburgo. Agenda para o futuro. V Conferência sobre Educação. Alemanha, 1997.

VIANA, A. L. D. As políticas de Saúde nas décadas de 80 e 90: O (longo) período de reformas. In: Ciências Sociais e saúde para o ensino médico. In: A. M. Canesqui (org), São Paulo: Hucitec, Fapesp, 2000.

ZARIFIAN, P. *Objetivo Competência: Por uma Nova Lógica.* São Paulo, Editora Atlas, 2001.