

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Cristiane Lopes Simão Lemos

**A CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.**

Goiânia
2010

Cristiane Lopes Simão Lemos

A CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Tese apresentada ao programa de Pós-graduação em Educação Brasileira da Universidade Federal de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação.

Linha de pesquisa: Culturas e Processos Educacionais

Orientadora: Professora Dra. Maria Hermínia Marques da Silva Domingues

Goiânia- GO
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GT/BC/UFG

L557c

Lemos, Cristiane Lopes Simão.

A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde / Cristiane Lopes Simão Lemos. - 2010. 171f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Hermínia Marques da Silva Domingues.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, 2010.

Bibliografia.

Inclui lista de quadros, figuras e siglas.

1. Educação permanente em saúde. 2. Concepção de educação 3. Trabalho em saúde 4. Reestruturação Produtiva.

CDU:37.07:61

EXAMINADORES

Orientadora: Dra. Maria Hermínia Domingues - UFG

Dra. Ângela Cristina Belém Mascarenhas- UFG

Dra Anita Cristina Azevedo Rezende– UFG

Dr. Jairnilson Silva Paim - UFBA

Dra Marise Ramos Nogueira UERJ

O senhor rela faca em faca - e afia - que se raspam. Até as pedras do fundo, uma dá na outra, vão se arredondinando lisas, que o riachinho rola.

Por enquanto, que eu penso, tudo quanto há, neste mundo, é porque se merece e se carece. Antesmente preciso. Pra que?

*Deixa: bobo com bobo - um dia, algum estala e aprende: esperta. Só que, às vezes por mais auxiliar, Deus espalha, no meio, um pingado de pimenta...
(Guimarães Rosa)*

Lista de Siglas e Abreviaturas

ANEPS – Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde

ABRASCO- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ANS- Agência Nacional de Saúde suplementar

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção primária em Saúde

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CEFOR- Centro de Formação de Recursos Humanos para a área da Saúde

CENDRHU - Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos

CGR - Colegiados de Gestão Regional

CIB- Comissão Intergestores Bipartite

CIES - Comissão de Integração Ensino-Serviço

CIESr - Comissão de Integração Ensino-Serviço Regional

CIT -Comissão IntergestoresTripartite

CNRS- Comissão Nacional da Reforma Sanitária

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONAM – Confederação Nacional das Associações de Moradores;

CONASENS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS - Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

DEGES- Departamento de Gestão e Educação na Saúde

EPS- Educação Permanente em Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

ETSUS - Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

FETAG – Federação dos Trabalhadores da Agricultura

FHC- Fernando Henrique Cardoso

FIOCRUZ- Fundação Osvaldo Cruz

GERUS -Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

MMC – Movimento de Mulheres Camponesas

MOPS – Movimento Popular por Saúde

Movimento GLBTS – Movimento de Gays , Lésbicas , Transgêneros , Bissexuais e Simpatizantes da Livre Orientação Sexual ;

MORHAN – Movimento de Reintegração das Pessoas Portadoras e Eliminação da Hanseníase

MS- Ministério da Saúde

MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

NOB- Norma Operacional Básica

NOBRH - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG – Organizações Não Governamentais

ONU- Organizações das Nações Unidas

OPAS -Organização Pan-Americana de Saúde

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAREPS - Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde

PIASS- Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste

PITS- Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PPI - Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde

PREPS- Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

PROESF - Programa de Expansão da Saúde da Família

PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem,

PROMED - Incentivos a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PSF - Programa Saúde da Família

SAMU -Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

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

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

SPT – Saúde para todos

SUDS- Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UFG - Universidade Federal de Goiás

USP - Universidade de São Paulo

RESUMO

Título: A concepção de Educação Permanente em Saúde da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Autor: Cristiane Lopes Simão Lemos

Orientador: Maria Hermínia M. S. Domingues

Defendida em: 10/09/2010

A pesquisa foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Educação FE/UFG, na linha de pesquisa "Cultura e Processos Educacionais". O estudo teve como objetivo a análise da concepção da Educação Permanente em Saúde (EPS) constante da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), implantada pela Portaria nº. 198/GM/MS, de 13/02/2004. A questão central foi analisar os fundamentos da Educação Permanente em Saúde (EPS) da proposta em estudo. A metodologia utilizada foi o estudo e análise de documentos ministeriais do período de 2003 a 2009, artigos de autores envolvidos com a temática e documentos oriundos da OPAS relacionados ao surgimento da idéia da EPS. O referencial teórico foi obtido junto a autores que se aproximam da corrente marxista de educação e trabalho. Pelo estudo foi possível constatar que a concepção da EPS na PNEPS transcende um significado pedagógico, respondendo a um processo de reestruturação dos serviços diante das novas demandas do modelo de produção toyotista dos tempos neoliberais e pós-modernos. Justamente no momento em que o trabalho se encontra cada vez mais instável e precarizado é que o Ministério da Saúde aposta na gestão inovadora, dando centralidade à questão da EPS. Por meio da descentralização da gestão da EPS, perante a idéia da micropolítica do trabalho vivo, do método da roda e das pedagogias construtivistas, os sujeitos do "quadrilátero da formação" são estimulados a pensar permanentemente em soluções criativas para a superação da ineficiência dos serviços. A idéia não é de educação permanente, mas de gerenciamento permanente. Ao contrário de um instrumento de transformação radical, a EPS converte-se em uma ideologia que seduz pela sua aparência de novidade pedagógica.

Descritores: Educação permanente em saúde, Concepção de educação, Trabalho em saúde , Reestruturação Produtiva.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO 1.	
OS EMBATES DO SUS: movimento de reforma sanitária e neoliberalismo na saúde.....	26
1.1. Alguns antecedentes da reforma sanitária brasileira.....	32
1.2. As bases do movimento da reforma sanitária.....	27
1.2.1.O movimento da Reforma Sanitária: a ideia.....	33
1.2.2. O movimento da Reforma Sanitária: a proposta.....	38
1.2.3. O movimento da Reforma Sanitária: O projeto	40
1.2.4. O movimento da Reforma Sanitária: O processo.....	42
CAPÍTULO 2:	
RESGATE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO PAÍS: da década de sessenta aos anos 2000.....	56
2.1 A formação profissional na área da saúde: antes da criação do SUS.....	56
2.2 A formação profissional na área da saúde: pós criação do SUS.....	65
2.3 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	71
CAPÍTULO 3	
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM UM CONTEXTO DE REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA DO CAPITALISMO.....	83
3.1 Educação e trabalho.....	83
3.2 A Educação Permanente em Saúde na OPAS.....	93
3.3 A Educação Permanente em Saúde na PNEPS.....	106
CAPÍTULO 4	
TRABALHO E EPS: transformação ou alienação?.....	116
4.1 Educação e trabalho na teoria marxista.....	116
4.2 A reestruturação do trabalho na lógica da PNEPS.....	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
REFERÊNCIAS.....	157

INTRODUÇÃO

No Brasil, as preocupações com a formação para o trabalho em saúde intensificaram-se a partir da década de sessenta do século passado, no período de governo militar ditatorial, atendendo às novas demandas quantitativas e qualitativas no âmbito privado e público. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 1980, demarca um novo arcabouço para a saúde brasileira e, conseqüentemente, para a educação dos trabalhadores da saúde, que passa a ocupar um espaço de maior destaque nas políticas sanitárias brasileiras.

Fruto da luta do movimento de reforma sanitária, o SUS foi criado na Constituição Federal de 1988, que em seu Art. 196 estabelece: “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Seus princípios doutrinários são: a universalidade, a igualdade e a integralidade da atenção à saúde. Há, portanto, uma tentativa de reversão do modelo excludente, diante do qual a maioria da população não tinha acesso à saúde.

Com o SUS e os novos desafios assumidos, a formação dos trabalhadores da saúde passa a ter maior ênfase. No texto da Constituição Federal (Artigo 200), fica estabelecido que “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

Em cumprimento à Carta Magna, a formação de trabalhadores para saúde passa a ser uma competência do Ministério da Saúde. A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, prescreve, em seu Artigo nº. 27, que é competência do SUS a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990).

De certo modo, as leis explicitam um consenso do movimento sanitário sobre a importância de o setor saúde atuar na definição do conteúdo da formação profissional, refletindo o interesse pela definição e ampliação das consciências individuais dos profissionais e futuros profissionais da rede pública de saúde, quanto à concretização dos princípios do SUS. Desde a Conferência Nacional de Recursos Humanos (BRASIL, 1986) estabeleceu-se a noção de que os trabalhadores do novo sistema deveriam ser educados para articular-se politicamente, desenvolvendo postura mais autônoma na organização e gestão do trabalho.

A formação profissional passou a ser reconhecida como fator essencial para o processo de consolidação da reforma sanitária no País. Nas décadas de oitenta e noventa, surgem então várias propostas de formação de trabalhadores pelo Ministério da Saúde, tais como: Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), Incentivos a Mudanças Curriculares nos cursos de Medicina (Promed); capacitação e formação em Saúde da Família: Pólos de Saúde da Família, Curso de especialização e residência em Saúde da Família; Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), aperfeiçoamento de gestores, desenvolvimento gerencial de unidades de saúde (Gerus); especialização em equipes gestoras; mestrados profissionais; cursos de formação de conselheiros de saúde e de promotores públicos para o controle social, entre outros.

No documento *“Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS”* (BRASIL, 2003), o Ministério da Saúde considerou que essas propostas não apresentavam uma sistematização que produzisse impacto sobre as instituições formadoras, de modo a alimentar os processos de mudança e promover transformações nas práticas adotadas no sistema de saúde. Nesta lógica, há uma manutenção de ações que não desafiam os trabalhadores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe.

Na visão ministerial, as tentativas de mudanças nas academias/serviços e outros espaços de saúde eram bastante tímidas para reverter o modelo tradicional biomédico, elitizado, mercantilizado e voltado principalmente para o atendimento de doenças. Nesta perspectiva, superar a negatividade da relação entre educação e trabalho passa a ser um dos objetivos do Ministério da Saúde (MS).

Em 2003, é criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil. Em 2004, é implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que, segundo a SGTES, se fundamenta em cinco ideias centrais: transformação da rede de gestão de serviços em ambientes-escola; mudança nas práticas de formação e de saúde com construção da integralidade da atenção de saúde à população; instituição da educação permanente de trabalhadores para o SUS; construção de políticas de formação com bases locais e comprometimento de sustentação do processo de mudança (BRASIL, 2004a).

Com a PNEPS, amplia-se o espectro de ação da educação permanente para além dos espaços do ensino e do serviço. A grande expectativa do Ministério da Saúde é instituir

[...] relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de 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 e disseminação de conhecimento por relevância de compromisso** (BRASIL, 2004a, p.9, grifos nossos).

No contexto da nova Política, a EPS tem como prerrogativa central despertar o **compromisso** dos diversos setores envolvidos (atenção/gestão/ensino/controle social) para o enfrentamento dos problemas que persistem no SUS: hospitais precários, falta de acesso da população a atendimentos mais complexos, desumanização do atendimento, dificuldade de implantação de modelos de saúde preventivos que tenham impacto na melhoria dos indicadores de saúde, alta prevalência de doenças, conselhos de saúde pouco ativos, usuários que desconhecem seus direitos no SUS, vínculos de emprego precários dos trabalhadores de saúde, dentre outros.

A SGTES inova ao criar, em 2004, os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), que podem ser considerados mesas negociadoras, espaços democráticos e decisórios para os setores envolvidos com a saúde desenvolverem a problematização necessária à mudança da educação e gestão do SUS (BRASIL, 2004a). Os PEPS passam a ser conhecidos também como "rodas de gestão", nas quais trabalhadores, usuários, gestores, professores, estudantes, representantes de movimentos sociais e conselhos de saúde dos diversos municípios brasileiros são convidados a pensar/refletir/discutir/decidir/construir democraticamente propostas de EPS.

Os PEPS foram eficazes na difusão da proposta da EPS pelos diferentes municípios brasileiros. Foi pela vivência no PEPS de Goiânia e pelas leituras dos documentos acerca da PNEPS que surgiu o interesse em investigar a EPS. Para quem se incomodava com: a superação do tecnicismo vigente na área da saúde, a desumanização do atendimento, a alienação do estudante/trabalhador, as diversas problemáticas do SUS, a nova proposta da EPS pareceu bastante sedutora.

Algumas visitas ao PEPS de Goiânia, no período de 2003 a 2004, participação em reuniões (rodas de EPS) destes PEPS, que aconteciam na Universidade Federal de Goiás (UFG) e

também a aproximação do referencial teórico da PNEPS se deram com grande encantamento, pois a proposta parecia encaminhar respostas às várias problemáticas relativas à formação na área da saúde, tanto vivenciadas na prática docente na Faculdade de Odontologia e Medicina, nos campos de estágios na Estratégia Saúde da Família e gestão do SUS, como tomadas como objeto de reflexão quando em participação das Conferências de Saúde e eventos científicos.

A partir do final do ano 2005, houve uma diminuição no ritmo de trabalho dos PEPS, em virtude da falta de financiamento, pois muitas propostas educativas planejadas nas "rodas" não estavam se concretizando, dentre outros problemas. Com a entrada do ministro José Gomes Temporão, nesse ano, houve mudanças nos quadros da SGTES e os rumos da PNEPS pareciam incertos. Em Goiás, cessaram as reuniões dos PEPS e houve um período de silenciamento sobre a EPS.

Em agosto de 2007, a PNEPS foi alterada pela Portaria GM/MS nº 1996 (BRASIL, 2007a) e passa a articular o cumprimento das diretrizes e estratégias propostas no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a). Os PEPS são extintos e entra em cena os Colegiados de Gestão e as Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES). No ano de 2009, no Estado de Goiás, começam a estruturar-se as CIES, das quais passamos a participar ativamente, o que nos tem permitido novas aproximações com a prática da PNEPS. As CIES assemelham-se aos PEPS¹, são compostas por: gestores estaduais e municipais (ou seus representantes) prioritariamente; e gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Nosso interesse pelo estudo acerca da formação profissional vem desde o período do curso de Graduação de Odontologia, quando nos inquietávamos com os limites da formação acadêmica e profissional na área da saúde. Isso nos levou a estudar o currículo e a formação acadêmica de Odontologia, primeiramente no Curso de Especialização em Educação no Ensino Fundamental (Universidade Federal de Uberlândia □ UFU) e posteriormente no Mestrado em Educação (UFU).

¹ A troca de nomenclatura de polos para CIES foi justificada pelo DEGES (BRASIL, 2007), pelo fato de o termo CIES constar na Lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e na Norma Operacional Básica/ Recursos Humanos (NOB/RH) SUS.

O primeiro contato com a proposta da EPS trouxe grande entusiasmo para quem sonha com uma educação transformadora na saúde. Em relação à EPS, o Ministério da Saúde considera que:

[...] a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas **reais** de profissionais em ação na rede de serviços ou na rede de gestão. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivos a **transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho**, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas, a gestão setorial e a promoção da saúde sob todas as suas formas (BRASIL, 2003, p.5, grifos do documento)

Os referenciais da problematização do trabalho e a questão da transformação propostos pelo Ministério da Saúde (MS) acenavam para uma verdadeira “revolução”. A preconização de uma **educação permanente** vinculada a uma **política ministerial** deu peso ao nosso interesse em estudar esta temática. O ingresso no Doutorado em Educação da Universidade Federal de Goiás (UFG) permitiu um aprofundamento teórico sobre o tema e uma ampliação do olhar sobre questões epistemológicas, ontológicas e filosóficas sobre educação e trabalho. Dos embates teóricos e práticos, surgiu uma questão central: Qual é a concepção de educação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?

Aparentemente, a resposta para essa pergunta parece não se configurar como uma problemática que justifique a construção de uma tese de Doutorado. Inicialmente pareceu-nos mais interessante analisar as repercussões da PNEPS, seus enfrentamentos e possibilidades de concretização. Mas, o despertar para a compreensão dos sentidos da educação na PNEPS foi sendo construído com o aprofundamento teórico e as reflexões coletivas na Faculdade de Educação da UFG.

A postura de deslumbramento inicial passou a confrontar-se com algumas dúvidas sobre a proposta ministerial. Novas perguntas foram surgindo: Será a EPS uma real possibilidade de educação para o trabalho no SUS? Em que consiste a proposta de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho que permeia a EPS? Educar permanente para quê?

A EPS é sugerida na PNEPS como possibilidade de superar a educação continuada, tida como mera atualização do conhecimento profissional, baseada na pedagogia da transmissão e incapaz de dar respostas aos desafios do cotidiano do trabalho, por focalizar a dimensão profissional específica (BRASIL, 2003).

Segundo os documentos ministeriais, a EPS, diferentemente, pressupõe a “transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (BRASIL, 2004a, p.1) com atividades educativas que sejam estruturados com base na problematização do processo de trabalho e da aprendizagem significativa.

Com a ampliação da leitura sobre o tema, constatamos que a educação permanente tem respondido a interesses históricos antagônicos, podendo, muitas vezes, funcionar em resposta aos interesses econômicos do capitalismo. Vieira et al. (2006), ao analisarem a PNEPS consideram que a EPS começa a ser estruturada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em meados da década de 1980, em virtude da necessidade de utilizar um “novo vocábulo” para implantar as mudanças que o setor enfrentaria perante as novas demandas da reestruturação do capital. A área de recursos humanos em saúde passa a ser salientada como uma importante ferramenta para enfrentar a diminuição dos custos do Estado.

Assim, a EPS não pode ser entendida como ligada apenas ao âmbito pedagógico, devendo ser apreendida em sua inserção em um contexto histórico construído dialeticamente com base em diferentes interesses. Sua análise está relacionada a uma intrincada trama de fatores políticos, econômicos, sociais, filosóficos que envolvem a centralidade da categoria trabalho.

A trajetória metodológica proposta no presente estudo é a seguinte: análise dos documentos da OPAS e Ministério da Saúde (MS), além das produções bibliográficas de autores envolvidos com a implantação da PNEPS e que participaram como coordenadores ou assessores na SGTES ou se colocaram como referenciais teóricos para os implantadores da PNEPS.

A origem da EPS relacionada à OPAS foi uma das curiosidades científicas deste estudo. Como um organismo internacional pode estar atrelado a uma proposta transformadora de EPS? Barbosa (2010) chama a atenção sobre a necessidade de questionar o fato de muitas políticas do Ministério da Saúde, serem formuladas e, em parte, financiadas por agências internacionais, como Banco Mundial (BM), que têm interesses contrários à proposta do SUS. Desse modo, fomos instigados a compreender a EPS formulada pela OPAS e o que, de fato, influenciou a concepção de EPS na PNEPS.

Para isso, foram analisados documentos do organismo internacional, com destaque para uma série de fascículos denominados “Educación Permanente em Salud” da Serie Desarrollo de Recursos Humanos, um dos principais referenciais sobre a EPS, produzida a partir da reunião de *experts* de vários países da América Latina, orientados pela OPAS.

Mais especificamente, em relação à PNEPS, foram investigados os documentos do Ministério de Saúde produzidos no período de 2003 a 2009, relativos à temática. Também utilizamos as publicações dos autores que estiveram envolvidos na implementação da PNEPS. Consideramos estas obras recurso importante para apoiar a análise dos documentos. Destaca-se a produção de Ceccim (2004/2005 e 2005), Merhy (2004/2005), Ceccim, Feuerwerker (2004), Merhy, Feuerwerker, Ceccim (2006), autores que, de 2003 a 2005, participaram da implantação e condução da PNEPS e ainda, Rovere (2005), que dialoga com textos dos autores/implantadores e Davini (2009) cujo texto é suporte do documento da Série Pactos pela Saúde □ PNEPS, BRASIL (2009a).

Em síntese, foram realizadas as seguintes etapas metodológicas:

- (1) catalogação dos documentos da OPAS e Ministério da Saúde referentes à implantação do ideário da EPS;
- (2) seleção de textos de autores envolvidos com a implantação da PNEPS,
- (3) leitura e investigação dos documentos e artigos;
- (4) organização dos dados, construção e análise das categorias.

Diante dos fins contraditórios da educação permanente, objetivamos neste estudo analisar a concepção da EPS, buscando compreender sua dialeticidade e historicidade no contexto da PNEPS. Como referencial teórico, adotamos autores que se aproximam do referencial marxista de educação e trabalho.

A escolha do referencial teórico não foi realizada *a priori*, deu-se à medida que fomos tomando conhecimento da relação da EPS com as discussões da educação e o trabalho desenvolvido com base em Marx. A opção pelo referencial teórico também reitera a importância da retomada do marxismo para refletir acerca dos objetos da saúde coletiva, que condiz com o que Barbosa afirmou no artigo "*A 'teoria da práxis': retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde*":

Nos tempos que correm, em que o campo simbólico encontra-se profundamente dominado por conceitos e valores ideológicos que justificam e sustentam o capitalismo em todas as suas dimensões, advogamos que a 'teoria da práxis', uma das denominações do marxismo, é mais necessária do que nunca, tanto para desmascarar a (ainda) renitente tese da neutralidade do conhecimento, como para nos conclamar, mais uma vez, ao enfrentamento do capitalismo, em particular no campo científico-acadêmico (BARBOSA, 2010, p.10).

Analisar objetivamente as políticas que vêm regendo os processos de trabalho e a produção científica nas instituições públicas de ensino e pesquisa nas últimas décadas torna-se crucial em tempos pós-modernos, quando quase tudo (se não tudo) é relativo e subjetivo.

O trabalho foi organizado em quatro capítulos. No capítulo I, buscamos situar o contexto de construção do SUS desde sua idealização até os dias atuais. Como a EPS está envolvida nas mudanças do trabalho no SUS, consideramos importante delinear alguns aspectos do projeto histórico da saúde pública no País, que tem se constituído mediante um confronto entre um projeto da reforma sanitária de universalização da saúde e outro de reforma neoliberal, que compreende a saúde como uma mercadoria.

No capítulo II, tomamos como período de análise a década de 1960 até chegar aos anos 2000, com a implantação da PNEPS. A intenção foi resgatar a história da educação profissional na saúde no País, identificando seus momentos mais significativos e suas relações com a temática deste trabalho.

O capítulo III centrou-se na discussão da educação e trabalho e, mais especificamente, na EPS. Primeiramente, abordamos o campo mais amplo da educação e trabalho, buscando compreender os nexos entre a educação e os modelos de reestruturação produtiva do capital. Em seguida, focalizamos mais a análise da EPS, para compreender suas bases epistemológicas, organizadas pela OPAS. Em um segundo momento, concentramos na análise da EPS na PNEPS.

O capítulo IV foi dedicado ao aprofundamento da EPS e sua relação com o trabalho da saúde. Iniciamos com a discussão da tese marxista acerca da educação e do trabalho, passando em seguida para discussão das principais bases da concepção da PNEPS, envolvidas na reestruturação do trabalho da saúde, a saber: a micropolítica do trabalho vivo, o método da roda e as propostas construtivistas: o lema aprender a aprender, a pedagogia das competências e as organizações qualificantes.

À guisa de conclusão deste estudo, enunciamos algumas considerações finais, buscando desvelar os reais sentidos da EPS na PNEPS. A intenção é dar um foco de luz sobre as relações contraditórias entre educação, trabalho e saúde como processo que pode se converter em alienação ou emancipação humana.

CAPÍTULO I

Os embates do SUS: movimento de reforma sanitária e neoliberalismo na saúde.

Em seus mais de vinte anos de existência, O SUS tem passado por uma trajetória de avanços e retrocessos, desde que foi criado pela Constituição Federal em 1988. Na verdade, “a saúde como um direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988) não tem se traduzido em possibilidade real para os brasileiros. Contrariando o texto legal, o SUS tem se fixado mais como um sistema de saúde para os pobres, concretizando o princípio da **equidade** e não da **igualdade** e o da **universalidade**, norteador das políticas de saúde. Diante de tal distorção, vai-se criando um consenso do SUS para os pobres e a saúde privada ou supletiva para os mais abastados.

Não é por acaso que este tema foi capa da *Revista Veja* (2002): “Os três desejos da classe média: Plano de Saúde, Educação e Previdência Privada.” que passaram à frente do desejo da casa própria e telefone. O que mudou? O ex-ministro Mailson da Nóbrega, nesta mesma revista, oferece alguns indícios:

Independentemente da qualidade do serviço prestado, as pessoas se habituaram no passado a receber do Estado educação, saúde e aposentadoria. “Fomos treinados para acreditar que o governo poderia ou deveria melhorar o serviço prestado nesse campo, não reformá-lo ou privatizá-lo”, afirma o ex-ministro Mailson da Nóbrega. “A nova realidade nos foi ensinada na marra” (VEJA ON LINE, 2002).

A **nova realidade**, que passou a ser ensinada na marra e muitas vezes sutilmente, é o estabelecimento do ideário neoliberal e a difusão da ideia de estado mínimo. No caso da saúde, estabelece-se o fenômeno da universalização excludente. Silva, em artigo na revista *Saúde em Debate*, considera que

Desde o início de sua criação, em processo que ficou conhecido como universalização excludente [...], o SUS tem incorporado os segmentos mais carentes e o subsistema privado atraído segmentos das camadas médias e do operariado mais qualificado. Isso se

‘naturalizou na sociedade, tornando o plano de saúde um sonho de consumo e reforçando a imagem de que o SUS é destinado àqueles que não podem pagar um plano privado. Nestes 20 anos o estado brasileiro estimulou e reforçou essa concepção em decorrência da restrição imposta ao financiamento público da saúde e pelo subsídio ao subsistema privado. (SILVA, 2009, p.41).

Com a implantação do SUS, entretanto, houve avanços que não podem deixar de ser reconhecidos, tais como a quebra da dicotomia assistência médica/saúde pública e acesso de todos os cidadãos diretamente ou indiretamente, bem ou mal, aos serviços da Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, seja, por exemplo, pela inspeção de produtos cosméticos, pelo benefício do controle de epidemias, pela vacinação ou outras ações preventivas. O Sistema Público de Saúde financia mais de 95% dos transplantes realizados no Brasil e tem subsidiado todos os medicamentos imunossupressores para todos os pacientes (REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 2003). Outros procedimentos complexos e os medicamentos de alto custo também têm sido financiados prioritariamente pelo SUS, mesmo para parcelas da população com maior poder aquisitivo: como, por exemplo, o tratamento da AIDS, tuberculose, hanseníase, hepatites, Chagas, etc.

Os avanços na ciência e tecnologia com autoprodução de medicamentos, vacinas devem ser lembrados. Também são notórias as tentativas de reversão do paradigma do modelo biomédico tradicional com esforços que priorizem o ideário da prevenção e humanização no âmbito dos serviços e que têm adentrando os currículos das faculdades e escolas técnicas. Não poderia ser esquecido o controle social, que, embora incipiente e desorganizado na maioria do País, tem se convertido em conquistas para o avanço da saúde em vários momentos. O aumento da atenção básica à saúde e as tentativas de medidas administrativas descentralizadoras em busca da integralidade do atendimento, como o atual Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), não podem ser esquecidos.

Há inegavelmente muitas conquistas, é impossível descrevê-las pormenorizadamente aqui, mas não se pode deixar de evidenciar as mazelas que persistem! A consolidação da reforma sanitária e as mudanças na educação e no trabalho em saúde para a melhoria da atenção à saúde dos brasileiros são questões centrais na PNEPS. É no reconhecimento da tensão entre os avanços e obstáculos da saúde que buscaremos, no capítulo I, delinear a trajetória da reforma sanitária brasileira, mais especificamente do SUS, nas últimas décadas.

A intenção não é destrinchar toda a complexidade das políticas de saúde, desvelando todas suas interfaces e articulações, fato que extrapolaria o escopo deste trabalho. O objetivo é oferecer

subsídios, apontar tendências, clarear algumas questões para o leitor situar-se diante de alguns aspectos históricos que envolvem o mundo do trabalho no SUS, seus processos organizacionais e reflexos na trajetória da educação profissional.

Com esse intuito, delineamos o percurso do movimento da reforma sanitária no País, que culminou com a criação do SUS. Depois, o olhar se volta para o contexto pós implantação do SUS, que coincide com a inserção do neoliberalismo no País e que impõe novas organizações no trabalho e nos processos de educação dos trabalhadores.

A intenção é explicitar que a formação profissional em saúde não é um processo neutro, desvinculado de seu tempo histórico. O projeto de formação profissional que culmina atualmente com a PNEPS esteve e está ancorado em interesses, projetos, propostas, ideários ora voltados para a manutenção de um sistema que compreende a saúde como uma mercadoria e que colabora para o processo de acumulação capitalista, ora como um enfrentamento na busca de um projeto de saúde como direito fundamental a ser coletivizado para todos os seres humanos.

1.1 Alguns antecedentes da reforma sanitária brasileira

Lima; Fonseca e Hochman (2005) consideram que já existia na Primeira República (1889-1930) um movimento sanitário em prol de melhorias da saúde dos brasileiros. Liderado por médicos higienistas foi permeado por um intenso debate intelectual e político no qual a saúde foi reconhecida como um “problema vital brasileiro”, obstáculo fundamental na construção de autoridade estatal sobre o território e de uma ideologia de nação capaz de superar a imagem negativa referida às teses de inferioridade climática do País e racial da população brasileira. O Jeca Tatu, é um dos grandes emblemas que simbolizam este período. Retrato estereotipado do caipira, o caboclo paulista foi concebido originalmente por Monteiro Lobato, caracterizado pela preguiça e inferioridade racial.

O debate sobre os problemas de saúde esteve associado à busca pelo reconhecimento da nacionalidade brasileira, ligado a um projeto civilizatório de nação. Marcado pelo modelo sanitaria desenvolvimentista, vai ter sequência no período do governo Vargas (1930-1945), quando há a consolidação do arcabouço burocrático/institucional do modelo sanitaria/desenvolvimentista, com a criação em 1937, do Ministério da Educação e Saúde. Em

1953, este Ministério torna-se apenas Ministério da Saúde e, em 1956, dá-se a criação Departamento Nacional de Endemias Rurais.

A década de 1960 marca o final do modelo sanitaria desenvolvimentista, que prevaleceu desde a Primeira República. Lima, Fonseca e Hochman (2005) consideram que os sinais de esgotamento do modelo já eram visíveis na década de 1950, pois a ideia de saúde, como superestrutura, já aparecia não como causa do desenvolvimento econômico social, mas como consequência dele. Na 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, houve uma discussão sobre a distribuição de responsabilidades entre os entes federativos como uma proposta de municipalização dos serviços de saúde e de uma avaliação crítica da realidade sanitária do País. O golpe militar de 1964, todavia, vai **silenciar** muito destas propostas

Neste período ditatorial, houve o estabelecimento do modelo médico assistencial privatista com esvaziamento progressivo das ações do sanitarismo desenvolvimentista. O processo de industrialização acelerada que o Brasil viveu a partir da década de 1950, trouxe novas demandas ao setor saúde, diminuindo a importância do saneamento dos espaços de circulação de mercadorias, sobrepondo o foco na manutenção da capacidade produtiva da recém-criada massa operária. A coalização internacional modernizadora, a centralização de recursos no governo federal, o controle do déficit público e a criação de fundos específicos não tributários para dar suporte a políticas setoriais constituíram o cenário para o novo modelo de saúde.

Nesse período, segundo Mendes (1994), demarca-se o denominado “complexo médico-industrial”, reconhecido como de maior integração entre o Estado, as empresas de serviços médicos e as empresas industriais em saúde para prestação de serviços. Do ponto de vista político, incrementam-se o papel regulador do Estado e a expulsão dos trabalhadores do controle da previdência social. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) é criado como o órgão de conformação do modelo médico assistencial, com extensão e cobertura previdenciária (urbana e rural), com prevalência da prática médica hospitalocêntrica, curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública. A prática médica passa a ser orientada para a lucratividade, gerando um fenômeno de capitalização das empresas médicas, que se concretiza via estímulo aos serviços de alta densidade tecnológica (para os quais o setor privado internacional torna-se o mais significativo produtor de insumos) com a criação de necessidades sociais de consumo, seja em relação às mercadorias produzidas seja na fabricação de equipamentos e maquinarias médicas de última geração. O período é também assinalado por

corrupções em relação ao dinheiro público. O INPS, por exemplo, financiava, a fundo perdido, as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais.

Com o modelo assistencial privatista, há grande crescimento da área da saúde no País, incremento de empregos neste setor e mudanças substanciais na organização do trabalho, intensifica-se o uso de novas tecnologias nas práticas médicas e hospitalares, gerando a necessidade de qualificação dos trabalhadores. Neste período “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” (VIEIRA et al., 2006. p.14).

A ênfase em um modelo voltado para os interesses do capital nacional e internacional não se converte, contudo, em ganhos de saúde para a população. A elevação dos gastos do cuidado médico, oriundo da incorporação dos custos dos produtos industriais, acaba tornando-se uma barreira à efetiva extensão dos cuidados em saúde. Por outro lado,

A saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população. Os habitantes da região metropolitana, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade. Este quadro seria agravado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde, com cassações de direitos políticos, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.61).

O final da década de 1960 é marcado por evidente desgaste político do modelo de repressão ditatorial e por problemas decorrentes de colapsos econômicos mais amplos: crises sucessivas do petróleo, esgotamento das fontes de financiamento externas, cobranças de dívidas adquiridas, oneradas com juros altíssimos e outros males da administração brasileira. O modelo desenvolvimentista passa a ser amplamente criticado, dando mostras do fim do “milagre econômico brasileiro”. Vários movimentos de insatisfação com o governo militar começam a se articular em busca de conquista de condições de vida mais dignas. Outra questão é relativa às novas configurações do espaço brasileiro, com processo de urbanização acelerada que aglomerava pessoas e consequentes problemas nas grandes cidades, com disseminação de epidemias, aumento da mortalidade infantil, dentre outros.

No caso da saúde, crescem as denúncias e aumentam reivindicações para a solução dos problemas advindos do modelo médico assistencial privatista, que excluía a população mais pobre e não-inserida no mercado formal de trabalho dos serviços assistenciais públicos. Diante da

crise da saúde, começa a se organizar um movimento de profissionais de saúde, acadêmicos, intelectuais, sindicalistas de diversas categorias e da população que têm em comum a bandeira de luta pela reabertura política e conquista de direitos de dignidade humana. É assim que se inicia as bases do movimento da reforma sanitária brasileira, que culminará na criação do SUS.

1.2 As bases do movimento da reforma sanitária

Diversos autores, dentre eles, Mendes (1994), Escorel e Bloch (2005), Faleiros et al.(2006), Paim (2008), têm se dedicado a elaborar o capítulo da história da reforma sanitária para a criação do SUS, que começa a se estruturar no período ditatorial.

Paim (2008) compreende a Reforma Sanitária Brasileira como uma reforma social centrada na democratização da saúde, democratização do Estado e a democratização da sociedade e, por isso, um processo ímpar em toda a história da saúde no País; nunca existente antes, pois foi construído a partir da articulação social chegando a ser reconhecido em sua vertente mais crítica do movimento sanitário "como um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo" (PAIM, 2008, p.173).

Em geral, pode-se reconhecer que o movimento da reforma sanitária esteve marcado por dois pontos centrais: um processo de reformulação teórica, que contrapunha ao modelo hospitalocêntrico/curativista/mercantil, e outro de articulação política, que inseria a saúde nas reivindicações do processo de abertura política.

Com efeito, Paim (2008), ao analisar o processo histórico da reforma sanitária, realiza uma esquematização em: ideia, proposta, projeto, movimento, processo.

ideia que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; *proposta* como conjunto articulado de princípios e proposições políticas, *projeto* enquanto síntese contraditória de políticas; *movimento* como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais, *processo* enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais - econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (Paim, 2008, p.36).

Tal proposta esquemática é adotada neste estudo, por favorecer a compreensão acerca dos processos de conformação da criação do SUS. É necessário pontuar, no entanto, que tais elementos esquemáticos não são estanques, não tem limites precisos e fixos. Pelo contrário, interpenetram-se, convergem, divergem, ou seja, constituem movimento: a ideia está inserida na

proposta, traduzida no projeto, que se baseia na ideia e assim por diante. O leitor deve cuidar para não ter um olhar reducionista, deve, sim, reconhecer o esquema mais como um recurso didático, que irá contribuir para a apreensão do contexto da reforma sanitária.

Tendo esclarecido a proposta esquemática adotada, abordaremos o primeiro ponto: "a ideia da Reforma Sanitária". O movimento da democratização da saúde "movimento sanitário" ou movimento da reforma sanitária, como conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental atravessa diversas etapas. O que buscamos compreender, neste primeiro momento, é: como foram gerados os pensamentos iniciais sobre a reforma sanitária? Quem foram os protagonistas? Em que espaços as ideias se constituíram?

1.2.1 O movimento da reforma sanitária: a ideia

Demarcar um local para o aparecimento de ideias não é uma tarefa tranquila. Quanto a reforma sanitária, porém, há certo consenso entre os autores que pesquisam a temática de que o pensamento inicial sobre esta reforma teve como local de surgimento as universidades, mais especificamente, os Departamentos de Medicina Preventiva. As ideias foram se movimentando, juntando a outros ideários de luta contra a ditadura no País, conformando-se e reorganizando-se em lutas mais amplas, não circunscritas somente à área da saúde. Segundo Paim,

[...] pode-se afirmar que os brasileiros responderam a esse desafio com muita ousadia, articulando lutas sociais com a produção de conhecimentos. Enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. De um lado, engendravam a ideia, a proposta, o movimento e o projeto da Reforma Sanitária brasileira e, de outro, construíam um novo campo científico e um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva (PAIM, 2008, p.290).

Os primeiros Departamentos de Medicina Preventiva, no Brasil foram criados na década de 1950, na Faculdade Paulista de Medicina e na de Ribeirão Preto. A Lei da Reforma Universitária de 1968 tornou este Departamento obrigatório. Nestes espaços, começa a se difundir o pensamento da medicina preventivista da OPAS, que contestava diretamente o modelo **flexneriano**.

A **medicina preventiva** confronta-se com o modelo de **medicina tradicional flexneriana**, acusada de formar profissionais desumanizados, curativistas e com uma visão biologicista sobre a doença. A excessiva especialização contribui para a fragmentação do saber médico e dificulta a visão do paciente como um ser integral, "bio/psico/social".

Arouca (1975), na tese "Dilema Preventivista", considera que a **medicina preventiva** estabelece-se valendo-se de dois campos centrais, a saber: prática e educação médica. O primeiro campo abrange: concepções de saúde, doença e práticas de medicina integral. O segundo campo está articulado as novas noções de currículo e à integração ensino/aprendizagem.

A medicina preventivista, mais ligada ao ensino médico, articula-se à **medicina comunitária**, que se baseia em novas formas de reorganização dos serviços de saúde com centralidade na atenção primária e na maior intervenção do Estado no campo da saúde, com a finalidade de estender a cobertura dos serviços aos não privilegiados. A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma Ata , em 1978, e promovida pela OMS, é o evento de maior importância para a afirmação da medicina comunitária, uma proposta racionalizadora caracterizada pela: extensão da cobertura dos serviços de saúde, produtividade, diminuição dos custos, simplificação dos recursos e participação comunitária. Por conseguinte, exige a formação de um novo perfil profissional, daí sua aproximação com a medicina preventiva, que requer uma nova atuação do profissional de saúde mais próximo da família e da comunidade.

Assim, a medicina preventivista/comunitária insere-se no cenário do ensino de saúde, tendo como base atividades de extensão que aproximem o estudante da comunidade, com objetivo de ampliar o olhar estritamente biológico do modelo de ensino tradicional, para uma visão “mais holística” sobre o processo saúde/doença, privilegiando a prevenção e os aspectos sociais. As parcerias ensino/serviço é que viabilizam a aproximação com as famílias e o conhecimento do cotidiano dos serviços.

Na visão de Arouca (1975), ao contrário de um movimento inovador no ensino de saúde, estabelece-se um movimento ideológico em um sistema conservador das estruturas da prática médica existentes. Isso porque no interior do modo de produção capitalista, a Medicina define-se como uma área de tensão, por estar ligada simultaneamente ao processo de expansão do regime de capital, que envolve a universalização da mercadoria, e aos problemas sociais em que se afirma a ideologia da ética natural e universal do modo de produção:

A Medicina Preventiva, como a leitura liberal e civil deste campo de tensões, pretende redefinir as responsabilidades do médico, **mantendo a natureza do seu trabalho**; ampliar o seu espaço social, **mantendo a natureza do seu trabalho**; ampliar o seu espaço social **mantendo a organização hospitalar e de consultórios privados**, desenvolver uma preocupação social, **mantendo o exercício médico como uma atividade de troca**, diminuir o custo da atenção médica, **mantendo o processo de**

medicalização e de tecnificação do cuidado, melhorar as condições de vida das populações, **mantendo a estrutura social**. Portanto, o que devemos perguntar, é: qual a viabilidade deste projeto no interior do modo de produção capitalista? (AROUCA, 1975, p.170, grifos nossos).

A medicina preventivista afirma os seus princípios buscando reorientar a prática médica na formação de uma nova atitude (integral, preventiva e social) dos médicos e seus militantes, tornando-os, "profetas do vir a ser"(PAIM, 2003, p.153). A tentativa é instaurar uma espécie de consciência social apática, na qual o estudante de medicina é levado a reconhecer as questões sociais relacionadas ao processo doença, mas não há um despertar nem teórico nem político para a transformação destes problemas.

Do mesmo modo, a medicina comunitária visava à racionalização da medicina mediante modificações internas na prática médica, sem afetar os seus condicionantes estruturais. Em uma visão crítica, Mendes (1980) afirma que a medicina comunitária amplia dimensões **ocultas da medicina** como incrementar o exército de reserva, ao focar-se nos "pobres" (mão de obra rural ou peri-urbana), aumentando sua capacidade funcional e sua produtividade. Também ao utilizar o eufemismo do planejamento participativo (participação comunitária), oculta a pretensão de diminuir investimentos estatais, buscando recursos na própria comunidade.

A medicina comunitária serviu de referência para muitos projetos do Banco Mundial relativos à saúde. Vieira et al. (2006) consideram que desde então o Banco Mundial já se organizava para implantar políticas neoliberais para a saúde. O modelo de medicina preventiva/comunitário, disseminado 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", afirmam os autores (VIEIRA et al., 2006, p.16).

Notório também é o favorecimento da acumulação de capital na indústria da saúde, em especial, a farmacêutica e de equipamentos médicos, pela expansão dos serviços que ampliam a venda de seus produtos, além da disseminação de conceitos etnocêntricos sobre a origem das doenças, oferecendo mecanismos coercitivos com normas e regulações sanitárias, como nutrição e planejamento familiar com o papel de mascarar os determinantes estruturais da pobreza².

² Jurandir Freire Costa mostra no seu trabalho "*Ordem Médica e Norma Familiar*" as raízes do higienismo no Brasil, suas relações com os interesses da ordem econômica e do Estado, e suas influências perversas na constituição da família brasileira. Em relação à educação higiênica, Costa (2004, p.15) conclui "a norma familiar produzida pela

Além de Antônio Sérgio da Silva Arouca, vários são os autores, como Cecília Donnangelo, Carlos Gentile de Mello, Eric Jenner Rosas, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Ricardo Lafetá, David Capistrano Filho, Guilherme Rodrigues da Silva, Hesio Cordeiro, dentre outros, que se destaca nesse movimento de questionar a suposta neutralidade da medicina diante das desigualdades sociais e o projeto de acumulação capitalista. A ideia é que

Transcender esses limites restritos à alteração dos comportamentos dos profissionais requer formular uma teoria que dê conta das reais determinações da crise no setor saúde e caminhar em direção a uma prática política que represente um movimento de transformação conjunta do trabalho médico, da consciência sanitária, da produção das condições de saúde e doenças, do conhecimento e das políticas de saúde. (FLEURY, 2003, p.243).

Do confronto com o “dilema preventivista”³ e da explicitação das dimensões ocultas da medicina comunitária, vai-se elaborando um novo pensamento, uma nova ideia, baseados tanto na construção e produção de conhecimentos na saúde como na prática política para a transformação social. É assim que se dá o arcabouço teórico da Saúde Coletiva que e constituirá em fundamento do movimento da Reforma Sanitária.

Contraditoriamente é das bases do um modelo ideológico, importado dos EUA e implantado no País que é gestado o novo pensamento da Saúde Coletiva. Com bases intelectuais marxistas e estruturalistas, é elaborada uma nova concepção de saúde, que insere a determinação social da doença e a questão da política como componente essencial para a mudança dos quadros sanitários. A reformulação do objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico e a construção da abordagem médico-social da saúde visavam superar as visões biológica e ecológica da medicina preventivista (SCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

Assim a Saúde Coletiva é o pensamento que estrutura o movimento de reforma sanitária e começa a ser divulgado nos meios acadêmicos e em outros espaços que se organizavam na luta contra a ditadura, tendo destaque: O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) foi criado em 1976, com base na sugestão de um grupo de médicos do curso de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a sua

ordem médica solicita de forma constante a presença de intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização.”

³ O discurso preventista/comunitário continua muito forte no contexto atual de reformulação dos currículos da área de saúde no Brasil. A aposta na transformação do ensino se dá por meio da inserção de metodologias ativas e de novos redimensionamentos pedagógicos, sem questionar radicalmente a estrutura de desigualdades sociais na qual a medicina está inserida.. Para saber mais, ver “O Dilema Preventista”, AROUCA (1975), AROUCA (2003).

maioria oriunda dos Departamentos de Medicina Preventiva. É responsável pela publicação da *Revista Saúde em Debate*, que se destaca, nesta história, como um dos principais veículos divulgadores das ideias do movimento sanitário. Nelsão em entrevista⁴ a Faleiros et al. (2006, p.57) considera:

A partir de 1975, quando se deu o crescimento dos movimentos pelas liberdades democráticas, em seu bojo é criado o Cebes que consegue agregar, aglutinar, congregar, conduzir, e até comandar o movimento e engajamento crescente não só de sanitaristas, mas de todos os estudiosos de saúde, inclusive da chamada medicina assistencial dos hospitais públicos, de ensino, e privados da área da previdência social – Inamps à época.

Outro marco importante na ampliação da ideia de reforma sanitária foi a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979, que "poderia ser considerada a expressão da síntese entre as práticas teórica e política" (PAIM, 2008, p.172). Firmando-se como associação dos programas de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública, essa entidade deu ênfase muito especial à residência em medicina preventiva e social, contribuindo para a formação de gestores sanitários, ampliando, conseqüentemente, o debate sobre a saúde coletiva.

Nesse movimento, vão se aglomerando mais adeptos, que tinham em comum a luta contra a ditadura: sindicalistas, movimentos sociais diversos. Mesmo aqueles não diretamente ligados à saúde foram grandes articuladores das ideias da reforma sanitária. O final na década de 1970 assinala o início de reabertura no País, o que vai contribuir para que a **ideia** se converta em **proposta**.

1.2.2 O movimento da Reforma Sanitária: a proposta

O documento "A questão democrática na área da saúde", apresentado pelo Cebes em 1979, no I Simpósio da Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, é o marco central da transição da ideia para a proposta de reforma sanitária). Com efeito, a Reforma Sanitária como proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais de um novo sistema de saúde (PAIM, 2008).

Em entrevista, Nelsão, que fez parte do movimento de reforma sanitária brasileira, revela: "[...] no final dos anos 1970, o movimento pela Reforma Sanitária assume uma identidade. Ele

⁴.Estas entrevistas fazem parte do trabalho "A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo" (FALEIROS et al., 2006).

não é mais uma reação pontual contra ações conservadoras que o governo ditatorial tomava contra a saúde da população” (NELSÃO *apud* FALEIROS et al., 2006, p.65).

Com a abertura política que se inicia na década de 1980, a discussão da saúde adentra o poder legislativo, fator preponderante para a sedimentação do **movimento**. Outro fator relevante foi a "institucionalização" do movimento sanitário, que se dá quando pessoas nele envolvidas passam a fazer parte dos espaços de gestão do governo.

Assim, o início da década de 1980 demarca um espaço de crise de legitimidade governamental perante a sociedade, que incita o Estado autoritário-militarista a repensar suas políticas setoriais, tais como a da previdência e da saúde. Diante da pressão do movimento sanitário, o governo vê a necessidade de realizar reformas próprias, procurando dar respostas à sociedade, como forma de manter sua base de legitimação social.

Desse modo, o governo inicia um processo de escuta a segmentos sociais e algumas propostas governamentais passam a aproximar-se das ideias da reforma sanitária em alguns aspectos, como, por exemplo: a criação do Pró-Saúde, depois Prev Saúde, que busca incorporar o ideário do movimento sanitário, e a criação do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária – Conasp. Criado em 1981, este Conselho deveria funcionar como organizador e racionalizador da assistência médica; criação das Ações Integradas em Saúde (AIS), com avanços consistentes no fortalecimento da rede básica ambulatorial.

Com efeito, esses espaços institucionais tornam-se brechas para as ideias de profissionais sanitários que, ao ocuparem cargos no governo, contribuem para a inserção da reforma sanitária nestes espaços burocráticos, geralmente pouco permeáveis ao novo pensamento, como Inamps, Ministério da Saúde e Fiocruz. Assim, há um processo de institucionalização da reforma sanitária.

Com o advento da nova república, lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições em postos-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no Brasil. Noronha, em entrevista a Faleiros et al. (2006, p.73), descreve:

A ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde. Dessa forma, profissionais que pensavam criticamente o sistema tratavam estes espaços como uma arena onde era possível travar uma luta surda, mas acirrada, para pôr em prática projeto que, de resto, iam completamente na contramão dos interesses do regime autoritário.

É importante entender a construção histórica da **proposta** de reforma sanitária. O governo abrindo-se engessa o movimento. Contraditoriamente, o que contribui para ampliar torna-se mecanismo de obstrução. Há uma luta de interesses contrários: de um lado quem luta pelo direito à saúde, de outro, aqueles que desejam a manutenção do sistema no qual a saúde é mercadoria altamente lucrativa. É neste embate de forças que a **proposta** da reforma sanitária torna-se **projeto**.

1.2.3 O movimento da Reforma Sanitária- O projeto

Paim (2008) entende que a Reforma Sanitária configura-se como um **projeto**, conjunto de políticas articuladas, definido após a VIII Conferência de Saúde, tendo a sua formalização na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, em 1990.

É preciso lembrar que as conferências de saúde existiam desde a década de 1940, mas, até a oitava conferência, pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social, bem como pela participação restrita de gestores e técnicos governamentais. A população, então, tinha pouquíssima representação.

O movimento sanitário, mobilizado e articulado, tornou possível a realização, em março de 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), (BRASIL, 1986 a), que foi considerada um dos eventos mais importantes do movimento de reforma sanitária, tendo o sanitarista Sérgio Arouca, então presidente da FIOCRUZ, como o principal articulador.

Houve participação de mais de 5000 (cinco mil) pessoas, fato primordial para que a conferência tivesse legitimidade. Também, qualitativamente, teve representantes variados, da sociedade civil e de quadros do governo. A Conferência foi aberta a delegados, convidados e participantes das mais diversas origens: parlamentares das Comissões de Saúde do Senado Federal, Câmara dos Deputados e Assembleias Legislativas Estaduais; representantes dos trabalhadores rurais e urbanos e de entidades patronais de âmbito nacional; representantes de conselhos federais, associações e federações nacionais de profissionais da saúde; representantes de secretarias estaduais e municipais de saúde; representantes de entidades jurídicas prestadoras de serviços; observadores designados por organismos internacionais vinculados ao setor saúde e atuantes no País; representantes de outras instituições da sociedade civil, a critério da Comissão Organizadora.

A Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) elabora dois documentos centrais: “Proposta do conteúdo Saúde para a Constituição”, em que se reafirma o “direito de controle”, a ser operacionalizado com a participação das entidades representativas da sociedade civil, na formulação da política e das ações de saúde em todos os níveis e “Proposta de conteúdo Saúde para a nova Lei do Sistema Nacional de Saúde”, em que se configura o formato institucional da participação. Este último documento é composto por sete pontos, a saber: (a) o princípio da gestão participativa; (b) a expectativa de que a participação resulte em efetivo poder de controle das ações e serviços da rede nacional; (c) o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, vinculado a um novo Ministério da Saúde, com atribuições de formulação e controle da Política Nacional de Saúde, propondo-se conselhos estaduais e municipais com atribuições correspondentes; (d) a instalação de um conselho comunitário, em cada **50** unidades de prestação de serviços de saúde, com atribuição de controle e fiscalização; (e) o funcionamento de um conselho de administração em cada unidade de prestação de serviço de saúde, integrado por dirigentes e funcionários da unidade; (f) a subordinação dos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente, a um novo Ministério, às Secretarias Estaduais e Municipais, com administração colegiada e designada pelos conselhos de saúde correspondentes; e (g) a participação do governo federal nos conselhos estaduais e municipais de saúde e do governo estadual nos conselhos municipais, bem como a representação dos governos estaduais e municipais no Conselho Nacional de Saúde e dos governos municipais nos conselhos estaduais de saúde (CNRS, 1987 *apud* FALEIROS et al, 2006).

Assim, fica estabelecido novo arcabouço sanitário brasileiro que será oficializado na Constituição Federal de 1988. Inicia-se o **processo** de elaboração do Sistema Único de Saúde.

1.2.4 O movimento da Reforma Sanitária: o processo

Paim (2008) compreende o **processo** da Reforma Sanitária brasileira o como conjunto de atos relacionados a práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas – definido após a 8ª CNS. Esse **processo** constituiu-se com a implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), promulgação da Constituição de 1988 e produção de fatos políticos institucionais na conjuntura pós-88.

O SUDS foi considerado uma estratégia intermediária para a implantação do SUS. Foi criado em julho de 1987, como proposta de um sistema unificado e descentralizado, que tinha a pretensão de garantir a viabilidade de direcionar os recursos federais para os municípios, sem que estivesse explicitada uma política de municipalização.

A Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), que funcionou de agosto de 1986 a maio de 1987, teve o objetivo de assegurar o aprofundamento do Relatório Final da 8ª CNS. No curto espaço de tempo de sua atuação, dedicou-se à sistematização de propostas e à articulação nacional do movimento sanitário, com atenção para o poder legislativo, pois iniciava-se o processo constituinte (FALEIROS et al., 2006).

Em 1988, é promulgada a oitava Constituição do Brasil (BRASIL, 1988), que foi chamada de Constituição cidadã. A saúde passa a ser concebida como direito de cidadania, implicando a garantia de moradia, alimentação, vestuário, educação e lazer adequados, proteção aos elementos vulneráveis, como crianças, gestantes, deficientes e idosos, além de serviços de Saúde, proteção ao meio ambiente, controle das condições de trabalho e de todas as situações necessárias à preservação da vida e ao desenvolvimento das potencialidades humanas.

É criado um Sistema Único de Saúde (SUS) com diretrizes comuns em todo território nacional. Esse Sistema dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação em saúde, bem como a organização funcional dos serviços correspondentes. A grande virada foi em relação à universalidade da atenção à saúde, garantindo que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Foram estabelecidos também o princípio da igualdade⁵, integralidade, descentralização, regionalização e hierarquização e controle social. Em 1990, é estabelecida a Lei nº 8080 (Lei Orgânica da Saúde), que regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde e vai estabelecer e dar as bases para articulação do novo sistema.

Houve também a preocupação com a formação de novos profissionais que implicassem mudanças no mundo do trabalho da saúde, ainda hegemonicamente marcado por um modelo biomédico mercantilizado e inacessível para maioria dos brasileiros. Deste modo, com a criação do SUS foi prevista a formação de recursos humanos como competência do Ministério da Saúde, pois “já não bastava a experiência e o treinamento, era necessário organizar escolas técnicas de

⁵ Sabemos que na área da saúde o princípio da igualdade foi substituído pela equidade. Parece que poucos observaram que na Constituição Federal e Lei Orgânica da Saúde o termo equidade não aparece. Deste modo, insiste-se em manter o termo **igualdade** em confronto com termo **equidade** (mais difundido) como uma forma de tensionar o debate sobre a mudança da nomenclatura. Qual seria a razão da troca dos termos? Mais a frente voltaremos à discussão.

saúde para a formação e ampliação da consciência sanitária dos trabalhadores e dos futuros profissionais de saúde sobre os princípios da reforma e do projeto societário que ela enseja" (LIMA, 2007).

Segundo Mendes (1994), a nova Constituição traz, em seu bojo, contradições de um processo de transição, avançando na ordem social, incorporando interesses corporativos e cartoriais, conservando certos aspectos econômicos e, muitas vezes, remetendo à resolução dos conflitos para a legislação infraconstitucional. É preciso lembrar que o movimento de reabertura do País coincide com a implantação de um governo neoliberal, com a eleição de Collor de Melo. Do ponto de vista político, emergem na arena sanitária novos sujeitos sociais, portadores de ideologias e visões de mundo diferentes, que vão conformando dois grandes projetos políticos sanitário alternativos: o controle contra-hegemônico (reforma sanitária mais perceptível) e o hegemônico (o projeto neoliberal, mais sutil), proposta conservadora de reciclagem do modelo médico assistencial privatista. Há uma renovação da proposta conservadora do modelo médico assistencial privatista, ou seja, "por baixo do estridente e aparentemente consensualismo significante da reforma sanitária construiu-se competentemente, o projeto conservador de saúde" (MENDES, 1994, p.50).

A perspectiva neoliberal propõe mudanças na proposta do SUS, com vistas a uma redução das conquistas sociais na área, apontando para uma focalização seletiva das ações do Estado, para a privatização do setor e para o fim da universalidade e da gratuidade.

Paralelamente à conquista do movimento da reforma, foi se estabelecendo a **universalização excludente**, que para Mendes (1994) significou uma expansão da universalidade acompanhada por uma lógica de racionalização dos serviços, tendo como consequência a queda na qualidade dos serviços públicos. Os desafios eram lidar com a crise fiscal e superar "uma cultura política assentada no clientelismo, fisiologismo e patrimonialismo" (PAIM, 2008, p.176). O direito à saúde é assegurado, mas com serviços precários, o que estimula o crescimento da medicina supletiva para atender os setores da classe média, ficando subsistema público de saúde disponível para uma população de baixa renda.

A propósito, com o governo Collor, as condições de trabalho no SUS tornam-se críticas, principalmente pela redução dos recursos da saúde com consequente sucateamento dos serviços. Ao invés da organização do regime de trabalho dos servidores de saúde de acordo com as normas constitucionais, passou a prevalecer, segundo Nogueira (2006, p.2), "um processo tumultuado de

desconstrução da capacidade administrativa e reguladora do Estado, realizado sob o pressuposto de que os serviços públicos padeciam de um excesso de funcionários e que havia uma elite que desfrutava de salários abusivos”, o que gerou grande instabilidade aos trabalhadores do serviço público. Uma consequência nefasta desse processo de reforma refere-se à precarização dos vínculos empregatícios, que persiste até os dias atuais, fato que tem levado a uma enorme rotatividade de pessoal nos serviços público de saúde.

O governo de Fernando Collor de Mello e o de Fernando Henrique Cardoso (FHC), mais especificamente, difundiram um projeto amplo de privatização, utilizando o tradicional jargão de “modernização”, diante do sucateamento das instâncias públicas. O governo Collor de Melo é que abre as portas do País para novas propostas globalizantes e neoliberais, que vão se articular mais firmemente no governo FHC. Neste último, há uma busca de reforma estatal, tendo destaque a proposta **modernizadora do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado**, que relaciona crise com a suposta rigidez do Estado. Segundo o presidente FHC:

Este "Plano Diretor" procura criar condições para a reconstrução da administração pública em bases modernas e racionais. No passado, constituiu grande avanço a implementação de uma administração pública formal, baseada em princípios racional-burocráticos, os quais se contrapunham ao patrimonialismo, ao clientelismo, ao nepotismo, vícios estes que ainda persistem e que precisam ser extirpados. Mas o sistema introduzido, ao limitar-se a padrões hierárquicos rígidos e ao concentrar-se no controle dos processos e não dos resultados, revelou-se lento e ineficiente para a magnitude e a complexidade dos desafios que o País passou a enfrentar diante da globalização econômica. [...] É preciso, agora, dar um salto adiante, no sentido de uma administração pública que chamaria de **gerencial**, baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle dos resultados e descentralizada para poder chegar ao cidadão, que, numa sociedade democrática, é quem dá legitimidade às instituições e que, portanto, se torna **cliente privilegiado** dos serviços prestados pelo Estado (CARDOSO, 1995, p.6, grifos nossos).

Desse modo, o Estado passa a incorporar a visão empresarial como nova forma de gestão. A questão da crise é associada à ineficiência do modelo de administração vigente e, desse modo, visa a superar uma **administração pública burocrática, rígida e ineficiente**, voltada para ela mesma própria e para o controle interno, implantando-se uma para uma **administração pública gerencial, flexível e eficiente**. Inspirada na dinâmica da empresa e do mercado, o Estado assume novas posturas, a fim de levar ao cidadão, agora **cliente privilegiado**, qualidade e eficiência dos serviços.

A postura do Estado passa a ser mais de gerenciador do que provedor. Os serviços agora passam a ser avaliados. O Estado afasta-se do campo da produção e da prestação de bens e

serviços, para se concentrar na sua função reguladora com base em conceitos de **eficiência, eficácia, qualidade e produtividade do serviço público**. A "extinção, privatização, publicização e descentralização de órgãos, e também de incorporação e criação de órgãos" (BRASIL, 1995, p.59) são estratégias principais do novo modelo de gerenciamento.

Esse período põe em evidência os processos de qualificação dos trabalhadores e, como veremos adiante, a **PNEPS**, ao valorizar a **EPS** para **gerenciamento** e os processos de **qualidade** de atendimento aos usuários, traz reflexos desta nova postura do Estado.

A criação de órgãos destina-se ao campo da produção de serviços, mas, certamente, à função regulatória. Na saúde, foram criados órgãos reguladores como, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999 e Agência Nacional de Saúde suplementar (ANS) em 2000.

A regulação e a avaliação dos serviços ganham espaço nesta nova estratégia governamental, com base em uma lógica de qualidade e eficiência. A ênfase não se dá nos processos, como na administração pública tradicional, mas, sim, nos resultados, pois "a administração pública gerencial enfatiza os resultados porque pressupõe que será capaz de punir os que falharem ou prevaricarem" (BRASIL, 1995, p.54).

Uma análise do caso da saúde deixa claro que há um choque frontal destas medidas com o projeto de reforma sanitária proclamada na Constituição Federal de 1988. Segundo Rizotto (2000, p.199), "Assimilando as orientações da proposta de reforma do Estado brasileiro e a lógica traçada no Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado, o Ministério da Saúde parece ter cumprido com sua parte e procedido a 'revisão' da sua estrutura e de suas políticas".

No documento "A reforma administrativa do sistema de saúde", Bresser Pereira, ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, sistematiza o que seria a reforma no setor saúde e para ele uma continuidade da reforma sanitária. O documento explicita a necessidade de avançar no processo de descentralização do SUS, criando sistemas de competição entre o serviço público e privado, pontuando que a reforma centra em reformular a atenção secundária e terciária, pois o que se está procurando, segundo o Ministro, por meio desta reforma, "não é abranger todo o SUS, mas uma das partes fundamentais do mesmo — e certamente a mais cara: a assistência ambulatorial e hospitalar" (PEREIRA, 2005, p.14).

Em um trecho do relatório da XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), encontra-se uma crítica ao modelo de saúde do governo FHC:

Persiste uma excessiva concentração de serviços de alta complexidade em cidades-pólo, com serviços altamente lucrativos e que pressionam o SUS, enquanto em muitas regiões do País praticamente não existem centros de referência de média e alta complexidade. A carência de recursos nos pequenos municípios perpetua sua situação de dependência em relação aos pólos regionais. A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde é um processo de construção lenta e difícil, que caminha de modo desigual nas diferentes regiões, estados e municípios. O financiamento não está orientado para a constituição de redes descentralizadas e regionalizadas, principalmente em relação à média e alta complexidade (BRASIL, 2001, p.22).

A lógica neoliberal pressupõe que a descentralização permite um controle local muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados, além de favorecer o controle social. A efetiva responsabilização dos prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde e, por outro lado, a auditoria municipal realizada permanentemente são apontadas como mais eficiente e oportuna, fortalecendo a auditoria complementar exercida pelos poderes federal e estadual. A separação operacional entre o Subsistema de Entrada e Controle, para solução de problemas de atenção básica e o Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar (atenção secundária e terciária) favorece o surgimento de mecanismo de **competição administrada**, considerada altamente saudável, além de evitar internações hospitalares desnecessárias.

Em linhas gerais, há uma defesa do financiamento da atenção básica, no caso o Programa Saúde da Família⁶ e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a desreponsabilização pela atenção hospitalar, argumentando-se com os princípios gerenciais modernizantes. Segundo o ministro Bresser,

Ao privilegiar a descentralização da gestão e do controle, o Governo Federal se alinha com as mais modernas tendências de gestão do Estado, reconhecendo e valorizando o papel dos governos locais na provisão dos serviços públicos essenciais, com maior racionalidade e controle operacional e social. Ao privilegiar a qualidade do atendimento ao cidadão, o Governo Federal também se alinha com as mais modernas técnicas de gestão, valorizando a competição e a busca por resultados, com foco central no cidadão. Ao separar, dentro do Sistema de Atendimento de Saúde do SUS um Subsistema de Entrada e Controle de um Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar, o Governo Federal abre perspectiva para uma maior competitividade e um controle mais firme dos serviços hospitalares e ambulatoriais financiados com as verbas do SUS. Em síntese, com a formalização do Sistema de Atendimento de Saúde, o Governo Federal reduzirá os custos operacionais do SUS, otimizando sua gestão operacional e administrativa (BRASIL, 1998).

A reforma setorial proposta diverge da elaborada inicialmente pelo movimento de reforma sanitária de atenção à saúde integral, havendo clara preponderância do Estado em assumir a

⁶ De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a estrutura da força de trabalho da saúde da família já atingia mais de 28 mil equipes e as de saúde bucal mais de 17 mil, em julho de 2008.

atenção primária, mais barata e menos lucrativa e privatizar a atenção hospitalar, mais lucrativa. Além disso, há uma evidente associação da saúde ao mercado, incitando formas de competitividade, bem aos moldes neoliberais. O estado mínimo em prover saúde e máximo na avaliação e regulação. Nesse sentido, há uma redefinição do papel do Estado, no campo da saúde,

em que o setor público ficaria com a responsabilidade pela prestação de serviços de atenção primária à saúde e, a iniciativa privada, filantrópica, entidades sem fins lucrativos e hospitais públicos, transformados em organizações sociais ou em algo semelhante, disputariam a prestação de serviços de atenção terciária, que em parte e por algum tempo continuariam sendo compradas pelo Estado, mas que aos poucos, a atuação deste tenderia a ficar restrita a formulação de políticas, a regulamentação e a avaliação dos sistemas, contribuindo com a oferta dos serviços que não são do interesse do mercado, ou que se constituem em 'bens públicos' ou contenham 'grandes externalidades', para usar as palavras do Banco Mundial (RIZOTTO, 2000, p.208).

Interessantemente é que justamente para esta parcela de trabalhadores que o Ministério da Saúde e organismos internacionais têm direcionado seus processos de qualificação profissional. É nestes espaços que os trabalhadores de saúde são mais requisitados e também onde estão os principais problemas de precarização, como demonstram dados Ministério da Saúde do período de 2001 a 2002: 20% a 30% de todos os trabalhadores inseridos na Estratégia Saúde da Família apresentaram vínculos precários de trabalho e a maioria dos 190 mil trabalhadores em atividade no País, neste período, apresentavam inserção precária no sistema, estando desprotegidos em relação à legislação trabalhista, fato que gera desmotivação e rotatividade dos profissionais (BRASIL, 2001/2002).

De maneira geral, o projeto da reforma sanitária vai sofrendo ataques de várias naturezas, a ele paulatinamente vão sendo introduzidas as ideias neoliberais. Em uma leitura rápida e menos atenta, o discurso dos organismos internacionais parece estar pautado pelos referenciais sanitários mais progressistas. No entanto, o que se verifica, na realidade, é a desconstrução de muitos ideais defendidos pelos que lutam por um projeto de saúde de qualidade e universal. Segundo relatório da XI CNS,

A ótica economicista, própria do neoliberalismo, transforma a saúde e a vida em mercadorias e, assim, desvincula-as dos valores humanos. As pessoas não são vistas, o que importa são as planilhas de custo e a acumulação e concentração do capital. Desprezando e virando as costas para as recomendações das últimas Conferências Nacionais de Saúde, o Governo FHC tem sido um fiel cumpridor das orientações do Fundo Monetário Internacional. [...] A "Reforma do Estado" no Brasil contempla, resumidamente, os seguintes aspectos: a transferência dos serviços públicos potencialmente lucrativos ao setor privado; a concentração da ação direta do Estado em programas de baixo custo e voltados para as populações pobres; a ampliação dos recursos dos planos de saúde para as camadas médias da população, submetendo-os a

uma certa regulação para refrear a voracidade das empresas do setor (BRASIL, 2001, p.20).

Ademais há uma tensão entre o princípio da igualdade e equidade. O texto da Constituição Federal e o da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) não mencionam em nenhum momento o termo equidade. Focalizar, porém, políticas no âmbito da atenção primária e na atenção à saúde dos mais pobres leva a reforma setorial =neoliberal da saúde reafirmar o princípio da equidade e traz em seu bojo a teoria de justiça social de John Rawls⁷, que repercute na ideia de "dar mais para quem precisa mais e menos para quem precisa menos" amplamente aceita na área da saúde pública.

Segundo Miranda (2009), na última quadra do século XX, registrou-se uma tendência à redefinição ou mesmo à supressão do princípio de igualdade, com base na: (1) proposição de um "liberalismo igualitário", que tende a substituir igualdade por equidade e (2) defesa do princípio da diversidade como crítica ao preceito da igualdade. Com o aprofundamento das desigualdades no capitalismo e a assunção da lógica reformista, há um esforço para justificar as políticas orientadas para a promoção da **equidade** e não mais da igualdade, tornando aquela uma retórica comum em parte dos textos oficiais e acadêmicos atuais. Na visão de Miranda,

Se os conceitos de igualdade e de liberdade estão perpassados pela ideia de propriedade, então as possibilidades de se efetivarem como princípio estão comprometidas desde a sua base. A sociedade que se firma no princípio formal da igualdade é, por excelência, uma sociedade caracterizada pelas desigualdades sociais que ela promove. O princípio presumido da igualdade é, portanto, muito caro às formas de organização econômica, social e política da sociedade capitalista, pelo menos enquanto princípio formal, ou seja, aquele que é estabelecido por todo o seu aparato legal (MIRANDA, 2009, p.29).

A discussão da equidade envolve a ideia de "igualdade formal", que conviveria com as desigualdades estruturais próprias de uma sociedade capitalista em contraponto a uma "igualdade substantiva". Para Mészáros (2002) esta igualdade é compreendida como um dos princípios orientadores do projeto socialista, baseado num elevado grau de justiça social, ocupando posição-

⁷ John Rawls, filósofo político norte-americano, é tido como o principal teórico da democracia liberal dos dias de hoje. O seu grande tratado jurídico-político é **A Teoria da Justiça**, de 1971, que traça da justiça como equidade. Segundo Miranda (2009), suas teorias fundamentam-se em dois princípios: **primeiro**, direitos e liberdades deveriam ser tão extensos quanto possível para cada indivíduo; **segundo**, as desigualdades sociais e econômicas deveriam ser ordenadas de modo a permitir, ao mesmo tempo, "o maior benefício possível para os menos favorecidos", e a vinculação a posições e cargos acessíveis a todos "em condições de igualdade equitativa de oportunidades" (RAWLS, 2002, p. 333 *apud* MIRANDA, 2009).

chave das categorias gerais da alternativa hegemônica para combate da ordem sócio-metabólica do capital.

Fazendo um jogo contrário com as palavras, iniquidade seria o inverso de equidade e desigualdade o inverso de igualdade. No cenário, pós década de 80, com queda do muro de Berlim e desconstrução da idéia de socialismo, cria-se o consenso de que o grande desafio para o mundo é conviver com suas desigualdades, ou melhor, com as diferenças, pois o capital cria, de certa forma, uma ideia de possibilidade de todos serem iguais. Segundo Mészáros,

Uma vez considerado inquestionável o sistema socioeconômico estabelecido como quadro indispensável de reivindicações e aspirações legítimas, tudo teria de ser realisticamente avaliado com base na premissa da permanência da viabilidade e da reformabilidade do capital gratuitamente aceitas durante quase um século de devaneios socialdemocratas. Desse modo, a ideia de igualdade passou a estar rigorosamente subordinada a considerações de ‘imparcialidade’ e ‘justiça’, adotando como devida medida de ‘imparcialidade’ e ‘justiça’, o que quer o capital pudesse e desejasse conceder de suas margens flutuantes de lucratividade (MÉSZÁROS, 2002, p.289).

O tema **igualdade** aparece como uma promessa liberal não cumprida, sendo **o calcanhar de Aquiles** do projeto capitalista e por isso a tensão equidade/igualdade não pode passar despercebida. Como um dos reflexos da **igualdade formal**, a **equidade** tomou dimensão não só na saúde, mas também em outras áreas, chegando quase a ser um termo indiscutível.

No ideário neoliberal e pós-moderno, a crítica à **desigualdade social** parece ter saído da **moda**, sendo quase um sacrilégio, em alguns meios, referir-se às críticas marxistas sobre o capitalismo. Barbosa (2010) considera que no campo da Saúde Coletiva, o referencial marxista foi desaparecendo “Ao longo da década de 1990, e até nossos dias, qualquer menção ao marxismo tornou-se explícita ou veladamente censurada ou, na melhor das hipóteses, silenciada” (BARBOSA, 2010, p.17).

No processo de reforma e redefinição do Estado, também o princípio da descentralização da saúde, lema do movimento sanitário para a coletivização da gestão do SUS, converte-se em redução das responsabilidades do poder central, permitido assim a desresponsabilização do Estado.

Na lógica do **estado mínimo em financiamento e máximo em regulação**, ao distribuir encargos do poder central para os municípios, não há uma contrapartida financeira adequada, nem uma plena descentralização gerencial e política ao âmbito local, que desencadeia em condições de trabalho precarizadas com muitos trabalhadores da saúde sem direitos trabalhistas. Embora haja de reconhecer a existência de experiências contra-hegemônicas em

várias cidades do País, é certo que a maioria dos municípios ainda hoje vivencia dificuldades na condução da política sanitária.

A regulamentação do financiamento da saúde é outro nó central para o avanço do SUS. O Ministério da Saúde, ao desvincular-se da previdência no início da década de 1990, ficou como se fosse no **limbo**, pois não teve uma substituição de fonte explícita de verbas para as políticas de saúde.

Somente em 2000, houve um importante avanço em relação ao financiamento da Saúde com a implantação da Emenda Constitucional-29, que busca resolver a instabilidade do financiamento ao SUS. Ela define responsabilidades mínimas da União, Estados, Municípios e Distrito Federal para o repasse de verbas para a saúde (BRASIL, 2000).

É fato, entretanto, que o enfraquecimento do movimento de reforma sanitária é uma realidade que contribui para o avanço do neoliberalismo na saúde. A queda da qualidade dos serviços públicos vai expulsando os segmentos sociais de camadas médias e do operariado mais qualificado, segmentos que passam a fortalecer e garantir o subsistema de atenção médica supletiva. As empresas ofertam atenção médica para famílias de trabalhadores e o seguro saúde é abatido do imposto de renda de pessoas físicas.

Assim, perde-se os grupos sociais mais privilegiados que, em tese, poderia exercer pressão para a melhoria da qualidade dos serviços públicos de oferta à população. As centrais sindicais, outrora bastante questionadoras e mobilizadoras, em sua maioria, não oferecem resistência, seja porque estão aliadas ao governo ou porque têm outras opções de atenção à saúde, como convênios ou profissionais contratados. Desse modo, as bases de apoio político também diminuem, os sindicatos passam a lutar por convênios médicos, deixando de lado a luta por um sistema de saúde pública de qualidade. Com efeito, a desmobilização dos sindicatos também é um fenômeno do neoliberalismo como será visto no capítulo III deste trabalho.

No estudo de Faleiros et al. (2006), um dos entrevistados assim relata sobre o retrocesso da luta política no Brasil:

o Estado democrático recuou por uma outra ditadura, não mais militar, mas uma ditadura ideológica do neoliberalismo globalizante, onde surgiu uma nova divindade na sociedade – o deus mercado – várias consequências, vários recuos e retrocessos graves aconteceram na sociedade e no Estado brasileiro. Tudo o que se tinha avançado na Constituição Federal foi objeto de retrocesso, a partir dos anos 1990, e o próprio movimento sindical não escapou desse retrocesso. O movimento sindical ficou muito mais corporativo, porque tentou salvar a assistência à saúde em outros sistemas, só para os sindicalizados. Não estou culpando o movimento sindical, porque o conjunto da

sociedade foi retrocedendo nos anos 1990 (NELSÃO *apud* FALEIROS et al. 2006, p.100).

Não se deve esquecer que, a partir da década de 1980, muitos militantes do movimento sanitário passaram a fazer parte do governo, o que certamente contribuiu para o enfraquecimento da crítica do sistema de saúde. Paim (2008, p.210) considera que o **movimento de reforma sanitária** que transformava cada vez mais em “sistema”, reduz sua dimensão “**instituinte**” e vai reforçando o elemento “**instituído**”, o SUS. Atarefados com administração, não há espaço para fazerem questionamento, "reduzindo uma reforma social do porte da Reforma Sanitária Brasileira a uma mera questão administrativa de financiamento e gestão" (PAIM, 2008, p.212).

Em relação ao governo Lula, há algumas novidades, destacando-se a: ampliação da participação social, da atenção básica por meio do PSF, implementação da Reforma Psiquiátrica, a implementação do SAMU, desenvolvimento da política de Saúde Bucal, além da criação do Pacto pela Saúde. Ainda no segundo mandato de FHC, uma medida positiva na área da saúde foi a aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos e também a criação do cartão SUS, apesar de este até os dias de hoje não funcionar bem.

O governo Lula marca a continuidade do não cumprimento da EC-29, com o agravante de que muitos municípios têm incluído programas diversos, como obras de saneamento, pagamento de aposentadoria, saneamento básico como orçamento da saúde. Paim (2008, p. 252) relata que "Justamente no momento em que se reiterava o caráter transformador do projeto e do processo da reforma sanitária o governo Lula encaminhava a Medida Provisória 261, tentando, mais uma vez, gastar em outras áreas recursos da saúde assegurados pela EC-29". Em relação ao governo Lula, uma das entrevistadas de Faleiros et al.(2006) diz:

As dificuldades maiores que a gente enfrenta situam-se naquela concepção de Estado mínimo que ainda não foi modificada no governo Lula. Não que seja explícito, claro, ele não está privatizando, mas a terceirização ainda é ampla e ainda não está resolvida, [...] mas acho que o nó mais grave ainda é a lógica macroeconômica, porque ela define o papel do Estado. Então, se eu pego quase 50% do orçamento da República e coloco para pagar encargos financeiros, isso aumenta os juros mantendo a dívida pública e o contingenciamento da verba de política social, eu vou atingir diretamente políticas como as de saúde e educação. Então esse nó não está resolvido e, na minha opinião, ele está aprofundado. Essa é uma grande dificuldade que a gente tem, hoje, para viabilizar de forma correta as políticas sociais, tanto que o orçamento precisa ser corrigido, vide o “jaleco”, a luta dos conselhos de saúde e de todo mundo contra os R\$ 5 bilhões que seriam confiscados do orçamento da saúde (JANDIRA *apud* FALEIROS et al., 2006, p.271).

As ideias de flexibilização modernizadora do governo anterior persistem. O ministro José Gomes Temporão tem defendido a instituição de fundações públicas de direito privado, mesmo com a manifestação contrária do Conselho Nacional de Saúde para sua implantação. De acordo com Góis (2008),

A justificativa apresentada pelo governo é a de buscar a modernização da gestão, agilidade da máquina pública e de adequação aos ditames do mercado. Isso mesmo, os argumentos utilizados para justificar a criação dessa nova figura jurídica na administração pública são os mesmos que foram usados pelo ex-presidente Collor para justificar o aprofundamento da implantação das políticas neoliberais no Brasil; por Bresser Pereira, para justificar o projeto dele de reforma do aparelho do Estado, também dentro da lógica neoliberal; como também do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, para justificar o programa de privatização.

Desse modo, o governo Lula, apesar de estar ligado ao Partido dos Trabalhadores, mantém algumas bases neoliberais dos governos anteriores. O Pacto pela Saúde e a PNEPS são apostas de novas formas de gestão do serviço público de saúde. Paim (2008) considera que a ênfase em questões de financiamento, organização e gestão, reduz assim o conteúdo político que impulsionou o movimento de reforma sanitária. Na sua visão instaurou-se uma espécie de pensamento único, de “sacralização do SUS”, abrindo-se poucos espaços oxigenados pela crítica.

Até mesmo entre os chamados partidos de esquerda que tiveram proximidade com o movimento da RSB (reforma sanitária brasileira) poucos são os que assumem publicamente, uma práxis ou mesmo um discurso socialista ou comunista no presente. O pragmatismo, o oportunismo e o pós-modernismo servem de pretexto para obstar uma reflexão sobre projetos e futuro (PAIM, 2008, p. 302).

O apaziguamento da crítica diz respeito também ao âmbito conceitual da saúde coletiva, que tem sido bastante influenciada pela pós modernidade, com a tese de fim da história e da existência do sujeito universal. Ao analisar a influência da pós-modernidade na área da saúde, Lacaz (2001, p. 237) faz a seguinte afirmação “tem se partido da aceitação plena do domínio do capitalismo como forma de convívio social e modelo político-econômico, o qual teria possibilitado o florescimento do ‘bem-estar’ e do capitalismo ‘consumista’ no longo surto de progresso do pós-guerra”.

Na lógica pós-moderna, muitos pensadores da área de Saúde Coletiva estudam a pobreza como se fosse uma condição natural, que deverá sempre existir, não questionando as reais razões da existência da pobreza e as formas concretas de revertê-la. Resgatando o criticado modelo preventivista, muitas instituições de ensino propõem-se a criar metodologias **problematizadoras**, que reconhecem as questões sociais apenas como mais um dos tantos fatores causais das doenças,

mas não se empenham em desenvolver um pensamento e postura política sobre as possibilidades reais de superação das mazelas do capital. É como se fosse realmente "o fim da história". Na visão de Barbosa (2010)

Este debate, a nosso ver, tem estado ausente e/ou silenciado na Saúde Coletiva. A propósito do 'silêncio' (que não é dos 'inocentes'), percebemos que esta estratégia para esvaziar a crítica e o questionamento político assumiu um duplo aspecto: por um lado, silêncio sobre o marxismo e, por outro, também sobre o capitalismo, este último tornado o 'eterno presente', a tal ponto 'naturalizado' que não mais necessita de reconhecimento e nomeação (BARBOSA, 2010, p.10).

O SUS hoje é o resultado de um movimento de construção e desconstrução, levado a efeito por sujeitos que lutam para democratizar e universalizar a saúde pública de qualidade e por aqueles que barram este processo. Para Paim (2008, p.309) "a Reforma Sanitária Brasileira, reduziu-se a uma reforma parcial, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do SUS". É no confronto da implantação dos princípios do SUS com o projeto neoliberal na saúde que a questão da educação profissional dos trabalhadores da saúde vai sendo delineada. E a PNEPS não foge dos labirintos deste contexto histórico. Diante dos diferentes interesses e projetos para a saúde, Ramos afirma:

A educação profissional em saúde veio se construindo historicamente em meio a lutas por projetos distintos de sociedade, de um lado, aquele que insiste em resgatar a vida humana como o sentido de todas as coisas; de outro lado, o que reduz a vida humana a um fator necessário à produção de mercadorias, sob relações sociais fundadas na dominação e na exploração da classe trabalhadora (RAMOS, 2006, p.3).

No próximo capítulo, vamos analisar mais especificamente a Educação profissional em saúde, buscando compreender sua relação com as demandas históricas do processo de reestruturação do trabalho na saúde, que tem grande diferencial a partir da década de 1960 e que culmina nos anos 2000 com a criação da PNEPS.

CAPÍTULO II

RESGATE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO PAÍS: DA DÉCADA DE SESSENTA AOS ANOS 2000.

“Nós, os médicos, especialmente nos Países em desenvolvimento, passamos a vida, ao longo de nossa carreira, pugnando pela melhoria dos recursos humanos necessários ao progresso das nações”.
Discurso do Ministro Leonel Miranda, pronunciado na abertura da 3ª Conferência Nacional de Saúde- (BRASIL, 1967).

Neste capítulo, buscamos resgatar o histórico da educação profissional na área da saúde no Brasil. A intenção é a de relacionar os projetos educativos que estiveram voltados para as necessidades do mundo do trabalho refletindo nos diferentes interesses históricos.

Como recorte temporal, optamos por iniciar a análise na década de 1960, período de bastante ênfase na questão da educação, trabalho e saúde, incrementado nos anos posteriores, destacando-se na década de 1980, com a criação do SUS como o grande expoente.

Com base em diversos autores, destacando Ramos (2006), Vieira (2005), Vieira et al. (2006), Lima e Braga (2006) que escreveram sobre a história da educação profissional em saúde no País, além de documentos diversos e relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, buscamos compreender os rumos, impasses e avanços na trajetória da educação no âmbito da saúde pública brasileira.

2.1 A formação profissional na área da saúde: antes da criação do SUS

A partir da década de sessenta do século passado, começa a se consolidar no País um movimento de formação de profissionais na área da saúde. O pano de fundo para esse movimento é uma série de mudanças influenciadas pelo contexto político do pós II Guerra Mundial. A Revolução Cubana, cujo ponto de partida se deu no ano de 1959, é um marco para o clima de rivalidade internacional que se desenhava desde o pós-guerra, com o embate ideológico entre Washington e o Kremlin. A partir de 1961, a gestão do presidente norte-americano, John F. Kennedy, ocupa-se, especialmente, com a questão política do afastamento da América Latina dos

ideais comunistas, além da divulgação aos países latino-americanos da cultura e ideais daquele país.

As denominadas teorias desenvolvimentistas passam a ser disseminadas, na década de 1960, como estratégias que possibilitariam impulsionar os países “atrasados” a alcançar o caminho do **desenvolvimento** e do **enriquecimento**. Por meio dos organismos internacionais, difundia-se a ideia de que os problemas sociais poderiam ser eliminados com a adesão dos países **subdesenvolvidos** às novas propostas de crescimento econômico. Desenvolvimento e crescimento estruturam-se em um discurso **progressista**, que não considera a relação de exploração e dependência entre as nações ricas e pobres como dinâmica necessária para a manutenção do processo de acumulação, tanto no nível internacional como nacional. Rizotto (2000) afirma que

Embora seja tentadora a ideia de que os povos ‘pobres-subdesenvolvidos’ possam algum dia desfrutar das formas de vida dos atuais povos ‘ricos-desenvolvidos’, na atual dinâmica do capitalismo mundial, essa idéia é simplesmente irrealizável. O discurso que atrela o bem-estar ao desenvolvimento, constitui-se num poderoso instrumento ideológico que ajuda a perpetuar a atual divisão internacional do trabalho (RIZOTTO, 2000, p.77).

De acordo com Frigotto (1984), na ideologia desenvolvimentista, o planejamento torna-se ferramenta estratégica para o “progresso” das nações e instrumento do Estado “democrático”, a fim de desencadear os mecanismos responsáveis pelo desenvolvimento. Legitima-se, desta forma, o intervencionismo econômico, militar, político, social e o educacional que passam a se confundir com a ideia de modernização. Nessa racionalidade, a educação e a saúde destacam-se como instrumentos essenciais e se convertem em elementos prioritários dos programas das Nações Unidas, do Banco Mundial, do Fundo Monetário Internacional, da Fundação Rockefeller, da Fundação Ford, do Banco Internacional de Desenvolvimento.

Um marco emblemático no planejamento desenvolvimentista das nações latino-americanas é a **Carta de Punta del Este**, elaborada no Uruguai, com base em uma reunião de ministros de vários países envolvidos com o "Programa Aliança para o Progresso". "A Carta possui dois documentos, um que diz respeito à área da educação: a Resolução 1ª, intitulada "Plan Decenal de Educación de la Alianza para el Progreso"; e outro relativo à área da saúde: Resolução 2ª, intitulada "Plan Decenal de Salud Publica de la Alianza para el Progreso".

O segundo documento é fundamental para desencadear o planejamento em saúde pública nos países da América latina. A OPAS (representante da Organização Mundial da Saúde na América Latina) é que assume prioritariamente esse campo de ação. A formação de recursos humanos vai tornar-se essencial para o desenvolvimento dos planos de saúde pública, configurando-se, a partir deste momento, como ação estratégica a ser desenvolvida pelos diferentes países.

No plano internacional, várias reuniões aconteceram sintonizadas com as metas traçadas na Carta de Punta Del Este. Em abril de 1967, realiza-se a Reunião de Chefes de Estado Americanos, que produz a Declaração dos Presidentes da América, mais uma vez em Punta Del Este, Uruguai. Dois meses depois, em Maracay, Venezuela, a OPAS realizou a **Conferência Internacional sobre Recursos Humanos para a Saúde e Educação Médica**, em que procurou discutir os estudos sobre recursos humanos. Em outubro de 1968, acontece a **Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas**, em Buenos Aires. Duas outras reuniões internacionais importantes no cenário da formação de recursos humanos foram: a **Reunião dos Ministros de Saúde das Américas**, realizada em Santiago do Chile, em outubro de 1972 e a **Conferência Pan-Americana sobre Planificação de Recursos Humanos em Saúde**, que se realizou em Ottawa, Canadá, no ano seguinte. Para Paiva (2004) essas reuniões foram decisivas para o avanço do tema recursos humanos como questão-chave para o progresso no campo da saúde pública no continente, apontados anteriormente pela Carta de Punta Del Este.

Como decorrência da política desenvolvimentista no Brasil, na década de 1960, dá-se ênfase ao desenvolvimento de recursos humanos para a área da saúde pública. A IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, foi intitulada “Recursos humanos para as atividades de saúde”. Buscou explicitar a importância do tema para o desenvolvimento econômico e social do País. Nos anais desta Conferência, Braga (1967, p.47) declara:

Pode-se dizer, num amplo sentido, que todas as atividades da Organização Mundial de Saúde estão voltadas para um objetivo único e central: o desenvolvimento dos recursos humanos. Ao adotar a tese de que o homem é ao mesmo tempo recurso, instrumento e objeto do desenvolvimento social e econômico, a OMS reconhece que ele só pode funcionar adequadamente se desfrutar de boa saúde.

Nesta Conferência de Saúde, torna-se clara a associação entre saúde e desenvolvimento econômico. A saúde dimensiona-se para além de um cuidado essencial para a dignidade humana

e passa a ser compreendida como elemento econômico para o desenvolvimento do País. Seja para o avanço do capital, para a produção no trabalho seja para a esfera direta do consumo de mercadorias, necessita-se de um indivíduo sadio. “As doenças reduzem a disponibilidade de trabalho, desperdiçam recursos, particularmente nutrientes, e deterioram a produtividade da mão de obra, mesmo em situações de desemprego ou subemprego” MENDES (1988, p.35).

É importante situar que a formação de recursos humanos como fator de desenvolvimento vai encontrar apoio ideológico e “científico” na teoria do “capital humano”, de Theodore Schultz⁸, idealizada na década de 50. Esta teoria concebe que a qualificação do trabalhador incide no aumento da produtividade do trabalho. Será melhor discutida no capítulo III deste estudo.

O final da década de 1960, no País, é marcado pelo **complexo médico-industrial**, reconhecido por Mendes (1988) como uma ampliação na integração entre o Estado, as empresas de serviço médicos e as empresas industriais em saúde para prestação de serviços de saúde. Os serviços do Estado, mediante recursos previdenciários, asseguraram a predominância do modelo médico assistencial privatista na prestação de serviços de saúde, levando à constituição de empresas capitalistas no setor e consequentemente à maior tecnificação do ato médico e do assalariamento em larga escala de seus profissionais. Além disso, as indústrias farmacêuticas criam necessidades sociais de consumo, seja em relação às mercadorias produzidas, seja na fabricação de equipamentos e maquinarias médicas de última geração, estimulando a realização de exames complementares, exigindo, consequentemente a formação de trabalhadores e novas habilidades para lidar com estas tecnologias.

Esse modelo de saúde impulsiona o crescimento dos trabalhadores de saúde no País. Segundo Médici (1986), entre 1966 a 1974, os postos de trabalho inseridos nas atividades hospitalares evoluem de 150.123 para 303.098, com uma taxa geométrica anual de 9,2%. Nesse período, aumenta o peso dos empregos desqualificados nas atividades hospitalares, particularmente de atendentes, que passam de 32.137 para 85.541, com um incremento anual de 13,02 %. Esses dados referem-se à expansão do setor, incluindo o público e o privado. O crescimento dos empregos em saúde permaneceu elevado com um incremento geométrico anual de 13,02% durante o período de 1976 a 1980, e os postos de trabalho nos estabelecimentos médico-hospitalares evoluíram de 349.386 para 573.629 ao longo

⁸Em 1979 Schultz foi contemplado com o prêmio Nobel de Economia. Para saber sobre a teoria do capital humano ler o livro “*Capital humano*”, SCHULTZ (1973), “*O valor econômico da educação*”, SCHULTZ, (1995).

desse período. O crescimento veio acompanhado do aumento da absorção de mão de obra de baixa qualificação (os atendentes), passando de 21,4% em 1966 para mais de 30% em 1980, dos postos de trabalho em estabelecimentos de saúde.

Esse período é marcado pelo desenvolvimento de cursos e treinamentos aligeirados para atender às novas demandas do expansionismo do setor saúde (Vieira et al, 2006). Esse crescimento da área saúde brasileira não se reverteu todavia em ganhos para a população, principalmente pela evidência conferida a um modelo de saúde voltado para os interesses do capital nacional e internacional. O modelo de medicina curativista focado na lógica hospitalar, com ênfase em tecnologias de altos custos, não possibilitou que a maioria da população tivesse acesso aos cuidados com a saúde. É nesse período que programas de medicina comunitária, disseminados pelos organismos internacionais, começam a se ser implantados, como forma de ampliar a atenção de saúde aos pobres.

Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, pela Lei nº 6229, que previu ações relativas ao trabalho individual e coletivo, instituindo o arcabouço jurídico que daria suporte aos programas de medicina comunitária. A V Conferência Nacional de Saúde vai evidenciar a proposta do Sistema Nacional de Saúde, assim como distribuição da força de trabalho em saúde. Em 1976, o referencial da medicina comunitária foi incorporado pelo Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS)⁹.

O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS) é criado para apoiar o PIASS. O PRPES foi administrado pela Fiocruz e sua condução teve o apoio do Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, **OPAS**, e ainda, do Ministério da Educação, que, desde esta época, assume parceria em projetos de educação profissional na área da saúde. Merece destaque o pioneirismo da Fiocruz, que, atualmente, ainda se estabelece como instituição de grande relevância na formação dos trabalhadores da saúde pública.

O PREPS vem responder às necessidades de grande contingente de trabalhadores sem qualquer formação e que atuam no PIASS, demarcando um espaço da formação em serviço. Lima e Braga (2006) consideram este programa um marco no debate sobre a importância da formação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde, **visando a superar o mero**

⁹No período de 1975 a 1984 o número de PIASS passa de 1122 para 13.739 estabelecimentos, um crescimento de 1225% (MENDES, 1994).

treinamento para a execução de determinadas tarefas, seja nos programas de saúde pública, seja nas atividades mais diretamente ligadas à assistência.

No ano de 1977, é realizada a VI Conferência Nacional de Saúde, que evidencia o agravamento do déficit previdenciário, dá destaque aos hospitais universitários, às equipes de saúde e às ações preventivas educacionais. Nos anos oitenta, ampliam-se ainda mais os empregos em saúde. Dados de Médici (1993) revelam que, entre 1980 e 1987, o emprego nos estabelecimentos de saúde passou de 815,7 para 1.175 mil, representando um crescimento de 5,3% ao ano. Neste mesmo período, o crescimento anual dos empregos nos demais setores de atividades foi de apenas 1,3%, o que demonstra um crescimento quatro vezes maior do que nos outros setores. Neste momento, as categorias de nível médio foram as que mais cresceram.

Nos ano de 1980, é criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), com o apoio da **OPAS**, valendo-se da experiência do PIASS, para ampliação da medicina comunitária no País. O objetivo era a universalização dos cuidados primários de saúde em todo território nacional, com a extensão máxima da cobertura. As propostas eram de promover a regionalização e hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas de simplificação, utilização de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema.

A VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, registrou no seu relatório a implantação do Prev-Saúde, a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, a ampliação das ações preventivas, a ênfase nos problemas de saúde coletiva e a reafirmação da necessidade de formação profissional para os trabalhadores do nível médio e fundamental da saúde.

Em 1981, é criado o Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os serviços básicos de saúde, também conhecido como Projeto Larga Escala (PLE), oriundo do Acordo de Recursos Humanos firmado entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Organização Pan-Americana de Saúde. O PLE foi desenvolvido pelo Ministério da Assistência e Previdência Social, ficando sob a responsabilidade Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Seu objetivo, mais amplo, era qualificar e habilitar trabalhadores técnicos já inseridos ou em processo de admissão nos serviços de saúde. O projeto buscou avançar pedagogicamente em uma metodologia adequada à realidade dos serviços, conforme ilustra o seguinte trecho:

Ao mesmo tempo iniciou-se o esboço do que seriam os princípios teóricos do projeto: a elaboração de um currículo integrado que possibilitasse a formação em serviço, o que não afastaria o servidor de suas atividades e um Projeto de Educação Continuada, que adequaria os profissionais já engajados nos serviços de saúde como instrutores, proporcionando a adequação destes sujeitos ao projeto (BASSINELLO; BAGNATO, 2009, p.622).

A criação dos **Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos** (CENDRHU) foi outra ação expressiva referente à educação profissional em saúde, que contribuiu para operacionalização do Projeto Larga Escala. Para sua execução, foi estimulada a implantação gradativa do Centro de Formação de Recursos Humanos para a Área da Saúde (CEFOR) em cada uma das unidades da federação, reconhecido pelo sistema de ensino, que viria futuramente ser as **Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS)**.

RAMOS (2006) considera que a criação dos centros formadores visava a romper com práticas de treinamento que se baseavam na transmissão fragmentada e distorcida de informações e de fatos. A tentativa era de unir trabalho e ensino, levando ao desenvolvimento de estratégias pedagógicas que tanto facilitassem a apropriação do conhecimento quanto possibilitassem a crítica às condições de trabalho, ao invés de promover a adaptação ao existente. A intenção era construir planos pedagógicos que integrassem trabalho e ensino, prática e teoria, serviço e comunidade. A autora menciona como grandes ganhos proporcionados pelas Escolas Técnicas o fortalecimento da qualidade pedagógica, a preocupação com a certificação dos trabalhadores já inseridos na área da saúde e a eliminação da ideia de que os serviços por eles mesmos, realizados mediante a troca de experiências entre os trabalhadores, ou os meros treinamentos, são suficientes para suprir as demandas educacionais. Segundo Ramos,

A crítica ao modelo de treinamento como instrumento para tornar as pessoas aptas ao fazer pragmático e imediato, por um lado, e ao ensino transmissivo de conteúdos e descolado da realidade dos serviços, por outro, é a base para a construção de uma nova perspectiva pedagógica adotada por essas escolas a partir da década de 1980 (RAMOS, 2006, p.5).

Em 1985, é criada a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz, que se associa ao Projeto Larga Escala e inova ao elaborar o primeiro projeto de formação de trabalhadores em saúde centrado no conceito de politecnia ¹. Conforme Saviani (2003, p.140) politecnia diz respeito ao “domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que caracterizam o processo de trabalho moderno”.

Nesta escola é criado o Curso Técnico de Segundo Grau, que se diferencia tanto do Larga Escala, quanto dos cursos técnicos existentes. No novo curso, diferente da maioria, não predomina a formação específica, mas sim currículos voltados para a formação politécnica, que se compõem, em igual proporção, de formação geral e específica, baseados no modelo da escola gramsciana “Escola única inicial de cultura geral, humanista, formativa, que equilibre equanimemente o desenvolvimento da capacidade de trabalhar manualmente (tecnicamente, industrialmente) e o desenvolvimento das capacidades de trabalho intelectual” (GRAMSCI, 1989, p.118).

A ideia era de propiciar aos profissionais de saúde para além de uma formação técnica específica, o desenvolvimento de todas as potencialidades humanas Nas palavras de Ramos (2006):

O debate teórico travado pela comunidade educacional àquela época, especialmente dentre aqueles que investigavam a relação entre o trabalho e a educação, afirmava a necessária vinculação da educação à prática social e o trabalho como princípio educativo. Se o saber tem uma autonomia relativa face ao processo de trabalho do qual se origina, o papel do ensino médio [então 2º grau, etapa em que se dava a habilitação técnica] deveria ser o de recuperar a relação entre conhecimento e a prática do trabalho. Isto significaria explicitar como a ciência se converte em potência material no processo de produção. Assim, seu horizonte deveria ser o de propiciar aos alunos o domínio dos fundamentos das técnicas diversificadas utilizadas na produção, e não o mero adestramento em técnicas produtivas. Não se deveria, então, propor que o ensino médio formasse técnicos especializados, mas sim politécnicos (RAMOS, 2006, p.8-9).

Desse modo, salientamos as críticas da PNEPS, sobre a "fragmentação" e "desarticulação" dos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde não é uma novidade dos anos 2000. Desde os primeiros projetos de educação profissional já havia a preocupação com a questão da superação da formação meramente instrumental. É importante resgatarmos que, neste período histórico, o movimento de reforma sanitária está se fortalecendo e influencia também o cenário de educação profissional em saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, demarca um novo capítulo na história das políticas de saúde no País. Além do conceito ampliado de saúde e a construção dos princípios do, enfatiza questões sobre a força de trabalho em saúde e desencadeia a realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos (BRASIL, 1986b), levada à efeito ainda no ano de 1986. Com o título a “A política de Recursos Humanos rumo à reforma sanitária” esta conferência é emblemática, demonstrando a valorização da formação dos trabalhadores no

processo de consolidação da reforma sanitária. Durante o processo de construção desta conferência foram realizadas pré-conferências em 23 unidades federadas e a criação ou reconstrução das Comissões Interestaduais Interinstitucionais de Recursos Humanos.

A educação continuada dos trabalhadores foi o tema desta conferência e foi reconhecida como estratégia favorável a reorganização dos serviços, devendo ser planejada com integração ao setor de serviços e desenvolvimento de recursos humanos das instituições de saúde e do setor formal de ensino; de modo a atender as necessidades específicas por área e categorias profissionais.

A realização de uma Conferência de Recursos Humanos em Saúde, de certa forma, retratou a importância da educação profissional como elemento imprescindível para a consolidação do processo de reforma sanitária. Para uma nova política de saúde, há necessidade de novos trabalhadores, que deixem a visão tradicional hospitalocêntrica e adotem os novos referenciais da saúde coletiva. De acordo com Lima e Braga (2006),

Esta preocupação dos intelectuais do movimento pela reforma sanitária com relação ao direcionamento da educação profissional em saúde para atender às demandas do SUS reflete seu interesse pela ampliação das consciências individuais dos profissionais e futuros profissionais da rede pública de saúde quanto aos princípios do próprio movimento e do projeto societário que ele enseja. A vinculação entre formação educacional e participação se apresenta desde a Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, quando se concebeu a noção de que os trabalhadores do novo sistema deveriam ser educados para não apenas compreender seu papel individual como membros da equipe de saúde, mas principalmente para participar da gestão desse sistema, intervir na sua organização e atuar no seu controle. Essa nova concepção de educação exigia a vinculação direta do sistema educacional ao Ministério da Saúde (LIMA; BRAGA, 2006, p.57).

Esse resgate da discussão acerca da formação profissional realizada no período da década de sessenta até a implantação do SUS é importante para se compreender a complexidade deste processo. Nessas décadas, influenciada pelo cenário político, social e cultural brasileiro, a educação dos profissionais de saúde esteve permeada por distintos processos societários, sendo interesse tanto de organismos internacionais quanto dos integrantes do movimento sanitário. Treinamentos, cursos, qualificações, práticas educativas e formativas diversas na área da saúde não estiveram desvinculadas do período ditatorial e vão tomar novos contornos no período de reabertura política, com a criação do SUS.

2.2 A formação profissional na área da saúde: pós criação do SUS

A formação profissional em saúde foi contemplada pela Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8080/90, que incluíram no campo de atuação do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, além do incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico. A gestão da formação de recursos humanos pelo MS relacionou-se à perspectiva de orientar perfis profissionais condizentes com o novo modelo sanitário.

A IX CNS, realizada em 1992, acontece no contexto da crise do *impeachment* do presidente Fernando Collor de Melo. O relatório dessa Conferência permite identificar a insistência na ideia de promover política de recursos humanos “que possibilite uma atuação ética, de elevado nível técnico e não alienação do trabalhador de saúde, institucionalizando programas de repasse contínuo de informações, capacitação e atualização” (BRASIL, 1993a, p. 212).

A Conferência enfatiza a importância da problematização dos processos de trabalho e evidencia a necessidade de imediata regulamentação do Art., 200, Inciso III, da Constituição Nacional, que atribui ao SUS a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos. Neste evento reivindicam-se a garantia da construção de escolas de formação de trabalhadores em saúde e de recursos orçamentários para a educação dos profissionais, bem como a criação de núcleos de desenvolvimento de trabalhadores junto à gestão de recursos humanos. A Conferência trata, ainda, da importância da revisão de currículos em sintonia com a realidade socioepidemiológica do País. Discute também a questão da isonomia salarial, direito de sindicalização e de greve.

No ano de 1993, acontece a II Conferência Nacional de Recursos Humanos (BRASIL, 1993b), que teve como tema central "Os desafios éticos frente às necessidades de saúde", na qual se colocam as desigualdades sociais como imperativo ético a ser trabalhado na educação dos trabalhadores da saúde. Valendo-se da ideia de Garrafa (1993, p.10), expositor desta Conferência que diz "o maior desafio ético para a área de 'recursos humanos em saúde' é o estabelecimento de uma atuação responsável no aprimoramento da cidadania brasileira" lançam-se os seguintes problemas a ser abordados na Conferência: Saúde: objeto de consumo ou instrumento de cidadania e libertação? Saúde para todos: utopia tecnocrática ou "pensamento inocente"?

A II Conferência de Recursos Humanos, entre suas várias temáticas, reforçou a ideia da integração entre os setores de saúde e de educação para o desenvolvimento das políticas de

recursos humanos, a questão dos paradigmas curriculares e sua coerência com o SUS. Apresentou, como proposta, a criação e sistematização de programas de educação continuada descentralizados com ênfase nas relações interpessoais e na formação de consciência crítica, ética e política. Salientou a necessidade de promover o desenvolvimento, da formação e da gestão do trabalho, com a regulamentação do ingresso no setor saúde por meio de concurso público e a elaboração do plano de cargos, carreira e salários, o que certamente influenciou, em 1995, o governo FHC na definição de uma Política de Recursos Humanos para o SUS (BRASIL, 1995).

Essa Política teve como prioridade ações indutoras dos processos de educação para o trabalho em saúde e propôs realizar, conjuntamente com o Ministério da Educação, experiências de formação e fomentar os programas de educação continuada para os profissionais dos serviços, de modo que lhes permitam qualificação coerente com os novos postulados assistenciais do SUS.

Previram-se, também, na Política, questões de melhoria das condições de trabalho, enfocando: as modalidades de contratação e sistemas de remuneração do trabalho, tratamento dos conflitos nas relações de trabalho, bem como a participação na regulação das profissões, das relações de trabalho e da formação de recursos humanos.

Na verdade, a criação da política de recursos humanos ocorrida no governo FHC configurou-se, por um lado, uma conquista pela valorização da formação profissional, reconhecidamente, uma bandeira do movimento sanitário, mas, por outro, reflexos importância que o planejamento da educação profissional toma com os novos ventos do governo neoliberal. Certamente não é uma casualidade que, na lógica do estado mínimo e da gestão modernizante, o governo FHC resolva ampliar gastos com educação e melhorar as condições precárias de trabalho!

Em 1996, também no governo FHC, é realizada a X Conferência Nacional de Saúde, denominada "SUS — Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida". Nesta Conferência defendeu-se a visão do Estado formulador, implementador e executor de Políticas Sociais que garantiriam o exercício de uma cidadania e se colocassem contrários às políticas e iniciativas de privatização ou terceirização do governo FHC. Os participantes da Conferência se posicionaram contra o "perverso projeto neoliberal e a implantação do Estado Mínimo, que privatiza as políticas públicas e deixa os direitos humanos à mercê das leis do mercado, através da construção de um Estado que garanta os direitos conquistados pelo povo brasileiro" (BRASIL, 1998, p.10).

Nesta Conferência grande peso foi dado à **gestão e organização dos serviços de saúde**, com deliberações que aprofundam e consolidam novas dimensões para a atenção qualificada à saúde prestada pelo SUS. Em relação aos recursos humanos para a saúde, a carta da X CNS difunde a necessidade de

Estabelecer, imediatamente, uma agenda de prioridades para a implantação de política de recursos humanos coerente com os princípios e diretrizes do SUS, que valorize o trabalho na sua qualidade e seus resultados para a população, rompendo a atual situação perversa de má remuneração e não incentivo à qualificação e que construa um pacto ético e solidário entre os gestores, os trabalhadores de saúde e a população (BRASIL, 1998, p.8).

Nos documentos atinentes a esta conferência, há referências apenas ao termo educação continuada, explicitando a preocupação com processos permanentes de formação e são aprovados os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS).

No final dos anos de 1990, no intervalo da X e XI Conferência Nacional de Saúde, foi implantado o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), com o objetivo de profissionalização, em grande escala, dos trabalhadores da área da saúde de nível médio, especificamente os auxiliares e técnicos de enfermagem. O PROFAE iniciou-se nos anos 2000, promoveu a qualificação profissional de auxiliares de enfermagem por meio de convênios com as Secretarias Estaduais de Educação, que ofereciam cursos e exames supletivos. A base desse projeto era a mesma do Larga Escala, porém sob uma nova regulamentação educacional, mais voltado para **pedagogia das competências** (que discutiremos no capítulo IV).

A XI CNS, realizada no ano de 2000, ainda no governo FHC, foi intitulada "O Brasil falando como quer ser tratado, Efetivando o SUS. Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. "Esta conferência foi marcada pela ideia de que a efetivação do SUS é possível com **controle social** (BRASIL, 2001). Foram feitas fortes críticas ao modelo de reestruturação do Estado neoliberal e aos graves problemas ao SUS.

Houve seis eixos centrais de discussão no tocante a recursos humanos: política nacional de recursos humanos para o SUS, desenvolvimento de trabalhadores em saúde; política de saúde; formação de pessoal para a saúde; relações de trabalho e processos de educação para o SUS. O eixo Formação de Pessoal para Saúde desmembrou-se em três tópicos: a) ordenamento da

formação de recursos humanos pelo SUS, b) o redimensionamento do papel dos aparelhos formadores em saúde (universidades e escolas técnicas) no fortalecimento do SUS e c) educação contínua em saúde. Nesta Conferência são regulamentados os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS).

Na Conferência houve forte apelo para a regulamentação do Artigo 200 da Constituição Federal, que, dentre outras aspectos, indica como competência do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, o que pode ser ilustrado com o seguinte trecho:

A educação na área da saúde nunca foi tão enfatizada. E não se trata mais de formar pessoal competente tecnicamente, mas profissionais que tenham vivido e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social. Os participantes da 11ª CNS entendem que a formação dos profissionais não está orientada, hoje, para o atendimento da população usuária do SUS. Há deficiência técnica e ética na formação do profissional que chega ao serviço, que precisa ser melhor preparado quanto à humanização (BRASIL, 2001, p.42).

A luta pela institucionalização e descentralização da educação profissional vai ser a bandeira da XI Conferência Nacional de Saúde, que refletiu um consenso sobre a necessidade de institucionalização e descentralização da educação profissional, reivindicação feita desde a IX Conferência Nacional de Saúde e que vai se concretizar com a implantação da PNEPS em 2004. Para Santos Neto (s/d), a inexistência de um planejamento da formação de recursos humanos gera: pulverização e multiplicidade de atribuições, sobreposição de órgãos que levam à concorrência de diversos níveis gerenciais e administrativos, além de falta de clareza nas responsabilidades dos níveis gestores, com a dificuldade de operacionalização da Política de Recursos Humanos.

No relatório desta Conferência ainda predomina o termo educação continuada, mas a expressão educação permanente já aparece em algumas partes do documento preanunciando a virada em relação ao referencial da educação como componente do **gerenciamento** do trabalho. Esta Conferência trouxe diversos elementos para a consolidação da interface formação-gestão, desde argumentos para o desenvolvimento de pessoal engajado no Controle Social em saúde (conselheiros, promotores públicos, promotores do Ministério Público, população em geral) até o fortalecimento dos princípios do SUS. No que concerne à formação dos trabalhadores, mantém as expectativas em relação às Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública dos Estados.

A XII CNS é realizada em 2003, no início do governo Lula, com o lema "Saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A Saúde que temos o SUS que queremos". Foi

reconhecida como Conferência Sérgio Arouca – em homenagem ao ilustre sanitarista e ex-secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, falecido pouco antes desse conclave.

Durante esse evento, são apresentadas várias inovações na educação e saúde, tendo destaque a reformulação na área “Recursos Humanos”, que passa a ser compreendida como “Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”, segundo um trecho do relatório da Conferência:

Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente, respeitando-se as diferenças de gênero, étnico-raciais e de orientação sexual. Por isso, os trabalhadores não podem ser vistos como mais um recurso na área de Saúde. As mudanças no modelo de atenção dependem da adesão dos profissionais de saúde e da qualidade do seu trabalho. Por sua vez, adesão e qualidade dependem das condições de trabalho e da capacitação para o seu exercício, com remuneração justa (BRASIL, 2004c, p.115).

Nesta conferência, já se delineiam os tópicos da PNEPS, que será implantada no ano seguinte, incluindo questões acerca da melhoria das condições de trabalho. O termo EPS aparece com grande ênfase no relatório da Conferência. Essa modalidade educativa configura-se como nova estratégia do Ministério da Saúde para a formação dos trabalhadores.

Os relatórios das conferências de saúde evidenciam os rumos que a formação dos trabalhadores em saúde vai tomando no Brasil. Desde a 1ª CNRH, há um apelo para a criação de uma política de formação recursos humanos que, além das questões educativas inclua a gestão dos processos de trabalho. A integração ensino/serviço e a transformação das práticas visando à melhoria da atenção à saúde da população é um traço comum nas políticas de educação profissional que,

[...] se desenvolveram, hegemonicamente, sob a referência da integração da formação dos trabalhadores com a realidade dos serviços. O principal objetivo aparece, mesmo com diferentes nuances, como a transformação de práticas na perspectiva da atenção integral à saúde. Essa vertente, com suas contradições, orientou a concepção dos currículos integrados e correlacionados, da proposta de currículos baseados em competências e também da educação permanente. Respalda essa preocupação está a crítica ao currículo fragmentado em disciplinas, descontextualizado da realidade social do aluno e desenvolvido por meio de uma prática pedagógica baseada na transmissão de conteúdos (RAMOS, 2006, p.19).

2.3 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Em 2003, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e passa a assumir seu papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à

formulação das políticas orientadoras da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil (BRASIL, 2003).

Essa Secretaria possui dois órgãos centrais: o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e o Departamento da Gestão da Educação na Saúde (DEGES). O primeiro é o responsável, fundamentalmente, pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde nacionalmente.

Cabe ao DEGERTS o processo de negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores no que se refere à gestão, à regulação e à regulamentação do trabalho, objetivando estruturar uma efetiva política de gestão do trabalho, nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado, que compõem o Sistema, contribuindo para promoção da melhoria e humanização do atendimento ao usuário do SUS. O DEGERTS possui duas coordenações gerais: a [Coordenação-Geral da Gestão do Trabalho em Saúde](#) e a [Coordenação-Geral da Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde](#) (BRASIL, 2004b).

O DEGES é responsável pela formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde para a formação da consciência sanitária. Responsabiliza-se, também, pela cooperação técnica, financeira e operacional aos: estados e municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde (BRASIL, 2004a).

Neste período, o DEGES¹⁰ é subdividido em três coordenações gerais: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, que atua no âmbito da educação superior nas profissões de saúde; Ações Técnicas em Educação em Saúde, voltada para a educação profissional dos trabalhadores da

¹⁰ No período de 2003 a 2005, tendo como ministro da Saúde Humberto Costa, a SGTES foi dirigida por Maria Luiza Jaeger. O DEGES era coordenado por **Ricardo Burg Ceccim**, tendo **Laura Camargo Macruz Feuerwerker** como Coordenadora Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde, **Roseni Sena**, Coordenadora Geral de ações técnicas em educação na saúde e **Maria Verônica Oliveira** como Coordenadora Geral de Apoio a Educação Popular e Mobilização Social. **Emerson Elias Merhy** nesta fase era Consultor Sênior para os Projetos de Educação e destaca-se por participar de muitas produções teóricas citadas neste estudo.

saúde e Ações Populares de Educação na Saúde, cujo objetivo é promover na sociedade civil a educação em saúde, abrangendo formação e produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde.

Em 13 de fevereiro de 2004, foi aprovada a Portaria nº 198/GM, que instituiu a PNEPS como estratégia do SUS, para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Essa política manifesta o reconhecimento da responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico, para consolidar o SUS (BRASIL, 2004 a).

A PNEPS adota como conceito pedagógico a EPS, que se associa com a ideia de novas formas de gerir os problemas dos SUS, consubstanciando-se ao mesmo tempo com a educação para a **gestão e resolutividade**. Como já foi mencionado, desde a promulgação da Constituição Federal, já se previa que formação de recursos humanos para a saúde seria uma prerrogativa do próprio SUS. A PNEPS vem consubstanciar esse papel no âmbito do Ministério da Saúde, com a ideia de criar um referencial norteador que venha superar a tradição de práticas pedagógicas fragmentadas.

A nova frente de trabalho toma como imprescindível a criação de um dispositivo que impeça o planejamento da educação e da formação centralizado em decisões de cima para baixo, que partem de técnicos do Ministério da Saúde, os quais, a maioria das vezes, desconhece as reais problemáticas do sistema de saúde.

Segundo os documentos da SGTES (BRASIL, 2003), há três tipos de compromissos fundamentais a trabalhar com as universidades no campo da formação: a) a educação permanente dos profissionais – tanto no campo da atenção como no campo da gestão, b) as mudanças na formação em graduação e c) a formação de docentes. Esses três componentes são assim detalhados:

a) **a educação permanente dos profissionais deve envolver: campo da gestão** — capacitação de secretários municipais e equipes gestoras de sistemas de saúde e capacitação de equipes gestoras de unidades de saúde (unidades hospitalares, básicas e intermediárias), gestão da informação, gestão do trabalho em saúde, vigilância, etc. O **campo da atenção individual e coletiva** — atendimento pré-hospitalar, atenção de urgência e emergência, internação domiciliar,

cirurgia ambulatorial, saúde mental, gestação saudável, etc. **O campo da formação** — educação de profissionais de saúde, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, metodologias de avaliação, gestão de programas de ensino, educação em saúde, etc. **O campo do controle social e da intersectorialidade** — formação em saúde para favorecer a articulação intersetorial e o controle social a ser oferecida a públicos variados como trabalhadores do Ministério Público, profissionais de comunicação, professores da educação básica, conselheiros de saúde, agentes, lideranças sociais, etc.

b) As mudanças na formação em graduação das profissões da saúde — cooperação técnica, operacional e/ou financeira para as escolas de graduação em saúde que se dispuser a entrar em processos de mudança que levem a um trabalho articulado com o sistema de saúde e com a população, à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanista.

c) O campo da formação docente visa a constituir uma massa crítica de professores universitários e de profissionais dos serviços, capaz de levar adiante práticas inovadoras e ativas nesse terreno.

A implantação da PNEPS gera um impacto no tocante à educação no SUS. São novos conceitos, novos referenciais, que fazem a educação profissional, ocupar um lugar de destaque no governo Lula. Para Ceccim (2004/2005), presencia-se um momento inédito

pela formulação concreta de uma **política de educação na saúde** (termo inexistente até então), superando a **programação da capacitação e atualização de recursos humanos**; por sua aprovação mediante seis meses de debates públicos e negociações com as instâncias já legitimadas no SUS; pela singular e concreta aproximação interministerial entre Saúde e Educação (primórdios de uma agenda sonhada historicamente e de viabilização extremamente difícil) e, ainda, pela interposição de uma nova instância/novo dispositivo no SUS (caráter intersetorial, foco temático, âmbito locorregional e estrutura interinstitucional). Criar uma nova instância/novo dispositivo não é um ato formal, mas de construção (CECCIM, 2004/2005, p.976, grifos do autor).

Para a condução da PNEPS é criado um Colegiado de Gestão, que passa a ser denominado Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PEPS). Os Polos são reconhecidos como instâncias locorregionais ou "rodas de gestão", nos quais "democraticamente" os vários setores tomam decisões sobre os projetos de EPS levando em conta as problemáticas educativas locais. Segundo o documento do DEGES, os PEPS têm como função: mobilizar a formulação e

integração de ações de educação, induzir processos de transformação das práticas de saúde e educação dos profissionais de saúde, formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas (locorregionais), definir abordagens e estratégias integradas e integradoras de implementação educativa e estabelecer relações cooperativas entre os vários Polos de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004 a).

Com efeito, ao introduzirem-se as rodas de negociação, criou-se uma nova lógica de planejamento da educação no SUS, mediante a qual em todo País gestores, professores, estudantes, participantes de movimentos sociais, dentre outros passaram a discutir os rumos da EPS.

Todas as regiões brasileiras foram contempladas com PEPS, possibilitando a disseminação da ideia da EPS nos diferentes municípios brasileiros. Em dezembro de 2003 existiam 35 PEPS, em 2004 houve um salto para 93, chegando, em 2006, ao número de 96 PEPS instalados em todo País (BRAVIN, 2008).

O arranjo envolvendo o conceito pedagógico da EPS e de gestão participativa descentralizada via PEPS teve grande dificuldade de implantação. O próprio DEGES descreveu os problemas iniciais: ações paralisadas por excessiva disputa de poder, havendo necessidade de mediação do DEGES; baixa capacidade de formulação de políticas por parte dos atores locais e de áreas técnicas específicas; baixa apropriação dos conceitos e das práticas de educação permanente (BRASIL, 2004g).

Bravin (2008) considera que a estratégia do PEPS também foi fonte de divergências no interior da SGTES, pois havia gestores mais ligados à tradição da aprendizagem significativa adotada pela OPAS e que não concordavam com a forma de gestão participativa com a qual a EPS estava sendo conduzida. A criação dos PEPS como mais uma instância decisória causou certa tensão, havendo estranhamento da gestão estadual na forma de o DEGES conduzir a PNEPS, que, muitas vezes, manteve relação direta com as instituições (principalmente as formadoras), negligenciando a participação da Secretaria Estadual de Saúde.

Outro problema enfrentado foi a falta de incorporação do novo paradigma. Muitos projetos de EPS, enviados ao Ministério da Saúde, ainda não contemplavam o paradigma da EPS e permaneceram nos moldes das pedagogias tradicionais. Um gestor entrevistado por BRAVIN (2008, p.78) confirma a situação: “Eu faço o discurso lá na ponta, mas como é que chego daqui

até lá? Você tem muita capacitação que foi aprovada, e eu acho que você não tem dúvida disso, que é capacitação ao pior estilo que a gente criticava".

Para superar a baixa capacidade de formular projetos com base nas novas diretrizes da PNEPS, foi criado o Curso de Facilitadores da EPS (BRASIL, 2004d). A intenção era desenvolver a capacidade de descentralização pedagógica para o setor saúde, tendo sido formados aproximadamente 9.000 facilitadores. Neste projeto, também houve problemas, principalmente na seleção de facilitadores que não estavam vinculados diretamente aos serviços, descaracterizando a proposta de EPS.

Uma avaliação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2006) destacou mais alguns problemas em relação à primeira fase da PNEPS: descontinuidade do funcionamento do programa; ausência de critérios pactuados para avaliar projetos, com geração de discricionariedade por parte da equipe técnica responsável por isso; recentralização da decisão: a equipe técnica do MS decide o que é ou não prioridade, que já foi pactuado antes em todas as instâncias estaduais, como os PEPS, a CIB, o CES e a negligência da participação da gestão estadual.

Todas essas tensões envolviam ainda o problema da descontinuidade do financiamento. A morosidade na liberação dos recursos financeiros e a demora na análise e aprovação dos projetos pelo Ministério da Saúde foram bastante criticadas. A Portaria que instituiu a PNEPS prevê a descentralização de parte dos recursos financeiros federais destinados à gestão do trabalho e à educação na saúde. O documento (BRASIL, 2004a) explicita que o repasse de recursos é permanente, possibilitando o planejamento e a sustentabilidade dos projetos, a médio e em longo prazo, com transparência na utilização dos recursos públicos determinados para a formação dos trabalhadores. Os critérios distributivos do financiamento são pactuados na Comissão Tripartite (CIT) e aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A tentativa, porém, de inserir uma lógica de permanência no financiamento da formação dos trabalhadores confronta-se com a estratégia de financiar por meio de aprovação de projetos. Um dos gestores da SGTES entrevistados por BRAVIN (2008, p.95) demonstra esta questão:

Acho que num primeiro momento era isso mesmo, a gente sofria desta contradição. A gente tava produzindo uma política que era financiada por projetos. Isso é uma contradição, é inviável. Isso daí, a gente sabia disso logo no começo. Mas é que tinha que começar a operar de algum modo.

Bravin (2008) considera como fatores que prejudicaram o financiamento da PNEPS os seguintes: inadequação dos mecanismos de financiamento; morosidade da máquina pública; dificuldade de comunicação entre o DEGES, os PEPS e as instituições executoras, para ajustes necessários aos projetos e ainda problemas com amplos gastos com projetos indefinidos e não ligados à PNEPS. O autor reconhece a existência de problemas burocráticos, mas entende que o campo político foi o que mais influenciou nos problemas do financiamento. A baixa preocupação com a execução da Política constitui a principal questão. A fala de um entrevistado de Bravin (2008, p.98) confirma essa afirmação:

[...] Então eu acho que um bom modo de desacreditar é tirar o dinheiro fora. Se o dinheiro for zero, vai desacreditar bastante. Não vai eliminar, mas vai desacreditar muito, baixo financiamento, ou zero financiamento, caminha para o descrédito rápido. Talvez a coisa mais relevante que a gente tenha nesse momento para avançar na consolidação é aumentar o financiamento.

Vieira et al. (2006) constataram que a maioria dos projetos de EPS era de curta duração (com até 60 horas) e eventos educativos esporádicos (oficinas, seminários, vivências, fóruns), o que se confronta com a ideia de permanência pretendida. Os autores supracitados consideraram que a maioria dos projetos não foi executada por instituições públicas, podendo-se questionar a ruptura pretendida pelo PNEPS com a lógica da compra de produtos.

Os problemas apontados contribuíram para que os PEPS perdessem a força. A saída do ministro Humberto Sérgio Costa Lima, em 2005, vai conferir novos rumos a PNEPS. A partir de 2006 ocorre a extinção dos PEPS e a PNEPS passa a se conformar às exigências do Pacto pela Saúde.

O Pacto pela Saúde foi estabelecido pela Portaria nº 399/GM de 30 março de 2006 (BRASIL, 2006a). Trata-se de uma nova proposta de gestão e organização do SUS, implantada em 2006. Tem três frentes centrais: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O primeiro tem como foco central o estabelecimento de um conjunto de prioridades sanitárias a serem assumidas pelos gestores das três esferas. O segundo trata de repolitizar o debate em torno do SUS, por meio de aumento da participação da sociedade na gestão do SUS e o terceiro diz respeito à regionalização, ao financiamento, ao Planejamento, à Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), à regulação da atenção à saúde e da assistência, à participação e controle social, à gestão do trabalho e à educação na saúde.

A SGTES passa a ser coordenada por novos gestores¹¹, que iniciam o processo de revisão da Portaria nº 198/GM (BRASIL, 2004a), que implanta a PNEPS, redefinindo a operacionalização da estratégia e revendo o papel e vinculação dos PEPS (BRASIL, 2006b). As mudanças foram expressas na Portaria GM/MS nº 1.996 (BRASIL, 2007a), que dispõe sobre as novas diretrizes para a implementação da PNEPS, atendendo às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. A condução da PNEPS, que na fase anterior acontecia via PEPS, agora dar-se-ia regionalmente por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES). Desse modo, supera-se a crítica da desvinculação do processo com órgãos gestores do SUS.

Os CGR são as instâncias de pactuação permanente e de co-gestão solidária e cooperativa, formados pelos gestores municipais de saúde de uma determinada região de saúde e por representante(s) do(s) gestor (es) estadual (ais) para conduzir todas as problemáticas referentes à gestão do SUS e instituir o processo de planejamento regional. À luz dos planos municipais de saúde da região os gestores também se responsabilizam por elaborar um Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde (PAREPS), definindo prioridades e responsabilidades, com a contribuição efetiva da Comissão de Integração Ensino-Serviço Regional (CIESr). Este Plano deve ser encaminhado à Comissão Intergestores Bipartite (CIB)¹² para homologação e deve orientar as ações da CIESr na construção de propostas de intervenção na área de educação na saúde na região.

No tocante à EPS, a Portaria GM/MS nº1996 (que reformulou a PNEPS) prescreve como atribuição do Colegiado de Gestão:

I – Construir coletivamente e definir o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde para a região, a partir das diretrizes nacionais, estaduais e municipais (da sua área de abrangência) para a educação na saúde, dos Termos de Compromisso de Gestão dos entes federados participantes, do pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;

¹¹ O secretário da Gestão do Trabalho e da Educação na saúde passa a ser Francisco Eduardo Campos. O Departamento de Gestão da Educação e Saúde passa a ser dirigido por Ana Estela Haddad, contando com a coordenadora geral de ações técnicas em educação na saúde Clarice Aparecida Ferraz e coordenador geral de ações estratégicas em educação na saúde, Sigisfredo Luis Brenelli. O Departamento de Educação Popular e Mobilização Social é destituído e passa a fazer parte de outra Secretaria.

¹² A Comissão Intergestores Bipartite, CIB, é o fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, SUS. Como colegiado bipartite, a CIB é composta paritariamente por representantes da Secretaria de Estado da Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

- II – Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação;
- III – Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, pelo Distrito Federal e por um ou mais municípios de sua área de abrangência;
- IV – Incentivar e promover a participação nas Comissões de Integração Ensino-Serviço, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência;
- V – Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região
- VI – Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Comissões de Integração Ensino-Serviço e propor alterações caso necessário. (BRASIL, 2007a).

Em relação à PNEPS, as CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que devem ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e, ainda, conforme as especificidades de cada região, por: gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007a). O artigo 6º da nova Portaria GM/MS nº 1998 da PNEPS aponta as atribuições da CIES:

- I – Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;
- II – Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria;
- III – Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;
- IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e
- V – Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão (BRASIL, 2007a).

No âmbito de cada estado deverá constar no Plano Estadual de Saúde, o PAREPS, que deve ser construído com o apoio da Comissão de Integração Ensino-Serviço Estadual (CIESe) e homologado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Em relação ao conceito de Educação Permanente em Saúde mantém-se a ideia original da OPAS de “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais” (BRASIL, 2007a). Há um enfoque na gestão estratégica e na metodologia da problematização como articulações centrais, voltadas para a linha de discussão da OPAS. A nova Portaria deposita aos gestores maiores responsabilidades para a execução das ações propostas,

No terreno político, a meta é a institucionalização da educação permanente. No sentido de sua sustentabilidade, deve deixar de ser um projeto para tornar-se uma realidade central na gestão dos recursos humanos e dos serviços, com tempo e lugar determinados. Os projetos e experiências são de alto valor, mas têm um começo e um fim, com independência dos tempos necessários para a de incorporação das novas práticas. Por sua vez, é necessário recuperar os tempos e a educação permanente, que não se esgotam instantaneamente, mas são processos e ferramentas ao longo do tempo (DAVINI, 2009, p.56).

Nesse sentido, a PNEPS busca envolver diretamente a formação profissional dos trabalhadores nos planejamentos de saúde, na tentativa de que a EPS se articule aos pactos de gestão intermunicipais e, com isto, haja previsão de financiamento. O documento também propõe a ênfase na descentralização do processo de aprovação e financiamento da política, mas agora com o fortalecimento do papel da instância estadual na gestão participativa das decisões e ações de educação em saúde por meio da participação Secretarias Estaduais de Saúde e suas regionais, além do Controle Social. A tentativa também é de buscar projetos com maior foco nas questões locais e regionais.

A grande marca da PNEPS é seu processo de institucionalização, colocando o serviço como seu grande planejador. De certo modo, busca-se “secundarizar” o papel das universidades e faculdades que, pela experiência na elaboração de projetos, têm se colocado à frente dos processos decisórios. Desse modo, busca-se uma aproximação da ideia do trabalho como o desencadeador e organizador dos projetos de EPS. A academia por meio da CIES, é reservado, sobretudo, o papel de assessorar o planejamento. Assim o PAREPS prevê a participação das academias como apoiadoras ficando às decisões sob responsabilidade dos Colegiados de Gestão e CIBs.

Em 2007, ainda ,foi produzido o documento a “*PNEPS para o Controle Social no SUS*” (BRASIL, 2007b), em que está inscrito como objetivo: “Atuar na promoção da democratização

do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS)" (BRASIL, 2007b, p.11).

Em 2009, é implantada a Portaria GM nº. 2.953 que define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a PNEPS, e estabelece que a análise do PAREPS deverá considerar a coerência entre as ações e estratégias propostas, o diagnóstico epidemiológico do Estado, as prioridades do Pacto pela Saúde e a articulação com os Programas estratégicos do SGTES (BRASIL, 2009b).

Segundo Ramos (2010), a história da educação profissional em saúde mostra que as políticas de formação dos trabalhadores em saúde; o Projeto Larga Escala (anos 1980), Profae (anos 1990); e EPS (anos 2000) desenvolveram-se tendo como a referência da integração desta formação com a realidade dos serviços e a transformação de práticas na perspectiva de atenção integral à saúde.

Com a EPS, a lógica do Ministério é integrar as diversas ações relacionadas à Educação Profissional/Técnica, e projetos nas universidades, dentre outros, de modo a regionalizar e integrar todas as estratégias educativas que se encontram, de certo modo, dispersas e administradas por diferentes instituições.

De uma forma geral, concordamos que a estratégia descrita por Ceccim (2004/2005) como um “desafio ambicioso, mas necessário” inegavelmente contribuiu para colocar o tema da educação profissional em evidência. O Ministério da Saúde passa a enfatizar a EPS como estratégia central para a formação de trabalhadores e gerenciamento dos problemas do SUS. Vieira (2005) considera a criação da SGTES um avanço no tocante à concepção de educação e trabalho em saúde. Ela afirma que

Apenas recentemente se alcançou um acúmulo de forças políticas capaz de gerar as condições necessárias para que se definisse uma estrutura ministerial de um espaço específico para a formulação e implementação das políticas de gestão do trabalho no SUS. Mais do que uma alteração estrutural, tal mudança pode sinalizar para um possível deslocamento de significados e sentidos na busca de um encontro com “um conceito muito mais rigoroso e fundamentado de trabalhador” (VIEIRA, 2005, p.108).

Um fato interessante observado e que será analisado nos capítulos posteriores é que a **gestão do trabalho** passa a ser uma bandeira tanto do Estado, com sua ótica de gestão modernizante, quanto dos setores progressistas do movimento de reforma sanitária, que desde a I

CNRS, evidenciavam a necessidade de criação de uma política de recursos e humanos e de conformação de novas organizações. Será que enfim Estado e instituições de controle social do SUS entraram em consenso?

Ao longo de décadas, várias propostas, ações, ideias sobre a formação para a saúde pública foram articuladas no País. Traçar uma linha histórica da formação profissional em saúde neste capítulo fez-se necessário para a maior compreensão deste processo. A intenção não foi de dar conta de toda sua complexidade, mas sim de delinear alguns aspectos importantes para levar o leitor a entender as origens e rumos da EPS, que serão trabalhadas mais especificamente no capítulo seguinte.

CAPÍTULO III

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM UM CONTEXTO DE REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA DO CAPITALISMO

Se requiere una revisión conceptual y metodológica y la creación y adaptación de instrumentos distintos de los utilizados hasta hoy, porque son situaciones con otro ritmo, otra intensidad, otros requisitos y en consecuencia, otros fines. Se impone la necesidad de definir de mejor manera las respuestas específicas que se esperan de los servicios de salud. Se hace necesario promover estudios y desarrollar procedimientos que posibiliten una utilización más racional del personal existente asegurando la educación permanente de los recursos humanos ya incorporados a la fuerza de trabajo sectorial (OPAS, 1988).

A intenção, neste capítulo, é apreender o processo histórico da EPS e as bases epistemológicas desta educação. Buscamos primeiramente analisar sua inserção no campo dos debates acerca da educação e trabalho e suas conexões com o mundo da produção capitalista.

Em um segundo momento, o objetivo é discorrer mais especificamente a EPS, examinando suas bases teóricas na OPAS e as suas conformações operacionais e estratégicas na articulação da PNEPS. Procuramos responder: Como surge o termo EPS? Quais são seus significados e suas relações com os processos de produção do capital? Quais são suas bases epistemológicas?

3.1 Educação e trabalho

O **Fordismo** é o modelo de [produção em massa](#) que revolucionou a indústria automobilística, a partir de janeiro de 1914, fundamentado na ideia de administração científica de Taylor. Este modelo baseia-se no aperfeiçoamento da [linha de montagem](#) com a divisão de tarefas hierarquizada e sistematizada, na qual cada operário realiza uma pequena etapa da produção, de forma repetitiva e mecanizada. Segundo Antunes (2009), o tempo de produção é monitorado e é crucial o cumprimento da tarefa no menor tempo possível, havendo estímulos para os que mais produzem em menor tempo. Há também o que é denominado **integração vertical**, em que a empresa detém o controle da produção total, dependendo muito pouco de fornecimento externo. Todo este processo tem como objetivo impactar o incremento da produção com a redução dos custos, estimulando um maior consumo e, portanto, maior lucratividade para os empresários.

A "mescla da produção em série fordista com o cronômetro taylorista", citada por Antunes (2009, p. 39), com separação nítida entre elaboração e execução, refletiu em maior poder do capital sobre o trabalhador, que agora se torna detentor de um saber fragmentado e dependente de uma atividade laboral específica. Gramsci (2001), na obra *"Americanismo e fordismo"*, reconhece este modelo de produção como um mecanismo de coerção da classe trabalhadora para sedimentar normas e hábitos no ser humano, de modo que este se enquadre às exigências do processo de acumulação produtiva.

Na década de 1930, o Keinesianismo (*Welfare State*) vai oferecendo as bases políticas para o fordismo/taylorismo, ao garantir aos trabalhadores um padrão mínimo de vida com a criação do [salário mínimo](#), do [salário-desemprego](#), da redução da jornada de trabalho e assistência médica gratuita. A maior estabilidade conferida aos trabalhadores explorados nas

fábricas fordistas e as altas de cargas-horárias de trabalho foram fundamentais para manutenção do modelo de produção capitalista.

Segundo Antunes (2009, p.40), a política de ganhos sociais e seguridade social para os trabalhadores dos países centrais gerou "uma forma de sociabilidade fundada no compromisso", o que, de certo modo, contribuiu para manter os trabalhadores mais distantes das ideias socialistas, além de incrementar a economia com taxas positivas de lucros.

A união do "fordismo/taylorismo e do keynesianismo" permaneceu sólida durante décadas e começou a desmoronar-se nos anos de 1970. Antunes (2009) considera que uma forte crise estrutural com conflitos entre o capital e trabalho, quedas na taxa de lucro, valorização da força de trabalho e das lutas dos proletários por condições dignas de trabalho, aumento do desemprego e consequente retração do consumo levaram a questionamentos que resultaram em novas formas de reestruturação do modelo de produção capitalista.

A confluência e as múltiplas determinações de reciprocidade do estancamento econômico com a intensificação das lutas de classes foram fundamentais para um novo repensar no mundo do capital. Fatos marcantes, como a queda do muro de Berlim, a implantação do neoliberalismo, a derrocada do socialismo e as teses pós-modernas de "fim" da história proclamadas por Fukuyama (1992) são o pano de fundo para novas ressignificações no mundo do trabalho.

Diante das mudanças, o taylorismo/fordismo passa a significar uma rigidez que não responde rapidamente às problemáticas que se apresentam, colocando em cheque toda a base do capital sustentado durante décadas. É neste contexto que o modelo de produção toyotista japonês dissemina-se como sistema produtivo flexível, com agilidade e capacidade de respostas mais eficazes e eficientes às novas exigências de um mercado em crise. Ao contrário do fordismo, que, de certa forma, minimiza a dimensão intelectual do trabalho, com a produção de atividades repetitivas e desprovidas de sentidos, o modelo toyotista cria uma lógica mais integrativa do operariado na organização do trabalho.

O trabalho em equipe ou *team work*, próprio do toyotismo responde diretamente aos problemas da fragmentação execução/elaboração da fábrica taylorista/fordista, estabelecendo um labor com maior **envolvimento** dos trabalhadores, que são motivados a participar plenamente do planejamento e do cuidado com a qualidade da empresa. Inovar não é mais uma competência exclusiva dos gerentes como acontecia no taylorismo/fordismo, é algo que deve ser desenvolvida

pela equipe de trabalho, ou melhor, pela **família empresarial**, segundo a ideologia da qualidade total.

A forma de envolvimento dos operários no processo de trabalho e a maior **autonomia** perante os processos de produção conduzem a novas formas de apropriação da subjetividade dos trabalhadores, pois agora o saber dos trabalhadores e suas formas de interação em prol da empresa são componentes decisivos para ampliação do lucro: o maior uso de tecnologia flexível (microeletrônica associada à informática, microbiologia e novas fontes de energia) também exige novas habilidades.

Desse modo, o toyotismo projeta-se por meio da divulgação de novos princípios: flexibilidade, dinamismo e contemplação dos desejos do cliente. A produção em pequenos lotes e com estoques mínimos, ao contrário do sistema de produção em massa taylorista/fordista, é outro traço diferencial do sistema toyotista, que se volta a atender a um consumidor mais exigente, que deseja um produto único e diferenciado. A ideia de Ford, segundo a qual qualquer americano poderia ter o seu carro Ford, da cor que quisesse, contanto que fosse preto, já não existe. Agora cria-se no consumidor o fetiche do produto exclusivo, que o faz desejar cores, modelos e estruturas únicas e diferenciadas.

O mundo do trabalho vai se reconstruindo com base na nova subjetividade do trabalhador, que precisa se integrar e se envolver de corpo e alma com o projeto da empresa. Nessa lógica, os trabalhadores são reconhecidos como **associados** ou **colaboradores** e devem concentrar suas energias físicas e psíquicas no projeto de **qualidade total** da empresa.

A dimensão de subjetividade presente nesse processo de trabalho está tolhida e voltada para a valorização e auto-reprodução do capital, para a 'qualidade', para o 'atendimento ao consumidor', entre tantas formas de representação ideológica, valorativa e simbólica que o capital introduz no interior do processo produtivo. A subjetividade operária deve transcender a esfera da *execução*, para, além de produzir, pensar também diuturnamente naquilo que é melhor para a empresa e seu projeto. Mesmo no trabalho dotado de maior significado intelectual, imaterial, o exercício da atividade subjetiva está constrangido em última instância pela lógica da forma/mercadoria e sua realização (ANTUNES, 2009, p.128)

Desse modo, reinaugura-se um novo patamar de exploração e intensificação do trabalho, combinando as formas relativas e absolutas de extração da mais valia¹³. Há uma valorização do

¹³ Mais valia significa a produção excedente do trabalhador pela duração prolongada do trabalho para ampliar a taxa de lucro do capitalista. Segundo Marx (1983, p.220) "Comparando o processo de produzir valor com o de produzir

capital pelos saberes do trabalhador, os quais são transformados em mercadorias com grande potencial de lucratividade. O que prometia ser uma nova forma de autonomia, converte-se em formas diferenciadas de alienação e exploração do trabalho. O **associado** perante o mercado instável e o grande desemprego passa a viver intensamente a empresa dentro e fora dela, comprometendo até mesmo seu tempo livre e de lazer. Segundo Mészáros (2002, p. 342),

Estamos testemunhando: 1) um desemprego que cresce cronicamente em todos os campos de atividade, mesmo quando é disfarçado como "práticas trabalhistas flexíveis" - um eufemismo cínico para a política deliberada de fragmentação e precarização da força de trabalho e para a máxima administração exploração administrável do trabalho em tempo parcial; e 2) uma redução significativa do padrão de vida até mesmo daquela parte da população trabalhadora que é necessária aos requisitos operacionais do sistema produtivo em ocupações de tempo integral.

Há outras falácias no modelo toyotista. A implantação do modelo de qualidade total dá-se exatamente no momento em que mais se convive com **mercadorias descartáveis**. Mészáros (2002) denomina esse processo de: "taxa de utilização decrescente de um valor de uso das mercadorias", no qual os produtos, cada vez, duram menos, para criar necessidades constantes de reposição. Dentre os vários exemplos, pode-se lembrar da indústria de computadores, que vão tornando os produtos obsoletos em curto espaço de tempo, exigindo a constante reposição.

Neste sentido, a reestruturação do modelo de produção é uma das possibilidades de o capital continuar sua sobrevivência, garantindo lucratividade por novas formas de exploração no mundo do trabalho, tanto dos trabalhadores quanto dos consumidores. É no marco da produção que se instaura o modelo neoliberal, dando maior sustentabilidade ao modelo de produção toyotista.

O neoliberalismo é baseado em ideias liberais defendidas por Hayek e Friedman¹⁴, Eles consideram a desigualdade social como uma prática saudável para todos, pois gera competitividade que repercute no crescimento de toda a sociedade. Assim, cria-se, no plano

mais valia, veremos que o segundo só difere do primeiro por se prolongar além de certo ponto. O processo de produzir valor simplesmente dura até o ponto em que o valor da força de trabalho pago pelo capital é substituído por um equivalente. Ultrapassando esse ponto, o processo de produzir valor torna-se processo de produzir mais valia (valor excedente). "

¹⁴ No livro "*O Caminho da servidão*", do economista August von Hayek, lançada em 1944, há uma plena defesa do livre mercado e do estado mínimo, combate a social-democracia européia, particularmente o trabalhismo inglês; e do pensamento econômico keynesiano, então em firme ascensão. Devido à força ideológica que o Estado de bem-estar exercia sobre a sociedade em geral em 1944, as ideias de Hayek e posteriormente na década de 1960, as de Friedman ficaram à margem das discussões daquelas décadas.

ideológico, a referência do mercado como centro para regulação da vida social e reafirmam-se a competitividade, o individualismo e o consumismo, provocando, cada vez mais menos sociabilidade e o aumento da miséria.

A ideia central do neoliberalismo é a liberdade econômica aliada à construção do Estado Mínimo, que se traduz na retirada da alçada do Estado das suas funções sociais, como, saúde, educação, assistência social, dentre outras, e na exclusão de direitos historicamente garantidos, como: estabilidade no emprego, aposentadorias, planos de saúde, escolas gratuitas, direitos a greves. Foi implantado na Inglaterra no governo de Margareth Thatcher e nos EUA no governo de Ronald Reagan. No Brasil, o neoliberalismo foi implantado no governo de Fernando Collor de Mello e seguido pelo governo Fernando Henrique Cardoso.

Netto (1995, p. 77) considera que a crise do *Welfare State* forneceu ao neoliberalismo “combustível para colocar em cheque as funções estatais como indutoras de crescimento econômico e promotoras de bem-estar”, fortalecendo as teses neoliberais como proposta de superação de qualquer outra que se aproxime do socialismo. Uma das principais características da política neoliberal é a considerável redução dos gastos sociais, o que implica diminuição da oferta de serviços públicos e de subsídios ao consumo popular, contribuindo para deteriorar as condições de vida. Centra-se na inteira despolitização das relações sociais, contrapondo-se à cultura democrática e igualitária.

Na visão neoliberal, o capital é a origem do trabalho e a única forma aceitável de racionalidade é a “anarquia” do mercado, que, segundo Hayek citado por Mészáros (2002, p.191), “deve ser tratada como referencial absoluto de toda atividade econômica, social e política”.

Nos novos ventos neoliberais, há também mudanças no plano cultural, com ascensão do denominado paradigma da pós-modernidade¹⁵ considerado por Jameson (1996) como a lógica cultural do capitalismo tardio, confrontando conceitos universais de “verdade”, “razão”, “legitimidade”, “sujeito” e “progresso”. A pós-modernidade proclama o fim da história e de uma razão universal, consolidando as teses da sociedade pós- capitalista, pondo fim à discussão da sociedade de classes e das ideologias.

¹⁵ Lacaz (2001) considera que o pós-modernismo e alguns de seus autores, como Lyotard, Foucault, Derrida, têm inspirado e influenciado a produção acadêmica nas ciências sociais em saúde no Brasil.

Neste período histórico, desenvolve-se um processo mais acirrado de fragmentação do sujeito político, com base na rejeição da totalidade do real e da história. Criam-se novas diretrizes, práticas, valores e ideais pragmáticos e, assim, o pós-modernismo viabiliza o projeto toyotista/neoliberal. Segundo Duarte (2001a, p.108):

A teoria econômica, capturada pelo fetichismo da produção burguesa, constrói assim a imagem espectral de um mundo sem medida, sem lastro material, sem o vínculo com o real dado pelo tempo de trabalho despendido pelos homens. [...] Com a desmaterialização da economia pode-se falar no fim do capitalismo e dar-se um adeus à classe trabalhadora como portadora do projeto emancipador, já que não há mais nada no mundo da realidade fantasmagórica em que a manipulação triunfou definitivamente.

É neste contexto de radicais mudanças econômicas, políticas, sociais, culturais que a educação retoma seu lugar de evidência. O mundo do trabalho agora exige do trabalhador conhecimentos mais abrangentes e diversificados, além de postura mais coletiva e dinâmica, bem como visão crítica com o bom senso de não questionar a exploração empresarial ou suscitar o espírito de combatividade ou militância sindical. Na visão de Frigotto (1997, p.41):

Globalização, integração, flexibilidade, competitividade, qualidade total, participação, pedagogia da qualidade e a defesa da educação geral, formação polivalente e 'valorização do trabalhador', são uma imposição das novas formas de sociabilidade capitalista tanto para estabelecer um novo padrão de acumulação quanto para definir as formas concretas de integração dentro da nova reorganização da economia mundial.

A teoria do capital humano adquire novas "roupagens" e diferentes tonalidades, baseadas na flexibilidade do sistema produtivo, político e cultural. Um novo fator que aparece é o denominado fenômeno da "empregabilidade", que segundo Hirata (1997) é a capacidade de obter um emprego.

O desemprego, ao contrário de ser consequência da crise estrutural do capital, relaciona-se à desqualificação ou falta de educação do trabalhador. Transfere-se, assim, ao trabalhador a responsabilidade de estar ou não empregado. Aprender permanentemente torna-se um dos "remédios" para os males do desemprego, constituindo uma ferramenta ideológica, que mascara a falta de oportunidades de trabalho.

Naturaliza-se, desse modo, a ideia da educação permanente do indivíduo para a sobrevivência no mundo do trabalho. Ter um diploma superior já não é garantia de emprego e, até para profissões de nível técnico ou serviços básicos, tem-se exigido cada vez mais instrução.

Um raciocínio simples, porém, confrontaria a tese da empregabilidade: Será que de repente, em um passe de mágica, se todos trabalhadores fossem contemplados com um curso de graduação em uma área específica, sintonizada com os interesses do mercado, haveria emprego garantido? Obviamente que não! Mas esta tem sido a ideologia da classe dominante atualmente, quando divulga a falsa ideia de que, **há empregos, faltam são pessoas qualificadas**.

É no contexto da empregabilidade que se valoriza a educação como "esfera altamente lucrativa de aplicação do capital" e "a instituição de ensino passa a ser organizada pela lógica da empresa, corporação ou conglomerado" (IANNI, 2002, p.32). A escola é conclamada a preparar mão de obra, em nome do desenvolvimento e da modernização e é nesta lógica que as concepções construtivistas, tais como o lema do “aprender a aprender” e da “pedagogia das competências” conformam-se como resposta pedagógica capaz de "revolucionar" o aprendizado. Das escolas, passa a ser exigido que se organizem para não perder tempo “transmitindo conteúdos” que não terão aplicabilidade e estarão desfocados das necessidades do mundo do trabalho.

Valendo-se da idéia de “educação ao longo da vida”, o lema “aprender a aprender” de Delors (1999), disseminado pela UNESCO, adquire grande vigor no mundo educacional. Mediante um discurso “progressista” e “inovador”, afinado com a "pedagogia das competências", proclama-se o que se aprende hoje pode não ter nenhuma utilidade amanhã, reafirmando a necessidade de aprender a aprender permanentemente.

Assim o "aprender a aprender" emerge como proposta que dá maior capacidade de adaptação ao sistema produtivo, que exige perfis de trabalhadores mais flexíveis, dotados de novas competências e habilidades. Na visão de Duarte (2001a, p.54) o “aprender a aprender” se associa à pedagogia das competências mais como uma estratégia "de sobrevivência do capitalismo no sentido de que seu grande objetivo é tornar os indivíduos dispostos a aprender qualquer coisa, não importando o que seja desde que seja útil à sua adaptação incessante aos ventos do mercado".

Por isso justifica-se uma pedagogia que crie competências no trabalhador para atender à flexibilidade das demandas do mercado. Em uma situação concreta de trabalho, exige-se a articulação dos saberes oriundos de várias esferas (formais, informais, teóricas e práticas) para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade, com a mobilização da inteligência em face dos desafios do trabalho. Na visão de Vincent (1993), citado por Antunes (2009, p.128),

a própria forma valor do trabalho se metamorfoseia. Ela assume crescentemente a forma valor do trabalho intelectual/abstrato. A força de trabalho intelectual produzida dentro e fora da produção é absorvida com mercadoria pelo capital que se lhe incorpora para dar novas qualidades ao trabalho morto: flexibilidade, rapidez de deslocamento e autotransformação constante. A produção material e a produção de serviços necessitam crescentemente de inovações, tornando-se por isso cada vez mais subordinadas a uma produção crescente de conhecimento que se converte em mercadorias e capital.

O saber articula-se à produção de mercadoria e de lucro. Por esse motivo torna-se crucial no novo arranjo de produção. Nesse sentido, o movimento em prol da educação, ao contrário de inovação, traz em si um caráter conservacionista, essencial ao capital na tarefa sutil de conservar a natureza excludente das relações sociais. Como isso é articulado? Como os sujeitos aderem a essas propostas, muitas vezes sem resistir?

O interesse do capital pela educação sempre existiu, basicamente porque é necessário que o sujeito se eduque também para a manutenção do capital. É imperativo que se crie uma cultura que embase suas ideias de forma **natural**.

Há uma fetichização da realidade, que cria uma suposta **igualdade** e uma explicação para as desigualdades baseadas na lei do esforço pessoal. No caso da “sociedade do conhecimento” (DUARTE, 2001b) ¹⁶, esta ideologia se associa ao fenômeno empregabilidade, que se relaciona à capacidade individual do sujeito para se empregar.

A ideologia também é absorvida no espaço acadêmico, muitas vezes até ingenuamente. É interessante observar que as diretrizes, as práticas, os valores e ideais de caráter mercantil têm se apropriado de categorias clássicas da pedagogia, que tratam da formação do homem em todas suas dimensões de integralidade com vistas à politecnia, o resgate da cisão entre teoria e prática, a transdisciplinaridade, causando até certa confusão epistemológica. Na visão de Kuenzer (2002, p.78),

É importante destacar uma preocupação presente em nossos estudos: a facilidade com que a pedagogia toyotista se apropria sempre do ponto de vista do capital, de concepções elaboradas pela pedagogia socialista, com isso, estabelece uma ambigüidade nos discursos e práticas pedagógicas. Essa apropriação tem levado muitos a imaginar que, a

¹⁶ Duarte (2001b) levanta 5 ilusões da sociedade do conhecimento: 1ª-O conhecimento nunca esteve tão acessível quanto hoje. 2ª –A capacidade para lidar de forma criativa com situações do cotidiano é mais importante que a aquisição de conhecimentos teóricos, 3ª -O conhecimento não é apropriação da realidade pelo pensamento, mas sim uma construção subjetiva resultante de processos semióticos intersubjetivos nos quais ocorre uma negociação de significados. 4ª- Os conhecimentos têm todos o mesmo valor, não havendo hierarquia entre eles quanto à sua qualidade ou quanto ao seu poder explicativo. 5ª- O apelo à consciência dos indivíduos, seja através das palavras, seja através dos bons exemplos dados por outros indivíduos ou por comunidades, constitui o grande caminho para os problemas da humanidade.

partir das novas demandas do capital no regime de acumulação flexível, as políticas e propostas pedagógicas de fato passaram a contemplar os interesses dos que vivem do trabalho, do ponto de vista da democratização.

Eis aqui um ponto importante a ser discutido. No âmbito das discussões de educação e trabalho, é preciso cuidado e discernimento, pois projetos educacionais, teorias, ideias, com fins voltados a interesses mercadológicos utilizam de um referencial pedagógico crítico, retirado das teses educacionais revolucionárias antagônicas.

Neste contexto quem teria a ousadia para questionar os benefícios da educação? É preciso cuidado para discernir qual o verdadeiro sentido das propostas, pois tudo parece lógico, racional, verossímil e propositivo. Além disso, a apropriação dos saberes das pedagogias progressistas, nos discursos educacionais mercantis, atribui-lhes uma tonalidade ímpar, que leva muitos a ser seduzidos pelo “canto das sereias”.

Por outro lado, a tese da “sociedade do conhecimento” demarca um espaço de contradição, pois a educação é inquestionavelmente um elemento crucial de luta hegemônica contra a exploração do homem. Educar-se é condição essencial para compreender o mundo além de suas aparências e para a formação de sujeito autônomo. A educação dos trabalhadores é uma possibilidade indubitável de esclarecimento acerca das ideologias, de resistência à opressão, de luta pela dignidade humana. Configura-se um elemento de certo modo conflituoso, uma espécie de armadilha aos interesses da classe dominante.

A subordinação das práticas educativas ao capital nem sempre é de fácil dissimulação. Assim por diferentes maneiras, o caráter contraditório das relações sociais capitalistas pode ser explicitado no âmbito das relações entre a sociedade e os processos educativos, ou destes, com o processo produtivo. Isso nos indica, de um lado, que o capital é prisioneiro de sua contradição, de seus limites (concepção) da realidade, portanto não é onisciente e, de outro, que é confrontado por interesses da classe trabalhadora que lhe são antagônicos (FRIGOTTO, 1996, p.33).

Frigotto (1996) considera que o início dos anos de 1990 sinaliza um processo de aprofundamento da relação trabalho-educação, com aumento significativo de pesquisadores da área que buscam, no plano teórico e político, rediscutir a função social da escola no conjunto das lutas pela efetiva democratização da sociedade brasileira. Numa perspectiva alternativa, há uma tendência de situar os processos educativos e a escola no conjunto de forças que elegem o ser humano como sujeito social no desenvolvimento omnilateral de suas possibilidades históricas.

No tocante à concepção de escola, o eixo centra-se na questão da escola unitária, na formação tecnológica ou politécnica e no aprofundamento do sentido e das implicações político-práticas de tomar o trabalho como princípio educativo. Segundo Frigotto (1996) trata-se de uma perspectiva que demarca uma clara contraposição às teses do neoconservadorismo que tem o mercado como sujeito regulador da concepção e da organização educativa, e tende a eternizar a concepção instrumentalista, dualista, fragmentária, imediatista e interesseira da formação humana.

Há o resgate das concepções marxistas de formação humana, que emerge no terreno das contradições, e pode configurar-se como elemento de resistência ao projeto capitalista. No âmbito da educação, o trabalho, na perspectiva marxista de categoria ontológica e econômica central, assinala uma nova concepção de educação e de qualificação humanas, articuladas às lutas e aos interesses das classes populares.

O campo da educação e do trabalho emerge de maneira contraditória no modelo de reestruturação produtiva, tensionado pelos interesses tanto das classes dominantes quanto dos trabalhadores. A compreensão desse embate é necessária, para evitar visões simplistas, que consideram a realidade imutável, sempre a ser dominada pelos interesses do mercado ou, ainda, prevê somente a conscientização dos trabalhadores como elemento da transformação social.

Tendo situado algumas questões do novo contexto de acumulação produtiva e suas as novas demandas do campo da educação e trabalho, passamos, a seguir, para a discussão do recorte específico deste estudo: a EPS.

3.2 A Educação Permanente em Saúde na OPAS

Como já mencionado, a educação permanente aparece no Brasil na década de 1960, inspirada nas teorias desenvolvimentistas, disseminada principalmente por organismos internacionais. Na década de 1980, remodela-se perante a reestruturação do modelo de produção e as novas exigências do capital.

A denominada EPS surge na década de 1980, tendo sido disseminada pela Organização Pan-Americana de Saúde. Seria mera coincidência histórica? Certamente não! Todo o cenário de mudanças mundiais geram novos interesses econômicos, e a saúde também passa a ser prioridade nas agendas dos organismos internacionais. Para Rizotto (2000),

O setor de saúde só começa a aparecer como uma área de interesse, para o Banco, no final dos anos sessenta, vinculado a questão do combate à pobreza e à satisfação das necessidades humanas básicas, mesmo assim, restrita aos aspectos do controle demográfico. Só mais tarde, nos anos oitenta, com a crise do Estado Protetor e as possibilidades que este setor apresentava para o investimento do capital, é que a saúde entra como um setor específico na pauta de financiamento do Banco Mundial, e o é por uma determinada razão: ao financiar projetos para a área da saúde, esta instituição tinha clareza de que poderia interferir de forma mais sistemática e direta nas políticas deste setor público (RIZOTTO, 2000, p.115).

O combate à pobreza e um discurso humanizador¹⁷ poderiam *a priori* justificar o interesse do Banco Mundial pela área da saúde. O fato mais importante, porém, era o reconhecimento da área como um mercado promissor a ser explorado pelo capital, além do poder e a legitimidade para intervir de forma mais significativa na definição e no estabelecimento de políticas que "têm como objetivo facilitar o ingresso da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde, ao mesmo tempo em que contribui para a redefinição do papel dos estados nacionais periféricos" (RIZOTTO, 2000, p.120).

No ano de 1996, o relatório da 10ª CNS fez uma crítica à "cesta básica" da saúde proposta pelo Banco Mundial pela qual "o SUS garantiria apenas algumas ações e procedimentos considerados prioritários a partir de uma relação custo-benefício" (BRASIL, 2006, p.65). As propostas do Banco estariam atreladas ao receituário neoliberal, traduzindo-se na ênfase de políticas de saúde focalizadas na atenção primária, pouco lucrativa e na privatização da atenção terciária, conforme tratamos no capítulo I, ao discutirmos a reformulação do setor de saúde no governo FHC.

É diante do ideário da "economia da saúde" que o Banco Mundial, por meio da OMS/OPS, exige reformulações no setor da formação profissional. Não é por acaso que os temas planejamento, epidemiologia e capacitação são as principais estratégias visando à diminuição dos custos do Estado em relação à saúde.

No tocante à capacitação de pessoal, a partir de 1984, a OPAS convoca grupos de trabalho de diversos países da América Latina com objetivo de formular novos conceitos para processo de

¹⁷ Na perspectiva dos organismos internacionais, a formação humanizadora baseia na perspectiva de resolubilidade para os problemas sociais, que vislumbra uma educação e cultura voltada para a paz. O discurso humanizador inclui a valorização da equidade e a "referência a direitos coletivos da humanidade, a saber, à defesa da ecologia, à paz, ao desenvolvimento, à partilha do patrimônio científico, cultural e tecnológico". Estes são reconhecidos como direitos de solidariedade planetária (NOLETO, 2008, p.39).

formação profissional. Com a criação do “Programa de Desarrollo de Recursos Humanos”, a área da Investigação Educacional passa a ser especificamente discutida com objetivo de

Búsqueda de opciones metodológicas para instrumentar, en el contexto de cada situación nacional, los procesos educativos de tipo permanente, alrededor del proceso de trabajo en salud, y en el marco de los problemas reales que dicho trabajo implica (DAVINI et al., 1990, p.1).

A Proposta de Reorientação da Educação Permanente do Pessoal de Saúde na Região das Américas foi justificada pela necessidade de novos referenciais metodológicos para o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde e da Atenção Primária de saúde¹⁸, com o intuito de atender, segundo Campos (1989, p.12), a “profundas demandas de reorientação no desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, dos processos de comunicação e cooperação entre estes e as comunidades, e em geral das ações educativas empreendidas pelos sistemas nacionais de saúde”.

Uma série de fascículos denominados “Educacion Permanente em Salud” (quadro 1) da Serie Desarrollo de Recursos Humanos são ilustrativos das novas metodologias, orientações pedagógicas, referenciais teóricos da nova proposta e foi produzida a partir da reunião de *experts* de vários países da América Latina, orientados pela OPAS.

¹⁸ Sistemas Locais de Saúde e Atenção Primária em Saúde são propostas centrais disseminadas pela OPAS baseadas nas teorias de sistemas de saúde descentralizados. O enfoque desta proposta dirige-se, fundamentalmente, ao fortalecimento qualitativo dos serviços de saúde. A participação social, já enfatizada na medicina comunitária, toma força, agora com uma nova roupagem, com a construção de parcerias entre comunidade, organizações, instituições, e ONGs, para identificar problemas e pôr em prática soluções. A educação permanente é enfatizada como uma ferramenta para que os atores possam se potencializar, ou empoderar-se para propor soluções para seus problemas.

Quadro 1 – Publicações OPAS “Educación Permanente em Salud

Ano	Título	Autores
1988	Serie Educación Permanente, Fascículo I: Propuesta de reorientación, principios fundamentales	Y. Arango, J. Haddad
	Serie Educación Permanente, Fascículo II: El contexto de los procesos capacitantes	H. Mercer; P. Brito; A. Vuegen; C. Vidal
1989	Serie Educación Permanente, Fascículo III: Identificación de necesidades de aprendizaje. (Contribuciones de Colombia y México)	M. Casas , F. Rangel, Alvarez Manilla, J. Santacruz
	Serie Educación Permanente, Fascículo IV: El proceso educativo. (Contribución de Brasil	A. Souza, I. Dos Santos. E. Galvao .M. A. Roschke
	Serie Educación Permanente, Fascículo V: Monitoreo y seguimiento del aprendizaje. (Contribución de Honduras y Nicaragua	F. Canales, I: Turcios, J. Haddad
	Serie Educación Permanente, Fascículo VI: Capacitación de los responsables del proceso. (Contribución de Guatemala)	I. Rodas J. Quiñónez
	Serie Educación Permanente, Fascículo VII: Bibliografía básica.	
	Serie Educación Permanente, Fascículo VIII: Grupo Regional de Consulta, informe final	
1990	Serie Educación Permanente, Fascículo IX: Investigación em apoyo de los procesos educativos permanentes	C. Davini, E. Pineda, M. A. Roschke, M. A. Sigaud
1991	Serie Educación Permanente, Fascículo X: Propuestas de trabajo en contextos específicos	C. Serrano, R. Granados, D. Gutiérrez, J. González J. Oubiña, J. Jardines, J. Ceballos, R. Aneiros M. Serrano. L. Ruiz, J. Ferreira, J. Haddad

Fonte: (RESENAS, 1993, p.412)

Além desses fascículos, destacamos o trabalho de "*Educación Permanente de Personal de Salud*", da Série Desarrollo de Recursos Humanos nº100. (HADDAD; ROSCHKE, DAVINI, 1994) como importante objeto de análise neste nosso estudo.

Esta série destinou-se a discutir a educação permanente em saúde, assim como suas conceituações, metodologia e propostas de trabalho, referenciais teóricos, divulgação de

experiência, dentre outros. A mudança da nomenclatura de educação continuada para educação permanente é um ponto central da proposta:

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 "educación permanente" para referirnos al modelo de trabajo que dicha propuesta expone (OPAS, 1988, p.6).

A partir dessa iniciativa passa a haver uma distinção entre educação continuada e educação permanente. No entanto, é importante situar o leitor para o fato de que essa diferença na OPAS não é unânime entre os autores, havendo alguns que consideram esses termos como sinônimos e outros que atribuem significados diferentes.

É preciso esclarecer que a diferenciação proposta pela OPAS e adotada pelo Ministério da Saúde na PNEPS não pode ser generalizada. Na área da educação, por exemplo, Marin (1995) em total oposição ao conceito da OPAS, entende que **educação continuada** seria mais completa por incorporar a idéia de formação no próprio local de trabalho, sem interrupção ou fragmentação, dependendo dos objetivos que se quer alcançar. No mesmo sentido Haddad (2001, p.194), citado por Ramos (2010), considera que a educação continuada tem uma concepção mais aprofundada que a educação permanente, abrangendo a formação para a vida e o desenvolvimento humano em sentido amplo.

Paschoal (2004, p.2) entende que a **educação permanente** inclui a **educação continuada** e a **educação em serviço**. Para o autor, a educação permanente refere-se a “uma habilidade de aprendizagem contínua, desenvolvida pelo sujeito durante sua vida, por meio de suas relações pessoais, profissionais e sociais, no intuito de transformar-se, conforme ocorrem as mudanças do mundo”. A Educação Continuada seria todas “as ações educativas desenvolvidas após a graduação, com o propósito de atualizar, aprimorar e adquirir conhecimentos, mediante atividades de duração definida e de metodologias formais” e a educação em serviço seria “ações educativas desenvolvidas durante o processo de trabalho”.

Ramos (2010) assevera que, em um contexto mais amplo, educação continuada, educação permanente, aprendizagem ao longo da vida, educação de adultos podem ser considerados sinônimos. Mas no contexto específico do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, a OPAS desenvolve um conceito específico para a educação permanente. Segundo Rovere:

Educación Permanente aparece en buena parte de la bibliografía como un término con definiciones controversiales, desde la alfabetización de adultos, pasando por la capacitación profesionalizante, la actualización profesional y el estudio-trabajo. Esta confusión obliga a optar por una definición operativa en este capítulo, respaldado en la producción que ha venido generando y sistematizando el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud desde hace ya mas de diez años (aunque con distintas denominaciones). En una especie de síntesis operativa ya hemos definido a la Educación Permanente en Salud como **"la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los diferentes servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población"** (ROVERE, 1994, p.70, grifos do autor).

Na visão da OPAS (1988), os programas de educação continuada em saúde já existentes são criticados pelos seguintes motivos: ausência de mecanismos efetivos para articular o processo educativo com o desenvolvimento dos serviços de saúde; adoção de processos formativos descontextualizados nacionalmente e institucionalmente; predominância de atividades de aula de caráter descontínuo e descontextualizado; desenvolvimento de processos educativos que não estão sustentados no conhecimento do problema pedagógico nem nos estilos de aprendizagem do adulto latino-americano; prevalência da transmissão acrítica de conhecimentos; ausência de análises e questionamentos; programas educativos que se desenham para profissionais individualizados, embora a estratégia de saúde esteja sustentada no trabalho multidisciplinar; fracasso na integração da docência com a assistência. Um outro motivo para é a crítica é que a educação continuada é limitada frente a instabilidade constante dos países do terceiro mundo, com imprevistos e situações novas frequentes. Para OPAS (1988, p.3):

La mayoría de los programas de educación continua responden a las necesidades de grupos profesionales ó a preocupaciones de orden académico; no contribuyen a mejorar significativamente los servicios de salud y po lo tanto a satisfacer las necesidades de la población- ni constituyen un elemento de redistribución educativa que permita un cambio en las relaciones técnicas ó sociales del trabajo de sector salud.

A ideia baseia-se em que o predomínio de atividades de educação "contínua" em sala de aula e descontínua no objeto de trabalho promoveria a transmissão acrítica de conhecimentos, com o desenvolvimento de processos educativos inadequados. Vidal e colaboradores, citado por Mercer et. al. (1989), afirmaram que, em uma análise feitas em 23 países com 155 programas existentes, a maioria tinha atividades educativas esporádicas, caracterizando dispersão e falta de continuidade, falta de direcionamento com os objetivos das políticas de saúde, falta de recursos, demonstrando pouca importância dada a atividade e, por fim, falta de correspondência entre a filosofia educacional e as características dos programas concretos.

A Proposta de Reorientação da EPS vem dar subsídios aos processos de estruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), focando na meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) "Saúde para todos nos anos 2000" (SPT/2000) com base : na descentralização da saúde, nas propostas de atenção primária em saúde (APS) e a disseminação da epidemiologia como ferramenta de ação no planejamento da saúde pública. Para a OPAS (1988), a EPS é necessária por três razões: a educação continuada não tem desenvolvido recursos humanos para melhorar a prestação de serviços assistenciais; há necessidade de desenvolver descentralização de ações educativas pela construção dos SILOS e é preciso busca novas formas de trabalho na capacitação epidemiológica.

Assim a EPS consubstancia-se em um processo de revisão das bases teóricas e metodológicas da **administração tradicional em saúde (taylorista)**, com o objetivo de reconceitualizar, reformular normas e redefinir procedimentos administrativos. Segundo um dos documentos da OPAS:

Se trata de plantear, mas que una mera cuestión técnica, una forma diferente de abordar los problemas administrativos en salud, de considerar los procedimientos como instrumentos capaces de coadyuvar a hacer mas fluidos y efectivos los procesos y mecanismos, con el propósito de volver a estos mas coherentes con los fines y propósitos de la reorganización propuesta (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1994, p.14).

Assim, a proposta de EPS configura-se como elemento administrativo para melhorar a qualidade do serviço oferecido à população, constituindo simultaneamente um instrumento pedagógico de formação de trabalhadores e um agente gerenciador dos problemas do trabalho, capaz de agir na busca coletiva de soluções, unindo o pensar e o fazer. De acordo com Manilla et al. (1989, p.1),

[...] tiem com razón de ser el mantenimiento y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, por lo tanto, las necesidad de educación permanente están supeditadas y son determinadas en primer término por las necesidades de salud; por lo tanto, las necesidades de salud, y en segundo término, por las insuficiencias en la formación del personal que presta los servicios de salud. Se propone un procedimiento para convertir de **manera sistemática las necesidades de salud en necesidades de educación**, para de esta manera fundamentar las decisiones educativas en criterios más objetivos posible. Se persigue en última instancia un diagnóstico de las necesidades del personal (en forma individual e colectiva) como base de soluciones (grifos nossos)

Para a OPAS, a educação continuada recebe críticas por servir como mera atualização de conhecimentos, o que não contribui para operar mudanças nos serviços. Mais adequada é a EPS, uma estratégia político-pedagógica-gerencial adequada à elaboração de processos mais eficazes para educação do pessoal de saúde, visto que tem como pressuposto central o cotidiano do trabalho.

Fundamentada em uma compreensão "histórica" do processo e envolvendo uma "dimensão política" e análises "estruturais e conjunturais" a EPS é considerada pela OPAS uma pedagogia superior, dotada de referencial mais crítico da educação, o que possibilita a conexão teoria/prática, como podemos constatar neste trecho:

El objetivo de esta alternativa metodológica es promover la comprensión de la teoría y la práctica como una unidad dialéctica en el proceso pedagógico, analizando las contradicciones entre el proceso pedagógico, analizando las **contradicciones entre el pensar y el hacer** y estimulando la **reflexión en forma crítica** sobre los procesos de capacitación frente a las cuestiones del trabajo en los servicios de salud. En este sentido, se destaca la **no neutralidad de la práctica pedagógica** y la necesidad de desarrollar modos de interacción entre la teoría y la práctica; sólo así podrá **superarse la dicotomía (teoría/práctica)** vigente, la cual,...). La dirección que imprime el proyecto político surge de la crítica al modelo vigente de prestación de servicios de salud en el contexto de procesos sociales de mayor amplitud (SOUZA et al, 1989, p.2, grifos nossos).

Na visão do organismo internacional, A EPS é mais abrangente, pode desvelar uma dimensão "mais política":

- a) Los problemas hacen parte de un **proceso histórico** y por lo tanto se deben proponer soluciones contando con la participación de todos en ese proceso. Las soluciones propuestas dejan de ser exclusivamente técnicas para enmarcarse en una **dimensión política**.
- b) El proceso de desarrollo de recursos humanos debe estar alimentado simultánea y permanentemente por **análisis estructurales** que apoyen la realización de los objetivos generales a largo plazo, y por **análisis coyunturales** que permitan las adaptaciones y el aprovechamiento de las oportunidades de **acción inmediata** (OPAS, 1988, p.4, grifos nossos).

Embora se fale de uma visão estrutural e política, de unidade dialética, de análise de contradições, reflexão crítica, conexão teoria/prática, constatamos restrições, pois, em momento algum, se fala em a EPS explicitar, por exemplo, o processo histórico que culmina nas desigualdades resultantes da exploração dos países mais ricos aos mais pobres ou por que a fome, o analfabetismo, a violência, os problemas de saúde persistem nos países subdesenvolvidos. Buscar a origem destes males, conhecer suas causas e ir à raiz dos problemas é inadmissível para

o capital, que justamente se sustenta dessas contradições. Neste sentido, os organismos internacionais criam a falsa idéia de que as coisas com o tempo vão melhorando. Mészáros (2002, p. 175) adverte que a situação de exploração do capital:

não é uma dimensão passageira (historicamente superável), mas uma irremediável dimensão estrutural do sistema do capital voltado para a expansão que, em suas necessárias ações remediadoras, deve procurar soluções para todos os problemas e contradições gerados em sua estrutura por meio de ajustes feitos estritamente nos efeitos e nas consequências (MÉSZÁROS, 2002, p.175)

Assim sendo **análises estruturais e conjunturais** propostas pela OPAS devem ser reconhecidas mais no sentido de buscar ações remediadoras para às rápidas e intensas mudanças que o capital impõe. Devem, assim, restringir-se a “adaptaciones y el aprovechamiento de las oportunidades de acción inmediata”, para **gerenciar** os efeitos e consequências do capital, de modo que os problemas não tomem dimensões incontroláveis.

O que entendemos aqui é que a mudança conceitual da EPS proposta pela OPAS, em meados da década de oitenta, não se circunscreve apenas a uma revisão de cunho pedagógico. É uma resposta às mudanças econômicas, políticas, culturais, ocorridas no mundo do trabalho. Assim, a EPS é justificada pela necessidade de uma adequação às novas mudanças que estão se estabelecendo no mundo do trabalho, como é perceptível neste trecho da OPAS (1988, p.10):

Se requiere una revisión conceptual y metodológica y la creación y adaptación de instrumentos distintos de los utilizados hasta hoy, porque son situaciones con outro ritmo, outra intensidad, otros requisitos y em consecuencia, otros fine. (...) se hace necesario promover estudios e y desarrollar procedimientos que posibiliten una utilización mas racional del personal existente asegurando la educación permanente de los recursos humanos ya incorporados a la fuerza de trabajo sectoral .

As situações com outro ritmo, outra intensidade, outros requisitos estão ligadas às mudanças do modelo de reestruturação do capital, que passa a exigir o “desenvolvimento da capacidade de educar-se permanentemente e das habilidades de trabalhar independentemente, de criar métodos para enfrentar situações não previstas, de contribuir originalmente para resolver problemas complexos “(KUENZER, 1998, p.73).

Desse modo/ a EPS para OPAS é uma proposta **gerenciadora**, sintonizada com as novas demandas do sistema toyotista de produção, exigências feitas não apenas aos trabalhadores das fábricas e empresas. Segundo Mercer et al. (1989, p. 47), todo processo é referendado "para la

optimización de la atención a la salud, que es una perspectiva subordinada a la transformación de los servicios y se orienta por criterios de eficacia, eficiencia e efectividad ".

Há uma nova subjetividade do trabalhador da saúde a ser delineada e salienta-se a importância de um maior investimento na sua dimensão intelectual. “As situações de outro ritmo” obrigam o trabalhador da saúde a sair da postura “passiva”, de executor, para tornar-se líder, tomar decisões, analisar o cotidiano do trabalho, oferecendo alternativas diante das situações inesperadas. Necessita-se de um sujeito mais ativo, com capacidade de trabalhar e aprender cooperativamente em equipe, deixando para trás o olhar estático taylorista/fordista, de divisão de tarefas.

Como no modo de produção toyotista, busca-se pela EPS construir um referencial no qual o trabalhador tenha maior envolvimento no processo produtivo da saúde, superando o "trabajo actual (fragmentado, deshumanizado, conflictivo, alienante por efectos de la **lógica tayloriana** imperante), [...] orientadas a la mejoría de la calidad" (QUINTANA, ROSHCKE, RIBEIRO, 1994, p.54, grifos nossos).

É diante dos “novos ritmos” do mundo da produção toyotista, da flexibilidade neoliberal e da valorização do cotidiano pós-moderno que a pedagogia construtivista (EPS) vem confrontar a pedagogia tradicional (Educação Continuada), que é acusada de ultrapassada e de não possibilitar a mudança necessária nos serviços de saúde. É de convir que o campo da educação de trabalhadores é uma das melhores estratégias para inserir as novas ideias dos organismos internacionais sobre gestão e por isso há o interesse do Banco Mundial pela construção de pedagogias mais eficazes, que possam colaborar com seus projetos. A implantação da EPS e a condenação da proposta de educação continuada em saúde trouxeram, em seu bojo, a mesma crítica da inaptidão da escola em atender as demandas do mercado.

Na visão da OPAS, a EPS traz uma lógica mais objetiva, com uma desvalorização do saber teórico desinteressado. Desse modo, os serviços de saúde adotam a lógica empresarial, como está evidenciado neste trecho do Fascículo III da Série Educación Permanente:

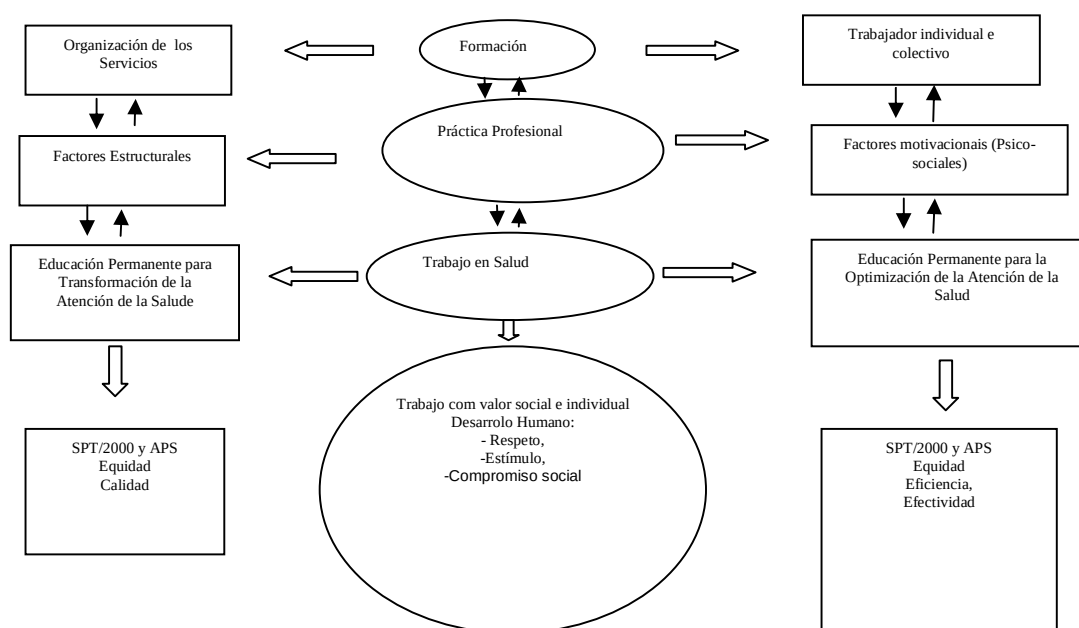
Se propone un procedimiento para convertir de manera sistemática las necesidades de salud en necesidades de educación, para de esta manera fundamentar las decisiones educativas en criterios **más objetivos** posible. Se persigue en última instancia un diagnóstico de las necesidades del personal (en forma individual o colectiva) con base de **soluciones ad hoc** (MANILLA e SANTA CRUZ, 1989, grifos nossos).

Na análise do fascículo VII da Série Educación Permanente (OPAS, 1989), é possível constatar que a pedagogia problematizadora de Paulo Freire e Juan E. Dias Bordenave¹⁹ é central na proposta de educação permanente. Com base neste referencial, surgem diversas tendências pedagógicas: educação de adultos, aprendizagem por meio da solução de problemas, supervisão e educação continuada, investigação educacional em saúde, educação popular, investigação participativa, autogestão educativa.

A educação permanente superaria a educação continuada, ao desenvolver um processo educativo em saúde que tenha como base a aprendizagem integrada ao trabalho, com novas estratégias participativas na busca conjunta de soluções para os problemas. Estas metodologias, sobretudo a problematização, são direcionadas às equipes de trabalho que têm o serviço como local do saber (eliminando a necessidade de centros ou escolas) e os condutores e facilitadores de aprendizagem são os próprios trabalhadores (OPAS, 1989). O esquema, a seguir, retirado da Serie Educación Permanente, traz uma síntese da EPS proposta pela OPAS.

¹⁹ Juan Dias Bordenave. Agrônomo e doutor em comunicação. Em 1951 iniciou seu trabalho como agrônomo e logo em seguida o abandonou para trabalhar em comunicação pelo Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA). Define-se como comunicador para o desenvolvimento, tendo escrito vários livros sobre o assunto. Trabalhou mais de 40 anos como consultor em órgãos da ONU, da OEA e em outras instituições brasileiras e latino-americanas. Foi referência metodológica para a problematização da EPS, com o “Arco de maguerêz” e ainda hoje é bastante utilizado no ensino de Saúde no país. Seu trabalho tem influências de Paulo Freire.

Figura 2 :Trabajo en Salud y Educación Permanente



Fonte: (MERCER et al. 1989, p.50).

Ao observar a figura 2, percebemos que as ações de EPS convergem para a transformação e otimização da atenção à saúde. A EPS articula-se ao trabalho em saúde para produzir resultados baseados na equidade, eficiência, efetividade. Deste modo, pode-se considerar que o pragmatismo é a raiz epistemológica da problematização do cotidiano do trabalho proposta pela OPAS, e o sentido da teoria é justificar a prática e a validade dos conhecimentos está na sua utilidade para resolver os problemas cotidianos.

As propostas da problematização do cotidiano do trabalho, integração ensino/serviço, crítica ao ensino fragmentado e valorização do conhecimento aplicável e útil têm sido a base referencial dos projetos de educação profissional no País, desde o projeto Larga Escala na década de 1980, com claras influências do ideário da EPS difundido pela OPAS. Ramos (2010)²⁰ aprofundou-se nos estudo dos referenciais epistemológicos e ético-político das propostas de educação profissional no País e nos traz a seguinte constatação:

²⁰ Sugerimos a leitura da obra "*Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde*", de Ramos (2010), que traz uma contribuição valiosa para compreensão das bases epistemológicas e ético-políticas da educação profissional no País.

O que nos pareceu, [...] como uma multiplicidade de referenciais epistemológicos, metodológicos, eticopolíticos, que teriam orientado estas políticas, hoje se apresenta como uma unidade constituída em torno do **pragmatismo**, como a epistemologia que embasa o escolanovismo e a pedagogia das competências. O fundamento ético político que orienta a formação crítica dos trabalhadores técnicos em saúde, por sua vez, se afina com as teorias da **micropolítica**. Ele se manifesta desde o pressuposto de que o desenvolvimento da consciência pode promover mudanças sociais, apoiado no pensamento de Paulo Freire presente nos projetos de formação desde o Larga Escala, até a convicção identificação na política de educação permanente, de se encontrarem nas relações internas aos serviços de saúde os elementos para essa tomada de consciência, a qual levaria à transformação das práticas e, com elas, a transformação das práticas e, com elas, a transformações sociais mais amplas (RAMOS, 2010, p.251-252).

A priori, a EPS, que se centra na educação para o trabalho e na problematização do **real** com vistas à **qualidade** na saúde, é um discurso pedagógico encantador e de fácil aceitação. Sem dúvidas, a pedagogia escolanovista avança, ao denunciar o caráter mecânico, artificial e desatualizados dos conteúdos da escola tradicional, mas limita-se principalmente pela ausência da perspectiva histórica da educação, pela falta de visão dos sujeitos sociais, e pela grande ênfase conferida à educação como mola propulsora das mudanças sociais. Configura-se, para Ramos (2010) como uma "pedagogia ingênua e não crítica". Na visão da autora, mesmo o pensamento de Paulo Freire, que se constitui a partir de uma vertente da pedagogia crítica, enfrenta uma contradição

ao separar ideologia -referência da finalidade de política da educação dos processos concretos de produção, base material da exploração da classe trabalhadora, na qual forças e relações sociais de produção se encontram em contradição, a pedagogia de Freire impõe um limite crucial às perspectivas de transformação social (RAMOS, 2010, p.258).

Desse modo deve-se ter cuidado ao se aproximar destes referenciais da EPS, que, em primeira instância, são atrativos, pois trazem um discurso pedagógico encantador e com ares de verdade pautados pela: integração, conexão teoria/prática, resolutividade, problematização e transformação, relacionados à educação e trabalho.

Já se sabe, entretanto, que a apropriação de termos pedagógicos socialistas tem servido ao capital para confundir e obscurecer os reais objetivos de suas propostas, conformando uma espécie de ideologia. Mascarenhas assevera (2005, p.165):

Percebemos que a relação educação e trabalho, ainda que estabelecida como objetivo de realização, transformação e emancipação, não pode ser encarada de maneira ingênua. Sabemos como esta relação está permeada pelas relações de poder, pelos conflitos existentes entre os grupos e pelos diversos interesses que estão em jogo. Por isso, é preciso politizar essa discussão.

A análise das relações educação, trabalho e saúde permite a compreensão de que a EPS não é um discurso neutro e desinteressado! No tópico seguinte a intenção é discutir mais especificamente a concepção de EPS na PNEPS.

3.3 A Educação Permanente em Saúde na PNEPS

A concepção da EPS da PNEPS é por nós analisada, principalmente, valendo-nos dos documentos do Ministério da Saúde e artigos científicos de autores envolvidos com a implantação dessa Política. O cruzamento das informações dos textos legais com as ideias sustentadas nos artigos relativos à Política foi primordial para uma maior aproximação do objeto de estudo aqui proposto.

Com a investigação, constatamos que não houve uma transposição sistemática do ideário da EPS da OPAS para o Brasil. Embora reconheçamos uma filiação da ideia do organismo internacional, percebemos que, no contexto brasileiro, houve novos contornos e desenhos na proposta.

Na PNEPS, a EPS é justificada como um resgate da responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde em ordenar a formação de recursos humanos e contribuir para a consolidação da reforma sanitária brasileira.

A expectativa do Ministério da Saúde é de instituir relações orgânicas e permanentes, estabelecendo o compromisso dos gestores com a formação e dos formadores com o sistema, retirando a preparação de recursos humanos de seu lugar secundário para se tornar eixo central de ação no SUS (BRASIL, 2003). Nesse sentido, a PNEPS traz em seu cerne uma ideia de priorizar a educação no próprio SUS, o que, historicamente, estava em segundo plano e acontecia de forma fragmentada e pulverizada.

A opção do DEGES pela EPS tem como justificativa quatro fatores centrais: superação das orientações conceituais heterogêneas até então adotadas, que dificultariam a transformação dos

serviços; eliminação da compra de serviços educacionais das instituições de ensino; dispensa da tradição da educação continuada de programar pacotes de cursos e treinamentos aplicados, pontuais e fragmentados que privilegiavam as aprendizagens técnicas em detrimento dos processos coletivos do trabalho; além da supressão de consultores externos para as análises e formulações da tomada de decisões (BRASIL, 2003; 2005).

Um problema que o DEGES considera relevante é superar a tradição de capacitações planejadas fora do contexto real de trabalho, pois tal essa maneira de planejar não contribuem para repensar as problemáticas do serviço. A intenção é de mudar a verticalização do planejamento da educação, cujas decisões, tradicionalmente, são de especialistas ou consultores de áreas técnicas do Ministério ou Secretarias e de romper com a lógica tradicional de compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais. A ideia de Ceccim (2005) é de que a PNEPS faça a disseminação da capacidade pedagógica por toda a rede do SUS, mediante um processo de descentralização da gestão, possibilitando ao serviço de saúde pública um espaço de ensino-aprendizagem no trabalho.

Nesse sentido, tanto na PNEPS como no ideário da OPAS, a EPS tem o desafio de desenvolver-se como contraproposta da educação continuada, utilizando-se de um referencial metodológico centrado na relação educação e trabalho. O Deges reconhece que os programas de educação já existentes teve pouca capacidade de impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de desafiar atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas e conseqüentemente do serviço, pois "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" (BRASIL, 2003). No quadro 2, a seguir são expostas diferenças da educação continuada e educação permanente.

Quadro 2: Diferenças da educação continuada e EPS na PNEPS

Pressupostos Pedagógicos	Educação Continuada O “conhecimento” preside/ define a prática	Educação Permanente As práticas são definidas por múltiplos fatores (conhecimento, Valores , relações de poder, organização do trabalho etc.). Aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa).
Objetivo principal	Atualização de conhecimentos específicos.	Transformação das práticas.
Público	Profissionais específicos, de acordo com os conhecimentos a trabalhar.	Equipes (de atenção, de gestão) em qualquer esfera do sistema.
Modus operandi	Descendente. A partir de uma leitura temas e conteúdos a serem trabalhados com os profissionais, geralmente sob formato de cursos.	Ascendente. A partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identifica-se os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão; possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas.
Atividades Educativas	Cursos padronizados- carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma.	Muitos problemas são resolvidos/equacionados em situação. Quando necessário, as atividades educativas são construídas de maneira ascendente, levando em conta as necessidades específicas de profissionais e equipes. As atividades educativas são construídas de maneira articulada com as medidas para reorganização do sistema (atenção - gestão - educação – controle social articulado), que implicam acompanhamento e apoio técnico. Exemplos: constituição de equipes de especialistas para apoio técnico às equipes da atenção básica em temáticas específicas prioritárias; instituição de processos de assessoramento técnico para formulação de políticas específicas.

Fonte: (BRASIL, 2005).

Para o DEGES, os modelos de educação profissional tradicionais (educação continuada) adotados pelo Ministério, até então, eram reducionistas, pois focavam principalmente o domínio cognitivo: "Capacitam-se profissionais que ao retornarem aos seus serviços não conseguem 'aplicar' o que 'aprenderam' ou constatarem que o que 'aprenderam' não lhes fornece elementos suficientes para enfrentar as problemáticas da realidade concreta" (BRASIL, 2003). A PNEPS

inverte esta lógica, pois estabelece que as propostas de educação sejam construídas pelas próprias equipes de trabalho do SUS, que vivenciam seus problemas direta ou indiretamente e devem:

Enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em **eixo transformador**, em **estratégias mobilizadoras de recursos e poderes**, em **recursos estruturantes do fortalecimento do SUS** deixando de estar limitados a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado à saúde (BRASIL, 2003, p.2, grifos do autor).

Ao contrário das antigas práticas referenciadas pela educação continuada, consideradas atividades desarticuladas da gestão, dos serviços e da organização do sistema e do controle social, a EPS "deve ser tomada como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde" (BRASIL, 2004f, p.13). A aposta na permanência dar-se-ia pela vinculação do planejamento da EPS a todos estes setores.

Nesse sentido, para o Ministério da Saúde, a EPS visa a contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços. Segundo o DEGES a

Educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação 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 e tenham como objetivos a **transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho** e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. (BRASIL, 2005, p.10, grifos nossos).

Romper com a fragmentação do processo de educação em saúde, até então existente, para transformar o SUS, é o desafio que se propõe à PNEPS. Para a transformação, torna-se crucial adotar uma “nova lógica pedagógica”. Ao contrário de conteúdos e temas descolados da realidade do trabalho, o referencial passa a ser os próprios problemas do SUS. "A educação permanente também parte do pressuposto da aprendizagem significativa e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas **reais** de

profissionais **reais** em ação na rede de serviços ou na rede de gestão” (BRASIL, 2003, p.5, grifos do autor).

A aprendizagem significativa é uma teoria desenvolvida por David Ausubel²¹, mas não se encontra nem nos documentos e nem na produção teórica da OPAS e da PNEPS uma referência direta ao pensamento deste autor. Segundo Moreira (1997) a aprendizagem é dita significativa quando uma nova informação (conceito, idéia, proposição) adquire significados para o aprendiz por meio de uma espécie de ancoragem em aspectos relevantes da estrutura cognitiva preexistente do indivíduo, em conceitos, idéias, proposições já existentes em sua estrutura de conhecimentos (ou de significados) com determinado grau de clareza, estabilidade e diferenciação. Acontece uma interação entre o novo conhecimento e o já existente, na qual ambos se modificam, pois o processo não é estático; o conhecimento vai sendo construído e nunca é internalizado de maneira literal, porque no momento em que passa a ter significado para o aprendiz entra em cena o componente idiossincrático da significação.

Ausubel demarca uma diferenciação entre aprendizagem significativa e a atividade mecânica. De acordo com Moreira (1997) aprender significativamente implica atribuir significados e estes têm sempre componentes pessoais. Aprendizagem sem atribuição de significados pessoais, sem relação com o conhecimento preexistente, é mecânica, não significativa. Na aprendizagem mecânica, o novo conhecimento tem uma significação, embora seja armazenado de maneira arbitrária e literal na mente do indivíduo.

Deste modo, percebe-se a influência da noção de aprendizagem significativa de Ausubel nos documentos ministeriais, pois a aprendizagem significativa na PNEPS refere-se a uma pedagogia que concebe um papel **mais ativo** do aluno/trabalhador, que precisa ter disposição para aprender, pois confronta-se com a tradição da memorização do conteúdo como acontece nos modelos tradicionais ou da educação continuada. Os saberes a serem aprendidos têm de ser **potencialmente significativos**, psicologicamente relacionado com a **experiência prévia** do indivíduo. Vejamos uma citação do DEGES:

²¹ Psicólogo e pedagogo norte-americano, nascido em 1918, que se destacou no estudo dos processos de aprendizagem e desenvolveu a teoria de aprendizado de aprendizado significativo, com bases no construtivismo que descreve como o estudante adquire conceitos, e como se organiza sua estrutura cognitiva. Para saber mais ver Ausubel, Novak, Hanesian(1978).

Na aprendizagem significativa, educador e estudante têm papéis diferentes dos tradicionais. O professor não é mais a fonte principal da informação (conteúdos), mas o facilitador do processo ensino-aprendizagem, que deve estimular o aprendiz a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento. Necessariamente, os conteúdos trabalhados devem ter potencial significativo (funcionalidade e relevância para a prática profissional) e, também, responder a uma significação psicológica, de modo a valorizar elementos pertinentes e relacionáveis dentro da estrutura cognitiva do estudante (conhecimentos prévios). Para que a aprendizagem seja significativa, há que se trabalhar com uma pedagogia diferenciada, que considere cada aprendiz com seus potenciais e dificuldades e que esteja voltada à construção de sentidos, abrindo, assim, caminhos para a transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social (BRASIL, 2003, p.5).

Ceccim (2004/2005) associa a noção de aprendizagem significativa com as teorias de educação e emancipação de Paulo Freire²². Na visão do DEGES a aprendizagem significativa traz a “possibilidade de transformar as práticas profissionais.(....). Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm “(BRASIL, 2009, p.20). A aprendizagem significativa, neste sentido, parece ser tributária da idéia de metodologia problematizadora, compreendida como superadora da alienação, ultrapassando o mero repasse de conhecimentos e possibilitando a conscientização e a possibilidade de transformação social.

Ramos (2010) considera que, para além da problematização e da relação dialógica, típicas do pensamento de Paulo Freire e da perspectiva cognitivista de David Ausubel, a teoria da aprendizagem significativa tem influências de Dewey, que valoriza a investigação e reflexão da experiência cotidiana e considera que o pensamento surge de uma situação vivida. Na visão deweyana "compreender significa aprender um significado, o que implica contemplar um objeto em suas relações com outras coisas, observar com o que opera ou funciona, que consequências se seguem dele, o que pode produzir e que utilidade pode ter" (RAMOS, 2010, p.179). Deste modo, a aprendizagem significativa vincula-se ao pragmatismo.

A aprendizagem significativa associada às teorias problematizadoras são as bases pedagógicas que permitem a compreensão da EPS como "aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho" (BRASIL, 2009, p.20), concepção já trabalhada pela OPAS. Mas haveria distinções na proposta da PNEPS?

²²Ceccim (2005) destaca as seguintes obras freireanas que influenciam a EPS: *Educação e Conscientização*, *Educação como Prática da Liberdade*, *Educação e Mudança*, passando pela *Pedagogia do Oprimido*, *Pedagogia da Esperança*, *Pedagogia da Cidade*, *Pedagogia da Autonomia* e *Pedagogia da Indignação*.

Um aspecto inovador é a ideia da ampliação das parcerias ensino/serviço para um conceito de intersetorialidade, que envolve profissionais de saúde, estudantes, docentes, pesquisadores, gestores, movimentos sociais, controle social, etc. Segundo a Portaria nº198/ GM:

Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as **relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde** (BRASIL, 2004a, p.2 grifos nossos)

Na PNEPS há uma ampliação da ideia de problematização e aprendizagem significativa, como é explicitado neste trecho do documento ministerial:

A concepção pedagógica fundamentada na **aprendizagem significativa requer articulação dos papéis da academia, dos órgãos/setores gestores dos serviços de saúde e das instâncias do controle social**, sugerindo cooperação na seleção dos conteúdos, na produção de conhecimentos e no desenvolvimento de competência profissional (BRASIL, 2003, p.4-5, grifos nossos).

Nessa perspectiva, a aprendizagem significativa associar-se-ia ao que Ceccim e Feuerwerker (2004) denominam “quadrilátero da formação”, que amplia o âmbito da EPS da parceria ensino/serviço já previsto na OPAs para outros segmentos, envolvendo, agora, na elaboração dos processos da EPS, trabalhadores, gestores, usuários (controle social), professores/acadêmicos, os quais na visão do DEGES possibilitam a construção de estratégias com maior potencial de ser utilizadas na prática.

De acordo com Ceccim (2005), o quadrilátero da formação envolve:

a) análise da educação dos profissionais de saúde: objetiva mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;

b) análise das práticas de atenção à saúde: objetiva construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;

c) análise da gestão setorial: objetiva configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;

d) análise da organização social: objetiva verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

Os PEPS constituíram os espaços interinstitucionais do “quadrilátero da formação” que tinham o objetivo de superar a racionalidade gerencial hegemônica verticalizada, ao democratizar as decisões da EPS com seus representantes.

O DEGES acredita que, diferentemente da noção programática de implementação de práticas educativas (previamente selecionadas), como acontecia nos programas de educação continuada tradicionais, a PNEPS pode congrega, articular e colocar em rede por meio dos PEPS, diferentes atores (quadrilátero da formação), destinando a todos um lugar de protagonista na condução dos sistemas de saúde locais.

Segundo o DEGES, com base em uma lógica descentralizadora e democrática, a ideia inicial pautou-se pela ampliação dos espaços de liberdade dos trabalhadores na conformação das práticas e na criação de espaços de convivência comprometidos com os interesses e as necessidades dos usuários (BRASIL, 2004a), (BRASIL, 2005). Assim, na PNEPS, a Educação Permanente em Saúde toma contornos diferenciados da proposta original da OPAS:

A Educação Permanente em Saúde difundida pela Organização Pan-mericana da Saúde, segundo a proposta de Educação Permanente do Pessoal da Saúde, reconhecia que somente a “aprendizagem significativa” seria capaz da adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano, mas na aposta de que trata este texto, a Educação Permanente em Saúde configurou-se do desdobramento de vários movimentos de mudança na formação dos profissionais da área, na atenção em saúde, na gestão setorial e no exercício do controle social no setor (CECCIM, 2005, p.982).

Bravin (2008) considera que a EPS e a gestão participativa descentralizada por meio dos PEPS são as propostas centrais na vigência da Portaria nº 198/GM. Na Portaria GM/MS nº 1996, o quadrilátero da formação continua sendo mencionado, mas a gestão descentralizada toma novos contornos, pois os Colegiados de Gestão e as CIES tomam o lugar dos PEPS, com aumento da “capacidade pedagógica regional para a intervenção na área da Saúde” (BRASIL, 2009a, p.23). Nesta proposta de quadrilátero, no entanto, as CIES estão subjugadas às decisões do Colegiado de Gestão, funcionando mais como comissão de apoio ao PAREPS e projetos educacionais. Com

isso há o fortalecimento do próprio serviço, principalmente da Secretaria Estadual de Saúde, como gestor da EPS.

Outro traço diferencial da proposta é a vinculação mais expressiva da PNEPS à vertente institucionalista da Educação, influenciada, segundo Ceccim (2005), pela produção de René Lourau e George Lapassade²³ (Lourau, 1975; Lapassade, 1983 ou Lourau & Lapassade, 1972), que propuseram alterar a noção de Recursos Humanos, para a noção de coletivos de produção, propondo a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, utilize autoanálise e autogestão para as mudanças institucionais.

Rovere (2005, p.169) considera que “quizás conectado con los Institucionalistas aunque estimo que esta perspectiva está mucho menos trabajada por la conceptualización que la OPAS realizó sobre la EPS”. A problematização freireana, nesta perspectiva, vai ser associada à psicologia organizacional com as noções de auto-análise, autogestão e mudança institucional, como nos aponta Ceccim (2005, p.982):

A definição de educação permanente em saúde da *Política* proposta foi carregada pela noção de prática pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação – em saúde – como central aos processos educativos ao mesmo tempo que o colocava sob **problematização, isto é, em auto-análise e autogestão** (grifos nossos).

Na série Pactos pela Saúde da PNEPS, Davini (2009) considera que a mudança institucional é a orientação essencial nos processos de educação permanente. A aprendizagem do trabalhador, neste sentido, converte-se não apenas em um saber desinteressado mas também em uma ferramenta de intervenção institucional, que gere compromisso nos trabalhadores.

Enfim, a concepção de EPS na PNEPS ampliada baseia-se na descentralização dos processos de gestão, pauta-se na ideia do quadrilátero da formação, tem como premissa básica a problematização, a aprendizagem significativa da vertente freireana, associada à ideia de autoanálise e autogestão da vertente institucionalista, que tem como objetivo central formar atores mais comprometidos com o processo de transformação do SUS.

²³LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983; LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975; LOURAU, R.; LAPASSADE, G. **Chaves da Sociologia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972

A questão do trabalho na saúde aparece como ponto central da proposta. Cabe perguntar: seria a EPS uma proposta emancipadora para o trabalho da saúde? É possível formar com base na EPS trabalhadores mais compromissados com a transformação do SUS?

Torna-se importante aprofundar no próximo capítulo as questões relativas à Educação, trabalho e Saúde, buscando desvendar seus reais sentidos na PNEPS.

CAPÍTULO IV

TRABALHO E EPS: TRANSFORMAÇÃO OU ALIENAÇÃO?

Pela análise dos documentos da PNEPS e da produção teórica acerca da temática envolvida, constatamos que o eixo central da proposta da EPS é a **reestruturação do trabalho da saúde**. O objetivo deste capítulo é aprofundar na categoria trabalho e buscar apreender, no contexto da PNEPS, suas mediações e reais sentidos.

A relação entre educação e trabalho fundamenta-se nas teses marxistas, sendo compreendida como uma relação dialética, podendo ser marcada por uma positividade ou uma negatividade, a depender do contexto histórico em que esta se desenvolve.

A PNEPS concebe uma positividade na relação entre educação e trabalho, ao considerar a “transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho” (BRASIL, 2003, p.5), o que contraria as teses marxistas que vêem a impossibilidade do trabalho como fundamento educativo no capitalismo.

Para compreender melhor esta discussão, optamos por iniciar o capítulo com a educação e trabalho, segundo as teoria marxista.

4.1 Educação e trabalho na teoria marxista

Trabalho, no seu sentido mais imediato, pode ser entendido como: ocupação, ofício, tarefa, ou atividade ligada a um conceito econômico. Na nossa sociedade, há diferentes formas de trabalho: alguns que aparentemente são livres, como o dos profissionais liberais; os que dependem diretamente de um salário e de um empregador, outros que se expressam pela escravidão ou outras formas de servidão. Há de se lembrar também daqueles que não têm trabalho.

É certo que há uma positividade na relação entre trabalho e educação. O homem se educa para melhor viver e poder usufruir de sua vida. Se o trabalho é a base das relações sociais, tem implicação direta no processo formativo do homem.

O trabalho pode ser pensado como relação criadora do homem com a natureza, produzindo a existência humana, como atividade de autodesenvolvimento físico, material, cultural, social,

político, estético, ou seja, o trabalho pode ser compreendido como manifestação de vida. Esta acepção é bem refletida por Marx, que considera o trabalho como uma categoria central nas relações sociais dos homens com a natureza e com os outros homens.

É possível imaginar a vida do homem sem o trabalho? Provavelmente não, pois sem o trabalho não há sobrevivência humana. Desde os primórdios, o homem se diferencia dos animais pela atividade do trabalho, seja nas realizações materiais e espirituais, seja na alimentação, no vestuário, nas religiões ou artes, criadas e recriadas a partir da natureza. Para Marx (1983, p.149) “O trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação media, regula e controla seu metabolismo com a natureza”. Neste sentido, o trabalho é reconhecido como a base da existência humana.

O trabalho torna o homem um ser social, aquele que mediante a produção e reprodução diferencia os homens dos animais, sendo considerada uma atividade essencialmente humana. Marx (1983) compreende que, ao defrontar com a matéria natural, o homem põe em movimento as forças de sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural de modo a transformá-la em algo útil para sua própria vida.

Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporeidade, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil à própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza (MARX, 1983, p. 149).

O homem, ao produzir os meios para a satisfação de suas necessidades básicas de existência, ao produzir uma realidade humanizada pela sua atividade, humaniza a si próprio. Deste modo, a própria existência do homem depende da atividade do seu trabalho.

Como todos os outros animais, o homem é capaz de transformar a natureza para seu próprio bem-estar, mas é o único ser vivo que consegue formular a ideia do produto que deseja antes de sua concretização, não seguindo, portanto, uma programação da espécie, como explica Marx:

Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colméias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele constrói o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que

já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e, portanto idealmente (MARX, 1983, p.150).

Marx e Engels (2005) asseguravam que o primeiro pressuposto de toda a existência humana e de toda a história é que os homens devem estar em condições de viver para poder “fazer história”. Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam a satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material e, de fato, este é um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história. O segundo ponto é que, satisfeita essa primeira necessidade, a ação de satisfazê-la e o instrumento de satisfação já adquirido conduzem a novas necessidades. "Nesse processo de auto-realização da humanidade, de avanço do ser consciente em relação ao seu agir instintivo, bem como do seu avanço em relação à natureza, configura-se o trabalho como referencial ontológico fundante da práxis social" (ANTUNES, 2009, p.139).

Desse modo, o trabalho também participa na constituição do ser social e está voltado para o processo de humanização do homem. Lukács (1979) considera que, neste processo, haja posições teleológicas primárias, ligadas diretamente ao trabalho e à interação com a natureza, e posições teleológicas secundárias mais complexificadas e desenvolvidas, denominadas por ele, **práxis social interativa**, que envolve a política, a religião, a ética, a filosofia, a arte, as quais também encontram seu fundamento na esfera do trabalho. Na perspectiva lukacsiana, Antunes (2009) considera que o trabalho

configura-se como protoforma da práxis social, como momento fundante, categoria originária, onde os nexos entre causalidade e teleologia se desenvolvem de modo substancialmente novo; o trabalho, como categoria de mediação, permite o salto ontológico entre os seres anteriores e o ser que se torna social. É como a linguagem e a sociabilidade, uma categoria que se opera no interior do ser: ao mesmo tempo em que transforma a relação metabólica entre homem e natureza e, num patamar superior, entre os próprios seres sociais, autotransformar o próprio homem e a sua natureza humana. E como no trabalho estão todas as determinações constitutivas da essência do ser social, ele se mostra como sua categoria originária (ANTUNES, 2009, p.145).

Em uma perspectiva ontológica, o trabalho é o elemento fundante de todas e quaisquer relações humanas e extrapola a visão mais imediata de trabalho, como ofício ou profissão, constitui elemento de transformação humana. Assim como Lukács, Marx já considerava a potencialidade do trabalho como elemento humanizador (educador) do homem e alertava em suas teses nos *Manuscritos econômicos filosóficos* que, na particularidade histórica do capitalismo, o

trabalho carrega em si uma negatividade. O trabalho ao invés de criação e transformação torna-se alienação.

Na ótica marxista, no capitalismo, a essência do trabalho, é roubada, porque não constitui enriquecimento para o trabalhador. Na verdade, as relações trabalhistas tornam-se mercantilizadas, e a exploração, a roda que movimenta todo o sistema. Desse modo,

O trabalhador se torna tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadoria cria. Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. O trabalho não produz somente mercadorias, ele produz a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e isto na medida em que produz de fato mercadorias em geral (MARX, 2004, p.28).

Esta contradição torna o trabalho do homem um processo estranho a ele. O trabalho que não lhe pertence não tem significado para sua vida, significando a perda do homem em si próprio. O processo de organização da produção capitalista não permite ao homem um processo de pertencimento e de realização do processo de construção humana. O trabalho perde sua razão de ser, tornando-se um instrumento que se volta para os interesses do capital.

No modo de produção capitalista, a finalidade do trabalho perde a razão de ser. Ao invés de realização, torna-se alienação. Ao invés de riqueza, fruição torna-se rejeição, cansaço, perda de vida. Ao mercantilizar-se o trabalho perde seu valor de uso e passa a ser medido e quantificado como valor de troca. Aí está o triunfo do capital. Segundo Mészáros (2002, p.606):

Para tornar a produção de riqueza a finalidade da humanidade, foi necessário separar o valor de uso do valor de troca, sob a supremacia do último. Esta característica, na verdade, foi um dos grandes segredos do sucesso da dinâmica do capital, já que as limitações das necessidades dadas não tolhiam seu desenvolvimento. O capital estava orientado para a produção e a reprodução ampliada do valor de troca, e, portanto poderia se adiantar à demanda existente por uma extensão significativa e agir como um estímulo poderoso para ela.

Assim, a origem de todo o processo de alienação está no modo de organização da produção capitalista, que tem a propriedade privada como a gênese de todo o processo. “Ser” e “ter” passam a ser quase sinônimos, ou seja, no capitalismo quanto mais se tem mais reconhecimento social. Ter, ao contrário de ser, converte-se no fundamento teleológico humano, produzindo um processo de estranhamento ou alienação humana.

Marx (2004) explica esse processo de estranhamento com base em quatro categorias, a saber: estranhamento do produtor com seus produtos, estranhamento no ato da produção, dentro

da própria atividade produtiva, estranhamento a partir do ser genérico do homem e o estranhamento do homem pelo [próprio] homem.

No capitalismo há um **estranhamento do produtor com os produtos** que produzem. Marx (2004, p.81) afirma que: “Na determinação de que o trabalhador se relaciona com o produto do seu trabalho como um objeto estranho, estão todas estas conseqüências”. Isso porque o objeto que o trabalho produz se defronta ao trabalhador como um ser estranho, com um poder independente do produtor.

O produto do trabalho é a objetivação do trabalho. É o trabalho que se fez coisa, tornou-se concreto, mas, na lógica do capitalismo, a objetivação do trabalho efetiva-se pela perda do objeto. O trabalhador não se apropria do que produz, sendo assim, a apropriação se torna estranhamento, alheamento. O trabalhador produz, mas não usufrui. Faltam-lhe os objetos mais necessários à sua vida e ao seu trabalho. Desse modo, quanto mais trabalha, mais servil se torna o trabalhador, ao domínio do seu produto e do capital.

O trabalhador se relaciona com o produto de seu trabalho como um objeto estranho e suas conseqüências são que: quanto mais o trabalhador se desgasta trabalhando, tanto mais poderoso se torna o mundo objetivo alheio que ele cria diante de si, tanto mais pobre se torna ele mesmo, seu mundo interior, (e) tanto menos o trabalho pertence a si próprio [...] A exteriorização do trabalhador em seu produto tem o significado não somente de que seu trabalho se torna um objeto, uma existência externa, mas, bem, além disso, [que se torna uma existência] que existe fora dele, independente dele e estranha a ele, tornando-se uma potência autônoma diante dele, que a vida que ele concedeu ao objeto se lhe defronta hostil e estranha (MARX, 2004, p.81).

No trabalho estranhado, quanto mais o trabalhador se apropria da natureza sensível por meio do trabalho, tanto mais ele se priva dos meios de vida, seja porque a natureza sensível deixa de ser um objeto pertencente ao seu trabalho ou um meio de vida, produto de seu trabalho, seja porque, cada vez mais, deixa de ser meio de vida no sentido imediato, meio para subsistência física do trabalhador. A natureza é a matéria no qual o trabalho humano se ativa e se produz. Ela oferece os meios de vida duplamente, no sentido de que o trabalhador não pode viver sem objetos nos quais se exerça e no sentido mais estrito, como subsistência física do trabalhador mesmo.

O resultado da realização do trabalho aparece como a “desrealização” do trabalhador. O objeto produzido pelo trabalhador aparece como estranho a ele e independente dele. *A priori* as mercadorias deveriam existir para suprir necessidades, mas no sistema capitalista quanto mais se produz, menos se possui, isto é, o trabalhador não possui os objetos que produz. A apropriação do

objeto é feita pelos donos da propriedade, tornando o trabalho um ato alienado ou estranho ao trabalhador. Segundo Marx (2004, p.82):

O estranhamento do trabalhador em seu objeto se expressa, pelas leis nacional-econômicas, em que quanto mais o trabalhador produz, menos tem para consumir; que quanto mais valores cria, mais sem valor e indigno ele se torna; quanto mais bem formado seu produto, tanto mais deformado ele fica; quanto mais civilizado seu objeto, mais bárbaro o trabalhador; quanto mais poderoso o trabalho, mais impotente o trabalhador se torna; quanto mais rico de espírito o trabalho, mais pobre de espírito e servo da natureza se torna o trabalhador.

O mundo externo sensível deixa de ser um objeto resultante do trabalho humano, ou seja, aquilo que o trabalhador produz não corresponde àquilo que ele vive, que usufrui, aquele que construiu não tem acesso ao que foi por ele construído. Mesmo um trabalho considerado **diferenciado**, ou nas palavras de Marx, **poderoso**, torna-se direta ou indiretamente mercadoria, perdendo seu sentido como realização humana. A lucratividade passa a ser o verdadeiro **fim** em uma relação que se torna naturalizada pela humanidade e é formada e reconhecida explícita ou implicitamente na família, na escola, na mídia, nas igrejas ou em qualquer outra relação social.

Marx considera que o capitalismo desenvolve o estranhamento na essência do trabalho, porque não considera a relação imediata entre o trabalhador (o trabalho) e a produção. A alienação do trabalhador não se dá somente com o produto de seu trabalho, mas com o próprio trabalho. Isso implica que o processo de estranhamento também se dá no ato da produção, no interior da própria atividade produtiva.

Se o produto do trabalho é a exteriorização, então a produção mesma tem de ser a exteriorização ativa, e a exteriorização da atividade, a própria atividade de exteriorização. A externalidade do trabalho aparece ao trabalhador como se o trabalho não fosse seu, mas de outrem, como se o trabalho não lhe pertencesse e assim há uma perda de si mesmo. Nesta condição de trabalho estranhado,

[...] o homem [o trabalhador] se sente livremente ativo só ainda em suas funções animais, comer, beber e procriar, no máximo ainda moradia, ornamentos, etc., e em suas funções humanas só [se sente] ainda como animal. O que é animal se torna humano e o que é humano [se torna] animal (MARX, 2004, p.83).

Não há vínculo do trabalhador com o trabalho, e este afigura-lhe como um castigo, como se fosse uma atividade voltada contra ele mesmo, independente dele. Marx entende que, no capitalismo, a alienação para além da relação do trabalhador com sua produção, passa a incrustar-

se no próprio homem, tornando-o também mercadoria. A propriedade privada torna-se a base central do sistema capitalista, e influencia o plano mediato e imediato do processo de socialização. De acordo com Marx,

O lugar de todos os sentidos físicos e espirituais passou a ser ocupado, portanto, pelo simples estranhamento de todos esses sentidos, pelo sentido do *ter*. A esta absoluta miséria tinha de ser reduzida a essência humana, para com isso trazer para fora de si sua riqueza interior.

A supra-sunção da propriedade privada, é, por conseguinte, a *emancipação* completa de todas as qualidades e sentidos humanos; mas ela é esta emancipação justamente pelo fato desses sentidos e propriedades terem se tornado *humanos*, tanto subjetiva quanto objetivamente (MARX, 2004, p.109).

Sendo assim, o objeto se torna sujeito e o sujeito se torna objeto, materializando-se, na subjetividade humana, a essência do capital. É nesse sentido que ocorre o estranhamento do homem com o próprio homem, como será visto a seguir.

Marx analisa também o **estranhamento a partir do ser genérico do homem**. O homem é reconhecido como um **ser genérico**, que possui um traço universal. A universalidade do homem aparece precisamente na universalidade que faz da natureza inteira o seu corpo inorgânico, tanto à medida que ela é um meio de vida imediato, quanto em que é objeto/matéria e o instrumento de sua atividade vital. Para Marx (2004 p.83-84):

O homem é um ser genérico [Gattungswesen], não somente quando prática e teoricamente faz do gênero, tanto do seu próprio quanto do restante das coisas, o seu objeto, mas também – [...] – quando se relaciona consigo mesmo como [com] o gênero vivo, presente, quando se relaciona consigo mesmo como [com] um ser universal, [e] por isso livre.

O homem faz da sua atividade vital um objeto da sua vontade e da sua consciência. A atividade vital consciente distingue o homem da atividade vital animal. Na elaboração do mundo objetivo o homem se confirma como **ser genérico**. “Esta produção é sua vida genérica operativa. Através dela a natureza aparece como sua obra e a sua efetividade. O objeto do trabalho é, portanto, a objetivação da vida genérica do homem” (MARX, 2004, p.85).

Se há o estranhamento do produtor pelos seus produtos e estranhamento no ato do trabalho, há o estranhamento do homem pela natureza e, conseqüentemente, do homem de si mesmo, da sua própria função ativa, da sua atividade vital. Em decorrência, dá-se o estranhamento do homem pela sua essência humana. O homem, ao deixar de ser “homem”, desumaniza-se.

A vida genérica torna-se apenas um meio da vida individual. Primeiramente o trabalho, a atividade vital, a vida produtiva mesma aparece ao homem apenas como um meio para a satisfação de uma carência, a necessidade de manutenção da existência física. “O trabalho estranhado inverte a relação a tal ponto que o homem, precisamente porque é um ser consciente, faz da sua atividade vital, da sua essência, apenas um meio para sua existência” (MARX, 2004, p.85).

Por levar o homem a estranhar ele mesmo e seus produtos, ou seja, o resultado de sua interação com a natureza e, também, a sua própria natureza, o processo de estranhamento ou alienação impede atuação do homem como ser universal e, por conseguinte, separa-o de seu ser genérico. Aliena-o de sua existência como ser humano e livre. Há um estranhamento da sua própria condição humana, ocorrendo um processo de “coisificação” da essência e isto vai influenciar no **estranhamento do homem pelo próprio homem**, repercutindo nas suas relações sociais.

Marx considera que a essência humana é o homem social, como fundamento da sua própria existência e atividade humana. O homem social ou a sociedade se torna então a unidade essencial completada do homem com a natureza.

O homem por mais que seja, por isso, um indivíduo particular, e precisamente sua particularidade faz dele um indivíduo e uma coletividade efetivo-individual – é do mesmo modo, tanto a totalidade, a totalidade ideal, a existência subjetiva da sociedade pensada e sentida para si, assim como ele também é na efetividade, tanto como intuição e fruição efetiva da existência social, quanto como uma totalidade de externalização humana de vida. Pensar e ser são, portanto, certamente diferentes, mas estão ao mesmo tempo em unidade mútua (MARX, 2004, p.108).

À medida que o processo de trabalho aliena o homem dos objetos de seu trabalho, de si, de seu ser genérico, também o aliena dos demais homens, pois o homem torna-se estranho ao próprio homem. Sendo assim, a espécie humana inteira aliena-se entre si e se individualiza. O homem perde sua essência como animal social.

De acordo com o pensamento de Marx: e perco minha identidade como ser humano perco a universalidade da espécie humana pois "a minha própria existência é atividade social; por isso, o que faço a partir de mim, faço a partir de mim para a sociedade, e com a consciência de mim como um ser social." (MARX, 2004, p.107). A própria existência é atividade social. Se me estranho, me coisifico, estranho a todos os homens, coisificando todas as relações sociais.

Conforme Marx, no capitalismo, o homem, ao se tornar mercadoria, toma o outro também como mercadoria, e suas relações humanas, imperativo maior de sua existência como homem, tornam-se embrutecidas e desumanizadas.

O trabalho como categoria ontológica, e definidor do modo humano de existência, perde a sua função de ser e se reduz a dimensões economicistas. O homem torna-se a existência abstrata do homem como um puro homem que trabalha e que, por isso, pode precipitar-se diariamente de seu pleno nada no nada absoluto e, portanto, na sua efetiva não existência [...]

A produção produz o homem não somente como uma mercadoria, a mercadoria humana, o homem na determinação da mercadoria; ela o produz nesta determinação respectiva, precisamente como um ser desumanizado tanto espiritual quanto corporalmente – imoralidade, deformação, embrutecimento de trabalhadores e capitalistas. Seu produto é a mercadoria consciente de si e auto-ativa, a mercadoria humana (MARX, 2004, p.93-94).

A perda da individualidade/sociabilidade do homem e seu encontro/desencontro com a condição de mercadoria juntamente com a propriedade privada passam a constituir a “mola mestra” da essência do próprio capital. A mais valia produzida pelo trabalho do homem conduz ao processo de acumulação, colocando o dinheiro e os valores de troca como a referência das relações humanas esvaziadas, que se tornam naturalizadas. “O próprio homem é posto na determinação da propriedade privada” (Marx, 2004, p.106). Não há objetividade externa humana e não há subjetividade, pois o capital assim se apropria da vida.

O fetichismo contribui para o processo de obscurecimento deste intrincado arranjo que naturaliza o mercado como centro das relações humanas, por meio de mediações diversas, sutis, complexas e dificilmente perceptíveis. As objetivações estranhadas pelo homem tornam-se imprescindíveis para manutenção do projeto do capital, convertendo-se em diversos formatos e modelos nos diferentes espaços de convivência “humana”.

Ao mesmo tempo, o eu real dos **sujeitos produtivos** é destruído por meio da fragmentação e da degradação do trabalho à medida que eles são subjugados às exigências brutalizantes do processo de trabalho capitalista. Eles são reconhecidos como “sujeitos” legitimamente existentes apenas como **consumidores manipulados** — como fictícios “consumidores soberanos”. (MÉSZÁROS, 2002, p. 611, grifos dos autores).

Alguns poderiam considerar (e muitos o consideram, principalmente os pós-modernos) que as teses marxistas já estão superadas, pois as condições de trabalho, hoje existentes, são diferentes do século XIX de Marx. Embora se reconheça que o capitalismo do XX possui diferenças e tenha se tornado mais complexo, continua organizado segundo as mesmas bases

estruturais, que o sustentaram nestes últimos séculos, a saber: propriedade privada e exploração da mais valia do trabalhador. Assim, pela fetichização da realidade mantém ainda hoje uma condição servil da humanidade, tanto material quanto afetiva, justificada e naturalizada pelos interesses de acumulação do grande capital.

Nesse sentido, compreendemos que o capitalismo e seus problemas não foram suprimidos, mas se desenvolveram, preservando a alienação como a essência do trabalho. Segundo Antunes (2009, p.130) conforma-se uma "subjetividade inautêntica" em relação ao que se produz e para quem se produz, ainda que qualitativamente diferente, pois estabelece-se no mundo do trabalho toyotista, fenomenicamente minimizada pela redução da separação entre a elaboração e execução, "contando com maior participação" nos projetos que nascem das "discussões dos círculos de controle de qualidade" havendo maior "envolvimento" dos trabalhadores com o processo produtivo.

A "subjetividade inautêntica" implica, ainda, a apropriação pelo capital, da criatividade e desenvoltura do trabalhador, como elemento para incrementar a lucratividade. Assim, a apropriação da "mais valia" do trabalhador é mais complexa, pois o capital busca apropriar-se também das características psíquicas e sociais no trabalho. Liderança, envolvimento, participação, trabalho em equipe passam a ser grandes traços diferenciais no mundo do trabalho. E na fase de desemprego estrutural, de precarização das condições de trabalhos, a alienação assume novos contornos, não só no trabalho, mas também na vida fora dele, na esfera da reprodução societal.

Deste modo há mais distanciamento com a aparência de um despostismo mais brando, a sociedade produtora de mercadorias torna, desde cedo o seu nível microcósmico, dado pela fábrica moderna, ainda mais profunda e interiorizada a condição do estranhamento presente na subjetividade operária. Sob a condição da separação absoluta do trabalho, a alienação assume a forma de perda de sua própria unidade: trabalho e lazer, meios e fins, vida pública e vida privada, entre outras formas de disjunção dos elementos de unidade presentes na sociedade do trabalho (ANTUNES, 2009, p.132).

Assim, no capitalismo contemporâneo, intensificam-se a precarização e a exclusão do trabalho, resultando em formas de reificação (ou coisificação) mais desumanizadas e brutalizadas, levando os trabalhadores à rejeição da vida social, com isolamento, apatia chegando à agressividade e violência. Desse modo, a alienação mantém-se e se desenvolve. Com efeito,

outras formas de estranhamento não têm sido suprimida, como acreditam alguns teóricos que convivem com a exploração do capital como condição “natural” da humanidade.

Por outro lado, não se pode esquecer da perspectiva da contradição, pois o capitalismo não é o “princípio e o fim da história”. Justamente são as contradições que o mantêm, que abrem perspectivas para a sua superação. Kuenzer, em entrevista a Nogueira (2000), diz: “Ao contrário, este modo de produção e organização social cada vez mais excludente é produto da ação dos homens ao longo da história e traz em seu ventre os germes de sua destruição, em face de sua própria voracidade; é pela ação dos homens, na história, que ele será destruído”.

Tendo aproximado de algumas questões da alienação do trabalho na sociedade capitalista, no próximo tópico, passamos à discussão do trabalho na PNEPS.

4.2 A reestruturação do trabalho na lógica da PNEPS

Recentemente tem sido dada grande ênfase à gestão dos estabelecimentos de saúde, aos processos de trabalho, e a EPS tomou força como elemento capaz de desencadear nos trabalhadores compromisso com o mundo do trabalho do SUS. A construção de novos modelos tecno-assistenciais, e a reorganização dos processos produtivos de saúde têm sido a grande tônica do Ministério da Saúde, o que no governo Lula, reflete na criação de uma secretaria específica para a gestão do trabalho e da educação em saúde, a SGTES.

Com a criação da PNEPS, o trabalho toma uma grande centralidade, sendo reconhecido como grande potencial educativo e transformador dos processos formativos e das práticas de saúde, como se verifica no trecho a seguir.

No mundo do trabalho, a responsabilidade dos serviços de saúde no processo de **transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde**, levou ao desenvolvimento da proposta da educação permanente, considerada um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2003, grifos nossos).

Na PNEPS, a EPS passa a relacionar com a **micropolítica do trabalho em saúde**, torna-se uma vertente associada à reestruturação produtiva do trabalho na saúde, visando à construção dos processos relacionais e subjetivos, que instaurarem novas possibilidades de organização do cuidado com a saúde.

A **micropolítica do trabalho vivo** reconhece o mundo do trabalho como espaço de criação de novas subjetividades essenciais para a mudança institucional. Micropolítica é um termo utilizado por Guattari, que tem influência de Deleuze. Refere-se aos efeitos da subjetivação, conjunto de fenômenos e práticas capazes de ativar estados e alterar conceitos, percepções e afetos (modos de pensar-sentir-querer). "Toda problemática micropolítica consiste, exactamente, en intentar agenciar los procesos de singularización en el propio nivel en el cual emergen" (GUATTARI e ROLNIK, 1986, p.152). Na perspectiva da micropolítica, a educação deve ser um instrumento permanente, que estimule os trabalhadores a novas posturas para um melhor cuidado com a saúde. Nos documentos da PNEPS, não se encontra explicitamente o termo micropolítica, são mais comuns referências à teoria nos artigos e textos dos autores/implantadores da PNEPS. Segundo Merhy, Ceccim e Feuerwerker (2006, p.8),

En la política de educación para el SUS, la gestión del Ministerio de Salud entre 2003 y 2005, se propuso trabajar la EPS como una "caja de herramientas" que permitiera actuar sobre la micro-política del trabajo en salud, para ampliar los espacios locales de concertación de políticas y los espacios de libertad de los trabajadores en la conformación de las prácticas, y crear espacios colectivos con potencial para construir nuevos acuerdos de convivencia, comprometidos con los intereses y necesidades de los usuarios

Na visão destes autores, a ideia da formação como política do SUS poderia se inscrever como uma potência permanente para desencadear uma **positividade** nos trabalhadores para inventarem a mudança no serviço de saúde. A teoria da micropolítica tem como pressuposto que a organização do saber não se estrutura igualmente nos diferentes tipos de trabalho, havendo processos produtivos nos quais o peso que o **trabalho morto** expressa é maior que o **trabalho vivo** ou vice versa. Segundo a micropolítica, em certas produções, o processo de captura do **trabalho vivo** pelo **trabalho morto** é diferenciado, permitindo imaginar situações em que o exercício do protagonismo/liberdade predomine em relação aos momentos de protagonismo/reprodução no mundo geral da produção.

No caso da área da saúde, há uma aposta de maior protagonismo nas situações de protagonismo/liberdade, visto que o objeto do profissional de saúde (trabalho em si do trabalhador) não é plenamente estruturado, pelo fato de ser relacional, conta com a interseção entre o profissional e os usuários em todas as fases de sua realização. De acordo com a

micropolítica concebida por Merhy (2002) ²⁴, as tecnologias de ação do trabalho em saúde, ao desencadear processos de intervenção em ato, entre profissionais e usuários possibilitariam momentos de maior protagonismo.

Nesse contexto, **tecnologia** tem um novo significado. Não se refere especificamente a equipamentos e máquinas, envolve outras dimensões do cotidiano do trabalho em saúde. Merhy (2002) identifica a existência de uma "maleta tecnológica", com três tipos de tecnologias: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras estão relacionadas aos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. As tecnologias leve-duras seriam as intermediárias, como, por exemplo: os saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde (a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo). As tecnologias leves dizem respeito aos processos relacionais no encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário e relacionam-se à produção de vínculo, à autonomização, ao acolhimento.

Os arranjos das diferentes tecnologias, segundo Merhy (2002), determinariam os variados modelos técnico-assistenciais. Por exemplo, em um modelo da “medicina neoliberal tecnológica”, os médicos tomam posse dos espaços microdecisórios, definindo um modelo de atenção com a incorporação de **tecnologias duras e leve-duras**, negligenciando as **tecnologias leves**. Pelo contrário, em um modelo de medicina mais humanizado que siga o eixo das necessidades dos usuários como seu ordenador, os processos de incorporação tecnológica (**tecnologia leve**) são mais preponderantes do que tecnologias **dura e leve-dura** dos espaços microdecisórios.

Merhy (2002) reconhece que o modelo de medicina neoliberal é um empecilho para desenvolver nos trabalhadores o compromisso de consolidação da reforma sanitária. Por isso, o processo de mudança não pode ser considerado tranquilo, pois a potência e a impotência da micropolítica do trabalho vivo são pensadas por ele, como uma característica situacional que pode ser atravessada por distintos processos instituintes. Pode tornar-se uma ousadia, nos momentos em que se abrem fissuras nos processos instituídos, na lógica estruturada da produção ou na gestão dos trabalhos que se centram nos interesses dos usuários (usuário-centrado) . Pode, ainda, ao contrário, ser configurada como impossibilidade, quando não há a intencionalidade da

²⁴ Merhy é uma das principais referências da micropolítica do trabalho vivo e participou como consultor do DEGES, quando da implantação da PNEPS.

mudança, quando os profissionais de saúde se deixam levar pela cultura de imobilidade e alienação.

O campo das **tecnologias leves** é reconhecido como o de maior **penetrabilidade**, pois acarreta intervenção nos atos, nas relações, nos encontros de subjetividades, os quais desencadeiam um grau de liberdade significativa na escolha do modo de produção. O trabalho em saúde, conduzido pelo núcleo das tecnologias leves, diante das tecnologias leve-duras e duras, teria maior propensão ao **trabalho vivo em ato permanente**. Seria um trabalho mais “interseçor”²⁵, que aconteceria no ato do atendimento em contraponto ao trabalho do tipo fabril, que poderia ser considerado mais “objetal”, em que o usuário não faz parte da ação. O termo “interseçor” é inspirado no termo “intercessor” de Deleuze (1992) do livro "Conversações", que em Merhy traz a idéia de interseção/intervenção.

Para Merhy (2002, p.65):

Entender esta dupla dimensão da ação do trabalho vivo em ato, de gerir processos institucionais e de realizar produções propriamente ditas, assim como as possibilidades de tocá-la com processos diretamente referentes aos seus módulos tecnológicos de existir, é primordial na reflexão que está propondo, pois permite compreender como se pode interferir nos modos como o trabalho vivo opera uma dada produção concreta como um modo essencialmente interseçor de ser e através de suas formas tecnológicas leves de agir, capturadas de determinadas maneiras em relação ao trabalho morto que opera coetâneo consigo ao mesmo tempo em que permite tocar nas maneiras como institucionalmente esse processo é um espaço de ação governamental, privado e público, que define os processos de ‘penetrabilidade’ mais ampla ou restrita, das arenas onde se decide o sentido da instituição.

A mudança de postura é fundamental para o **trabalho vivo em ato** e é aí que estratégia da EPS se articula, impelindo os trabalhadores a reduzir a dimensão centrada no profissional ou nos procedimentos (tecnologia leve-duras e duras) e enfatizar o eixo das tecnologias leves, levando os profissionais, quando do encontro com seus pacientes, a ser mais humanizados e ter maior compromisso com a ação de cuidar do usuário. Na visão de Merhy, Feuerwerker, Ceccim (2006):

²⁵ O termo “interseçor” é inspirado no termo “intercessor” de Deleuze (1992) do livro "Conversações", que em Merhy traz a idéia de interseção/intervenção. O uso deste termo é para designar o “espaço de relação que se produz no encontro de ‘sujeitos’, isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato, não tendo existência sem este momento em processo, e no qual os ‘inter’ se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou” (MERHY, 1997, p.132).

Lo que confiere vida al trabajo en salud son justamente las tecnologías "blandas", que posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto, utilizando las tecnologías "duras" y "blanda-duras" como una referencia. Cuanto menos creativo es el trabajo y con menor flexibilidad para enfrentar las contingencias que la singularidad impone, se torna en un trabajo menos vivo y más muerto exactamente en ese espacio del trabajo vivo, en el cual los trabajadores de salud reinventan constantemente su autonomía en la producción de actos de salud. Es en ese espacio privado, en que ocurre la relación intersubjetiva entre trabajador y usuario, que se construye y re-construye la libertad de hacer las cosas de manera que produzcan sentido, al menos para los trabajadores, pero preferentemente para las dos partes (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006, p.151).

Nessa visão, diante dos limites estruturais do trabalho em saúde, seja falta de financiamento ou existência de condições precárias de ação, o compromisso do trabalhador na busca da resolutividade do sistema de saúde pública é crucial. O fortalecimento da dimensão cuidadora (tecnologias leves), tanto no âmbito da formação, quanto da reorganização dos serviços da área, é a grande premissa do PNEPS, na qual a EPS assume papel estratégico.

É, nesse sentido que a problematização ou a autoanálise no trabalho de saúde são valorizadas como mecanismo para a elaboração de um **trabalho vivo em ato**, capaz de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos para os atos produtivos em saúde. Estes não se dão de maneira tranquila, pois há o reconhecimento das dificuldades em abandonar o modelo de saúde mercantilizado que ainda prevalece, com a hegemonia das tecnologias duras e leve-duras. Na visão de Ceccim (2004/2005, p.167), para haver mudança de fato, é necessário

Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares “como estão/como são”, deixar o conforto com as cenas “como estavam/como eram” e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde.

Para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos por isso mais que sermos sujeitos (assujeitados pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) precisamos ser produção de subjetividade: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixam em modelos prévios de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente (confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora) (CECCIM, 2004/2005, p.167).

A EPS contribuiria para criar uma nova subjetividade no trabalhador, na sua inteligência e capacidade produtiva, despertando uma “intencionalidade” para a mudança no trabalho na saúde. Para Merhy (2002), a intencionalidade e as rupturas dar-se-iam perante o desconforto

experimentado no cotidiano do trabalho, o contato com a problematização e o reconhecimento das limitações diante dos desafios concretos do trabalho. Segundo Ceccim (2004/2005, p. 176), “Das atividades de educação permanente, das problematizações ao pensar-agir-perceber e de sua interpretação emerge como aprendizagem significativa a invenção de si”, nesse processo há a “dissolução de identidades” e a reconfiguração de novas subjetividades. “Aquele que aprende é pressionado pelas problematizações a reinventar-se, aos seus coletivos e às suas instituições”. (CECCIM, 2004/2005, p.176).

Na **micropolítica do trabalho vivo**, não se concebe a noção de impotência, estranhamento discutida por Marx. Afirma-se, ao contrário, que o **trabalho vivo em ato**, em tese, abriria espaço para a criatividade e para a descoberta de novas formas de produzir saúde. “Una de las finalidades de la EPS, por lo tanto, sería la contribución para que cada colectivo pudiera conquistar la capacidad de ser su propio co-autor en medio de un proceso de reinvención de las instituciones de salud (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006 p.153). Os desconfortos existentes nesses espaços devem ser problematizados, colocados em autoanálise para que possam ser trabalhados na construção de outras interpretações, outras práticas e outros compromissos com o público.

As conversações coletivas tornam-se cruciais na construção de um compromisso efetivo dos trabalhadores de saúde com o mundo das necessidades dos usuários. A esfera intercomunicacional adquire um papel relevante na **micropolítica do trabalho vivo**. Embora o capitalismo tenha invibilizado os processos de autonomia dos trabalhadores, em face das particularidades da saúde, aposta-se nos **atos relacionais** do cuidado com a saúde como possibilidade de elaboração de novas formas para superar a alienação.

Desse modo, a **micropolítica do trabalho vivo** vai fundamentar-se na tese Habermas (2002), desenvolvida em “*O discurso filosófico da modernidade*”, que conferirá um sentido privilegiado à esfera da linguagem e da comunicação no banimento da alienação do trabalho no capital. A tese da “práxis interativa”, de Lukács (1979), entretanto, contrariamente, não considera haver fragmentação entre linguagem e trabalho e assegura que os processos de interação humana, embora mais complexos, não estão desvinculados da esfera do trabalho. Desse modo, não se pode separar os **atos relacionais** dos processos de alienação do capital.

Assim, pautada na disjunção da **práxis interativa** lukacsiana, a **micropolítica do trabalho vivo** atribui ao trabalhador uma potência que lhe permitiria confrontar e superar a alienação do

trabalho no sistema capitalista. Tudo estaria condicionado ao trabalhador da saúde adotar uma nova postura relacional, ter maior comprometimento e intencionalidade em estabelecer uma relação mais humanizada no atendimento e no trabalho de equipe, oferecer bem-estar aos usuários e em consequência tornar a sua atividade válida e reconhecida para ele mesmo.

Esse trabalhador, entretanto, como qualquer outro, está subordinado aos ditames do capital, pois o seu trabalho por mais relacional ou humanizado que seja também está voltado para a lógica mercantil de acumulação. Suas relações estão reificadas, sem referências históricas para além da sua própria história de vida. Por mais que possa gerar bem-estar, o cuidado profissional torna-se mercadoria a ser vendida e consumida, trazendo, em sua essência final, o lucro, o que a faz ser um bem de consumo para poucos.

Garrafa e Cordón (2009) consideram que os espaços do cuidado profissional são inevitavelmente regulados pelo capital, seja como mantenedor ou recuperador da força de trabalho, aumentando a produtividade e dando caráter produtivo ao trabalho em saúde, ou mesmo na distribuição e consumo do instrumental produzido, que tem seus custos incorporados ao valor do atendimento. A respeito disso os autores se expressam: “[...] a produção destas mercadorias (instrumental médico-profissional), por sua vez, produz, além do objeto de consumo, o modo e o instinto do consumo. É neste nível, portanto, que se dá a reprodução do dito setor do capital” (GARRAFA, CORDON, 2009, p.391).

A lógica do capital também se incorpora ao trabalhador de saúde pública, espaço cada vez mais gerido pela lógica mercantil. Em tempos neoliberais, do estado mínimo, a lógica é implantar processos de gestão empresarial na administração da suposta inaptidão do serviço público, de modo que alcance resultados. Nessa lógica, o trabalhador se vê impulsionado a atingir metas de produtividade, a ter seus serviços avaliados permanentemente, a manter seus conhecimentos atualizados.

No artigo intitulado, *“Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho”*, Kuenzer (2004) contrariando a tese de Merhy (2002), assevera que, mesmo com as peculiaridades na área da saúde, há um processo de reestruturação produtiva à semelhança do mundo empresarial, seja no âmbito público ou privado, e, assim, os trabalhadores deste setor não se diferenciam dos demais, no tocante a sua super exploração, em face da valorização do capital que o submete a mais

sofrimento, tornando-o mais vulnerável às doenças ocupacionais e, em especial, à síndrome da desistência ou síndrome de *burnout*. Segundo Carlotto e Gobbi (1999), a definição de Síndrome de *Burnout* é fundamentada na perspectiva social psicológica que se estruturaria com base em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional

É preciso pontuar também que o processo de alienação do trabalho não se dá somente no ato da produção material, como já foi tratado anteriormente, mas também na constituição do homem para si e para os outros homens. Para Marx (2004), no capitalismo a propriedade privada torna-se o grande fundamento do trabalho. Nem o trabalhador, nem qualquer outro, por maior versatilidade que seu trabalho lhe proporcione, por mais intencionalidade que lhe seja atribuída não deixa de estar submetido à lógica do capital da propriedade privada que passa a ser a própria essência do próprio homem. Há um processo de coisificação, o que era matéria se torna humano e o que era humano se torna matéria.

Nesse sentido, a desumanização dos serviços, a individualidade presente nas relações de trabalho em equipe, a alienação dos trabalhadores não estão relacionadas apenas à subjetividade dos trabalhadores, mas também às relações objetivas do sistema de produção capitalista.

No caso da PNEPS, defende-se que, do encontro entre usuário e trabalhador, criar-se-iam um vínculo e possibilidades de superação da alienação do trabalho, mesmo nas condições hegemônicas do capital. Ao contrário do trabalho fabril, admite-se que o trabalho na saúde pode ter reconhecimento por ser relacional. Esta é uma das bases da PNEPS, tese defendida na micropolítica do trabalho vivo, que distingue uma especificidade na relação entre educação e trabalho na saúde, contrapondo-se à práxis interativa de Lukács (1979).

De acordo com a visão lukacsiana, o capital não deforma o sujeito apenas no seu trabalho propriamente dito, mas, de forma contínua e constante, vai se entremeando nas relações familiares, na escola, na igreja, em todos os espaços interativos que são determinados pela objetividade do sistema capitalista. Para Mészáros (2002) o capitalismo é de uma “complexidade insuperável”.

Precisamente porque este sistema de controle sociometabólico é *estruturado de maneira mutuamente antagônica* (das menores células ou 'microcosmos' que o constituem às mais abrangentes unidades globais de intercâmbio econômico e político), as verdadeiras premissas de seu modo de funcionamento contínuo devem ser organizadas de modo que garantam a subordinação permanente do trabalho ao capital. Qualquer tentativa de modificar esta subordinação estrutural deve ser tratada como tabu absoluto daí a evidente comprovação de "complexidade insuperável" (MÉSZÁROS, 2002, p. 217).

Esta complexidade é banalizada pela a **micropolítica do trabalho vivo** ao dar grande peso à intencionalidade do sujeito na superação do capitalismo. O trabalhador da saúde não é um fragmento descolado da história e por isso sujeita-se e é sujeitado à lógica do capital. Constitui-se, assim, em meio a uma tensão entre subjetividade/objetividade, que não é reconhecida na lógica da PNEPS. VIEIRA et al.(2006, p.56) compreendem que há uma fragilidade na micropolítica do trabalho vivo que

advém da visão unilateral que os autores em questão acabam por assumir ao não tratar a relação entre infra-estrutura/superestrutura como uma totalidade, 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.

Ao valorizar a subjetividade, o cotidiano, a construção e desconstrução de territórios, a **micropolítica do trabalho vivo** coloca-se na lógica pós-moderna, chegando a considerar que nestes processos. "não há um sujeito, mas singularidades, algo parecido com a ideia de que “um” são “vários” (FRANCO, 2006). Nesse sentido, pode-se chegar à compreensão de que, ao invés de construção de autonomia, corre-se o risco de cair num relativismo, que dilui a história e mantém o capitalismo como sistema societal inquestionável, pois sem sujeitos históricos também não há razão para pensar a exploração do capital e os processos de luta para sua superação! Segundo Arce:

Retirando-se o sentido da história o futuro deixa de ser preocupação para os indivíduos que mergulhados no cotidiano fragmentado, trocam as grandes lutas da humanidade por ‘pequenas lutas’. Transformações particularizadas de cotidianos particularizados, ‘o imediato toma o lugar do mediato’ e o ser humano perde a noção de humanidade (ARCE, 2005, p.48).

Eis uma contradição na **micropolítica do trabalho vivo**: efetuar uma reestruturação produtiva no trabalho do SUS em consonância com o interesse dos usuários, porém não antagonica aos interesses do capital. Sem sujeitos, sem história, de alguma forma há uma perda de sentido e também de luta pela saúde, fato favorável à consolidação do capital.

Outro elemento a ser analisado na PNEPS é o **método da roda** que compreende a da gestão do cuidado à saúde e a valorização do compromisso dos trabalhadores de saúde com o mundo das

necessidades dos usuários. O **método da roda** foi a metodologia sugerida para democratizar as decisões da EPS nos PEPS. Desenvolvido por Gastão Wagner Campos, derivada do método Paideia, traz a idéia de mudança institucional na saúde. Para Boto (2002), o termo *Paideia* procura traduzir práticas pedagógicas que, na Grécia Clássica, era essencialmente a união da formação humana, com a ideia de uma cultura ampla e geral. *Paideia* consistia, para o mundo grego em, "um dado ideal do cultivo e da conduta: instrução, educação, capacidade para aprender, talento para repartir o aprendizado e multiplicá-lo, curiosidade intelectual, desejo de saber e de comungar o saber com o outro" (BOTO 2002, p.10).

O método da roda, sintonizado com a ideia da micropolítica, tem como objetivo levar os sujeitos à capacidade de atuar sobre o mundo que os cerca, incidindo em reformulações nas instituições e nas organizações. Seu grande “desafio epistemológico organizacional” é a possibilidade de integrar os três campos de prática em saúde, ou seja, a função clínica, função saúde coletiva e a função acolhimento.

A elaboração de um novo modelo tecno-assistencial centrado na atenção à saúde do usuário é primordial, na construção de novas intencionalidades pelo trabalhador. Para Campos (2006):

o objetivo do trabalho em saúde seria, pois, a própria produção de saúde, ou seja, defender a vida, mediante políticas de proteção social, mas também mediante uma ampliação da compreensão e da capacidade de as pessoas agirem de modo comunicativo e solidário. Com este fim, é importante construir a capacidade de essas pessoas identificarem, trabalharem temas que sejam objetos de investimentos para elas mesmas, ou seja, que atendam parcelas de seu desejo e interesse e tenham significado e relevância para a sua própria vida e para os pedaços de mundo envolvidos nesse contexto (CAMPOS, 2006a, p.28).

O **método da roda** busca por meio da comunicação aumentar a capacidade de compreensão das pessoas. Considera a intencionalidade destas para agirem sobre o mundo e sobre elas mesmas e tem como “finalidade realizar um trabalho sistemático para aumentar a capacidade das pessoas agirem sobre o mundo, favorecendo a constituição de sujeitos reflexivos e operativos” (CAMPOS, 2006b, p.56) que busquem bem-estar, justiça social, autonomia e liberdade para as pessoas.

Como acontece na tese da **micropolítica do trabalho vivo**, o **método da roda** valoriza a construção subjetiva da liberdade, ou seja, estrutura-se com base na possibilidade de expressão dos desejos, interesses e valores particulares ou singulares e se articula para a criação de espaços de diálogo e confrontos para manifestação destes. Para Campos (2006a, 2006b), a intenção é de

assegurar espaços para negociação, espaços de cogestão, na busca de resolução de conflitos e elaboração de contratos para garantir processos mais democráticos e menos violentos.

Na PNEPS, as **rodas** constituem pressupostos centrais dos PEPS principalmente na vigência da Portaria nº 198/GM. Já na vigência da Portaria GM/MS nº 1996, o "método da roda" não é mais mencionado nos documentos, embora a composição das CIES se aproxime bastante das ideias dos PEPS, tendo a diferença de estar mais subordinada às instituições próprias do SUS, no caso ao Colegiado de Gestão. Sobre o método da roda, o DEGES assim se manifesta:

Nessa relação entre ensino e sistema de saúde, sai a arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda. 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. Por isso, a União e os estados têm de problematizar para si a função e o exercício de uma coordenação com capacidade descentralizadora e os municípios e as escolas terão de problematizar para si as funções de condução e de execução significativas para o Sistema e não para a produtividade educacional e assistencial, respectivamente. Enquanto os últimos são os lugares de produção da atenção aos grupos sociais territorializados, os anteriores são os apoiadores de ativação para que esta atenção seja integral e resolutive (BRASIL, 2004a, p.3).

Os PEPS foram pensados como locais democráticos para discussão dos problemas de saúde de forma descentralizada, no nível local, de modo que fosse possível aos diferentes sujeitos do **quadrilátero da formação** a “coprodução do singular”. Contrapondo aos projetos tradicionais de gestão, organizados verticalmente por especialistas, buscou-se na PNEPS um método mais **solidário**, com interesses e valores diferentes e uso de convencimento e de negociação como instrumento.

Não haverá um comando vertical e obrigatório, já que na roda todos podem influir e provocar movimento. Nessas rodas, pessoas que realizam as ações e os serviços do SUS e pessoas que pensam a formação em saúde dialogam livremente. Todos juntos, interagindo, identificam as necessidades e constroem as estratégias e as políticas no campo da formação e do desenvolvimento, sempre buscando melhorar a qualidade da gestão (BRASIL, 2005, p.17).

É interessante discutirmos acerca da participação e descentralização propostas na PNEPS. Por um lado, essas propostas estão atreladas aos ideais democratizadores da reforma sanitária, como a questão da participação comunitária nas decisões do SUS. Na perspectiva reformista, “esta possibilidade de recomposição do modo de funcionamento dos sujeitos coletivos nos espaços micro-sociais é um dos caminhos mais seguros para garantir mudanças macrossociais estáveis e com o menor grau de derramamento de sangue possível” (CAMPOS, 2006, p.57).

Por outro lado, a ideia de cooperação social e o desenvolvimento de “gestões democráticas” têm sido reconhecidos como mais uma das ideologias do estado neoliberal, que se pauta pelo envolvimento e participação de todos na realização de atribuições que servem como mecanismo de descentralização das responsabilidades gestoras. Na verdade, a tentativa é de ideologizar a democracia, na busca de conformidade para manutenção das ideias dos que realmente comandam, na tentativa de formar “cidadãos participativos, não mais trabalhadores, mas colaboradores adeptos ao consenso passivo” (FRIGOTTO, 1998, p.48). Não se pretende uma politização, de fato, que questione e promova rupturas reais com a ordem estabelecida. Nesse sentido, cabe indagar: Para onde as rodas se movem? Na visão de Vieira et al.(2006, p.81):

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, trabalhador 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.

As rodas, os PEPS, as CIES, de certa forma, resgatam o **gerenciamento coletivo** ou os *team work* do mundo do trabalho toyotista e ao se articularem como estratégias da **micropolítica do trabalho vivo** e defenderem a comunicação como método de emancipação, aliam-se às teses de pós-modernidade. Para Ceccim (2005, p. 985), as ideias da EPS enfrentam o “repúdio dos universais”, pois “todo o dispositivo se define pelo que detém em novidade e criatividade, capacidade de se transformar ou se fissurar em proveito de uma disposição de futuro”.

Com base na interação comunicacional como mecanismo para eliminar as supostas diferenças e hierarquia entre os ocupantes da roda, pauta-se por uma suposta **igualdade** de condições entre os componentes do **quadrilátero** para fazer reflexões e procurar soluções para os problemas da EPS. A curta existência e as dificuldades de trabalho democrático nos PEPS (CONASS, 2005), todavia demonstram a tensão real da **roda viva**, pois o discurso da igualdade não suprime a desigualdade real que existe no período histórico do capital. Há de reconhecer que até mesmo nos **jogos de crianças** existem dificuldades de reconhecer o mesmo direito de voz.

Na saúde, a proposta da **roda de conversa**, principalmente no campo da educação popular, é tida como politicamente correta e bem aceita, pois assenta-se em um discurso difícil de ser criticado. Quem seria contra: o diálogo? A democracia? A igualdade de fala? Agregar os interesses das diferentes instituições participantes? Valorizar a negociação e a pactuação?

A ideia de **democratização** das rodas, no entanto, em certa medida, ao colocar os sujeitos como **iguais**, mascara a desigualdade e, conseqüentemente, a possibilidade de o sujeito pensar realmente na razão de existirem tantas desigualdades na área da saúde. Assim, de algum modo, sutilmente vai desaparecendo a discussão da desigualdade, pois todos são em tese "iguais" e precisam então pensar na gestão do SUS que já está posta.

Na verdade, não há muitas alterações, pois, embora se articule um discurso baseado em decisões verdadeiramente democráticas, com a ideia do planejamento mútuo e coletivo, no qual todos têm direito de voz, os processos continuam tão à mercê da "força das coisas" quanto no passado, pois

o relacionamento entre capital e trabalho é a manifestação tangível da hierarquia estrutural insuperável e da desigualdade substantiva. Assim, em sua própria constituição, o sistema do capital indiscutivelmente não pode ser mais do que a perpetuação da *injustiça fundamental*. Portanto, quaisquer tentativas de conciliar este sistema com os princípios da justiça e da igualdade são inevitavelmente absurdas (MÉSZÁROS, 2002, p.306).

Este trecho retirado de uma das entrevistas da dissertação de Bravin (2008, p.79) não deixa dúvidas quanto à impossibilidade da igualdade em relação aos PEPS e as rodas:

Quer dizer, como é que você faz uma roda representativa e não hierarquizada num mundo que é profundamente hierarquizado? [...] Então eu acho que é isso, eu sinto um pouco aqui que esse modelo, que eu acho que estrategicamente estava correto, porque era a forma de introduzir gente nova que pudesse avançar a discussão, porque os que estão fazendo a coisa continuam fazendo a coisa do mesmo jeito que eles fazem. Mas aí, ele bate nessa história porque cria um mundo de representações que não têm nada a ver com o mundo real. E adianta muito? Também não adianta muito você decidir, quer dizer, decidiram-se muitas coisas nos conselhos e pólos que são coisas que não foram cumpridas (Entrevistado2).

Diante das supostas ideias de igualdade em um mundo de base desigual, é preciso retomar uma máxima de Marx e Engels (2005, p.52): “Não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência”. Não se pode criar uma intencionalidade flutuante de igualdade, pois é a materialidade do capital e a mercantilização das relações sociais que são reais, a alienação do trabalho, a desigualdade que se impõem como referência na realidade.

Não nos colocamos contrária à luta política dos trabalhadores contra a exploração do trabalho e ao enfrentamento dos desmandos do capital, no entanto, consideramos primordial desvelar os processos ideológicos que permeiam o capitalismo atual, que tem se utilizado inescrupulosamente de referenciais socialistas, como participação ou democratização de ideias,

para manter as coisas exatamente como elas são. Não podemos negar, entretanto, que, em seu componente contraditório, as rodas podem constituir mecanismos contra-hegemônicos e servir como elemento de luta para a real emancipação dos trabalhadores. Devemos lembrar que a ideia de desenvolver este trabalho surgiu da participação e do envolvimento com estas rodas.

Além do **método da roda**, outro ponto central em relação à reestruturação do trabalho da saúde é a **pedagogia construtivista**,²⁶ que passaremos discutir a partir de agora.

Como já vimos, a EPS estrutura-se com base na pedagogia da problematização e na teoria da aprendizagem significativa, além da pedagogia institucionalistas com os conceitos de autoanálise e autogestão.

Mediante a crítica feita à educação continuada (pedagogia da transmissão), a PNEPS recomenda uma perspectiva de educação que se fixe na problematização-reflexão-ação, tendo como principal referência epistemológica o pragmatismo deweyano. Segundo o DEGES,

Ainda nos modelos tradicionais, o papel do professor é o de estabelecer tudo que o aluno deve aprender, transmitir as informações consideradas relevantes (não necessariamente a partir de critérios baseados na realidade de saúde e dos serviços de saúde) e avaliar a capacidade dos estudantes de reter e reproduzir as informações apresentadas. A teoria é abordada antes da prática no intuito de preparar os estudantes para a aplicação dos conteúdos nos campos de estágio e, futuramente, na sua vida profissional. Essa abordagem pedagógica vem sofrendo fortes críticas pela excessiva valorização do conteúdo [que atualmente é fugaz] e pela baixa eficácia [conteúdos distantes da realidade e das necessidades de aprendizagem que levam ao desperdício de tempo, de esforços e à necessidade de requalificação] (BRASIL, 2003).

Por outro lado a problematização e a aprendizagem significativa permitiriam, em tese, que os diversos sujeitos ligados ao trabalho do SUS (trabalhadores ou outros grupos do quadrilátero) criassem compromisso efetivo com a atenção à saúde de qualidade para os usuários. Segundo Ceccim (2005):

Parece que estamos diante do desafio de pensar uma nova pedagogia — que usufrua de todas as que têm implicado com a construção de sujeitos auto-determinados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva — que se veja como amarrada a intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe. (CECCIM, 2005, p.174).

²⁶ Compartilhamos da visão de Miranda (2005) que usa indistintamente o termo “construtivismo” e “pedagogias psicológicas” para “designar a abordagem contemporânea fundamentada em uma ou mais teorias de aprendizagem ou do desenvolvimento e orientado pelo princípio de que o aluno, mediante sua ação e auxiliado pelo professor, deva ser o agente do seu próprio desenvolvimento

Valorizar a reciclagem de conteúdos, como acontece na educação continuada, não contempla a complexidade dos microespaços políticos, nos quais ocorrem os processos produtivos em saúde. Na visão do DEGES, é na criação de uma nova subjetividade do trabalhador que a pedagogia construtivista pode dar sua contribuição. Definir o cotidiano de trabalho como local privilegiado de aprendizagem e educar os sujeitos para assumir um compromisso ético-político e tornar-se capaz de atuar criticamente nos microespaços em que o projeto neoliberal médico se reproduz seria uma maneira de investir na transformação da saúde. Sobre esta questão Ceccim (2005) se expressa:

Não me parece que para gerar auto-análise e autogestão dos coletivos' o 'trabalho com eixo na integralidade' tenha força em si, ou mesmo, que 'as consultorias, os apoios, as assessorias quando implementadas' tenham capacidade de gerar isso com os analisadores (do quadrilátero) da Educação Permanente em Saúde, se não conseguirem atingir a alma do operar ético-político do trabalhador e dos coletivos na construção do cuidado, que é o modo como estes dispõem do seu trabalho vivo em ato, enquanto força produtiva do agir em saúde (CECCIM, 2005, p. 173).

Fundamentada nos referenciais construtivistas, a EPS orienta-se para construção do conhecimento mediante o processo de problematizar nos campos de trabalho. As necessidades de qualificação devem surgir do cotidiano do trabalho e não de conteúdos selecionados *a priori*. Com essa nova metodologia, objetiva-se maior integração do conhecimento, tentando evitar a educação continuada (pedagogia da transmissão) que, segundo o Ministério da Saúde, está

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 realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas. Também são incapazes de lidar 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 das pessoas (BRASIL, 2003, p.4).

Assim, o Deges assume a posição da OPAS do embate direto com a educação continuada, que é considerada uma **pedagogia tradicional**, que não produz sujeitos pensantes. Traz, por outro lado, a ideia da EPS como uma pedagogia inovadora, baseada no construtivismo e que trará nos microespaços da saúde a possibilidade de criar nos sujeitos propostas de ação para a mudança do SUS.

Ao dar destaque à problematização e à aprendizagem significativa, com desvalorização do ensino de **repassar ideias**, a PNEPS enaltece o lema **aprender a aprender**, que se incorpora à dinâmica da micropolítica do trabalho, enaltecendo as tecnologias leves. Segundo Ceccim (2005):

Colocar a Educação Permanente em Saúde na ordem do dia para o SUS põe em nova evidência o trabalho da saúde, um **trabalho que requer: trabalhadores que aprendam a aprender; práticas cuidadoras**; intensa permeabilidade ao **controle social**; compromissos de **gestão** com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação com as práticas concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção de conhecimento (CECCIM, 2005, p.977-979, grifos nossos).

O **aprender a aprender** também se apóia na ideia da **aprendizagem significativa**, pois faz crítica ao método clássico de transmissão de conhecimento, em prol de uma abordagem mais funcional, que leve em conta a aprendizagem dos trabalhadores e a autoestruturação significativa no mundo do trabalho. Assim, os processos educativos construídos pelos próprios indivíduos são valorizados e as pedagogias que enfatizam a transmissão de conhecimentos são reconhecidas como verdadeiros obstáculos para a transformação do serviço.

O **aprender a aprender** pode ser justificado pela necessidade de atualização permanente dos trabalhadores (trabalho em equipe e aprendizagem coletiva e institucional) ou necessidade de atualização de conhecimentos e saberes tecnológicos, que se dão de forma rápida, como alerta Ceccim:

Além da velocidade com que conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde, a distribuição de profissionais e de serviços segundo o princípio da acessibilidade para o conjunto da população o mais próximo de sua moradia – ou de onde procuram por atendimento – faz com que se torne muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores. Torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de **aprender a aprender**, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005, p.163, grifos nossos).

A apropriação do lema aprender a aprender nas propostas educativas de governos, em várias partes do mundo, teve por base os pressupostos da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI, que elaborou o relatório para a UNESCO – conhecido como Relatório Jacques Delors (DELORS, 1999) – propondo um paradigma educacional centrado em um conjunto de saberes necessários aos indivíduos em sua adaptação ao mundo contemporâneo.

O lema **aprender a aprender** carrega em si a ideia de uma autonomia, que daria ao aprendiz a possibilidade de aprendizagem ao longo da vida. Nessa perspectiva, tem assumido grande significação não apenas na saúde, mas em todas áreas principalmente após o lançamento do relatório Delors (DELORS, 1999). Por trazer em si um discurso **progressista e inovador**, o lema **aprender a aprender** se torna uma das grandes novidades da educação contemporânea (DUARTE, 2001a).

Neste relatório, a Comissão introduz o conceito de **educação ao longo da vida**, segundo o qual o indivíduo deve aproveitar todos os espaços de atualização, desenvolvendo aprendizagens fundamentais, apoiado no lema **aprender a aprender**. Com efeito esse lema divide-se em quatro pilares da educação contemporânea: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser. O aprender a conhecer deve ter por base o domínio dos próprios instrumentos do conhecimento; o aprender a fazer está ligado ao processo de formação profissional; o aprender a viver juntos requer que a educação ajude os indivíduos a compreenderem eles mesmos e os outros; e o aprender a ser desenvolveria a habilidade de cada um ser dono do seu próprio destino.

Duarte (2001a) e Miranda (1997) têm considerado que o lema **aprender a aprender** não é tão “novo”, e as propostas construtivistas disseminadas atualmente nada mais são que a velha teoria escolanovista²⁷ revestida com novas roupagens, assumindo uma "retórica reformista" com base em um neoconstrutivismo,²⁸.

Porque a roupagem nova? As demandas do chamado capitalismo flexível, já analisadas anteriormente, implicam novas formas de exploração do trabalho e faz severas críticas à educação descontextualizada desenvolvida pela escola, concebendo que os aprendizes devem educar-se na própria realidade do trabalho. Desse modo, ao incorporar o lema aprender a aprender e depreciar o ensino acadêmico, criticado pela exterioridade e inadequação à realidade

²⁷A Escola Nova foi um movimento de renovação do ensino especialmente forte na Europa, na América e no Brasil, na primeira metade do século XX. O grande nome do movimento na América foi o filósofo e pedagogo norte-americano, John Dewey (1859-1952). Ele considerou que a função da escola é de propiciar uma reconstrução permanente da experiência e da aprendizagem dentro da vida do estudante, tornando o conhecimento elemento que garanta a democracia de oportunidades. Para saber mais consultar a “História das ideias pedagógicas no Brasil” (SAVIANI, 2007).

²⁸Neoconstrutivismo é uma reconfiguração do construtivismo piagetiano, que buscou compreender cientificamente o desenvolvimento da inteligência. No novo construtivismo são pouco frequentes as menções aos estágios psicogenéticos (sensório-motor, pré-operatório, operatório-concreto, operatório-formal) que cedem lugar à retórica reformista do modelo de reestruturação do capital em sintonia com a visão pós-moderna. A pedagogia das competências e o aprender a aprender fazem parte da nova pedagogia (SAVIANNI, 2007).

dos serviços, a PNEPS absorve a mesma crítica ao ensino escolar segundo a qual este não se articula às necessidades do capital.

O lema **aprender a aprender** passa a ser revigorado nos meios educacionais pela crítica à escola na tarefa da transmissão do saber objetivo, pois a cultura escolar estaria, em tese, desligada das reais necessidades do mercado. Para Miranda (1997) dentre os temas educacionais desenvolvidos na América Latina — qualidade, equidade, descentralização, centralidade do conhecimento — este é o que está mais a salvo das críticas. Por quê?

Talvez por expressar uma leitura das transformações sociais e culturais a que estamos submetidos (a sociedade informatizada, a sociedade do conhecimento). Talvez por exprimir de forma muito pragmática, as exigências do conhecimento exigidas por essa sociedade: o aprender a aprender. Talvez por estar referendada por teorias psicopedagógicas muito convincentes na justificação de novas alternativas de enfrentamento dos processos de ensino-aprendizagem. Talvez, simplesmente, para alguns, porque vem escudado na perspectiva do “novo”. E talvez por ser um argumento suficientemente abstrato para justificar a necessidade de mudanças na educação sem necessariamente informar a natureza e a direção dessas mudanças. Qualquer uma dessas pressuposições — para ser sustentada ou negada — requer um aprofundamento dessa discussão (MIRANDA, 1997, p. 46).

No caso da PNEPS, há um consenso sobre a inaptidão das academias para realizarem práticas educativas concretas, pois esta instituição desconhece a realidade dos serviços. Nesse sentido, busca-se uma minimização do papel das academias. A ideia é de que o próprio SUS se torne uma escola, remetendo a educação **permanente** para uma realidade no dia a dia do trabalhador.

Com a Portaria GM/MS nº 1996, a EPS vincula-se ao Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) e os gestores municipais e estaduais, por meio dos Colegiados de Gestão, passam a ser os principais responsáveis pela condução da PNEPS. Seus órgãos de apoios são as CIEs, cujo formato lembra o quadrilátero da formação. Os CIEs têm como representantes gestores do SUS e também gestores da educação, trabalhadores do SUS e representantes de instituições de ensino com cursos na área a saúde. Perante o antiacademicismo que envolve a PNEPS, suspeitamos que esta posição não seja aleatória e a lei, de certa forma, explicita a diminuição do papel das instituições de ensino.

A proposta é a de que o próprio serviço de saúde passe a gerir a EPS, com o apoio as CIEs. Sabemos, entretanto, que com o Pacto pela Saúde, os Colegiados de Gestão já estão sobrecarregados, respondendo às diversas problemáticas de saúde, que demandam dos gestores municipais e estaduais uma grande habilidade para gerir suas Secretarias de Saúde com as

perenes dificuldades de recursos financeiros. É importante lembrar que a elaboração de projetos de EPS implica algum conhecimento na área educacional. Cabe perguntarmos qual é o preparo dos gestores do SUS em relação ao campo da pedagogia? É realmente possível estes gestores conduzirem os processos educacionais, haja visto o tempo ou o preparo específico que esta tarefa impõe? E nesse sentido, devemos questionar se as CIES (juntamente com as instituições de ensino) nas diversas regiões do País têm se colocado realmente no papel de condutora ou de apoiadora deste processo. Elaborar projetos EPS na lógica que o Ministério da Saúde solicita não é uma tarefa fácil!

Com efeito, um documento do próprio Deges (BRASIL, 2004g, p.13) demonstrou que há “baixa apropriação do conceito pedagógico da educação permanente pelos atores institucionais nas locorregiões, seja pela Secretarias Municipais de Saúde (SMS) ou, principalmente, pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES)”. Esse simples fato já confronta com a idéia da EPS e enfatiza a necessidade de se apreenderem conteúdos pedagógicos trabalhados por quem conhece as teorias e práticas educativas.

A lógica do **aprender a aprender** não se constrói somente pelo fortalecimento da gestão da EPS, pelos serviços e pela tentativa de minimização das academias neste processo. Há uma ênfase na construção de um saber que desencadeie a resolutividade dos serviços. Nesse sentido, o **aprender a aprender** associa-se à **pedagogia das competências**.

Na visão de Saviani (2007, p.435), a "pedagogia das competências" é outra face do lema "pedagogia do aprender a aprender”:

[...] o objetivo é dotar os indivíduos de comportamentos flexíveis que lhes permitam ajustar-se às condições de uma sociedade em que as próprias necessidades de sobrevivências não estão garantidas. Sua satisfação deixou de ser um compromisso coletivo, ficando sob a responsabilidade dos próprios sujeitos que, segundo a raiz etimológica dessa palavra, se encontram subjugados à "mão invisível do mercado (SAVIANI, 2007, p. 435).

Embora os documentos da PNEPS não explicitem claramente a questão da formação para as competências, ao valorizar o aprender a aprender, a aprendizagem significativa e a problematização aproximam-se da pedagogia das competências.

Ramos (2006) considera que, de maneira geral a área da saúde foi a que mais absorveu a pedagogia das competências²⁹, principalmente por esta pedagogia basear-se em uma lógica com certo “respaldo científico, supostamente **integracionista** (integração da formação dos trabalhadores com a realidade dos serviços) pautada na **conexão teoria/prática**, com a perspectiva da atenção integral à saúde". Foi difundida no Brasil por sua suposta capacidade de converter o currículo em um ensino integral e por implicar a resolução de problemas e uma ação voltada para os resultados. Ropé (1997) citado por Ramos (2006, p.20) salienta que:

Não é difícil compreender porque a pedagogia das competências ocupou esse espaço tão facilmente. A idéia que se difunde quanto à apropriação da noção de competências pela escola é que ela seria capaz de promover o encontro entre formação e emprego. No plano pedagógico, testemunha-se a organização e a legitimação da passagem de um ensino centrado em saberes disciplinares a um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas. Essas competências devem ser definidas com referência às situações que os alunos deverão ser capazes de compreender e dominar. A seleção das noções que devem ser conhecidas e dos procedimentos a serem dominados, partem desse princípio. Em síntese, em vez de se partir de um corpo de conteúdos disciplinares existentes, com base no qual se efetuam escolhas para cobrir os conhecimentos considerados mais importantes, parte-se das situações concretas, recorrendo-se às disciplinas na medida das necessidades requeridas por essas situações.

A questão do saber aplicável/resolutivo parece ser um dos pontos mais fortes na pedagogia das competências da PNEPS. No caso da PNEPS, há uma priorização da formação de **competências** para resolutividade das demandas epidemiológicas como é possível observar em um trecho da Portaria GM/MS nº 1996, que define a necessidade de "identificar a necessidade de determinadas categorias profissionais e de desenvolvimento dos profissionais dos serviços a partir do perfil epidemiológico da população e dos processos de organização do cuidado em saúde de uma dada região" (BRASIL, 2009a, p.22). Segundo Davini (2009, p.52), na EPS privilegia “a integração das dimensões cognitivas, **de atitudes e competências práticas**, priorizando os processos de longo prazo em detrimento das ações isoladas através de cursos”.

A Portaria GM nº 2.953 (BRASIL, 2009b) evidencia o financiamento das atividades de EPS voltadas para as necessidades de formação identificadas com base nas demandas prioritárias do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), com predomínio da Redução da Mortalidade Infantil e do Plano Estadual de Ação Contingencial para Enfrentamento de Epidemias de Dengue e Influenza

²⁹O marco da introdução da noção de competência na educação profissional em saúde foi a instituição do Sistema de Certificação de Competências do PROFAE (RAMOS, 2006).

A (H1N1). Segundo o documento supracitado, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde deve ser desenvolvido considerando a coerência entre as ações e estratégias propostas, o diagnóstico epidemiológico do Estado, as prioridades do Pacto pela Saúde e a articulação com os Programas estratégicos do SGTES: Pró-Saúde, PET-Saúde, Telessaúde, Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde,

Nesse sentido, principalmente após a criação da Portaria GM/MS nº 1996 (BRASIL, 2007), o DEGES dá grande ênfase à formação de **competência** para o planejamento e para a gestão da saúde pública, incluindo os serviços e as academias. A educação assume um caráter bastante instrumental, destacando a competência do **aprender a fazer**, restringindo seu caráter transformador anunciado nos documentos à uma adaptação às problemáticas do Pacto pela Saúde.

Um ponto forte previsto na PNEPS é a competência do **aprender a ser**. A **micropolítica do trabalho vivo** pressupõe um processo ativo no mundo do acolhimento, da alteridade, tornando o mundo arte-invenção permanente. Assim sendo há uma valorização do **aprender a ser**, no âmbito das tecnologias leves com “a construção da **competência** do trabalhador [...] enquanto sujeito ético-político produtor de cuidado, que impacta o modo de viver de outro, material e subjetivamente constituído [o usuário, individual e/ou coletivo]” (MERHY, 2005, p.172). Vieira et al. salientam que

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-à, fundamentalmente, no próprio ato do cuidado, e, portanto na relação trabalhador usuário (VIEIRA *et al.*, 2006, p.74).

Desse modo, a formação de competências e o aprender colocariam o trabalho em saúde em constante renovação. De acordo com Duarte (2001a), os principais sustentáculos dessas propostas ligadas ao construtivismo são: a aprendizagem como resultante de um processo de transmissão por outra pessoa poderia ser um obstáculo à autonomia do estudante; a construção e elaboração de conhecimentos seriam mais valiosas do que aprender conhecimentos descobertos e já elaborados; a aprendizagem significativa voltar-se-ia para produção de conhecimentos válidos e necessários para o aprendiz e a transmissão de conhecimentos e tradições produzidos pelas gerações passadas perderia o sentido em uma sociedade em constante transformação, o que é reiterado pela PNEPS.

Com efeito, a EPS, ao se referenciar na **pedagogia do aprender a aprender** e na **pedagogia das competências**, estaria direcionada ao movimento de superação do modelo fordista/taylorista. Essa análise torna-se bastante complicada, quando embaralha as ideias progressistas do despertar ético político dos trabalhadores e a consolidação da reforma sanitária às questões de reestruturação do capital.

Em relação às análises sobre a EPS, Ramos (2006) considera haver uma aproximação da PNEPS com as teorias sobre **organização qualificante**, as quais se desenvolvem sob o preceito de que toda produção atualmente tende a assumir a lógica dos serviços, pautados pela imprevisibilidade como origem e ocasião de aprendizagem, adaptabilidade do conhecimento perante as situações mutantes, relevância da comunicação, visando ao trabalho em equipe. A autora considera que este ideário aproxima-se da lógica da pedagogia das competências, ao exigir menos conhecimentos e habilidades técnicas formais sobre os procedimentos e mais competência do trabalhador e vai de encontro à lógica da "autonomia do trabalhador" proposta pela micropolítica do trabalho vivo de Merhy.

A questão da organização qualificante fica bem explícita quando na "Série Pactos pela Saúde", Davini (2009, p.43) considera como aportes teóricos da EPS o "desenvolvimento organizacional, os círculos de qualidade, a qualidade total ou a reengenharia organizativa, particularmente defendida no âmbito das empresas" além da "satisfação dos clientes".

Torna-se crucial salientar que, ao contrário do que pregam a pedagogia das competências, o lema aprender a aprender e as organizações qualificantes, a compreensão dos problemas que se propõe resolver requer muito mais que fundamentos pedagógicos e práticos, demanda aprofundamento a fim de que não se desencadeiem inovações "flutuantes", sem entendimento das suas bases e contradições.

Ramos (2010) considera que apologia ao metodologismo e ao cognitivismo com a ênfase nas metodologias ativas, desenvolvimento de competências e o aprender a aprender criam a ilusão do novo, dando a falsa ideia de que somente no período atual poder-se-iam criar possibilidades reais de formação. Ao contrário, a autora considera que as metodologias, embora proporcionem as mediações necessárias, não são os determinantes imprescindíveis para os processos de aprendizagem, pois conhecer ou apreender o real no plano do pensamento implica, nos tempos atuais e antigos, em uma lógica que se baseia em atribuir significados aos signos que

representam o objeto de conhecimento e, assim, construí-lo conceitualmente. Deste modo, qualquer aprendizagem, seja com base no método construtivista ou não, que se utilize de metodologias ativas ou não, se torna significativa.

Devemos nos perguntar: Em que realmente as novidades educacionais difundidas atualmente contribuem? Para onde se direcionam? Quais são seus fins? Para além do tecnicismo metodológico, do deslumbre com as novidades pedagógicas, que em sua maioria se baseiam em pedagogias não tão inovadoras, e da ênfase pragmatista de valorização do mundo prática que secundariza os saberes teóricos, torna-se preciso ir à radicalidade dos significados reais da educação.

Diante das propostas construtivistas pautadas no ideário pós-moderno, defendemos a necessidade da transmissão de saberes, de uma educação que vá além do cotidiano dos profissionais, além do pragmatismo e da resolução de problemas imediatos. Manacorda (1991) situa uma polêmica direta entre o marxismo e as tendências pedagógicas novas:

Frente à pedagogia tradicional do determinismo ambiental, que reduzia cada homem a um processo formativo limitado e predeterminado pela situação social, as pedagogias novas, que, por diversas vias, destacam a natureza da criança ou do homem, produzem sem dúvida uma ruptura, mas permanecem limitadas a um desenvolvimento espontâneo e, por isso parcial; põem o homem frente a si mesmo e não diretamente frente ao mundo concreto das coisas e das relações sociais, substitui um processo educativo ‘heterônomo’ por um processo “autônomo” que é igualmente limitado (MANACORDA, 1991, p.106).

Marx e Engels (2005, p.66) consideram que “cada geração transmite à geração seguinte uma massa de forças produtivas, de capitais e de condições que, embora em parte modificada pela nova geração, prescreve a estas suas próprias condições de existência”. Gramsci (1989, p.142), em consonância com esta ideia, diz que “toda geração educa a nova geração”. Não se pode negar que há necessidade de transmissão de saberes construídos historicamente e fundamentais para uma educação mais substantiva, educação que leve os sujeitos a entenderem para além do imediato, que leve ao pensamento crítico e radical e que possibilite idéias para além das problemáticas do aqui e agora. Segundo Gramsci (1989),

O conceito do equilíbrio entre ordem social e ordem natural sobre o fundamento do trabalho, da atividade teórico-prática do homem, cria os primeiros elementos de uma intuição do mundo, liberta de toda magia ou bruxaria, e fornece o ponto de partida para o posterior desenvolvimento de uma concepção histórico-dialética do mundo, para a compreensão do movimento e do devenir, para a valorização da soma de esforços e de sacrifícios que o presente custou ao passado e que o futuro custa ao presente, para a

concepção da atualidade como síntese do passado, de todas as gerações passadas, que se projeta no futuro (GRAMSCI, 1989, p. 130).

No serviço de saúde, o trabalhador não pode correr o risco de ficar apenas buscando resolver questões locais, cuja origem, muitas vezes, está em problemas estruturais insolúveis, ligados à “complexidade insuperável” do capital que “é irreformável porque pela sua própria natureza, como totalidade reguladora sistêmica, é totalmente incorrigível” (MÉSZAROS, 2005, p.27). Por isto estas propostas educativas cheias de promessas de transformação acabam sendo vistas com desconfiança por aqueles que já se cansaram de observar a manutenção das coisas como estão.

A EPS 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 privilegiar a aprendizagem em serviço e desmerecer a formação acadêmica. As universidades ainda são lócus privilegiados de exercício do saber que, em certa medida, têm autonomia para trabalhar, de fato, uma educação para transformação. A elaboração desta tese é um bom exemplo que nem todo conhecimento é aplicável, pois optamos por uma discussão teórica da EPS que buscou tensionar a relação teoria/prática e contribuir para analisar os reais sentidos desta teórica no contexto atual.

Nesse sentido, salientamos que a EPS não diz respeito somente a uma questão metodológica na qual os problemas do serviço viriam à tona para resolvê-los. Para além deste pragmatismo, torna-se crucial delinear os conteúdos que ampliem a visão dos trabalhadores, permitindo uma melhor compreensão do trabalho e de suas contradições nesta particularidade histórica. Segundo Ramos:

essas contradições só podem ser enfrentadas se concebermos os trabalhadores como sujeitos de conhecimento e de cultura e, com isto, compreendermos qual o sentido dos conhecimentos para os trabalhadores, no exercício profissional em saúde e na sua condição de sujeito que produz sua existência nas relações sociais em geral, num dado tempo histórico. Sendo assim, os desafios da formação de trabalhadores em saúde situam-se também num plano epistemológico, especialmente quanto aos sentidos dos saberes formais ou conhecimentos científicos e dos saberes profissionais técnicos e sócio-políticos, expressos pela histórica e difícil relação entre teoria e prática (RAMOS, 2006, p.23).

A PNEPS, por sua vez, ao enfatizar a micropolítica do trabalho e a competência do cuidado em saúde, na lógica da qualidade da atenção ao usuário, de certo modo, retira o foco da crítica às condições de trabalho do trabalhador. Na visão de Merhy (2005, p.175):

Para habitar um território será necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos: técnicos, cognitivos, políticos, comunicacionais, afetivos etc. O território é o da saúde, mas para a educação permanente projetada aqui está em jogo um processo de territorialização: construção da integralidade, da humanização e da qualidade na atenção e na gestão em saúde, com um sistema e serviços capazes de acolhimento do outro, responsabilidade para com os efeitos das práticas adotadas, resolutividade dos projetos terapêuticos e afirmação da vida pelo desenvolvimento da autodeterminação dos usuários e da população em matéria de saúde.

Será que **movimentar no território com gingas, alegrias e descobertas** terá impacto na superação de questões apontadas por Abrasco (2003), como: a precariedade nas relações de trabalho; a ausência de uma política salarial setorial; a pouca transparência e consequente falta de controle e regulação do sistema de ingresso nos serviços; a alta rotatividade nos postos de trabalho; a ausência de sistemas de carreira comprometendo a profissionalização do trabalho e dos trabalhadores na área de saúde e por fim, os problemas com aspectos jurídico-administrativos³⁰.? "Ora, não há como se considerar o usuário dos serviços de saúde na sua **inteireza** se o trabalhador da saúde não se sentir **inteiro**" (RAMOS, 2006, p.23, grifos do autor).

Será que, nesta lógica, os gestores do SUS, detentores de maior poder decisório do planejamento da EPS conceberiam uma formação comprometida com para a transformação substantiva do SUS, como, por exemplo, propostas formativas que possibilitem ao trabalhador ter maior poder de luta por condições de trabalho adequadas? Ou, quem sabe, fortalecer o controle social formando conselheiros ou pessoas para cobrarem mais dos próprios gestores?

Certamente não! Como nos diz Kuenzer (2007/2008, p.504), no capitalismo, "não há possibilidade de existência de práticas pedagógicas autônomas; apenas contraditórias, cuja direção depende das opções políticas que definem os projetos, seus financiamentos e suas formas de gestão". Por isso a intenção da EPS não é de buscar compreender a concretude histórica dos problemas, estes se dão como inquestionáveis naturalizados, devendo assim ser administrados.

³⁰ O próprio Ministério da Saúde reconhece as condições precárias de trabalho na saúde e cria o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho, admitindo que cerca de 30% da força de trabalho se encontra inserida em modalidades de relações precarizadas no setor público de saúde (BRASIL; DEGERTS, 2004b).

Desse modo, torna-se crucial desenvolver nos trabalhadores uma educação flexível, criativa, que coloque os sujeitos em um constante processo de pensar novos caminhos nos labirintos do sistema sociometabólico do capital.

Não é esta educação permanente que almejamos. Há necessidade de outra que se baseie na aquisição de todo conhecimento já produzido, que seja tensionado para a busca da superação do capital e do alcance formas autônomas de vida, nas quais o trabalho, de fato, seja reconhecido como elemento de humanização e realização humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar este estudo, salientamos que foi possível colocar um foco de luz em pontos importantes sobre a concepção da EPS. Diante, contudo, da complexidade do objeto estudado e das dificuldades, mais do que ponto final, deixamos algumas reticências e interrogações que indicam a necessidade de novos estudos e aprofundamentos sobre a temática.

Com efeito, a proposta deste trabalho foi de responder à seguinte problemática: Qual é a concepção de EPS da PNEPS? Responder a esta pergunta não é tarefa simples, pois a concepção de EPS está imbricada em uma complexa trama econômica, política e cultural, que a constrói e lhe dá diferentes sentidos. Isso implica a compreensão de que a depender das particularidades históricas e das singularidades em que o conceito está envolvido, ele toma novos significados.

No Brasil da década de 1960, a educação permanente influenciada pelo referencial do **capital humano** idealizava a democratização cultural como possibilidade para retirar o País da sua condição de subdesenvolvido. Na década de 1980, o referencial da EPS, desenvolvido pela OPAS, para além de um significado pedagógico, é compreendido como uma ferramenta estratégica de reestruturação dos serviços de saúde. “A educação no trabalho, pelo trabalho, para o trabalho”, tendo como base a pedagogia construtivista, significou um processo de reestruturação dos serviços diante das novas demandas do modelo de produção toyotista nos tempos neoliberais e pós-modernos, que, nos anos 2000, toma a centralidade na PNEPS no Brasil.

Desse modo, a EPS ganha *status* na PNEPS referenciada pela lógica das **organizações qualificantes**, com ênfase no lema **aprender a aprender** e da **pedagogia das competências**. Pode ser considerada um reflexo da “sociedade do conhecimento”, na qual a educação é vista como um dos elementos centrais para a reestruturação do capital.

É justamente no momento em que o trabalho se encontra cada vez mais instável e precarizado que o Ministério da Saúde aposta na **gestão inovadora**, dando ênfase à questão da EPS. Como forma de descentralizar a gestão da EPS, **rodas e quadrados** são estimulados a encontrar **permanentemente** soluções criativas para a superação da ineficiência dos serviços. A idéia não é de **educação permanente**, mas de **gerenciamento permanente**. Ao contrário de um instrumento de transformação radical, a EPS converte-se em uma ideologia, que seduz pela sua aparência de novidade e de promessas de consolidar a reforma sanitária.

Diante dessa nova/velha lógica, cabe deixar algumas perguntas: Qual é a reforma sanitária que este **gerenciamento permanente** idealizado por organismos internacionais e instituições governamentais almeja? A ênfase na qualidade da saúde dos usuários seria novas interfaces da medicina para intervenção na família e normalização do espaço urbano discutidas por Costa (2004)? Seriam novas formas de adaptar os usuários do SUS, de levá-los a ajustar-se às novas/velhas formas de promover saúde propostas pelo sanitarismo e suas políticas higiênicas? Por outro lado: Quais são os reais objetivos de atribuir aos Colegiados de Gestão (Estado) o poder decisório da EPS?

Marx e Engels (2005, p.78) sustentam que “As ideias da classe dominante são, em todas as épocas, as ideias dominantes”. É certo que, ao adotar uma postura gerencial, a EPS não busca uma transformação substantiva e real, nem uma reflexão crítica radical, pois as problematizações existentes no ambiente de trabalho são **superficiais** não buscam atingir a **radicalidade** das contradições do sistema do capital. A ideia é de manter a estrutura assim como ela está posta e estimular a criatividade dos trabalhadores para buscarem **permanentemente** estratégias remediadoras para driblar os problemas que persistirão em virtude da natureza incorrigível do capital.

É preciso consciência de que o capitalismo tem se mantido e se desenvolvido com seus “pés de barro” por estes séculos, graças à capacidade de manutenção entre os homens de suas bases e inculcação de suas ideologias que mascaram (quando podem) a sua essência exploratória da vida humana. É a exploração do trabalho, justificado pelo acúmulo do dinheiro. É o roubo da vida, justificado pelo acúmulo do dinheiro. É o apaziguamento da utopia, justificado pelo acúmulo do dinheiro. Perante os processos de reificação é que se faz necessário o desenvolvimento do pensamento intelectual autônomo.

Desvelar as ideologias torna-se crucial em tempos nos quais as propostas educativas supostamente **inovadoras** têm invadido o universo da área da saúde e se tornado-se verdades inquestionáveis. Questionar rodas, o aprender a aprender, a pedagogia das competências ou qualquer outra inovação torna-se um verdadeiro sacrilégio o risco de o sujeito ser considerado ultrapassado e tributário da pedagogia da alienação.

Diante dessa realidade, quais devem ser nossas considerações a respeito da educação? Quais são suas reais possibilidades como mecanismo de um processo emancipatório para a humanidade?

Pelo seu componente contra-hegemônico, defendemos que a educação permanente não deve ser abandonada. Segundo Kuenzer (1998, p.69) “afirmar que não adianta lutar por mais e melhor educação é, mais que matar a esperança, eliminar um espaço importante para a construção de um projeto contra-hegemônico”. Se, por um lado, apontamos a impossibilidade de a educação alterar os limites estruturais do capital, por outro, consideramos que a educação seja crucial para a construção de uma nova ordem que busque mudar a realidade de alienação humana, pois a formação de sujeitos/trabalhadores com autonomia intelectual, ética e estética, com bagagem que permita um olhar para além do imediato é relevante para superar o capital. Assim diz Mészáros:

O papel da educação é soberano, tanto para a elaboração de estratégias apropriadas e adequadas para mudar as condições objetivas de reprodução, como para a **automudança consciente** dos indivíduos chamados a concretizar a criação de uma ordem social metabólica radicalmente diferente. [...]. Portanto, não é surpreendente que na concepção marxista a “efetiva transcendência da auto-alienação do trabalho” seja caracterizada como uma tarefa inevitavelmente educacional (MÉSZÁROS, 2005, p. 65).

Devemos aproveitar a efervescência do debate da EPS propiciada pelo Ministério da Saúde de modo a realizá-la para além da idéia do gerenciamento. É necessário que nas CIES ou nos Colegiados de Gestão ou em qualquer outro espaço educacional se busque uma EPS que seja realmente capaz de contribuir com um projeto social diferente. Há necessidade de confrontarmos os modismos educacionais e começarmos de fato a construir um projeto educativo que realmente se constitua em um projeto radical de mudança no trabalho e na vida.

Não é apenas no trabalho propriamente dito que precisamos de uma educação **permanente e contínua**, mas em todos os espaços de convivência humana que propicie enfrentamento com a organicidade do capital. É diante de seu componente contraditório que a educação deve colocar-se como elemento de práxis revolucionária

Desconfiarmos das pedagogias de roupagens pragmatistas que se rotulam como mais concretas e resolutivas torna-se imprescindível em tempos em que a cultura torna-se cada vez mais empobrecida e os intelectuais são considerados pessoas cujo saber não tem nenhuma utilidade. Contrariamente a uma **educação para o cotidiano** e das **verdades pontuais**, reformista em sua essência é que defendemos uma educação que favoreça a articulação dos princípios epistemológicos, científicos, estéticos e tecnológicos para além da lógica da sociedade atual com a exigência da “onilateralidade, de um desenvolvimento total, completo, multilateral, em todos os sentidos das faculdades e das forças produtivas, das necessidades e da capacidade de sua satisfação” (MANACORDA, 1991, P.78).

Para Gramsci (1989, p.8) “Todos os homens são intelectuais, [...] mas nem todos desempenham na sociedade a função de intelectuais”. Nesse sentido, consideramos primordial a ampliação de uma formação intelectual para todos os homens, condição que “inova continuamente o mundo físico e social” e constitua “o fundamento de uma nova e integral concepção do mundo” (GRAMSCI, 1989, p.8). Essa educação intelectualmente ampliada faz sintonia, muitas vezes com a **transmissão** de conteúdos/conhecimentos elaborados com base na real história do homem em relações de reciprocidade com outros, que tenham orientação universal, desvelando a opacidade do real e abrindo os horizontes culturais/humanitários dos trabalhadores.

Precisamos, sim, de uma educação permanente, mas não para remediar as falácias inevitáveis e incorrigíveis do capital. Não para um gerenciamento permanente de suas falácias. Não para driblar as constantes crises do capital. A luta não pode ficar restrita a uma melhor conformação ao mundo do trabalho, deve vislumbrar rupturas com os mecanismos de exploração vigentes.

Pensar o trabalho em outro contexto social, no qual o trabalhador produza para si e no qual o produto do trabalho coletivo se redistribua igualmente, pensar em uma agenda que se contraponha à forma capitalista de produção e aponte para a constituição de novas relações sociais torna-se tarefa educacional nos dias de hoje. Nesse sentido, devemos resgatar uma EPS que busque de fato a “utopia” da “saúde como direito de todos”, pois a história ao contrário que muitos acreditam não morreu e coloca-se como possibilidade **permanente** de construir um novo amanhã.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Gestão do trabalho:** regulação x precarização – o fenômeno da terceirização no setor público de saúde. Brasília: 2003. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/Congresso%20SC/Oficinas/Gestao.pdf>. Acesso em: 26 set. 2009.

ANTUNES, R.L.C. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARCE, A. A formação de professores sob a ótica construtivista. Primeiras aproximações e alguns questionamentos. In: DUARTE, N.(Org.) **Sobre o construtivismo.** contribuições a uma análise crítica. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

AROUCA, S. **O dilema preventivista:** contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 176f. Tese (Doutorado) □ Faculdades de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. D. ; HANESIAN, H. **Educational psychology:** a cognitive view. 2. ed., New York: Holt, Rinehart e Winston, 1978.

BASSINELLO, G.A.H.; BAGNATO, M.H.S., Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. **Rev. Bras. Enferm.** v.62, n.4, pp. 620-6, jul/ago, Brasília.

BARBOSA, R.H.S. A teoria da práxis: retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, p. 9-26, mar./jun.2010.

BOTO, C. Por uma ética em profissão: rumo a uma nova Paideia, **Interface (Botucatu)**, v.6, n. 10, Botucatu, 2002.

BRAGA, E. Educação e treinamento de pessoal para as atividades de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da IV Conferência Municipal de Saúde;** Recursos Humanos para as atividades de Saúde, Rio de Janeiro, 1967. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4_CNs_anais.pdf. Acesso em: 13 out. 2008.

BRAVIN, F. P. **Política e ação pública:** análise da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2008. 119f. Dissertação (Mestrado em Política Social) □. Programa de Pós-graduação em Política Social, UNB. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da IV Conferência Municipal de Saúde**. Recursos Humanos para as atividades de Saúde, Rio de Janeiro, 1967. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4_CNs_anais.pdf. Acesso em: 13 out. 2008.

_____. **Anais da VIII Conferência de Saúde**, Brasília, 1986a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf 2008. Acesso em: 19 nov. 2008.

_____. **Relatório final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde**, Brasília, 1986b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CNRH_sa%FAde.pdf. Acesso em: 19 nov. 2008.

_____. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1988. Disponível em: http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.htm. Acesso em: 09 nov. 2009.

_____. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2008.

_____. **Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde**. Municipalização é o caminho, 14 de agosto de 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1993a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/9_CNS_Relatorio%20Final%20Caderno%2001.pdf. Acesso em: 19 nov. 2008.

_____. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Relatório final. Brasília: Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, Ministério da Saúde; 1993b.

_____. **Coordenação geral de desenvolvimento de Rh para o SUS**. Política de recursos humanos para o SUS: prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde- Brasília- Ministério da Saúde, 1995. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/RHSUS_pol_sum.pdf. Acesso em 20 nov. 2008.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Câmara da Reforma do Estado. Presidência da República. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2010.

_____. **Relatório da X Conferência Nacional de Saúde.** 2 a 6 de setembro de 1996, Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/10_CNS.pdf. Acesso em: 20 nov.2008.

_____. **Emenda Constitucional 29.** 13 de setembro de 2000.

_____. **Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde,** Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf. Acesso em: 19 nov. 2008.

_____. **Monitoramento da implementação e do funcionamento das Equipes de Saúde da Família.** Departamento de Atenção Básica (DAB), Brasília: Ministério da Saúde, 2001/2002.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde:** diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: 2003.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da gestão em educação na saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de gestão e da regulação do trabalho. (DEGERTS). **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva.** Brasília: MS, 2004b.

_____. **XII Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde: Brasília: 2004c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/12_CNS_Relatorio%20Final.pdf. Acesso em: 20 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de Formação dos Facilitadores de Educação Permanente em saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde, Brasília, 2004 d.

_____. Ministério da Saúde. **Aprender SUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: 2004e.

_____. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004 f.

_____. Ministério da Saúde. **Educar SUS**: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1. ed., 1.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004g.

_____. Ministério da Saúde. **A Educação Permanente entra na Roda. Pólos de Educação Permanente em Saúde**: conceitos e caminhos a percorrer. Serie C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2005.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Estado**. Câmara da Reforma do Estado. Presidência da República. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde**. Brasília: 2006a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021. Acesso em: 25 mai. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Revisão da Portaria nº 198**. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília: 2007a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf> Acesso em 26 nov. 2008.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde) Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 2.953, de 25 de novembro de 2009**. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências, Brasília, 2009b.

CAMPOS, A. OPAS. Programa de Adiestramento en salud para centro america y panama (PASCAP). **Educacion permanente em salud** – Aportes conceptuales y metodológicos para su programación a nivel local. Antecedentes e Conceitos Básicos, 1989.

CAMPOS, G.W.S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4 n. 1, p. 19-31, 2006a.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M.. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006b.

CARDOSO, F.H. Apresentação. In: BRASIL. **Plano diretor da Reforma do Estado**. Câmara da Reforma do Estado. Presidência da República. Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2010.

CARLOTTO, M. S., GOBBI, M. D. Síndrome de Burnout: Um problema do indivíduo ou do contexto de trabalho? **Alethéia**, v.10, 103-114. 1999.

CECCIM, R.B.; FEURWERKER, C.M. F. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1): 41-65, 2004.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic. Saúde Educ.** v.9, n.16, p.161-77, 2004/2005.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. In: EPSJV. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde - Rio de Janeiro: EPSJV, 2006, 308 p.

CONASS. **Avaliação dos pólos de educação permanente em saúde**. nota técnica 028/206. Brasília, nov. 2006. Disponível em: <HTTP>/WWW.conass.org.br/admin/arquivos/NT/%2028-06.pdf>. Acesso em 10 jan.2008.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

DAVINI, M.C., PINEDA, E.B, ROSCKE, M.A.; SIGAUD, M.A. **Educación permanente de personal de salud em la región de las Américas**. Fascículo IX: Investigación em apoyo a processo educativos permanentes. Serie desarrollo de recursos humanos nº 86. 1990.

DAVINI, M.C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente os Recursos Humanos de Saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde) Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DELORS, Jacques *et al.* **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC; UNESCO, 1999. Disponível em: <http://4pilares.net/text-cont/delors-pilares.htm>. Acesso em: 23 nov. 2009.

DUARTE, N. **Vigotsky e o “aprender a aprender”**: crítica às apropriações neoliberais e pós-modernas da teoria vigotskiana/ Newton Duarte — 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2001a. (Coleção Educação Contemporânea).

_____. As pedagogias do aprender a aprender e algumas ilusões da chamada sociedade do conhecimento. **Revista Brasileira de Educação**, set/dez, n.18, São Paulo, 2001b.

SCOREL, S; BLOCH, R. A. de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 83-119.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. do; EDLER, F. C. As Origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59–81.

FALEIROS, V.P.; SILVA, J.de F. S.; VASCONCELLOS, L.C.F.; SILVEIRA, R.M.G. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A **construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

FLEURY, S. Para uma teoria do movimento sanitário. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora UNESP, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS, -IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FREITAS, D.N.T. A gestão educacional na interseção das políticas federal e municipal. **Rev. Fac. Educ.** v.24, n.2, São Paulo, 1998.

FRIGOTTO, G. **A produtividade da escola improdutiva: um reexame das relações entre a educação e estrutura econômica social capitalista**. São Paulo: Cortez. 1984.

_____. **Educação e a crise do capitalismo real**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Educação e formação humana. Ajuste neoconservador e alternativa democrática. In: GENTILI, P. e SILVA, T. T. da (Orgs.). **Neoliberalismo, qualidade total e educação: visões críticas**. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. In: FRIGOTTO, G (Org.). **Educação e crise do trabalho: perspectivas do final de século**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

FUKUYAMA, F. **El fin de la historia y el ultimo hombre**. Barcelona : Planeta, 1992.

GADOTTI, M. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito**. 8 ed. São Paulo: Cortez. 1988.

GARRAFA, V. Desafios éticos na política de recursos humanos frente às necessidades de saúde. In: BRASIL. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Relatório final. Brasília: Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, Ministério da Saúde; 1993.

GARRAFA, V.; CORDÓN, J. Determinantes sociais da doença. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 388-396, set./dez. 2009.

GÓIS, A.C.S. **Fundação pública de direito privado**: uma alternativa neoliberal. In: NE notícias (colunistas). 2008. Disponível em: <http://www.nenoticias.com.br/lery.php?var=1227805451>. Acesso em: 03 nov.2009.

GRAMSCI, Antonio. Caderno 22: americanismo e fordismo. In: GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Vol. 4. Edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; coedição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. p. 241-282.

_____. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.

GUATTARI F., ROLNIK S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Editora Vozes; 1986.

HABERMAS, J. **O discurso filosófico da humanidade**: doze lições. Trad. Luiz Sérgio Repa, Rodnei Nascimento. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.L.C.; DAVINI, M.C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Série Desarrollo de Recursos Humanos nº100. Organización Panamericana de la Salud. EUA. 1994.

HIRATA, Helena. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. In. FERRETTI, Celso João. **Novas tecnologias, trabalho e educação**. São Paulo: Vozes, 1999.

IANNI, O. O cidadão do mundo. In: LOMBARDI, J.C.; SAVIANI, D.; SANFELICE, J.L. (orgs.) **Capitalismo, trabalho e educação**. Campinas: Autores associados, HISTEDBR, 2002.

JAMESON, F. Pós modernismo. **A lógica cultural do capitalismo tardio**. São Paulo: Ática, 1996.

KUENZER, A.Z. Desafios teórico-metodológicos na relação trabalho-educação e o papel social da escola. In: FRIGOTTO, G (Org.). **Educação e crise do trabalho**: perspectivas do final de século. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

_____. Exclusão includente e inclusão excludente: a nova forma de dualidade estrutural que objetiva as novas relações entre educação e trabalho. In: LOMBARDI, J.C.; SAVIANI, D.; SANFELICE, J.L. (Orgs.) **Capitalismo, trabalho e educação**. Campinas: Autores associados, HISTEDBR, 2002.

_____. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.2 , n.1: 239-265, 2004.

_____. Reforma da educação profissional ou ajuste ao regime de acumulação flexível? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5 n. 3, p. 491-508, nov.2007/fev.2008.

LACAZ, F.A.de C. O sujeito n(d) a saúde coletiva e pós-modernismo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 233-242, 2001.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LIMA, J. C. F. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. **Trabalho Necessário** (Online), v. 5, p. 5, 2007.

LIMA, J.C.F.; BRAGA, I.F. **Projeto Memória da Educação Profissional em saúde**. Anos 1980-1990. Relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

LIMA, NT, FONSECA, CMO, HOCHMAN, G. A Saúde na construção do Estado nacional no Brasil: Reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima, NT et al (Orgs). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.27-58

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

LOURAU, R.; LAPASSADE, G. **Chaves da Sociologia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972.

LUKÁCS, G. **Ontologia do Ser Social**: os princípios ontológicos fundamentais de Marx. São Paulo: Livraria e Editora Ciências Humanas, 1979.

MANACORDA, M.A. **Marx e a pedagogia moderna**. Trad. Newton Ramos de Oliveira. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1991.

MANILLA, J. M.A., SANTACRUZ, J.; ARANGO, Y.; CASAS, M.E.; RANGEL, F. **Identificación de necesidades de aprendizaje**. Serie desarrollo de recursos humanos Nº 80. Washington: Organización Panamericana de Salud, 1989.

MANILLA, J. M.A., SANTACRUZ, J. Necesidades de aprendizaje: un marco genera. In: MANILLA, J. M.A., SANTACRUZ, J.; ARANGO, Y.; CASAS, M.E.; RANGEL, F. Identificación de necesidades de aprendizaje. **Serie desarrollo de recursos humanos** Nº 80. Washington: Organización Panamericana de Salud, 1989.

MARIN, A. J. Educação continuada: introdução a uma análise de termos e concepções. **Cadernos CEDES**, Campinas, n. 36, 1995.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

_____. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, K. e ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martin Claret, 2005.

MASCARENHAS, A.C. B. Educação, trabalho e política: uma relação inevitável. In: MASCARENHAS, A.C. B (Org.) **Educação e trabalho na sociedade capitalista**. Reprodução e contraposição. Goiânia: Editora da UCG, 2005, 174p.

MÉDICI, A. C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v.2, n.4, p. 409-422, out/dez, 1986.

_____. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafio para os anos noventa. In: BRASIL. **Cadernos RH saúde**. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. v.1, n.1, 1993.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica.** Notas preliminares. Belo Horizonte: 1980. mimeo.

_____. **A evolução histórica da prática médica:** suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1984.

_____. 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.

MERCER, H., BRITO, P.; VIDAL, C.; VAUGEN, S. **El contexto de Los Procesos Capacitantes.** Serie desarrollo de recursos humanos n.79. Washington: Organización Panamericana de Salud, 1989.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos editorial, 1997.

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

_____. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.161-77, 2004/2005.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud colectiva**, Buenos aires, v.2, n.2, p. 147-160, may/ago., 2006.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital.** Trad. Paulo César Castanheira e Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo, 2002.

_____. **A educação para além do capital.** Trad. Isa Tavares. São Paulo: Boitempo, 2005.

MINTO, L.W. Teoria do Capital Humano. In: LOMBARDI, J.C.; SAVIANI, D.; NASCIMENTO, M.I.M. (Org.) **Navegando na história da educação brasileira.** Campinas, São Paulo: Graf FE, HISTEDBR 2006. Disponível em:

http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_teorias_do_capital_humano.htm. Acesso em: 16 mai. 2010.

MIRANDA, G. M. O novo paradigma do conhecimento e políticas educacionais na América Latina. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo: Cortez/FCC, v.100, p. 37-48, 1997.

_____. A organização escolar em ciclos e a questão da igualdade substantiva **Rev. Bras. Educ.** v.14, n.40, Rio de Janeiro, Jan./Apr., 2009.

MOREIRA, A.M. **Mapas Conceituais e aprendizagem Significativa**, 1997. Disponível em: <http://www2.iq.usp.br/docente/famaxim/disciplina/integrada/mapasport-Moreira.pdf>. Acesso em: 16 out. 2010.

NETTO, JP. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

NOGUEIRA, R.P. **Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS**, 2006. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Problemas_gestao_regulacao.pdf. Acesso em: 09 jul.2009.

NOGUEIRA, N.A. D. Entrevista com Acácia Zeneida Kuenzer. **Pensar e prática**. v. 3, jul./jun. p.1-18. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2000.

NOLETO, M.J. **Abrindo espaços: educação e cultura para a paz**, 4 ed.. Brasília: UNESCO, Fundação Vale, 2008.

OPAS. Educación permanente de personal de salud em la región de las américas. Fascículo I: **Propuesta de reorientación**. Fundamentos. Serie de desarrollo de recursos humanos, nº.78, 1988.

OPAS. Educación permanente de personal de salud em la región de las Américas. Fascículo VII. **Bibliografía básica**. Serie de desarrollo de recursos humanos, nº.84, 1989.

PAIM, J. S.. Do dilema preventivista à saúde coletiva. In: AROUCA, S. (Org.). **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo / Rio de Janeiro: UNESP / FIOCRUZ, 2003.

_____. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIVA, V.; RATTNER, H. **Educação permanente e capitalismo tardio.** São Paulo: Cortez, 1985

PAIVA, V. Educação permanente: ideologia educativa ou necessidade social? In: PAIVA, V.; RATTNER, H.(Org.) **Educação Permanente e capitalismo tardio.** São Paulo: Cortez, 1985

PAIVA, C. H. A. **A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-1970).** Sítio do Observatório História e Saúde (OPAS/OMS - COC/FIOCRUZ), v. 1, p. 1-32, 2004. ; Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/opas.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2008.

PASCHOAL, A.S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal.** (Dissertação de mestrado) Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.

PELIZZARI, A; KRIEGL, M.de L.; BAROU, M. P.; FINCK, N. T. L.; DORCINSKI, S. I. **Rev. PEC,** Curitiba, v.2, n.1, p.37-42, jul. 2001-jul. 2002.

PEREIRA, Isabel B. Políticas de saúde e a formação do trabalhador. In: Escola Politécnica de Saúde “Joaquim Venâncio” (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde.** Rio de Janeiro. OMS/OPAS/FIOCRUZ, 2005.

POCHMANN, M. Proteção social na periferia do capitalismo considerações sobre o Brasil. **São Paulo em perspectiva**, v.18, n.2, p. 3-16, 2004

QUINTANA, P.B, ROSCHKE, M.A.C.; RIBEIRO, E.C. de O. Educación Permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. .In: HADDAD Q. J., ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C.**Educación permanente de personal de salud.** Serie desarrollo de recursos humanos, 100. Organización Pan Americana de Saúde, 1994.

RAMOS, M.N. Referência 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 (in prelo).

_____. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil:** um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010.

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Editorial. Transplante de órgãos no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.49, n.1, São Paulo, Jan./Mar., 2003.

RIZOTTO, M. L. F. **O banco mundial e as políticas de saúde no Brasil dos anos 90:** um projeto de desmonte do SUS. (Tese de doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2000.

ROVERE, M. Gestion estratégica de la educación permanente en salud. In: HADDAD Q. J., ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. **Educación permanente de personal de salud.** Serie desarrollo de recursos humanos, 100. Organización Pan Americana de Saúde, 1994.

_____. Comentarios estimulados por la lectura del Artículo “Educação permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário”. **Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

SANTOS NETO, P.M. **Recursos humanos em saúde no Brasil:** a necessidade do planejamento.s/d. Disponível em: <www.observarhccetrede.com.br>. Acesso em 11 ag. 2010.

SAVIANI, D. **História das ideias pedagógicas no Brasil.** Campinas: Autores associados, 2007.

SILVA, S. F.da. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

SOUZA, A.M. A, GALVÃO, E.A.; SANTOS, dos I.; ROSCHKE, M.A. **El proceso educativo.** Serie desarrollo de recursos humanos, 81. Washington: Organización Panamericana de Salud, 1989.

SCHULTZ, T. W. **O valor econômico da educação.** Rio de Janeiro. Editora: Zahar, 1985.

_____. **Capital humano.** Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

VEJA ON LINE. Os desejos da classe média, 2002. Disponível em: http://veja.abril.com.br/200202/p_098.html. Acesso em: 14 jul. de 2010.

VIEIRA, M. A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) **Textos de apoio em políticas de saúde**: Fiocruz, 2005.

VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.R.; BARRETO, C.M.G.; CARVALHO, V.F. **Análise da política nacional de educação permanente em saúde**: um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde, Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.