

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Carlos Mauricio Guimarães Barreto

A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUAS
CONCEPÇÕES DE TRABALHO E EDUCAÇÃO

Rio de Janeiro

2010

Carlos Mauricio Guimarães Barreto

A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUAS
CONCEPÇÕES DE TRABALHO E EDUCAÇÃO

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para a obtenção do
título de mestre em Educação Profissional
em Saúde

Orientadora: Monica Vieira

Rio de Janeiro

2010

B273p

Barreto, Carlos Mauricio Guimarães

A política nacional de educação permanente em saúde e suas concepções de trabalho e educação. / Carlos Mauricio Guimarães Barreto. - 2010.

89 f. : il.

Orientador: Monica Vieira

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

1. Educação Permanente. 2. Política Nacional da Educação. 3. Qualificação Profissional. 4. Trabalho e Educação. 5. Saúde. I. Vieira, Monica. II. Título

CDD 370

Carlos Mauricio Guimarães Barreto

A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SUAS
CONCEPÇÕES DE TRABALHO E EDUCAÇÃO

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para a obtenção do
título de mestre em Educação Profissional
em Saúde

Aprovado em 11/11/2010

BANCA EXAMINADORA

Dra. Monica Vieira – FIOCRUZ / EPSJV

Dra. Isabel Brasil Pereira – FIOCRUZ / EPSJV

Dr. Ricardo Ceccim – UFRGS

*À memória de meus pais,
Reinaldo e Therezinha,
exemplos de dignidade e de justiça.*

AGRADECIMENTOS

À Sonia e à Sofia, as mulheres mais importantes da minha vida, pelo apoio, pelo carinho e pela paciência nas inúmeras vezes em que a necessidade de levar até o fim este trabalho atravessou o espaço de felicidade que procuramos construir no cotidiano.

À minha orientadora, Monica Vieira, que tornou vívida a crença de que um trabalho como esse é necessariamente um trabalho coletivo, e cuja atitude ultrapassou os limites do papel acadêmico, inscrevendo nessa jornada comum uma atitude de motivação, de acolhimento, de solidariedade e de parceria, permanentemente renovadas, sem o que este trabalho inevitavelmente não teria sido concluído.

À companheira Isabel Brasil Pereira, desde a minha chegada à Escola Politécnica de Saúde me acompanhando com o seu apoio e o seu respeito ao meu trabalho, de quem sou devedor do pouco aprendizado que detenho sobre a educação profissional em saúde.

À Angélica Ferreira Fonseca, muitas vezes minha imagem especular no dia a dia, pela troca de experiências quase diárias, que construiu um vínculo de afeto bem humorado, cuja participação nos últimos dias deste trabalho foi também fundamental para a sua finalização.

À Márcia Valéria Morosini, amiga anterior ao reencontro nesta Escola, cuja inteligência e ironia somaram-se a uma profunda solidariedade nos momentos em que havia incerteza sobre as possibilidades da minha permanência nesta instituição, a quem também devo o continente seguro dos primeiros dias em um processo de trabalho bastante novo para um sanitarista xucro.

Aos companheiros do Laboratório de Educação Profissional de Atenção em Saúde que pacientemente aguardaram, com o ônus de uma sobrecarga diferenciada de trabalho em função da redução das atividades desenvolvidas por mim, mantendo uma provocação permanente de mobilização para o desfecho favorável desta dissertação. A cada trabalhador e trabalhadora do meu espaço de trabalho dirijo um carinho muito especial, simbolizado pelo agradecimento ao Assistente de Gestão Rafael.

Aos companheiros da Biblioteca Emilia Bustamante aqui representados por Mário Barroso Mesquita e Sarah Mesquita, uma ajuda formidável principalmente no processo de

busca da documentação em redes, jamais tendo colocado qualquer impedimento ao modo desorganizado de ajuda que sempre empreguei para procurá-los.

Da mesma forma, aos trabalhadores do Serviço de Informática desta Escola que, como um condensado da sua prática diária, diante de um risco de perda irre recuperável de material desta dissertação prontamente intervieram e salvaram a possibilidade que agora se apresenta.

*Sou espanhol integral... Mas odeio o que é
espanhol por ser simplesmente espanhol. ...
Execro o homem que se sacrifica por uma
idéia nacionalista abstrata, pelo fato de
amar a sua pátria com uma venda nos
olhos. O chinês bom está mais próximo de
mim do que o espanhol mau. Canto a
Espanha e sinto-a até a medula, mas, antes
disso, sou homem do mundo e irmão de
todos. É claro que não creio na fronteira
política.*

Federico Garcia Lorca (1898 / 1936)

RESUMO

Este estudo foi realizado no âmbito da Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / FIOCRUZ e teve como objetivo analisar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e as suas concepções no campo de trabalho e educação. Partindo de uma abordagem teórica numa perspectiva crítica elegeram-se os conceitos de trabalho e educação como centrais considerando-se as relações sociais produzidas no modo de produção capitalista contemporâneo que repercutem no processo de qualificação de trabalhadores. Como procedimentos metodológicos recorreu-se à revisão da literatura, análise de documentos públicos e das informações sobre educação permanente em saúde no Sistema do Pacto pela Saúde. O acesso a entrevistas com gestores envolvidos na formulação e implementação da política também permitiu o aprofundamento da análise.

O estudo recuperou o processo histórico de construção das questões do campo do trabalho e educação na saúde, os desafios e as concepções envolvidas nas principais proposições que nortearam a conformação desse campo. A política foi analisada dando-se destaque para os seus limites e possibilidades como alternativa para a qualificação dos trabalhadores do SUS. Foram consideradas, ainda, como elementos para a análise, a mudança gerencial e política na equipe da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Palavras-chave: Educação permanente em saúde. Trabalho. Qualificação profissional.

ABSTRACT

This examination was accomplished in the range of Health Professional Education Post Graduation of Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Polytechnic School of Health Joaquim Venâncio) at Fundação Oswaldo Cruz (Oswaldo Cruz Foundation) and its goal was to analyze the Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (National Policies of Permanent Education in Healthcare) and its conceptions in the working and educational fields. Built on a theoretical approach of a critical perspective, the concepts of working and education have been slated as central taking into account the social relations produced as contemporary capitalistic production which reflects on the process of qualification of workers. The literature review, the analyses of public documents as well as of information on permanent education in health on Sistema do Pacto pela Saúde (Health Agreement System) have been applied as methodological procedures. The access to interviews with managers involved in the policy formulation and implementation also made the in-depths of the analysis possible. The study recouped the historic process of the construction of working and educational field issues, the challenge and conceptions involved in the main propositions which guided the compliance of the field. The policy has been analyzed, including its boundaries and its possibilities, as an alternative to the qualification of workers of Sistema Único de Saúde (Unified Health System). It has also been taken into consideration, as an element of analysis, the political and managerial change in the staff of Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (the Secretary of Labor Management and Health Education of the Ministry of Health).

Key words: Permanent Education in Healthcare. Work. Professional Qualification.

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BM – Banco Mundial

CENDRHU – Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos

CES – Conselho Estadual de Saúde

CEFOP – Centro de Formação de Recursos Humanos para a Área de Saúde

CGR – Colegiados de Gestão Regional

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIES – Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNRH – Conferência Nacional de Recursos Humanos

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONCURD – Coordenação Nacional de Cursos Descentralizados

CSP – cuidados primários em saúde

DEGERTS – Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

EPS – Educação Permanente em Saúde

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ESP – Educação em Saúde Coletiva

ETSUS – Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

FGV – Fundação Getúlio Vargas

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FMI – Fundo Monetário Internacional

IMS – Instituto de Medicina Social

LABORAT – Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde

LATEPS – Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional na Saúde

MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado

MS – Ministério da Saúde

NESC – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NOBRH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organizações Não Governamentais
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAR – Plano de Ação Regional
PEC – Projeto de Educação Continuada em Saúde Coletiva
PEPS – Pólos de Educação Permanente em Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPREPS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF – Programa de Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
REDEPOP – Rede de Educação Popular em Saúde
RS – Rio Grande do Sul
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SISPACTO – Sistema do Pacto pela Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	14
1 TRABALHO E EDUCAÇÃO, A POLITECNIA E AS NOÇÕES DE QUALIFICAÇÃO E DE COMPETÊNCIA	19
1.1 RELAÇÕES SOCIAIS NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA.....	24
1.2 A ARTICULAÇÃO ENTRE TRABALHO E EDUCAÇÃO E A POLITECNIA COMO POSSIBILIDADE DE TRANSFORMAÇÃO	28
1.3 UMA ABORDAGEM DA QUALIFICAÇÃO COMO RELAÇÃO SOCIAL	32
1.4 A ACUMULAÇÃO FLEXÍVEL E O MODELO DE COMPETÊNCIA	36
2 TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE	42
2.1 A CONFORMAÇÃO DO CAMPO	42
2.2 A EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE	46
2.3 FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE.....	48
2.4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO SÉCULO PASSADO: UMA PROPOSTA DE RENOVAÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA O SERVIÇO.....	53
2.4.1. Educação permanente e o processo de trabalho em saúde	55
3 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM NOVO PARADIGMA?	60
3.1. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM NOVA PERSPECTIVA.....	60
3.2. À GUIA DE FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	63
3.3. A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS PORTARIAS MINISTERIAIS	65
3.3.1. Portaria GM / MS N° 198	66
3.3.2. Portaria GM / MS N° 1996.....	69
3.4. COMENTÁRIOS SOBRE UMA INFLEXÃO ANUNCIADA	75
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	84

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação foi organizada em três capítulos que discorrem sobre as questões referentes ao campo do trabalho e educação na saúde, com ênfase na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Na introdução apresenta-se o objeto do estudo, a sua relevância, os objetivos e as concepções teórico-metodológicas que embasam a análise realizada.

O primeiro capítulo trata, em uma perspectiva crítica, das questões teóricas, destacando-se as noções que permitem apreender a construção da relação trabalho-educação. Buscou-se analisar as relações sociais produzidas no modo de produção capitalista e as transformações recentes no mundo do trabalho que, associadas à atual organização econômica mundializada, repercutem no processo de qualificação profissional dos trabalhadores.

O segundo capítulo apresenta o processo histórico de construção das questões do campo do trabalho e educação na saúde enfocando o contexto, os desafios e as concepções envolvidas nas principais proposições que nortearam a conformação desse campo. Procurou-se compreender o processo que possibilitou à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) ser identificada como relevante estratégia de mudança em relação à formação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

O terceiro capítulo aborda a proposta da educação permanente em saúde, buscando compreender os seus direcionamentos a partir da identificação dos principais aspectos expressos na formulação e na implementação da PNEPS. Foram consideradas, ainda, as repercussões das alterações na equipe de condução da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) sobre a política nacional de educação permanente em saúde.

Nas considerações finais são destacados os limites e as possibilidades da educação permanente em saúde como alternativa hegemônica para a qualificação dos trabalhadores do SUS.

INTRODUÇÃO

Esse estudo dedica-se à análise da relação trabalho e educação na saúde, temática de interesse da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV / FIOCRUZ) e dá continuidade aos estudos realizados pelos Laboratórios de Educação Profissional em Atenção à Saúde (LABORAT) e do Trabalho e da Educação Profissional na Saúde (LATEPS).

Nesse sentido, ter participado da pesquisa “Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde”, realizada pelo Observatório dos Técnicos em Saúde (LATEPS / EPSJV) que analisou as ações de educação permanente aprovadas pela SGTES entre 2004 e 2006 possibilitou a identificação da necessidade de aprofundamento dessa análise, notadamente a partir das mudanças ocorridas na estrutura do Ministério da Saúde e na SGTES, considerando as suas possíveis repercussões sobre a política nacional de educação permanente em saúde.

Assim, o objetivo desta dissertação foi analisar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, implementada pelo Ministério da Saúde (MS) no âmbito do SUS, a partir de 2003. Procurou-se dar destaque para as concepções de trabalho e educação presentes na formulação dessa política, compreendendo os seus direcionamentos.

A concepção de educação permanente em saúde buscava, em meados do século XX, vincular as dimensões do trabalho e da educação, por um lado, e das instituições, por outro. Nesse sentido, tinha o trabalhador como eixo de sua atenção a partir do seu trabalho e da sua participação na assistência à população. Caracterizava-se, nessa perspectiva, como uma proposta educativa no marco de uma “pedagogia problematizadora” de transformação do trabalho a partir do conceito de qualidade do serviço (Brito Q., Roschke & Ribeiro, 1994).

A educação permanente em saúde foi uma temática bastante estimulada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), mas pouco explorada no Brasil em suas dimensões de aplicação em realidades concretas, até a posse do presidente Luís Inácio Lula da Silva e a nomeação de Humberto Costa para o Ministério da Saúde. Nesse contexto a educação

permanente em saúde (EPS) tomou o contorno de um projeto nacional e a reestruturação do MS, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, alçou a educação permanente em saúde à condição de política geral para a formação e a qualificação no interior do Sistema Único de Saúde.

Este estudo volta-se para a análise de uma política pública e centra-se no interior do setor público de saúde, buscando compreender a formulação da política de educação permanente em saúde e suas concepções de trabalho e educação. Dessa forma, uma das preocupações centrais do estudo é compreender o processo que possibilitou essa política e não qualquer outra, e que promoveu nacionalmente uma discussão sobre as possibilidades estratégicas de mudanças em relação à gestão, à atenção, à formação e à participação no interior do Sistema Único de Saúde. Para tanto, torna-se necessário analisar as inflexões sofridas pela idéia de educação permanente em saúde, desde o seu emprego nas décadas de 1970 e 1980 na América Latina, como resposta ao diagnóstico de uma insuficiência de cobertura e a má qualidade na prestação dos serviços de saúde até a sua eleição como política nacional de formação de trabalhadores da saúde.

Desse modo, trata-se de identificar as concepções da relação trabalho e educação expressas pelas políticas públicas e a sua tradução pela educação permanente em saúde. Cabe questionar a existência de relação desses níveis críticos de análise e a realidade cotidiana de trabalho dos profissionais da área de saúde, que a educação permanente em saúde pretende trabalhar. Esse é um dos desafios para a argumentação e a busca de evidências que a pesquisa tenta desvelar, desde os níveis mais evidentes até os menos perceptíveis dessa relação.

A abordagem metodológica do estudo toma como referência Minayo (1994) quando sugere que o trabalho inscreve-se no campo dos “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”. Essa opção não se opõe à utilização de dados qualitativos e quantitativos, como complementos dinâmicos, recomendada como possibilidade pela própria autora.

Buscando uma compreensão mais aproximada possível com o objeto, o estudo ampliou e aprofundou a revisão bibliográfica adotada a partir de uma atualização nesse âmbito que incluiu materiais não catalogados ou publicados de instituições de ponta na área de saúde - ENSP, IMS, FGV, o estudo de documentos institucionais relativos ao MS e a participação em reuniões (de Pólos de EPS e do grupo gestor do Rio de Janeiro) e eventos sobre o tema (Encontro Estadual dos Pólos, Curso de Formação de Facilitadores de EPS).

O acesso às entrevistas realizadas pelo Projeto “Políticas de trabalho em saúde e a qualificação dos agentes comunitários de saúde: dinâmica e determinantes”¹ com os gestores que participaram da formulação ou da condução da política nacional de Educação Permanente em Saúde também possibilitou uma aproximação maior com a problemática deste trabalho. Esses procedimentos também permitiram identificar lacunas e prioridades.

Essas entrevistas semi-estruturadas abarcaram as questões da gestão do trabalho e da formação profissional presentes no processo de qualificação dos agentes comunitários de saúde e incluíram um tópico sobre a educação permanente em saúde. Assim, apesar da leitura de todas as entrevistas, a análise deteve-se nesse tópico em que os entrevistados puderam discorrer livremente sobre o tema proposto.

A análise das entrevistas foi realizada a partir de dois níveis: “o campo das determinações fundamentais” correspondente à construção do marco teórico para a análise, e os fatos empíricos da pesquisa, organizados operacionalmente em momentos diferenciados, no processo de análise.

Dessa forma uma classificação inicial dos dados foi caracterizada como uma primeira aproximação com os dados empíricos permitindo a estruturação do mapa das entrevistas. No mapa, postam-se na vertical os entrevistados organizados na forma de “corpus de comunicações”, e na horizontal os eixos temáticos organizados segundo os objetivos do trabalho, possibilitando que os discursos sejam recortados e organizados. O processo de

¹ Disponível no site do Observatório dos Técnicos em Saúde, hospedado no endereço www.epsjv.fiocruz.br

análise foi concluído aprofundando-se o momento anterior, e se estabelecendo um embate entre as argumentações dos entrevistados e as reflexões teóricas acerca das categorias definidas antes (Minayo, 1996).

Como exercício de compreensão do processo de análise realizado por este estudo, os passos organizativos do processo de análise do objeto incluíram um aprofundamento da revisão bibliográfica com a escolha de textos de referência.

Partindo dessas considerações, o estudo foi constituído pelo seguinte desenvolvimento: a ampliação e o aprofundamento das referências bibliográficas (temáticas, teóricas e metodológicas), uma análise documental relativa ao contexto estudado, uma análise das entrevistas com os gestores, a participação em reuniões das instâncias operacionais de EPS e a análise da política nacional de EPS para o SUS tomando como referência as suas concepções de trabalho e educação.

O aprofundamento das questões identificadas aqui podem ser melhor compreendidas quando associadas à evolução conceitual sobre a saúde e às tendências surgidas em torno do dinamismo teoria-prática da saúde pública; ao avanço do conhecimento relativo ao processo de trabalho em saúde; ao maior desenvolvimento alcançado em torno da dimensão estratégica da educação permanente e ao aprofundamento teórico sobre os métodos e as estratégias educativas que embasam uma proposta pedagógica fundada na problematização de situações.

Contemporaneamente, a qualificação da força de trabalho em saúde tem sido reconhecida como um vetor estratégico para o alcance dos objetivos institucionais dos serviços de saúde. Contudo, no conjunto de estudos e de conhecimentos já desenvolvidos sobre o tema, há uma ênfase nas formações de nível superior, destacando-se o trabalho médico. Poucos estudos contemplam o conjunto dos trabalhadores, ainda mais se considerados sob a perspectiva de inserção nos processos de trabalho desenvolvidos no interior do setor saúde.

Observa-se também como manifestação do baixo grau de organização de parte desse coletivo, um movimento de descolamento das propostas de formação coerentes com a sua inserção profissional, representado pela busca desenfreada por qualquer oferta caracterizada como treinamento, reciclagem ou capacitação, independente da área de atuação profissional, movimento que também pode estar informado por outros fatores principalmente o da remuneração.

Destaca-se, ainda que a Administração Federal realizou recentes reformas organizacionais e desenvolve ações na área da gestão do trabalho e da educação na saúde. Adotada como política central para os processos de qualificação de quadros no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Educação Permanente em Saúde teve como perspectiva apoiar a transformação do modelo de atenção, privilegiando a sua dimensão de formação da força de trabalho, incluindo os níveis historicamente afastados desse tipo de preocupação para a gestão.

Esses aspectos aportaram decisiva importância para a realização da presente investigação, pela sua relevância para o desenvolvimento das práticas de saúde nas organizações, incluindo os trabalhadores de nível médio ou técnico.

1 TRABALHO E EDUCAÇÃO, A POLITECNIA E AS NOÇÕES DE QUALIFICAÇÃO E DE COMPETÊNCIA

Entende-se que a explicitação das concepções relacionadas ao trabalho e à educação na política nacional de EPS, obriga a um aprofundamento da análise das relações sociais produzidas no modo de produção capitalista. Isso é necessário, sobretudo, em virtude de as transformações recentes no mundo do trabalho, associadas à atual organização econômica mundializada, promoverem também uma atualização e uma diferenciação no processo de qualificação profissional dos trabalhadores.

Nesse sentido, é necessário tratar, inicialmente, da influência dos organismos internacionais na formulação e na implementação de políticas públicas a partir de uma determinada concepção de Estado contemporâneo. De acordo com o Banco Mundial (BM), o Estado é considerado essencial no contexto da conjuntura mundial, embora seja encarado com desconfiança no sentido de que não seja capaz de se adaptar às demandas da economia mundial globalizada². Considerando o Estado como necessidade vital e criticando a sua versão minimalista, nos últimos anos o BM vem orientando a sua política a partir do “revigoramento das instituições públicas” e da focalização das atividades para ajustá-las à sua capacidade.

De acordo com o relatório do BM, um Estado eficiente é considerado vital para que os “mercados floresçam e que as pessoas tenham uma vida mais saudável e feliz”, com a ênfase no seu papel para o “desenvolvimento econômico e social, não como promotor direto do crescimento, mas como parceiro, catalisador, e facilitador” (BM, 1997,p.1).

A confiabilidade e a credibilidade do Estado são apontadas como condições para que os investidores e o setor privado possam atuar com tranquilidade. A defesa da primazia do

² Quatro acontecimentos recentes reforçariam essa preocupação: a desintegração das economias planejadas da ex-União Soviética e da Europa Oriental; a crise fiscal do Estado previdenciário na maioria dos países industriais; a função importante do Estado no “milagre” econômico do leste da Ásia; a desintegração de Estados e a explosão de emergências humanitárias em várias partes do mundo (Banco Mundial, 1997).

mercado, da estabilidade política, da preservação da propriedade, da idoneidade do sistema judiciário e do combate à corrupção leva à conclusão de que a capacidade do Estado – a sua capacidade de prover bens coletivos de maneira eficiente – é fundamental para a existência de uma estrutura institucional viável para o desenvolvimento.

Um Estado eficiente deve ser capaz de convocar a sociedade a aceitar uma redefinição de sua responsabilidade no sentido de fazer com que os cidadãos e as comunidades participem da prestação dos bens coletivos essenciais.

Além disso, as políticas e programas públicos teriam o papel de gerar crescimento e ainda assegurar que os benefícios originados desse crescimento, fomentado pelo mercado, fossem compartilhados. O tempo todo, o Estado é colocado a serviço do mercado, a sua função primordial, em última análise, é influenciar, apoiar, fortalecer, reconhecer, definir, capacitar, estimular, coordenar, fazer florescer, atribuir papel, fomentar, fundamentar, levar ao crescimento, favorecer, efetivar, desenvolver, promover, integrar e abraçar o mercado. Essa será uma das concepções relevantes para a análise da política nacional de educação permanente em saúde (Banco Mundial, 1997).

Sobre os processos de transferência de gestão empresarial a visão é clara: “empresas estatais ineficientes representam uma sangria para as finanças do Estado. A privatização oferece uma solução óbvia” (Banco Mundial, 1997). A ineficiência das empresas estatais não é discutida pela possibilidade da sua transformação produtiva, e considera-se como a única solução viável a passagem dos bens públicos para a iniciativa privada. As privatizações particularizam os lucros, a estatização poderia socializá-los. Novamente aqui pode estar relacionada uma dimensão importante do processo de implantação da EPS no Brasil: o da aprovação das ações e de projetos no âmbito da política nacional.

Rizzotto (2000) demonstra que o financiamento de projetos e programas pelo Banco Mundial na área de saúde teria como objetivo, através dos acordos de empréstimos que os acompanham, influenciarem as políticas nacionais do setor. Desse modo, seriam implementados projetos e programas que focalizam e direcionam as políticas públicas para

as populações mais pobres, enquanto se promove a ampliação e a participação do setor privado no mercado promissor de expansão do capital.

Nessa medida, essa autora considera em termos gerais que as propostas do BM para o setor saúde dos países periféricos articulam três dimensões: a “ajuda” no processo de estabilização política e econômica, servir como veículo para a “humanização” do Banco, e finalmente, mas não menos importante, vincular ambas as dimensões anteriores a “questões estratégicas” voltadas para a segurança interna e externa dos países centrais e para a organização do mundo capitalista (Rizzotto, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), outro organismo internacional com interesse na luta pela hegemonia no campo da saúde em âmbito internacional também apresenta considerações interessantes para o objetivo deste estudo. Em seu último relatório (2008), tendo como eixo orientador os cuidados primários em saúde (CSP), é possível extrair do documento um posicionamento sobre o papel do Estado defendido pela instituição.

Analisando o cenário mundial, a OMS critica a concepção de Estado Mínimo na condução dos CPS, porém não deixa claro os responsáveis pela condução do processo de mudança das políticas públicas, aí incluídas as políticas de saúde.

Quando trata propriamente da implementação dos CSP, tendo por referência a sustentabilidade de uma cobertura universal, a presença do Estado é praticamente ignorada, excetuando-se quando faz referência as intervenções que tem como objetivo central a complementação dos mecanismos de cobertura universal (OMS, 2008).

Sob a ótica de priorização do cuidado individual, inexistente referência ao papel do Estado ou de lideranças, sendo destacada a função de regulação comercial. Ao discutir o desenvolvimento das políticas para a saúde pública o Estado é tomado como instância complementar e não há resquício das concepções defendidas pela Conferência de Alma-ata. Nesse sentido, a ação dos Estados volta-se para atender às catástrofes e às epidemias numa

perspectiva supranacional sendo mais valorizada que a condução pública das ações de saúde e relacionada aos insumos.

Em síntese, ainda que mediador das reformas dos CSP e principal responsável pelos sistemas nacionais de saúde, ao Estado não competiria o ordenamento da reforma setorial. Como responsável pela proteção à saúde, “o Estado deve assegurar um mercado de saúde viável (pacto entre profissionais, indústria farmacêutica e de equipamentos médicos)” (OMS, 2008). A intervenção estatal deveria direcionar-se à garantia de equidade nos cuidados essenciais. Além disso, a visão desse organismo é a de uma espécie de ranqueamento de níveis de atuação estatal segundo o rendimento nacional: enquanto os países de grande expressão nesse nível são considerados mais efetivos como supervisores do setor, os de menor expressão econômica são avaliados como excessivos no controle com pouca efetividade final. Além disso, nos países de baixo rendimento e Estados fragilizados, a ausência ou a desvinculação do Estado das suas responsabilidades com a saúde refletiria uma estagnação econômica, crises políticas e sociais e uma governança incompetente.

A análise sugere uma concepção de Estado em que urge a sua efetiva participação, sendo a ausência de condução (nos termos propostos) inadequada para tratar das questões relativas ao setor. Assim é que aos ministérios da saúde caberia, primariamente, a mediação e o planejamento dos cuidados de saúde primários e da saúde pública.

As recomendações do organismo são o que há de mais interessante: quando vislumbrado o cenário futuro, a questão fundamental é o alcance do processo de universalização baseado em despesas programadas e reguladas pelo Estado. Não é problematizada a natureza da esfera responsável pela cobertura da APS, podendo ocorrer por meio de recursos públicos ou privados.

Em nosso continente, a Organização Pan Americana de Saúde mesmo guardando especificidades compartilha da mesma orientação geral do Banco Mundial tendo publicado em 1994 uma coletânea com o título *Perspectivas para a Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde*, cujos textos deixam claro a necessidade de reorganização da

administração pública em todos os níveis de modo a adequá-la ao novo paradigma produtivo. Tal reorganização se daria por meio de estratégias que incorporariam a administração pública participativa, a gestão pela qualidade total, a elevação de produtividade, a flexibilidade das relações de trabalho, a diferenciação na remuneração mediante a introdução de incentivos financeiros, um processo permanente de negociação coletiva do trabalho. Ou seja, foi proposta a adoção de idéias e de recomendações oriundas da administração empresarial privada³, compatíveis com as recomendações do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI), obviamente distanciadas dos princípios da reforma sanitária desde as suas origens.

Nesse sentido, Lemos (2010) adota as diferenças propostas por Paim (2008) entre as dimensões ideativas, propositivas, ‘tornada projeto e promulgada processo’ (aspas minhas), após a aprovação final da Constituição Federal em 1988. Citando a concepção de universalização excludente, formulada nos anos de 1980 por Faveret e Oliveira, a autora lembra que, na área de saúde a racionalização produtiva favorece “o crescimento da medicina supletiva para atender os setores de classe média, ficando o subsistema público de saúde disponível para uma população de baixa renda” (Lemos, 2010:39).

Uma análise das recomendações desses organismos internacionais sugere um desinteresse pelo aprofundamento da questão social, mantendo-se uma superficialidade que não questiona as causas reais da crise do Estado, o modelo econômico mundial. Não se analisa, via de regra, o modo de produção hegemônico, a pobreza é aceita como inerente à condição humana; ou seja, apesar de reconhecerem as mazelas da sociedade atual, as propostas desses órgãos se propõem, invariavelmente, apenas a reduzi-la.

Muitas dessas idéias são convergentes com as proposições efetuadas por Antony Giddens, nas considerações sobre a chamada terceira via. De acordo com Neves et al (2005) vem destacando-se no Brasil a difusão do neoliberalismo da terceira via que tem em Giddens o seu principal formulador. Sob tal receituário o Estado estimula e gerencia políticas focalizadas em parceria com a sociedade civil como forma de minimizar a exploração.

³ Ver a respeito Chinelli, 2008; Neves e Pronko, 2008.

Pode-se sentir também o efeito dessas recomendações que subordinam as políticas sociais à necessidade de desenvolvimento econômico sustentado no país, com o Plano Diretor de Reforma do Estado, conduzida pelo então titular do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), Luis Carlos Bresser Pereira. Há uma constatação de fracasso das políticas neoliberais duras, o entendimento sobre a necessidade da presença do Estado, a crença na parceria entre a sociedade civil e o Estado, o endeusamento do mercado, o entendimento do papel estatal como deflagrador e responsável pelo pleno desenvolvimento das nações. E, para esse objetivo, um aspecto essencial são os processos de formação e de qualificação dos trabalhadores.

Voltando a Lemos: “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” (2010:50). Uma abordagem vinculada a uma perspectiva crítica dos conceitos indicados no título deste capítulo exige considerar o processo educativo inscrito na dinâmica de produção e de reprodução da vida humana, o que significa a sua construção a partir de um processo histórico instituinte das relações de classe.

1.1 RELAÇÕES SOCIAIS NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Para iniciar uma discussão sobre o campo da educação e do trabalho, é preciso alertar para a necessidade de se considerar a práxis histórica como elemento essencial de construção de um processo educativo que sirva à superação da sociedade classista. Também exige destacar o trabalho como móvel da possibilidade de ruptura social, mesmo em um contexto regressivo de direitos, coerente com a instalação de uma ordem internacional de reestruturação capitalista. O conceito de politecnia⁴, nesse contexto, pode ser discutido relacionando-o à possibilidade de ultrapassagem da escola dualista burguesa, lembrando a necessidade de inserir a técnica e a tecnologia, em sua vinculação com a ciência, no conjunto das relações sociais que as possibilitam.

⁴ Ver a respeito Rodrigues, J. Verbete Educação Politécnica. In: Lima, J.C.; Pereira, I. B. (orgs) Dicionário da Educação Profissional em Saúde. EPSJV, RJ, 2009,p. 168-175.

Esse debate inclui o processo histórico no qual somente na chamada Idade Moderna, compreendida tanto como resultado quanto construção mergulhada no humanismo renascentista, no Iluminismo, na Revolução Industrial e na ascensão burguesa ao poder, os servos, a plebe, os subalternos e os dependentes do poder aparecerão com intensidade relevante no cenário societário, através de processos contraditórios e das mais variadas lutas emancipatórias (Pereira, 2002).

A educação dos trabalhadores nesse contexto constitui-se como princípio e como política, e pode-se perceber então a luta entre projetos de formação a favor do novo processo de acumulação social e outros projetos defensores das lutas por emancipação, ou seja, projetos voltados aos interesses dos trabalhadores. O pensamento crítico irá reivindicar a orientação em relação a esses últimos.

Claro está que os projetos vinculados à luta subalterna constituirão uma dimensão contra-hegemônica bastante extensa, cujo ápice pode ser representado – mesmo que relativamente desfigurado na contemporaneidade – pela tradição crítica e emancipadora sistematizada por Marx⁵ e por seus continuadores no século XX (Pereira, 2002).

A oposição entre trabalho manual e trabalho intelectual que vem desde a Antiguidade é retomada por Marx na tentativa de superação dialética dessa oposição formal. O pensamento materialista e dialético procurava assim deslocar os termos do problema, sem fazer tábula rasa do passado histórico, conforme nos aponta Pereira (2002).

“Ainda hoje, quem lê os Manuscritos Econômico-Filosóficos não deixa de notar a ênfase numa humanidade possível, emancipada, de sujeitos inteiros, chegando a uma história de fato humana. E não deixará de perceber, sobretudo, a crítica à mutilação, às fragmentações, à estranheza e alienação a que são submetidos os sujeitos - trabalhadores, mas não apenas, posto que essa renúncia à autonomia e à liberdade que atende pelo nome de alienação diz respeito a todos os grupos sociais - nessa formação histórica chamada capitalismo” (PEREIRA, 2002, pág. 23).

⁵ Desde os textos mais antigos, como os Manuscritos Econômico-Filosóficos, até chegar a O Capital - Crítica da Economia Política, esse pensador alemão ocupou-se em discutir as formações sociais, as classes, a política, os aparatos cultural, científico e burocrático tendo como vértice crítico o mundo dos que trabalham.

Segundo a autora, Marx percebeu no processo de formação e de trabalho típicos do capitalismo uma mutilação das melhores qualidades, sensíveis e práticas, do ser humano, entendido aqui, não como uma entidade abstrata, fora da história, transcendente e metafísica, conforme o ensinamento idealista, e sim como sujeito em situação, posto em contextos específicos e vivendo sob determinadas condições, em sua maioria não resultado de uma livre escolha, mas da pura necessidade de sobreviver.

Além disso, é possível observar que O Capital, ao mesmo tempo, negará, conservará e indicará a possível superação desse sujeito dividido, submetido ao reino da necessidade, mas aspirando à liberdade e à autonomia. Em resumo, o que poderia ter sido, mas não foi; a passagem de uma História primitiva da humanidade para uma História de fato humana.

Submetidos nas cidades ao duro regime do trabalho fabril, das jornadas enormes, das doenças e da ausência de direitos, atingindo a todos, mulheres, crianças, adultos e velhos, porém aproximados pela própria expansão do capitalismo, parecia abrir-se o horizonte de uma emancipação inédita na História: o de uma democracia do trabalho, socialista, realizando na vida de todo dia o que fora diálogo filosófico e explicação do mundo.

Cabe lembrar que esse mundo do trabalho fabril, dos primeiros passos da automação, ainda anteriores ao fordismo e muito distantes dos estágios atuais de automação e informatização, por certo propunha novamente a antiga divisão entre o mundo do trabalho e o mundo das qualidades sensíveis, a vida prática e o cultivo do espírito, da arte, da ciência, da política, destinado aos grupos de elite. Antes, nobreza, aristocracia, clero. Na época, a burguesia e os novos grupos urbanos médios, com as suas aspirações de ascensão social (Pereira, 2002).

Antes de Gramsci, Marx já havia indicado o elevado grau de fetichização do mercado, do mundo da mercadoria e das imagens de massa da mercadoria, acentuando uma vida prática e imaginária separada das qualidades sensíveis e humanas, em favor do elogio das trocas, da razão pragmática, do pensamento funcional e tecnicista que, a seu modo, também fetichiza a tecnologia, como panacéia universal contra a condição humana pelo que implica de renúncia, de frustração, de sofrimento, de doença e de morte.

“Ao longo de todo o século XIX e entrando pelo século XX, o mundo do trabalho esteve ligado à fábrica, por certo, mas sempre teve uma dimensão comunitária, cultural, política e esportiva. Ou seja, sempre teve a dimensão, mais ou menos elaborada, mais ou menos evidente, de uma cultura de trabalhadores, como uma construção que não poderia deixar de ser social e histórica. Por evidente decorrência lógica, os sujeitos trabalhadores tinham sua subjetividade construída tanto na esfera do mundo da fábrica e dos valores dominantes, quanto na esfera de uma vida cotidiana no bairro, na rua, no bar, no clube, nas associações, nos sindicatos, nos esportes, enfim, numa sociabilidade rica e diversa daquela vivida pelo burguês abastado em seus bairros” (PEREIRA, 2002, pág. 31).

Segundo Neves et al (2005), por outro lado, a construção do processo de hegemonia para Antonio Gramsci vai aprofundar outras dimensões da sociabilidade política no período do capitalismo monopolista. Acrescenta Gramsci que na etapa moderna do capitalismo, esse processo é simultaneamente político, econômico, cultural e moral. Isso implica uma acentuada fragmentação, o estímulo à competição, ao sucesso a qualquer custo, à guerra de todos contra todos, com fortes componentes de violência, de narcisismo, de visão privada da realidade, de ausência de um projeto público e democrático de vida social.

Muito diferente de um paradisíaco mundo de liberdade entre máquinas e mercadorias, avança cada vez mais um projeto de controle e de absorção dos desejos e da libido dos sujeitos, no trabalho e no lazer, em casa e na rua, na esfera pública e na privada, muitas vezes sombreando a distância que deveria separá-las, em favor do melhor, do mais produtivo, do mais eficiente e do mais lucrativo para o funcionamento do próprio capitalismo. Para o conjunto da vida, novos e mais elaborados processos de adequação do corpo e do tempo vital do trabalhador ao mundo da produção e das trocas, agora com um componente ainda mais abstrato, as redes informatizadas de um mundo virtual, com exigências também novas e inesperadas.

1.2 A ARTICULAÇÃO ENTRE TRABALHO E EDUCAÇÃO E A POLITECNIA COMO POSSIBILIDADE DE TRANSFORMAÇÃO

Os mundos do trabalho e da educação sempre se cruzaram de maneira difícil e contraditória. A começar pelo fato de que a classe dominante não esperava trabalhadores com cultura própria, ou sensíveis e educados como os representantes da burguesia, claro que em relação ao exercício da arte e da cultura, e não quando vinculados à prática violenta do poder e da opressão. A passagem do mundo do trabalho artesanal para o mundo fragmentado da produção fabril não deve ser lembrada como uma passagem direta e abrupta.

Tomando Justino Sousa Jr. (2009:3) como referência, podemos considerar o trabalho como categoria central do processo educativo, acompanhando Marx quando indica a contradição da “sociabilidade do capital” que, ao mesmo tempo, aliena o homem e potencializa a sua ação revolucionária.

Ainda conforme as considerações desse autor, o sujeito do processo educativo está determinado pela práxis, cabendo ao proletariado o centro de um programa que integra o trabalho, a escola e a ação política. A essa altura, já é possível indagar a indubitável centralidade do proletariado, exclusivamente, como móvel da transformação de classes, além do significado do fundamento do trabalho para a construção da sociabilidade, em um contexto contemporâneo de reestruturação e crise do capital. Outro ponto a ser observado é o debate sobre a indissociabilidade do trabalho com o ensino que, a partir de um princípio pedagógico fundamental marxiano, implica uma redução de seus objetivos societários.

Também merece destaque no pensamento desse autor a relação entre a satisfação das necessidades humanas por meio do trabalho e a concomitante exigência de fruição do tempo livre, dois lados de uma mesma moeda em uma perspectiva que demarca a imbricação dos processos de natureza burguesa, em contrapartida à formação e à qualificação como relações sociais.

Analisando a superação da sociedade atual, Justino Sousa Jr. (2009) recusa a desvalorização do processo educativo fora do âmbito do trabalho como favorecedora do desenvolvimento societário, tensionando a centralidade dessa categoria (trabalho) em favor de uma ênfase na ação da práxis como crucial para a mobilização visando à mudança.

Uma possibilidade de articulação do debate indicado acima com a especificidade da política da educação profissional é analisar as origens do processo de interação entre trabalho e educação. Frigotto (2009), ao criticar o desenvolvimento humano sob o Capitalismo, seja na saúde - onde faz a crítica à reprodução da força-de-trabalho como móvel da política pública -, seja na educação - com a ideologia do capital humano ditando as exigências da ação educativa -, sinaliza que deveria haver uma superação desse modelo pela instituição de uma práxis integradora da experiência humana.

O elemento essencial para a possibilidade dessa mudança seria o trabalho em sua dimensão educativa, exatamente em uma conjuntura mundial regressiva, do ponto de vista das relações sociais capitalistas. Frigotto (2009) opõe o avanço produtivo à degradação do conjunto da população trabalhadora mundial. Em nosso caso específico, o brasileiro, o desenvolvimento dependente e desigual seria decisão da classe hegemônica coerente com a adoção de um paradigma conservador, no qual os direitos sociais são substituídos por serviços de mercado.

Ferretti (2009) alerta que tanto a politecnia quanto a formação integrada representam possibilidades emancipatórias, ainda que não ocorram exclusivamente com esse sentido. Um fundamento original decisivo para esse autor é a instalação da escola moderna sob a égide liberal. A progressiva hegemonia conquistada pela escola, em substituição às funções educativas então vigentes, está fortemente tensionada hoje, quando se observa simultaneamente uma reafirmação desse papel e uma queda em sua qualidade de realização.

Ferretti (2009) distingue um projeto conservador (burguês) da escola unitária, onde a instituição representa o espaço de construção e de consolidação da nacionalidade sem

fraturas, do projeto socialista, em que trabalho e educação emergem forjados na luta de classes, no embate entre a exploração e a eliminação da propriedade privada.

Discutindo o papel que joga a tecnologia nesse debate, Vieira Pinto (2005) lembra o vínculo entre a técnica e a tecnologia em sua relação com o modo de produção social, ao mesmo tempo em que afirma a necessidade pedagógica de restituição ao trabalhador do domínio sobre o processo educativo nesse âmbito, com vistas à sua emancipação de classe. Refutando a ideologização do mundo científico e tecnológico, sob a orientação do capital, o autor prepara a sua síntese lembrando a relação intrínseca e estrutural daquele universo com o desenvolvimento humano, sendo indispensável, portanto, a criação de mecanismos para o seu controle como parte da totalidade social.

Já Lobo Neto (2009) estabelece uma necessidade prévia a qualquer análise: indagar as relações existentes entre a técnica, a tecnologia e a ciência. Partindo de um ponto comum, o da necessidade de transformação de si mesmo e da natureza para garantir a sua reprodução, o homem precisa lidar com a técnica criando uma cultura que se desenvolva em tecnologia, de modo a superar a hierarquização e a dicotomia entre ambas. Ao tomar a educação profissional como política, o autor argumenta pelo significado de formação humana devendo a sua responsabilidade estar no âmbito público, ou seja, um interesse do conjunto da classe trabalhadora.

Outro autor, Castro (1992), referindo-se às mudanças tecnológicas afirma a sua contribuição para a possibilidade de se realizarem mudanças no processo de trabalho. Criticando a atual reestruturação capitalista, assinala a inigualável separação entre indivíduo e máquina, no tempo e no espaço, na sociedade contemporânea. Ressalta, ainda, os efeitos, principalmente econômicos, do estágio científico atual, lembrando que, face à sua vinculação estrutural ao capitalismo, essas características servem mais ao encarceramento do trabalho vivo do que às possibilidades crescentes de fruição do tempo livre, como também destacado por Justino Sousa Jr. (2009).

Dando seqüência ao seu pensamento, Castro (1992) aborda o processo de flexibilização para a reorganização do trabalho no Brasil, destacando por um lado a inexigibilidade de novas tecnologias para o seu desenvolvimento, por outro implicando na quebra de contratos e de direitos trabalhistas, cada vez mais violenta.

A discussão que vimos travando até aqui nos permite, conforme Saviani (2003), perceber a articulação entre as mudanças no mundo do trabalho e as progressivas e mutáveis mudanças na organização do espaço escolar. Assim é que podemos compreender as manifestações da passagem do trabalho servil ao trabalho contratado: ou estruturando duas escolas, uma para os trabalhadores (o ensino profissional) e outra para os homens de ciência, integrantes ou representantes da classe dominante; ou estruturando em um espaço unificado, a designação de cada formação segundo a origem de classe do aluno.

Aqui se encaixa, ainda que de forma preliminar, a reflexão acerca da possibilidade de ação do conceito de politecnia para o rompimento dessa história desvelada pelo conjunto das análises realizadas no âmbito deste trabalho. Retomando Justino Jr. (2009), devemos cuidar para não operarmos uma prática reducionista ao adotarmos a exclusividade desse sentido como possibilidade libertária. Segundo esse autor, o risco envolvido seria o de supervalorização do aparato escolar formal em detrimento da práxis organizativa (e educativa) da classe trabalhadora. Indo além, questiona o que poderia ser considerado uma absolutização do trabalho como princípio educativo, colocando em risco a própria conquista da sociedade socialista.

Enfrentando críticas como essa Saviani (2003) procura caracterizar o sentido do termo como uma integração entre trabalho e formação intelectual, fundado na omnilateralidade que torna indissociável a relação teoria e prática. Descartando o interesse semântico como fundamental para as suas considerações, o que parece relevante para Saviani é a adequação da concepção politécnica para representar a potencialidade de uma nova capacidade humana autônoma, na qual trabalho e educação fluem como momentos diferenciados, mas igualmente legítimos do conjunto da sociedade sem classes.

Nesse momento, um exercício necessário é pensar a possibilidade de inscrição da política nacional de educação permanente em saúde no âmbito dessas preocupações ou considerar essa proposta uma atualização, para os processos macro-sociais em curso, dos interesses do mesmo tipo de regulação até agora empreendidos na sociedade brasileira no campo do trabalho e da educação.

1.3 UMA ABORDAGEM DA QUALIFICAÇÃO COMO RELAÇÃO SOCIAL

Embora o conceito de qualificação seja polissêmico, quando entendido como relação social pode trazer importantes contribuições para se entender o mundo do trabalho contemporâneo. Deve-se considerar que o início da conformação da questão da qualificação como conceito surgiu com a necessidade de regulação do trabalho industrial. De um lado, pela necessidade do capital estabelecer os atributos que deveriam ser classificados de acordo com o posto de trabalho, e, de outro, pela reivindicação dos trabalhadores de tornar as atividades mensuráveis e comparáveis (Tartuce, 2002, Vieira, 2005).

Nesse sentido, esse conceito encontra-se, originalmente, associado a um contexto em que as exigências profissionais limitavam-se à posse de determinados conhecimentos, voltados para a execução de um trabalho prescrito. Assim, o tempo de formação configurava-se como o melhor meio para a expressão desses conhecimentos. A gestão dos empregos fundava-se sobre o diploma, padrão de medida que dava conta de um saber explícito e formal.

Para a análise dos conceitos de trabalho e educação nessa perspectiva, Tartuce (2007) e Ramos (2001) ressaltam o pensamento de Friedman e Naville como marco teórico da sociologia do trabalho voltada à qualificação profissional dos trabalhadores. A reflexão acerca da qualificação foi bastante aprofundada na França, encontrando-se atrelada à constituição da sociologia do trabalho naquele país, nos anos 50. De acordo com esses autores o trabalho seria um conceito central da dinâmica social, o princípio explicativo do desenvolvimento das estruturas sociais, sendo possível compreender a sociedade por meio do estudo da situação de trabalho.

Tomada como um processo histórico de contraponto às características do trabalho industrial, a qualificação pode ser considerada a partir de sua formalização, dos vínculos coletivos entre o conteúdo e o valor social das atividades, ou da relação entre o conteúdo real e o conhecimento objetivado nas atividades (Schwartz, 1998).

Outra variável que interfere nessa dimensão é o desenvolvimento tecnológico, o que acarreta pensar qual dos elementos seria passível de qualificação: o trabalho ou o trabalhador. Ainda assim, quando considerada a partir do trabalhador, precisaríamos analisar, em função da automação, colocando em confronto a habilidade profissional e a permanente complexificação dos equipamentos.

A idéia do trabalhador disciplinado e adestrado ganha com o Taylorismo um aliado poderoso. A organização do trabalho, nesse sentido, se traduz em fragmentação e parcelarização de tarefas com ação mecanizada, induzindo à formação dos trabalhadores com meros treinamentos, em que a totalidade e a complexidade do trabalho eram subsumidas. Com efeitos primeiro no mundo do trabalho, a racionalidade mecânica taylorista se difunde para outras instituições sociais. Há, entretanto, uma inadequação da proposta de treinamento para o desenvolvimento da capacidade de autonomia dos indivíduos. Subjacente a este conceito ocorre uma dissociação entre o pensar e o fazer. O fazer é o alvo, mas é um fazer imitativo, de cópia, não desenvolvendo a capacidade de criar.

A busca, portanto, pela sistematização das concepções de qualificação profissional exige a retomada de diversas reflexões da Sociologia do Trabalho. Tomando por base trabalhos como o de Castro (1992), Leite e Posthuma (1996), relacionados ao mundo da produção, é possível dar ênfase ao caráter polissêmico da qualificação profissional, por exemplo.

Castro (1992) indica três concepções de qualificação, baseando-se em Littler (1982). Uma formula a qualificação a partir das características objetivas das rotinas de trabalho em que é definida em termos da aprendizagem no trabalho ou do conhecimento que está na base de ocupação. Outra concepção a considera em relação à possibilidade de autonomia no trabalho. Finalmente, a qualificação é pensada como uma construção social.

Castro (1992) nos ajuda a entender a última interpretação acima quando afirma que essa construção social depende de fatores como o costume e a tradição socialmente construída. São também importantes os aspectos de personalidade e os atributos do trabalhador que variam segundo o tipo e a situação do trabalho e segundo o contexto societário, as condições conjunturais e a experiência histórica dos distintos grupos profissionais.

Outros autores se dedicam à mesma preocupação. Abraçando a idéia de qualificação como uma relação social, Villavicencio (1992) alerta que isso não pode significar uma construção teórica acabada. Por isso elege o conceito de trabalhador coletivo como elemento chave para a análise. Destaca também a impossibilidade de se analisarem “espaços de qualificação” diferenciados sob a mesma perspectiva. Esse pensamento nos leva à crítica da transposição pura e simples de modelos de qualificação entre países com culturas diversas e com lugares diferenciados na divisão internacional do trabalho, o que acarreta diferentes “campos de conflitos” e, conseqüentemente, indica estruturas societárias igualmente diferenciadas. Além desse autor, Machado (1996) também chama a atenção sobre a dinâmica da qualificação como um processo de construção individual e coletiva, espraiando-se aos indivíduos através das suas relações sociais.

Seja postulando uma inegável elevação das qualificações com o avanço da automação (mesmo que passando da habilidade artesanal, para o nível de conhecimento / rendimento, até chegar às características subjetivas do trabalhador), seja defendendo a desqualificação inevitável pelo progresso técnico, o valor do saber tácito dos trabalhadores é uma dimensão difícil de remover do debate teórico.

Também estabelecem relação com esse debate, no interior das relações sociais de produção, as condições de trabalho, de emprego e de remuneração, como exemplos. Tanto a qualificação do trabalho quanto a do trabalhador não conseguem submeter o direcionamento em relação à hierarquização salarial e à estratificação social, em última instância.

Um fenômeno também histórico e interferente nesse processo é a passagem das ocupações para o âmbito da profissionalização, refletindo o valor social de cada atividade, em uma dada sociedade concreta. Ao organizarem-se para fiscalizar o exercício profissional, permitir as reivindicações trabalhistas e promover o associacionismo, a profissionalização deixa expostas as relações do processo de qualificação com a politização das relações de trabalho.

Com as mudanças promovidas nessa fase atual do Capitalismo, acaba-se por considerar uma qualificação real a promovida pela dimensão tácita de produção do conhecimento, deslocando a qualificação técnica em favor da qualificação social, como atributo da interdependência do desenvolvimento automotivo.

Outro momento de análise da qualificação ocorre quando voltamos a considerar o posto de trabalho como tributário desse processo. Supostamente coerente com o desenrolar do avanço tecnológico, esse modelo exige flexibilidade de formação, mas não impede o aparecimento de contradições relativas à relação capital-trabalho.

Como síntese dessa discussão, parece sobressair um caráter de positividade das mudanças tecnológicas, como abertura para a possibilidade de novas requalificações para a classe trabalhadora, em direção ao seu fortalecimento frente à produção e à estrutura social.

Isso não obscurece a força da lógica capitalista, que objetiva a submissão dos sujeitos a necessidades privadas, naturaliza as relações sociais e torna contraditórias as possibilidades reais de criação de coletivos autônomos, integrados e verdadeiramente produtivos.

Em suma, parece ser no contexto das transformações do capitalismo, as quais atingem sobremaneira o mundo do trabalho e o cotidiano do trabalhador, que se torna necessário pensar também a área de saúde e em seu interior a qualificação e a formação profissional como dimensões indispensáveis de educar os trabalhadores para a sua atuação institucional.

Ainda que o pensamento de George Friedmann e Pierre Naville se desenvolva na esfera do trabalho industrial, é válida a sua utilização para a reflexão acerca do trabalho em saúde,

pois, como nos lembra Pereira (2002), o trabalho em saúde deve ser apreendido a partir das características gerais do trabalho humano, e assim refletir sobre suas especificidades.

Jones e Wood (1984) com olhar sobre o mundo da produção chamam atenção sobre a qualificação profissional poder desvelar pontos significativos (apesar das dificuldades metodológicas ressaltadas) no que diz respeito aos saberes tácitos dos trabalhadores, provenientes de suas experiências cotidianas. A qualificação profissional como prática educativa que é estaria assim articulada à memória e às vivências dos trabalhadores. Mas, convêm ressaltarmos que se por um lado o saber tácito pode ser encarado como forma de resistência do trabalhador, por outro pode ser utilizado ideologicamente como um saber que por si só faz a instituição funcionar, e daí reforçar a idéia da qualificação reduzida a um mero treinamento e apreensão de rotinas encaminhadas pela experiência.

1.4 A ACUMULAÇÃO FLEXÍVEL E O MODELO DE COMPETÊNCIA

Após as análises realizadas acima, cabe caracterizar melhor a formação capitalista nas últimas décadas do século XX. De acordo com Harvey (1996), já em meados dos anos 60 evidenciavam-se os problemas com o fordismo e o keynesianismo, que podem ser caracterizados pela rigidez no que se refere aos investimentos em sistemas de produção em massa que previam um crescimento estável do mercado consumidor. Segundo esse autor, as décadas de 70 e 80 expressaram tanto um momento de reestruturação econômica como de reajustamento político e social.

O regime de acumulação flexível pode ser caracterizado pelo surgimento de novos setores de produção e mercados, envolvendo mudanças nos padrões de desenvolvimento e a ampliação do emprego no setor de serviços. Esse processo de acumulação flexível do capital, numa forma financeira e global, não respeita fronteiras nacionais ou mesmo o poder político dos Estados nacionais e se dá na velocidade da sociedade informatizada.

Dessa forma decorre uma concentração de capital financeiro e especulativo sem precedentes, com valor extremamente abstrato e desligado do mundo concreto e próximo da produção, como nas etapas anteriores se observava. Essa nova formação, desfeita a

URSS e finda a Guerra Fria, constrói sua hegemonia quase que na forma de um pensamento único, a ser seguido mesmo quando as conseqüências são catastróficas. Observa-se ainda um grau sem precedentes de fragmentação e de proliferação de dados, sinais e informações, conseqüência do que se pode definir como sociedade do espetáculo ou do simulacro, com um poder desagregador em relação à vida cotidiana no mundo do trabalho, sobretudo nos grandes centros urbanos.

Continua-se na idéia de um capitalismo pós-fordista, cujo centro não é mais a fábrica, sobretudo a fábrica de automóveis, como na Detroit da época do próprio Ford ou, na formação recente do Brasil, as fábricas de automóveis do ABC paulista. Tudo indica que o mundo da fábrica tradicional tende a ceder passo a um setor de serviços muito variado e valorizado, assim como a sofrer profundas alterações em seu cotidiano, conseqüência das novas formas de trabalho associadas à microeletrônica.

A Sociologia do Trabalho mais crítica e exigente tem analisado as novas e mais violentas formas de integrar e absorver a energia vital do trabalhador. A especialização flexível deve ser associada ao contexto de um projeto de desmonte do Estado do Bem Estar Social, o Welfare State que, muito mais que uma concessão qualquer do capitalismo, foi uma dura conquista de quase cento e cinquenta anos de luta dos trabalhadores. Desmonte que pode muito bem ser definido como uma revanche do capital contra o trabalho. Processo violento, que se acentuou desde a década de 1990, e que levou aos mais altos índices de desemprego de toda a história. Pesquisas recentes indicam que a idéia de especialização flexível significa, na verdade, tornar os sujeitos descartáveis, perdendo-se a forma do emprego estável e continuado, com garantias trabalhistas, sociais e previdenciárias, que levavam o trabalhador a viver com maior estabilidade e comprometimento.

Com isso, cresce em rapidez exponencial o mundo do trabalho chamado precário ou informal que ocupa, no caso do Brasil, um espaço cada vez maior. Ao invés de ter mais tempo livre, o trabalhador precisa agora de dois ou três empregos, para manter o mesmo padrão de vida do passado recente. Significa mais cansaço, mais desgaste físico e emocional, mais absorção privada da riqueza humana de cada um que precisa entrar no mundo do trabalho, com escolhas cada vez mais reduzidas. De forma impessoal, o

desemprego estrutural que decorre da acumulação flexível e global é tratado como inevitável, como uma espécie de pequeno pedágio que seria preciso pagar para se ter acesso aos benefícios da modernização acelerada e violenta do capitalismo. Como em toda a história do capitalismo, não se considera o custo humano que aumenta o sofrimento, a angústia, as horas sem fim buscando trabalho, a humilhação, a baixa auto-estima, as famílias desagregadas, o alcoolismo, a depressão e outras doenças. Em termos de saúde pública não é difícil imaginar as conseqüências dessa brutal pressão que está promovendo desemprego estrutural, empregos precários, acúmulo de horas de trabalho e baixa remuneração.

Essa forma recente do capitalismo promove a doença, tanto física como emocional. Exige-se uma qualificação cada vez maior, numa época de rápidas mudanças no mundo do trabalho, o que faz com que essa mesma qualificação seja descartada mais à frente. Deriva daí a imagem do descartável e degradado e o trabalhador ao longo do tempo tende a ser deixado de lado. A isso não chamamos pessimismo em relação ao mundo do trabalho e às novas qualificações e formas de organização, mas realismo crítico, no senso mais estrito e necessário (Pereira, 2002).

É nesse contexto que entrou no debate o modelo de competência ligado ao mundo do trabalho. Não é surpreendente o crescente processo de mistificação do chamado “modelo de competência”, pois vai ao encontro de uma “cultura” já incorporada de tratamento da problemática da qualificação. Como “canto de sereia” propagado pelo imaginário do progresso e da eficiência capitalista, gerou algum entusiasmo nos mais incautos e tem provocado discussões no campo do trabalho e educação. Esse modelo centra-se no estabelecimento de um conjunto de proposições originadas a partir da identificação de supostas tendências qualificadoras em função das quais o conjunto da força de trabalho é classificado (Machado, 1996).

Zarifian (2001), ao tomar esse debate como objeto de estudo indica a origem histórica do modelo de competências nas mudanças profundas da organização do trabalho e das relações sociais no interior das empresas, minimizando o papel das inovações tecnológicas na

influência direta do aparecimento desse modelo. Distingue, ainda, a noção singular de competência das competências no plural, a primeira entendida como mudança central nas organizações de trabalho e nas relações sociais e a segunda relacionada às modificações nos conteúdos profissionais.

As críticas à generalização do conceito de competência decorrem da restrição da sua aplicabilidade a alguns segmentos da força de trabalho, desconsiderando as características decorrentes da divisão internacional e sexual do trabalho, como destaca o trabalho de Hirata (1998).

Zarifian (2001), em uma linha diferente de argumentação, considera o conceito de competência como mais adequado que o conceito de qualificação, este mais relacionado ao modelo taylorista / fordista e, portanto, mais relacionado ao “saber fazer”. O conceito de competência, tentando dar conta das demandas do mundo atual que valoriza outras dimensões do trabalhador como o “saber ser” possui maior potencialidade para reconhecer as habilidades subjetivas. Ferretti (1999), fazendo uma crítica ao modelo, identifica a sua limitação ao reduzir o processo de qualificação a uma dimensão individual. Para o autor, a qualificação como construção social trabalha com a idéia de relações sociais, enquanto a competência fala em “coletivo”, sem que o mesmo possua uma organicidade própria.

Salienta-se, ainda, que as novas exigências impostas pela flexibilização do mundo do trabalho atingem de modo particularmente duro o mundo do nosso capitalismo, ainda desigual e combinado, fazendo conviver atraso e modernização, consumo de massa e miséria ostensiva, tradições populares orais e cultura urbana de massas, formas de trabalho muito tradicionais no mundo rural e outras ultramodernas nos grandes centros urbanos.

A formação das principais cidades brasileiras, São Paulo e Rio de Janeiro, ilustram esse ponto. A qualificação dos contingentes de imigrantes que chegaram a São Paulo, dos anos de 1890 até o final da década de 1920, não vieram todos com qualificações fabris, de sujeitos formados e adaptados ao mundo mecânico e automático da fábrica capitalista. Bem ao contrário, vieram muitos artesãos, lavradores e comerciantes, que viriam a dar o perfil da

maior metrópole capitalista da América Latina. A história de sua vinda, de suas formas de adaptação e de convívio, de trabalho, cultura e lazer, são muito ricas para serem esquecidas, mesmo que certo gosto pós-moderno assim o deseje.

A partir do levantamento teórico empreendido, é possível perceber que no Brasil o novo modelo de qualificação para o mundo do trabalho (flexibilização com competências) constitui um problema que possui contradições econômicas, políticas e culturais. As econômicas são as de maior relevo, pelo que produzem de violência.

A tentativa de imposição de um modelo privatista para a saúde em um país marcado por uma profunda desigualdade histórica, no período colonial e no republicano, com uma brutal concentração de renda e desníveis sociais, regionais e de classe, traz como efeito um reforço da ausência da assistência social para aqueles que já estão desassistidos e reforça a herança autoritária de nossa formação nacional. A dimensão política, também relevante, refere-se, por exemplo, à Constituição de 1988, nos limites das contradições estruturais, progressista e defensora de um modelo público de educação e de saúde, em contrapartida à defesa concreta de interesses privados, como modelo real desejado. Essas contradições, inclusive, parecem ter acompanhado a implementação do Sistema Único de Saúde na conjuntura contemporânea.

Não é possível ignorar a dimensão cultural que acentua de forma sistemática a maravilha da empresa privada de saúde. Tal dimensão diz respeito à construção de uma hegemonia, que é ao mesmo tempo objetiva e subjetiva, visível e invisível, tendo como propósito impor um princípio quase único de realidade e de pensamento.

Nesse passo pensar a qualificação ou a formação profissional de trabalhadores da saúde é ir além de questões colocadas mediante teses sobre a sociedade do conhecimento. Significa entender a reflexão rousseauiana de que o domínio do conhecimento científico por si só não garante a ética.

Ressaltamos, ainda, que as políticas de formação na saúde quando se materializam em programas demandam qualificação ou formação profissional dos trabalhadores envolvidos na implementação dos mesmos. O que requer pensar o processo educativo dos trabalhadores para além de listas de atributos e de comportamentos.

2 TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Nas últimas décadas, vem ocorrendo uma transformação no modo de expressão das questões fundamentais da área de formação e de qualificação dos trabalhadores em saúde, para os gestores de saúde, os trabalhadores, os representantes do controle social, diversificando as antigas preocupações que se restringiam inicialmente à capacitação de pessoal para o funcionamento dos serviços.

Nesse contexto, a renovação das estratégias de formação dos trabalhadores para o trabalho torna-se central para responder às demandas e às necessidades de qualificação pelas instituições formadoras, pelas instituições de saúde, pelas instituições do chamado terceiro setor (ONG) e pelas instituições corporativas das áreas de educação e de saúde.

Cabe, nesse sentido, recuperar a conformação do campo do trabalho e educação na saúde identificando-se as influências, as concepções e as repercussões desse processo.

2.1 A CONFORMAÇÃO DO CAMPO

A preocupação com a formação da força de trabalho em saúde remonta às primeiras iniciativas de preparação de médicos para desempenhar as atividades de saúde coletiva, nas primeiras décadas do século XX (Uchoa & Paim, 1985; Nunes, 1992).

Vieira (2005) descreve como a área de recursos humanos em saúde foi sendo conformada, indicando um movimento que, podendo ser vinculado ao contexto indicado acima, passou pela identificação do contingente inserido no setor até atingir uma maior institucionalização capaz de permitir a sua ampliação para o conjunto dos trabalhadores de nível médio e elementar e a sua definição se dar ao nível dos estados, durante a década de 1970.

Esse esforço representou o objetivo principal da criação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS)⁶ e serviu de lançamento para o que viria a se constituir depois como um campo específico no âmbito do sistema de saúde (Uchoa & Paim, 1985).

A atenção para a necessidade das práticas em saúde e a já presente preocupação com a formação ao nível nacional em saúde pública apontou, ao longo dos anos seguintes, a exigência de reconhecer o processo educacional como um instrumento privilegiado de formação para o mercado de trabalho e, simultaneamente, possibilitar uma atuação além das suas exigências imediatas.

Esta premissa é considerada válida para o conjunto da força de trabalho em saúde. Seguindo esse itinerário inicial as organizações complexas, como as estruturas públicas de saúde, passaram a elaborar os programas de desenvolvimento de recursos humanos sob a responsabilidade das instâncias referidas institucionalmente para a condução dos programas de saúde (tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outras). Isso incluía os treinamentos e as capacitações a serem realizados tanto do ponto de vista da formação quanto da qualificação dos quadros integrantes daquelas estruturas.

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e, mais concretamente, a I Conferência Nacional de Recursos Humanos (I CNRH), em 1986, incluíram em suas deliberações a compreensão de que o desenvolvimento de recursos humanos deveria ser uma atribuição integral das instâncias formais de recursos humanos, no interior das Secretarias de Saúde. Para Vieira (2005) pode se considerar esse momento como o de formalização da área no interior do processo de estruturação do Sistema Único de Saúde.

Essa estruturação vem a ter a sua formalização definida com a promulgação da Constituição Federal de 1988, onde se lê como referência específica da área de recursos

⁶ O PPREPS tinha como objetivo “promover a adequação da formação de pessoal de saúde às necessidades e possibilidades dos serviços, através da progressiva integração das atividades de capacitação na realidade do Sistema de Saúde” (Programa de Trabalho, 1976).

humanos a exigência de responsabilidade pelos processos formativos próprios e a proteção do ambiente de trabalho, em uma dimensão mais assistencial.

Essa decisão não se realizou sem dificuldades no interior da Administração Pública. Isso representou um deslocamento das responsabilidades na área de recursos humanos das instâncias tradicionalmente referidas para essa prática, os programas, para estruturas que não tinham essa tradição no interior das secretarias de saúde.

Entre o acúmulo de experiências originadas nas décadas de 1950, 1960 e 1970, podemos apontar as Conferências acima mencionadas como momentos centrais para a valorização da área de recursos humanos em saúde, colocando em relevo os problemas da formação profissional e das relações de trabalho dos trabalhadores de saúde. Os debates realizados nesses espaços, agora francamente participativos, e as suas recomendações acabaram por expandir a ótica de abordagem da área, para incluir o enfrentamento em seu interior relacionado à conquista dos direitos sociais que o processo de redemocratização do país reivindicava (Vieira, 2005).

A implantação dos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CENDRHU) pelas secretarias estaduais de saúde como as instâncias gestoras do desenvolvimento de recursos humanos levou a um conjunto de desdobramentos muito importantes para o setor, pois ajudaram a viabilizar um programa nacional de formação – o Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Saúde (Projeto Larga Escala) –, e a criação de espaços físicos específicos para o encaminhamento dos processos educacionais dos trabalhadores, a saber, as Escolas Técnicas de Saúde (ETSUS) e os Centros de Formação de Recursos Humanos em Saúde (CEFOR), ambos vinculados à organização do SUS (Brasil, MS, 2002).

A implantação dos Centros Formadores de Trabalhadores de Saúde nas secretarias estaduais de saúde, com a descentralização dos cursos de nível médio, passa a atribuir inclusive responsabilidades ao nível municipal, e passa-se à revisão dos currículos das habilitações de nível médio, com a inclusão de diversos conteúdos anteriormente ignorados

cujos exemplos mais significativos são a educação para a saúde, a informação sobre o SUS, a epidemiologia, a antropologia e a sociologia (MS, 1994:28 / 29).

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (II CNRH), em 1993, parece ter sintetizado uma conjuntura de conflito e de luta que no decorrer da década anterior vinha marcando as políticas voltadas para os trabalhadores em saúde. Para Vieira (2005:22), o risco de falência do SUS como um projeto, face ao caos em que se moviam os serviços de saúde obrigou a um debate em que eram reconhecidos os graves e históricos problemas enfrentados pelos trabalhadores da saúde intensificados pelo impacto das políticas orientadoras da então propalada Reforma do Estado (MS, 1994: 14).

Com uma agenda de enfrentamento amplo do diagnóstico existente sobre a formação dos trabalhadores da saúde, especialmente os de nível técnico no SUS, a Conferência se orientou para uma proposta de integração entre os Ministérios da Saúde e da Educação, e para a necessidade de estreitamento entre a esfera nacional e os níveis descentralizados de governo.

Há que se levar em consideração que a Conferência se deu em contexto marcado pelo impacto inicial das políticas neoliberais que provocaram no setor público do país a privatização de empresas estatais, a redução de postos de trabalho, a precarização jurídica das relações trabalhistas e a intensa terceirização do trabalho e dos serviços.

Fundamentalmente, o resultado desse encontro acaba por indicar uma compreensão reduzida dos processos de formação e de qualificação da força de trabalho em saúde, cuja necessidade de prática seria a formação restrita para o trabalho simples, para o qual seria suficiente uma escolaridade em nível fundamental, com ênfase na formação em serviço.

2.2 A EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE

A origem dessa discussão pode ser remetida à necessidade de contextualizar as ações de saúde, notadamente aquelas implicadas na formação e na qualificação de trabalhadores dos serviços de saúde, como parte das estratégias do setor.

No nosso continente, desde 1974, se destacava a necessidade de apoio aos governos para a atualização permanente do “pessoal de saúde”, o que se expressou através da resolução da XIX Conferência Sanitária Panamericana (Haddad Q., 1994).

Em 1975, com a liderança da Organização Panamericana de Saúde, foi obtido o apoio do governo canadense para o desenvolvimento de “Planos de Educação Continuada para as Equipes de Saúde” em oito países da região. A mobilização que se seguiu, envolveu novas formações da área de saúde, além dos médicos e enfermeiros, nos processos formativos. Para Haddad Q. (1994) esses processos desenvolvidos nas instituições de serviço exigiram também uma grande mudança teórica e prática, o que impulsionou essa discussão nas Américas.

Em 1984, a intensificação de esforços para a consolidação das experiências educativas nos países americanos desencadeou, através do Programa de Desarrollo de Recursos Humanos da OPAS, um consenso para alterar as ações educativas até então desenvolvidas, com o objetivo de viabilizar a transformação das práticas assistenciais nos serviços.

Quatro anos depois, o Grupo Consultivo da Organização para o tema reconheceu a validade da concepção atualizada, sugerindo a incorporação desse novo modo de tratar a questão da formação até o final daquela década, a ser materializada em várias das dimensões de ação do setor saúde.

A necessidade de qualificação da força de trabalho no serviço parte da proposta de uma educação continuada que, configurada como treinamentos específicos para cada atividade profissional ou programas de aperfeiçoamento em serviço, buscava a atualização de conhecimentos (Motta, 2002). Com as críticas a esse modelo, responsabilizado pelo

fracasso da resposta de qualificação às necessidades do Sistema, o paradigma da educação permanente em saúde passa a sobressair-se como a estratégia competente para a superação das falhas apontadas acima.

A proposta de educação continuada atualizaria, na perspectiva indicada nesse momento, a relação ensino x serviço, através de um contínuo de ações de trabalho-aprendizagem que ocorressem em um espaço de trabalho em saúde, partindo de uma situação-problema existente e a busca de sua superação.

É possível também referir outras experiências anteriores nessa área, como a da Coordenação Nacional de Cursos Descentralizados (CONCURD) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, quando da implantação do Projeto de Educação Continuada em Saúde Coletiva (PEC).

Essa experiência, realizada no estado de Mato Grosso do Sul como um projeto piloto, com a orientação técnica da ENSP, permeou a realização de diversos cursos descentralizados de especialização 'lato senso'. A amplitude dessa proposta pode ser expressa, segundo Nunes (1993) através das seguintes características: descentralização e reconhecimento da autonomia dos estados; capacidade de articulação histórica do Programa de Cursos Descentralizados da ENSP; flexibilidade, comportando retificações e ajustes no processo; práticas de saúde coletiva tomadas como eixo integrador e problemas de saúde e dos serviços como geradores de áreas temáticas.

Na realidade, como destaca Durão (2006), desde a VI Conferência Nacional de Saúde, em 1977, e a posterior instituição das Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde ressalta-se a prática da educação continuada como uma estratégia importante de aperfeiçoamento do processo formador.

Por outro lado, o surgimento do pensamento de integração docente-assistencial colocou em perspectiva a articulação entre a escola médica, inicialmente, e os diversos níveis de atenção, organizados do ponto de vista da regionalização em saúde. Embrião da formação

de uma rede que mais tarde ampliaria o alcance dessa perspectiva, a Rede Unida, além de abrigar um grupo muito representativo que trabalharia as questões da EPS, se ocupou dos novos desafios relativos à capacitação em serviço de pessoal auxiliar.

Sob a denominação de Projeto Larga Escala, uma das dimensões da reorganização da cooperação com a OPAS, buscou-se uma metodologia apropriada à articulação entre a formação técnica e a integração docente-assistencial, a elaboração de um currículo adequado ao aluno trabalhador, além de um lugar de certificação que não implicasse a ausência ao trabalho (Alves, 2006).

2.3 FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE

Apenas na década de 2000 esses apontamentos atingirão maior força nas políticas relacionadas à força de trabalho em saúde, através da ampliação da profissionalização de trabalhadores sem qualificação formal nos estados e nos municípios, com a elevação da escolaridade para o nível fundamental, a agilidade na profissionalização dos agentes comunitários de saúde, dos agentes de saúde escolar, dos visitantes sanitários para a habilitação de auxiliar de enfermagem, priorizando a formação em serviço.

Apesar de aparentemente indicar temas e problemas centrais para a formação e a qualificação dos trabalhadores de nível médio e de nível elementar, como a necessidade de elevação da escolaridade, a incorporação de disciplinas transversais de dimensão sócio-histórica como a sociologia e a antropologia, facilitando uma nova compreensão do campo da saúde, esse trajeto também mostrou algumas contradições do período.

Os agentes comunitários de saúde, como exemplo, foram pensados como profissionais da enfermagem na dimensão de auxiliares, o que afrontava a função desses trabalhadores no Programa especificamente estruturado para a sua atuação, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A prioridade na função de auxiliar de enfermagem traduzia assim a manutenção da lógica dominante do modelo biomédico, com o privilégio das ações assistenciais em prejuízo das ações preventivas e da promoção da saúde.

Cabe considerar a força de trabalho em saúde fundamental à garantia da qualidade dos serviços, sobre a qual muitas vezes incide uma avaliação que a responsabiliza por grande parte dos problemas de funcionamento das unidades, agravada pela baixa qualificação que muitos trabalhadores apresentam, notadamente os pertencentes aos quadros de nível médio e elementar de escolaridade.

A maior parte dos estudos e dos esforços de melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas unidades de saúde volta-se para os vários recortes em que é possível dividir a prática em saúde. Nos últimos anos intensificam-se as análises (Merhy, 2002, Campos 2005), que apontam a necessidade de considerar a prática em seu conjunto, demandando recorrer a métodos e a processos que recuperem a expressão do trabalho em equipe.

Pode-se afirmar, ainda, que os estudos e os esforços de formação de pessoal também estão voltados para os grupos profissionais mais expressivos, seja do ponto de vista histórico no setor ou para aqueles que detêm alguma forma de hegemonia que lhes garanta esse investimento institucional.

Ademais, é necessário destacar, do ponto de vista de uma dimensão mais cognitiva, a inexistência por parte dos trabalhadores de saúde de uma formação abrangente para permitir a sua compreensão da estrutura organizacional a que pertencem, os modos de funcionamento de uma instituição pública. Como exemplo, o fato dessa última receber fundamentalmente os seus recursos através do recolhimento de impostos, por diferença às instituições privadas, que buscam o seu desenvolvimento através do lucro de suas atividades.

Em uma dimensão ao mesmo tempo política e técnico-profissional, nem todos os trabalhadores de saúde compõem o plano de carreira, cargos e salários, o que certamente pode contribuir para a sua falta de motivação e para o tipo de expectativas que apresentam em relação ao processo de trabalho. Em geral, esses trabalhadores revelam uma baixa percepção do seu valor em relação ao conjunto das atividades do serviço.

Enfim, o processo de trabalho em saúde parece estar revestido por contradições que merecem aprofundamento. Para Kuenzer (1988), ainda são necessários muitos esforços para concretizar propostas que considerem o trabalho como princípio educativo, possibilitando compreender de que forma ocorre a educação para o trabalho.

O treinamento baseado em curta duração, e no local de trabalho ainda é de uso corrente nas políticas de formação de recursos humanos em saúde. Tornar o trabalhador apto e capaz de desenvolver determinada tarefa parece ter sido o entendimento mais frequente deste termo. Sobre a concepção de treinamento, nos diz Green (1971) que o foco principal do treinamento está na modelagem dos comportamentos, portanto muito mais voltado para o automatismo do que para o desenvolvimento da razão, do conhecimento. Scheffler (1984) é contundente na crítica ao treinamento, apontando que a metáfora dos moldes não é compatível com a atividade educativa.

Aqui talvez caiba uma melhor apreciação sobre as relações entre a natureza da formação e as suas relações com o processo de trabalho em saúde. Inicialmente, concordamos com Ramos (2010), quando aponta uma visão universalista abstrata de essência humana como predominante na realidade social. Ao contrário, estabelecer uma possibilidade autêntica para os processos de formação humana significa deslocar a constituição do “ser humano” para a origem da ação dos homens sobre a natureza, no interior das relações sociais que ele estabelece.

Esse princípio representa colocar o trabalho na centralidade da produção da vida humana, uma especificidade que torna o homem, como refere Ramos (2010), capaz de transformar a natureza em cada condição histórica determinada. Por isso é que o modo de produzir a existência para o ser humano é também um modo de educar-se, ou seja, ocorre uma identificação entre o trabalho e o processo de formação, de educação, humana.

Essa imbricação entre os processos de trabalho e de educação foi assumindo feições diferenciadas de acordo com o modo de produção socialmente construído pelos homens em

suas várias formas de intervenção sobre a realidade e a transformação decorrente disso. Desde a apropriação privada da terra, citada por Ramos (2010), originária da divisão entre proprietários e produtores, a gênese de estruturação das classes sociais, começa um processo de objetivação dos sujeitos sociais expropriados.

Vem daí a correlata distinção no interior da ação educativa entre uma educação para os sujeitos do processo de produção, convertidos em homens livres, e aqueles submetidos à exploração da sua força de trabalho.

Com o surgimento da sociedade capitalista, os conhecimentos adquiridos no ato da produção humana, lembra Ramos (2010), acabam por também se dividirem face à nova natureza das condições materiais de existência: ao trabalho originário da produção do conhecimento humano corresponderão a teoria e a ciência, caracterizando-se como trabalho intelectual; o mundo da produção estritamente considerada passará a vincular-se à técnica e à prática apartadas, a dimensão do trabalho manual.

É claro que para cada uma dessas dimensões estarão disponíveis formas igualmente diferenciadas do aparato escolar, após a instituição desse último como espaço dominante de educação na vida social.

Ao pensarmos a qualificação ou a formação profissional dos trabalhadores inseridos no sistema de saúde, podemos percebê-las com características diferenciadas do mundo da produção, mas por outro lado, com características gerais do mundo do trabalho.

Nesse momento do trabalho parece razoável pensar que em seu cotidiano de trabalho, o trabalhador sofre a influência e a pressão, percebida ou não, consciente ou não, elaborada ou apenas intuída, a depender do caso, dessas mesmas determinações cruzadas e contraditórias. A começar pela desvalorização do projeto público e universal de saúde, da tradição também pública da medicina brasileira e da própria visão de uma medicina preventiva, ao invés de apenas curativa e hospitalocêntrica. Continua sofrendo essa influência porque recebe salários baixos e trabalha em ambientes empobrecidos, onde

muitas vezes faltam os equipamentos e medicamentos básicos. Mais que isso, indicamos a importância da estrutura burocrática dos serviços públicos de saúde, muitas vezes fechada e hierárquica, pouco capaz de absorver o conhecimento tácito que o trabalhador desenvolve em seu cotidiano. Portanto, pouco ágil em dar respostas às críticas e às demandas, muitas vezes justas e pertinentes. No vértice, existe a pressão para que esse mesmo trabalhador se adapte às novas tecnologias e às mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho.

Contra essa idéia ressaltamos que a qualificação profissional possível, na esfera produtiva que é a saúde, não pode ser confundida com a produção de trabalhadores heterônomos. Ao contrário, o objeto da saúde e do processo de educação, qualificação, é também o sujeito, social por natureza, coletivo e indivíduo por constituição, e pensando com Marx, capaz de produzir as condições de sua existência material e intelectual. O trabalho em saúde faz evocação ética e capacidade de lidar com o sofrimento mais diretamente. Portanto é necessário educar além da razão, os sentimentos. Como característica particular do trabalho em saúde, o consentimento social para cuidar e manipular o corpo.

As ações desses trabalhadores são naturalizadas (Santos e Chrisóstomo, 1996) na organização do trabalho em saúde. Fica faltando a dimensão qualitativa, elaborada, que qualifique e valorize as experiências, a aprendizagem e as inovações que podem ser introduzidas. Criando um certo contraste com o mundo estrito da empresa capitalista, onde o *saber tácito* do trabalhador, construído a partir da experiência cotidiana com seu mundo de trabalho, tende sempre a ser absorvido e incorporado (Castro, 1992). Por certo como maneira de reforçar o controle sobre os processos de trabalho, aumentar o patamar de exploração e de acumulação privada de riqueza.

Para Deluiz (2001), a sociedade contemporânea – da crise do trabalho – impõe um paradoxo: um alargamento progressivamente maior do trabalho sem direitos sociais convivendo com uma revitalização de atividades para as quais há necessidade de um trabalhador capaz de desembaraçar-se por múltiplas funções, geralmente abstratas, crescentes quanto ao nível de complexidade e de autonomia.

Além disso, esse trabalho é fortemente coletivo e de cunho gestor, com o objetivo de aperfeiçoamento e melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços, como indicadores de um novo tempo de transformações no mundo do trabalho.

Quando apreciado sob a ótica da saúde, Deluiz (2001) destaca a similaridade de efeitos que o ajuste macroestrutural provoca: a busca de qualidade e produtividade, por um lado, e a necessidade de novas formas de organização do processo de trabalho e de qualificação dos trabalhadores, por outro.

Há uma outra consequência da organização burocrática do trabalho em saúde que merece destaque. Trata-se da convivência, ainda em nossa época, da “cultura capitalista da empresa”, com suas formas ideológicas de controle e de coerção, e de uma “cultural burocrática”, herança colonial que não perdeu a força em nossa história republicana. Com isso, o valor de fato público e civil do acesso ao atendimento médico sofre a forte interferência de uma burocracia de funcionários pouco motivados, mal remunerados, sem uma qualificação continuada e específica, com tendência à reprodução das mazelas de uma estrutura de poder bastante impessoal. No final da linha, sofrendo as consequências do processo estão, justamente, os trabalhadores que precisam do atendimento médico da rede pública, por estarem excluídos dos planos privados de saúde.

As análises desenvolvidas como expostas aqui acabaram por apontar uma proposta que pudesse responder aos problemas identificados em todo o desenvolvimento histórico acima, como responsáveis pela falência nas práticas e nos serviços de saúde, insustentáveis de permanecerem como tal. Assim, surge a EPS como o atendimento às lacunas e às imperfeições da relação educação-serviço existente nesse período.

2.4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO SÉCULO PASSADO: UMA PROPOSTA DE RENOVAÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA O SERVIÇO

O sentido dado aqui ao processo de educação permanente é bem caracterizado por Motta (2002:39), ao concluir pela necessidade de questionar como os processos educacionais, que

têm como eixo metodológico o processo de trabalho em saúde, podem reorientar a prestação de serviços de saúde.

Entre os esforços para tornar o processo de trabalho uma base concreta para o desenvolvimento de atividades formativas, a OPAS promoveu um conjunto de debates focalizado no conceito de educação permanente, construindo um repertório suficiente para deslançar uma ação entre os países.

Tomando como referência o trabalho de Brito, Roschke & Ribeiro (1994), podemos dizer que a proposta de educação permanente daquele período procurava discutir problemas do trabalho, da educação e da assistência nos serviços de saúde. Em sua visão, opera-se uma ruptura contemporânea do contrato social entre os serviços públicos de saúde e a maioria da população, e do contrato de trabalho relativo aos profissionais de saúde desses serviços.

A Educação Permanente em Saúde, promovida pela OPAS a partir de 1984, buscava vincular as dimensões do trabalho e da educação, por um lado, e das instituições, por outro. O eixo de sua atenção era o trabalhador, o seu trabalho, e a sua participação na assistência à população.

Trabalhando nesse sentido, é preciso entender os efeitos do complexo processo de reforma que os aparelhos de Estado nacionais vêm realizando. Nas Américas, a democracia tem sido afetada pela estrutura desigual de distribuição de renda, pela fragilidade institucional e pelos rompantes de autoritarismo e de violência em alguns países. A própria noção de cidadania tem sido restringida, sob a égide de critérios economicistas, até mesmo considerada a partir da possibilidade do seu “financiamento”.

A ampliação, em diversos países do continente, do acesso de populações marginalizadas à assistência sofreu dificuldades para a sua continuidade, tendo o setor saúde revelado com mais nitidez o seu papel na lógica de acumulação de capital.

Esse quadro trouxe uma condição crítica de sobrevivência para os serviços públicos, produzindo estratégias refletidas em modos de gestão que tomaram pacientes e profissionais dos serviços como objetos.

Referida à satisfação das necessidades individuais e coletivas da população, a educação permanente em saúde propunha-se a rever algumas categorias importantes para pensar a mudança dos serviços: as noções de instituição de saúde e de trabalho, nesse âmbito, são centrais para esse esforço.

2.4.1 Educação permanente e o processo de trabalho em saúde

A instituição de saúde é tomada como uma construção social resultante de um processo histórico de gestação coletiva de valores, cultura, saber e competências, produzidos e reproduzidos como práticas dinâmicas. Para entender o processo institucional de mudanças é preciso discutir como componentes centrais a cultura institucional, a estrutura de poder e o processo de trabalho.

As instituições também possuem estruturas e dinâmicas políticas, onde ocorre um compartilhamento do poder disputado, por referência a um valor simbólico, o do conhecimento e da prática médica. Isso configura um espaço de conflito, complexo e de difícil gestão. Além disso, existe uma relação às vezes imperceptível nos serviços de saúde, relativa à separação entre o planejamento e a execução, o pensar e o fazer, reforçando a verticalidade e a assimetria das relações de poder e de trabalho institucionais.

Assim, o trabalho nas instituições de saúde pode ser caracterizado pela grande complexidade, heterogeneidade e fragmentação. Complexo quando conjuga fatores como a tecnologia e os recursos materiais, econômico-financeiros e humanos, visando um resultado que satisfaça uma necessidade social determinada. Heterogêneo quando inclui processos de trabalho diferenciados entre si. A sua fragmentação, derivada da tradição Taylorista que distingue a concepção e a execução na configuração das atividades, envolve a dimensão conceitual, técnica e social. A tecnologia joga ainda um papel relevante nesse contexto.

Gera novas competências, especialidades e relações técnicas rapidamente convertidas em relações sociais, estruturando formas de atenção e modalidades de prática.

Assumida como um instrumento pedagógico de transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores, a educação permanente pretendia então a melhoria da qualidade da assistência. Para isso, a qualidade é tomada como um resultado integral ligado a determinados processos de trabalho, uma resultante das formas em que ocorre o processo de produção de serviços (Brito, Roschke & Ribeiro, 1994).

Isso significa que desenvolver estratégias educativas isoladas, a capacitação pura e simples, não contribuiria para a superação de problemas institucionais. A mesma concepção considera fundamental o aproveitamento estratégico das oportunidades por mudanças nos serviços, produzidas pela pressão social.

Tornam-se imperativas dessa forma, novas práticas de gestão tendo por eixo o trabalhador e o seu trabalho, reconhecendo o papel central dos profissionais na vida institucional e efetivando mecanismos regulatórios da autonomia e do corporativismo dos trabalhadores.

Essa gestão renovada de pessoal precisaria responder, entre outras indagações, sobre a capacidade de enfrentamento das conseqüências da atual divisão do trabalho em saúde; a resolução dos conflitos institucionais resultantes da diversidade de interesses dos usuários, profissionais e dirigentes; o combate ao corporativismo, quando os seus interesses ameaçam as finalidades do serviço; os mecanismos de vinculação entre o contrato de trabalho e a produção de serviços no setor público e a viabilidade de integração entre a produtividade e a qualidade.

Assim pensada, a educação permanente representaria um instrumento de qualidade e, simultaneamente, um momento do processo educativo mais amplo, tomando o serviço em sua totalidade.

Nesse sentido, a perspectiva de gestão do trabalho coletivo assume a participação de todos os trabalhadores envolvidos em cada problema enfrentado pela instituição, com uma lógica nova que definiria a equipe de trabalho não por categorias profissionais ou serviços e programas existentes, mas pela participação efetiva no processo de trabalho analisado. Nessa circunstância, a gestão redefine o espaço, o papel e a orientação do componente de educação permanente para a construção do trabalho coletivo orientado para a qualidade.

Segundo Brito; Roschke & Ribeiro (1994) para a construção de um projeto coletivo, portanto, seria necessário considerar a natureza social do trabalho em saúde e do processo de produção dos serviços de saúde, acreditando na possibilidade de transformação do trabalho atual através de estratégias coletivas de educação voltadas para a melhoria da qualidade.

O objetivo estratégico do processo seria o trabalho solidário, a reconstrução das equipes, tendo a satisfação do pessoal como condição básica de um serviço de saúde equânime e de qualidade. Para tal, deveria haver uma definição coletiva da imagem-objetivo de qualidade do serviço e dos problemas que impedem o alcance desse lugar.

Uma nova gestão de pessoal incorporaria estrategicamente modalidades educativas de ação com vistas à mudança, mas seria preciso impedir que se atribísse à educação permanente capacidades que não possui, de modo a potencializar mutuamente as diversas opções de gestão em jogo.

Uma descrição panorâmica da proposta seria a de um programa educativo no marco de uma pedagogia problematizadora de transformação do trabalho baseado no conceito de qualidade do serviço. O componente programático vai construindo assim diversas orientações possíveis: a educação formal, a capacitação técnica, a atualização, além de distintas modalidades.

Uma formação de qualidade, capaz de alterar significativamente o processo de trabalho destes profissionais, deve estar longe da concepção de adestramento, de processo mecânico.

Isso obriga a considerar o objeto da saúde, bem como da prática educativa, na formação e na qualificação dos sujeitos, como um processo fundamentalmente social, simultaneamente individual e coletivo.

Conforme indica Marx (*apud* Pereira, 2002), é o sujeito que produz as condições da sua existência material e intelectual e a sua educação e qualificação, portanto, tomada a saúde como uma dimensão produtiva não pode representar uma resultante de trabalhadores heterônomos. Pensado nesses termos tratar do sofrimento concreto nas práticas de saúde inclui uma dimensão ética que exige ultrapassar o âmbito racional no processo educativo, fazendo o cuidado e a ação sobre o corpo por meio de um acordo social uma característica própria do trabalho em saúde.

Nesse momento do trabalho parece razoável pensar que em seu cotidiano de trabalho, o trabalhador sofre a influência e a pressão, percebida ou não, consciente ou não, elaborada ou apenas intuída, a depender do caso, dessas mesmas determinações cruzadas e contraditórias. A começar pela desvalorização do projeto público e universal de saúde, da tradição também pública da medicina brasileira e da própria visão de uma medicina preventiva, ao invés de apenas curativa e hospitalocêntrica. Continua sofrendo essa influência porque recebe salários baixos e trabalha em ambientes empobrecidos, onde muitas vezes faltam os equipamentos e medicamentos básicos. Mais que isso, indiquemos a importância da estrutura burocrática dos serviços públicos de saúde, muitas vezes fechada e hierárquica, pouco capaz de absorver o conhecimento tácito que o trabalhador desenvolve em seu cotidiano. Portanto, pouco ágil em dar respostas às críticas e às demandas, muitas vezes justas e pertinentes. No vértice, existe a pressão para que esse mesmo trabalhador se adapte às novas tecnologias e às mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho.

Também é relevante a integração das estratégias educativas com as estratégias de gestão de pessoal coerentes com a cultura institucional buscando efetuar o reencontro da sua missão. Finalmente, seria fundamental estabelecer sistemas de monitoramento e de avaliação permanente dos avanços e dos retrocessos realizados, pois, referindo-se a processos sociais

complexos, tenderiam a reverterem-se aos níveis de desempenho anteriores à intervenção, mesmo quando se produzissem mudanças efetivas.

Em síntese, é necessário reconhecer que o nível de conhecimento existente sobre os processos de trabalho em saúde nas suas diversas dimensões é insuficiente; que os atuais modelos, estilos e instrumentos de gestão do trabalho nos serviços de saúde são insuficientes no manejo e inadequados às especificidades do campo da saúde; e, finalmente, que as estratégias, métodos e técnicas de gestão da educação permanente são exigências de uma fase do processo mais centrado na operação de programas e projetos.

Essa concepção será ressignificada quando da sua apropriação por uma estrutura central de gestão pública federal: a então criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, por ocasião da vitória eleitoral do candidato Lula da Silva e a assunção de uma nova equipe para o Ministério da Saúde.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UM NOVO PARADIGMA?

3.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM NOVA PERSPECTIVA

A expectativa de mudanças que fez acompanhar a vitória eleitoral do presidente Lula da Silva, em 2002, trouxe para o campo da saúde a crença de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, estendendo os efeitos desse adensamento crítico até os contornos do processo de trabalho setorial, como destaca Morosini (2010:23).

O novo Ministério, resultante de um processo de negociação política e de críticas dos segmentos do movimento popular que apoiaram a Administração eleita, materializa na área de gestão, de formação e de qualificação da força de trabalho em saúde uma nova Secretaria. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde surge, assim, de um diagnóstico indicador de criticidade quanto à “situação dos profissionais de saúde diante da consolidação do SUS”. Situação considerada grave seja pela “... inserção de trabalhadores, ... regulação das relações de trabalho e à regularização dos vínculos trabalhistas...” e, ao mesmo tempo, dos problemas envolvidos na graduação, na educação profissional e relacionados à “... educação no e pelo trabalho para qualificar as ações e os serviços de saúde e a gestão do SUS” (Ministério da Saúde, 2004:17).

São estruturados então dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Ao primeiro competia a formulação das políticas relativas à formação dos profissionais de saúde, ao desenvolvimento profissional e à qualificação permanente dos trabalhadores da saúde, enquanto ao último caberia cuidar das relações de trabalho considerando a participação do trabalhador como fundamental para a efetividade e eficiência do SUS.

O conceito de Educação Permanente em Saúde passa a ser mais amplamente divulgado no Brasil partir da criação dessa Secretaria, a SGTES, no Ministério da Saúde, que inaugura na instância federal um espaço destinado à formulação de políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país. Nesse

sentido, a educação permanente deixa de se restringir à formação profissional e passa a ser vista como uma estratégia para a mudança no sistema de saúde, ou seja, como “uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor de saúde” (Ministério da Saúde, 2003:1).

Assim, nos documentos divulgados pelo órgão, a Educação Permanente representa uma nova visão dada ao tema trabalho e educação na saúde, sinalizando para uma mudança de concepção no interior do Ministério da Saúde, no que diz respeito à formação e desenvolvimento dos trabalhadores, na medida em que coloca o processo de trabalho como centro do processo educativo.

Algumas iniciativas no campo da formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde já vinham sendo desenvolvidas pelo SUS, entretanto - de acordo com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde -, a desarticulação, a forma fragmentada e a heterogeneidade conceitual de tais iniciativas não lhes teriam permitido alcançar os objetivos propostos.

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

Assim, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é apresentada como proposta capaz de superar as insuficiências dos programas anteriores e de dar conta de objetivos que até então não teriam sido alcançados, quais sejam: 1) produzir impacto sobre as instituições formadoras no sentido de alimentar os processos de mudança e, 2) promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde, uma vez que as iniciativas anteriores teriam mantido a lógica programática das ações ou das profissões e, desta forma, não teriam conseguido desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (Ministério da Saúde, 2003:5).

Para tanto, os formuladores da PNEPS apontam que a mesma deveria constituir-se como eixo transformador, como estratégia mobilizadora de recursos e poderes e, como recurso estruturante do fortalecimento do SUS. Segundo os mesmos, a aprendizagem significativa seria o pressuposto que conferiria à educação permanente tal capacidade, na medida em que propõe que a transformação das práticas profissionais deveria estar baseada na “reflexão crítica sobre as necessidades reais de profissionais reais em ação na rede de serviços” (Ministério da Saúde, 2003: 7). A concepção de educação permanente como política nacional traz em seu bojo a proposta de que esse pressuposto seja o ponto de partida e, ao mesmo tempo, o *elo* que articule os diversos setores da saúde.

Lemos (2010), nessa mesma medida, dá destaque como justificativas para a escolha da EPS através do DEGES a necessidade de superação conceitual, o término da compra de serviços educacionais, o rompimento com a prática de capacitações verticais e inadequadas à realidade dos serviços de saúde e o fim da contratação de consultorias para implementar os processos de gestão.

As expectativas em torno da educação permanente advêm da prioridade desta concepção pedagógica definir o cotidiano de trabalho como local privilegiado de aprendizagem. A ênfase do processo de formação desloca-se, então, da dimensão tecno-científica para a dimensão do local, do específico e do cotidiano do trabalho, o que seria garantido através da aprendizagem significativa. Segundo Ceccim (2004, 2005:161),

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

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

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

Lemos (2010:102) ainda destaca que a PNEPS desenvolveria-se, à semelhança da OPAS, como contraponto da educação continuada pela relação central estabelecida no âmbito educativo entre a aprendizagem e o processo de trabalho. Ao mesmo tempo, afirma o diagnóstico realizado pelo DEGES de que as práticas educativas vigentes serviam de obstáculo ao enfrentamento da realidade vivida pelas equipes no SUS.

Apresentando como inovação, a busca pelas parcerias entre ensino e serviço como um avanço em direção à intersetorialidade, essa autora destaca a necessidade, no interior dessa política, da extensão do planejamento ao conjunto dos setores envolvidos como possibilidade para a transformação das suas práticas.

3.2 À GUIA DE FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Tomando Campos (2003) e Merhy (2002) como referências é possível afirmar que as concepções mais importantes de sustentação da política nacional de EPS são as de aprendizagem significativa e o método da roda, tomando o trabalho cotidiano como local privilegiado de educação para a mudança.

Ao tipificar o trabalho como vivo, a partir do trabalhador, ou morto, centrado na matéria-prima e nas mediações com a produção (os instrumentos), ou na tecnologia organizacional, Merhy propõe haver para o caso do conhecimento tecnológico uma influência da ação do trabalhador real, diferentemente da produtividade instrumental. Para esse autor, é a dupla dimensão do trabalho vivo em ato, gerindo processos institucionais e realizando a produção que permite entender as possibilidades de interferência na ação do trabalho vivo em uma

dada produção concreta, através das tecnologias leves empregadas em relação ao trabalho morto (Merhy, 2002:63).

O método da Roda desenvolveria a co-gestão entre trabalhadores de saúde e usuários, através da organização de espaços de ampliação da capacidade dos sujeitos para analisar, definir tarefas e propor intervenções na realidade. É a isso que Campos (2000:43) chama capacidade de direção de um Coletivo. Com a Roda e a ação de forças externas ao Coletivo buscava-se uma reorganização dos fluxos de poder (pág. 143). Por esse processo emergiriam as prioridades de enfrentamento dos problemas a partir de um alargamento dos elementos envolvidos em uma dada situação cotidiana de trabalho.

A aprendizagem significativa, por sua vez, no contexto da EPS, trabalharia uma perspectiva centrada no usuário, onde os conhecimentos específicos dos trabalhadores de saúde seriam aplicados a partir das demandas trazidas pela população.

Assim é que a concepção dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, doravante tratados aqui simplesmente como Pólos, atualizariam essas práticas de negociação e de diálogo, como construção coletiva para a identificação de necessidades, apontando para as possibilidades de mudanças das práticas de trabalho e de educação em saúde. A construção de políticas no campo da formação e da qualificação em saúde apesar de não estar indicada na formulação, acabou sendo uma decorrência prática da PNEPS.

Tamanha é a importância destinada aos Pólos no interior da Política que, face à uma avaliação sobre as limitações conceituais e operativas na implantação nacional dessa instância, formula-se o Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Com o propósito central de enfrentamento do risco de “burocratização do espaço dos Pólos e à perda da vitalidade desses espaços de articulação interinstitucional”, essa estratégia procurou “ampliar rápida e maciçamente a massa crítica capaz de operar a educação permanente em saúde no SUS” (Ministério da Saúde, 2004, pág. 2).

Mas que papel será destinado a essas lideranças ‘representacionais’ (aspas minhas) da nova Política? Segundo o DEGES, o “seu papel será o de acompanhar e facilitar a reflexão crítica sobre os processos de trabalho das equipes que operam no SUS em todos os níveis” (Ministério da Saúde, 2004, pág. 3).

Por esse conjunto de preocupações e concepções é que, na perspectiva defendida por esses autores, a Reforma Sanitária é tomada como momento posterior à desalienação dos trabalhadores de saúde, trazendo como conseqüências uma mudança na gestão pública das ações e dos serviços públicos, instituinte de um modo-compromisso de articulação dos interesses dos usuários com a prática dos trabalhadores.

Na medida indicada pelas discussões acima, a gravidade do processo de precarização do trabalho e da atenção em saúde, mesmo tematizada por um departamento da SGTES, acaba secundarizado pela elaboração da PNEPS que investe na mudança das relações de trabalho a partir dos coletivos institucionais de trabalhadores como possibilidade emancipatória.

É partindo dessas considerações que se torna possível analisar os documentos oficiais de implantação da política nacional de EPS, destacando a sua alteração a partir da reelaboração formal da sua regulamentação original, como pretendemos indicar abaixo.

3.3 A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS PORTARIAS MINISTERIAIS

Os principais instrumentos de regulamentação da política de educação permanente em saúde no Brasil, a Portaria GM/MS N° 198, de 13 de fevereiro de 2004 e a sua posterior substituição pela Portaria GM/MS N° 1.996, de 20 de agosto de 2007, são fundamentais para o estabelecimento de uma compreensão sobre a implementação dessa política.

3.3.1. Portaria GM / MS Nº 198

Esse instrumento legal instituiu a política de educação permanente em saúde, em âmbito nacional, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a qualificação dos trabalhadores.

Logo em seu preâmbulo de considerações, o texto legal apresenta intenções gerais bastante ambiciosas, explicitando a ampliação do conceito de EPS das relações entre ensino e serviço para a sua tradução, no contexto da Reforma Sanitária brasileira, em processo pedagógico de intervenção nos campos da formação e da gestão, do desenvolvimento institucional e do controle social (5º considerando).

A propósito da última referência acima, menciona também vários elementos que são considerados princípios estruturantes do SUS: a integralidade e a descentralização (1º considerando), a participação (1º e 3º considerandos) e o controle social (4º considerando) são citados como justificativas da instituição da política.

Ao mesmo tempo, mantém o campo de preocupações corriqueiro da EPS até então, qual seja, a educação para o serviço (4º considerando), muito embora acresça (o que não é desprezível do ponto de vista teórico) a dimensão de promoção (6º considerando) a essa lógica.

Cabe também chamar atenção para o fato de a portaria incluir dimensões normalmente negligenciadas ou ausentes do trabalho no interior do sistema de saúde, como o desenvolvimento científico e tecnológico (2º considerando).

Além disso, e não menos importante, destaca quase metade do conjunto de considerações (do 7º ao 10º considerando) para expressar o respaldo obtido para a proposta pelas instâncias de pactuação e de deliberação do SUS, respectivamente a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

É no interior das instâncias acima, inclusive, que está ancorado o apoio à instalação dos Pólos, materialidade essencial para o desenvolvimento da política, inclusive do ponto de vista de destinação de recursos.

Composta por oito artigos com conteúdo, a Portaria inicia por instituir a política de qualificação dos trabalhadores a ser conduzida pelos Pólos de modo descentralizado. Esse artigo, juntamente com o que se segue são os de maior detalhamento da proposta já que estabelecem respectivamente as funções e a composição dessas instâncias. Assim é que se destacam como os papéis desses espaços: a identificação das necessidades formativas com as suas estratégias; a formação de gestores numa perspectiva em rede; a proposição de políticas educativas coerentes com o SUS; o estímulo à mudança das práticas nas interseções saúde-educação; a formulação de propostas metaformativas; o estabelecimento de pactuações entre os atores da política e a estruturação de uma cooperação com outras redes.

Tendo por objetivo essas ações centrais, simultaneamente disseminadas pelas dimensões implicadas na política, a composição dos Pólos procura articular as áreas de saúde e de educação mobilizando os gestores regionais e locais, as instituições superiores de ensino, as escolas técnicas de saúde, as instituições de saúde coletiva, os hospitais de ensino, as unidades de saúde, os estudantes de cursos da saúde, os trabalhadores da área de saúde, os conselhos de saúde e os movimentos sociais voltados para as políticas de saúde.

Uma representação da composição acima constitui um Colegiado de Gestão que ainda poderá ser traduzido em um Conselho Gestor, com direção das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e participação dos gestores municipais, das instituições de ensino e dos estudantes. A liderança de condução pelas SES objetiva a adequação do trabalho dos Pólos às demandas locais do SUS.

Além disso, a organização dos Pólos deve cobrir um determinado território a ele adscrito, para os fins de formação e de qualificação da sua força de trabalho em saúde. Essa

modelagem deverá ser definida pelas principais instâncias do SUS em cada estado, as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e os Conselhos Estaduais de Saúde (CES).

Em seguida, é descrita a responsabilidade do Ministério da Saúde pelo financiamento da política. Os primeiros seis meses desse aporte de recursos prevêm um critério de distribuição multifatorial, onde se incluem: a população de municípios em gestão plena, o número de equipes de saúde da família, o número de conselheiros de saúde, os equipamentos de ensino, as unidades de saúde, a população total do estado, os cursos existentes na área de saúde, além de um coeficiente geral, todos compondo um teto financeiro máximo.

Esses critérios deveriam ser avaliados após esse prazo inicial para a definição de uma nova redistribuição. Esse conjunto de trâmites, pactuados pelas instâncias máximas de negociação e de deliberação nacional do SUS, a CIT e o CNS, devendo os recursos ser mobilizados para o desenvolvimento de projetos com o sentido apontado neste instrumento legal.

Operacionalmente, os projetos elaborados pelos Pólos serão acreditados pelo Ministério da Saúde de acordo com Diretrizes dispostas em um termo anexo, com a garantia dada pelo MS de assessoramento para esse fim.

Finalmente, a Portaria cria uma Comissão Nacional de Acompanhamento político, para pactuar e formular critérios de análise, acompanhamento e avaliação dos projetos – existentes e propostos – de acordo com as diretrizes políticas gerais da proposta.

A) Comentários sobre o Anexo: “Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor”

Neste documento de 20 páginas (a Portaria tem 05), o desenvolvimento profissional, a educação popular, bem como a resolutividade dos serviços são definidos na Introdução como objetivos para a EPS caracterizada como aprendizagem no trabalho.

Tomando a gestão colegiada como paradigma metodológico, estabelece a política de EPS como mediação entre o ensino e o sistema de saúde, estratégica para a qualificação e a mudança das práticas na educação, na saúde e na interação de ambas.

Realizada com papéis definidos de modo bastante generalista para os níveis de governo, incluindo em seu interior as dimensões individual e coletiva de ação, a EPS intenta – principalmente através dos Pólos – estabelecer responsabilidades compartilhadas entre a educação, a gestão, a atenção e o controle social em bases territoriais demarcadas, coerentes com o esforço de construção da Reforma Sanitária Brasileira.

Os Colegiados de Gestão dos Pólos serão os responsáveis políticos das propostas, definindo os campos de intervenção coerentes com as suas diretrizes.

A segunda parte do documento, a mais extensa, caracteriza o processo de formação dos Pólos estabelecendo as suas bases para o SUS, a gestão colegiada e as suas funções, as diretrizes para a acreditação de projetos com os critérios para a alocação de recursos, e as suas linhas de apoio.

3.3.2. Portaria GM / MS Nº 1996

Pode-se apontar que a realização da reforma ministerial em julho de 2005 procurou fortalecer as funções de gestão e de regulação do Estado brasileiro, que no caso desse estudo pode ser exemplificado com a extinção dos pólos de educação permanente em saúde. As modificações ocorridas na SGTES afetaram a composição da equipe e a orientação política que vinha sendo implementada, notadamente no DEGES. É possível sugerir que uma das mudanças mais relevantes tenha sido na dinâmica de condução da política de educação permanente em saúde.

Para Julio Miller, representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), em entrevista ao Projeto “Políticas de trabalho em saúde e a qualificação dos agentes comunitários de saúde: dinâmica e determinantes”, o sentido dado à concepção inicial de implantação da política era excessivamente abrangente, tornando as “conseqüências organizacionais da política” insustentáveis.

Havia a crítica incidente sobre a ênfase loco-regional, que alijaria os estados nessa perspectiva, inclusive com a interferência direta dos chamados facilitadores da implantação da política de EPS na dinâmica descentralizada, desrespeitando os canais organizacionais do SUS.

Segundo Célia Pierantoni, diretora do DEGES / SGTES entre 2005 e 2006, a mudança na agenda do DEGES foi fundamental para a compreensão da nova condução política para a EPS. A necessidade de reestruturação da área técnica e dos investimentos na graduação e na educação permanente, ainda que reconhecendo uma restrição orçamentária: “... nós fizemos várias ações paralelas, porque não adiantava mudar, mesmo porque o orçamento era pequeno, nós tivemos muito pouco recurso, muito pequeno mesmo...”. Outra grande crítica ao momento anterior da PNEPS é a de que a execução orçamentária era muito pequena e a criação dos Pólos tinha gerado um paralelismo na gestão descentralizada do SUS. E articula ambos os elementos: “E aí, eu realmente percebi que os Pólos estavam se configurando na época (...) com raríssimas exceções, uma estrutura paralela à Secretaria, ele tinha um imenso poder paralelo. E aquilo ali não dava. Se fosse assim ia morrer, uma coisa impressionante”.

Para essa gestora, havia também uma desigualdade de poder favorável às instituições de ensino, inclusive privadas, face à pulverização de propostas de financiamento para a execução do processo educativa, o que levaria ao favorecimento dos pacotes das instituições formativas. Em defesa do então substituto dos Pólos, os CIES, considera essencial a sua vinculação ao processo de regionalização.

Para Maria Luiza Jagger, Secretária da SGTES entre 2003 e 2005, há uma mudança completa no conceito na passagem de uma Portaria a outra. Criticando o que considera um reducionismo inicial, afirma que a participação do CONASS e do CONASEMS permitiu uma ampliação do processo inicial de mudança na política que, segundo ela, foi respaldada na III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Quanto a outro dos protagonistas de implantação da Política, Ricardo Ceccim em entrevista apontou que a intenção não era o desenvolvimento de uma metodologia, de uma tecnologia, mas sim um modo de fazer política. “... eu digo que a educação permanente faz uma escuta pedagógica de serviço. Escuta pedagógica dos serviços é análise estrutural”. Crítico à idéia de estudo continuado, esse gestor entendia que “... não é educação permanente porque sempre a gente precisa estar sendo formado, é uma educação permanente porque o nosso trabalho é vivo”.

Ainda segundo Ceccim, o novo grupo gestor reduziu a EPS a uma proposta didática. Opôs nessa medida uma política de edital ao processo de fórum do período anterior. Assim é que o texto dessa nova Portaria substitui o da anterior, pretendendo re-estabelecer as diretrizes para a implementação da política de EPS no país.

Apresentando um número de considerações bem superior à sua precedente (17 em relação a 10), mantém os conteúdos relativos à ampliação do conceito de EPS (5º considerando), aos princípios do SUS (1º considerando), à dimensão de ciência e tecnologia (2º considerando).

Também acata o respaldo dado pela CIT ao funcionamento dos Pólos de EPS dedicando, inclusive, apenas três considerações a conteúdos “próprios” (exclusivos da política) sendo os demais relativos a termos legais anteriores. É preciso levar em conta, nesse aspecto, o fato do intervalo entre as duas Portarias (fevereiro de 2004 a agosto de 2007) ter presenciado uma série de mudanças no interior do Sistema, como a criação dos diversos Pactos, por exemplo.

Quanto aos 22 artigos propriamente, o texto começa por caracterizar o momento da instituição de novas estratégias e diretrizes, explicitando a necessidade de considerar a capacidade instalada de instituições formativas.

A condução da política passa a ser dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), através dos Planos de Ação Regionais (PAR), contando com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Além disso, ocupam boa parte do texto legal as atribuições do CGR e das CIES.

No primeiro caso, a definição do PAR, a gestão financeira, a promoção e a avaliação das CIES e a avaliação do processo educativo. No caso das CIES, a cooperação técnica com os CGR, a articulação e o incentivo à adesão institucional, contribuir para a avaliação da EPS, o apoio à gestão política regional. Enquanto a composição dos CGR é de gestores (municipais e estaduais), o CIES é constituído por representantes da gestão e, onde convir, por representantes da educação, entidades profissionais, instituições de ensino e movimentos sociais.

Estendem-se pelos demais artigos a normalização sobre uma territorialização das CIES, que contará com uma secretaria executiva; a composição e as atribuições de uma CIES incluída na CIB; as atribuições no âmbito da EPS das CIB e dos CES; a proposição de indicadores de acompanhamento da EPS; o financiamento federal através do Bloco de Gestão; a dimensão da cooperação técnica entre MS e SES; e as competências conjuntas do MS, SES e SMS.

Dignos de menções específicas são: uma disposição própria para a formação de trabalhadores de nível médio, muito embora o anexo que a orienta reduza o horizonte dessa dimensão à elaboração dos projetos encaminhados para a aprovação; a reativação da Comissão Nacional de Acompanhamento da política que, até onde foi possível conhecer, não teve ação real.

Os demais anexos, além do citado acima, estabeleciam os critérios para a alocação orçamentária, em um desenho grupalizado que considera o modelo tecno-assistencial, a relação profissionais de saúde - população e o enfrentamento de iniquidades regionais.

São apresentadas, ainda, as diretrizes operacionais das CIES, destacando o conceito de EPS em relação aos processos de qualificação para o trabalho, e a relação do Colegiado de Gestão Regional com as CIES.

Segundo Lemos (2010:108) a articulação das CIES ao Colegiado de Gestão Regional acaba produzindo uma restrição ao papel daquelas instâncias, com o fortalecimento exclusivo dos serviços e, conseqüentemente, da gestão estadual do SUS no âmbito da PNEPS.

A análise dos dados constantes dos relatórios estaduais de indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, criados pela Portaria GM / MS N° 2669, também permite realizar algumas observações. O Pacto de Gestão, como um dos seus componentes, foi pensado para expressar as bases teórico-metodológicas de continuidade do SUS, com o objetivo de consolidar o processo de descentralização em direção à solidariedade e à autonomia crescentes nos diversos níveis. Assim é que a sua materialização se dará através do compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que impactam as condições de saúde da população, formalizado pelo Sistema do Pacto pela Saúde (SISPACTO)⁷.

É possível destacar em um primeiro momento que, sendo fruto de uma deliberação geral as informações sobre o desenvolvimento da política parecem ter se tornado mais cartoriais do que expressão de um processo real de implantação em todo o país. Desse modo, para o conjunto dos estados, com pequena nuance diferencial para o Distrito Federal, a política nacional de EPS aparece invariavelmente com a mesma distribuição no modelo de relatório atribuído para esse fim.

⁷ Disponível no endereço eletrônico [www. saude. gov. br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto).

O mapeamento do período entre os anos de 2007 a 2010 / 2011 de pactuação, permite identificar uma mudança de padrão entre o primeiro ano assinalado e os demais anos do período, conforme a tabela abaixo. A escolha dos estados abaixo é explicada pela mudança

ANOS ESTADOS	2007			2008			2009			2010		
	Prioridade	Objetivo	Indicador									
Rio de Janeiro	02	-	01	-	01	01	-	01	01	-	03	02
Minas Gerais	02	-	01	-	01	01	-	01	01	-	03	02
Paraíba	02	-	01	-	01	01	-	01	01	-	03	02
Sergipe	02	-	01	-	01	01	-	01	01	-	03	02
Rio Grande do Sul	02	-	01	-	01	01	-	01	01	-	02	02
Paraná	02	-	01	-	01	01	-	01	01	-	03	02
Santa Catarina				-	01	01				-	03	02
São Paulo				-	01	01				-	03	02
Espírito Santo				-	01	01				-	03	02
Mato Grosso				-	01	01				-	03	02
Mato Grosso do Sul				-	01	01				-	03	02
Goiás				-	01	01				-	03	02
Distrito Federal				-	01	01				-	02	01

realizada na apresentação do Sistema que suprimiu as informações relativas ao ano de 2007, para o qual só havíamos levantado as informações relativas aos estados indicados na tabela.

Em 2007, a Educação Permanente em Saúde aparece como prioridade em todos os estados analisados, na atenção à Saúde do Idoso, através do foco nos profissionais da rede básica; simultaneamente, também é priorizada para o fortalecimento da atenção básica, com a proposição de qualificações nessa perspectiva, em conjunto com a oferta de especializações e de residências multiprofissionais e em medicina de família. Ainda para esse ano, o relatório previa, entre os indicadores principais do Pacto pela Saúde, uma proporção instituinte de Colegiados de Gestão Regional.

Nos anos de 2008 e 2009, o instrumento mantém a mesma distribuição, que aponta como um dos objetivos para o fortalecimento da atenção básica o sentido indicado acima, com uma ênfase prioritária no envolvimento dos profissionais da estratégia de saúde da família. Além disso, apresenta como indicador agora complementar do Pacto de Gestão a mesma pactuação anterior de uma meta para a montagem dos CGR.

Finalmente, para o último ano ou biênio disponível, 2010 / 2011, a Política aparece como objetivo do Pacto pela Vida na atenção à Saúde do Idoso, ao promover a formação e a EPS dos profissionais da área. Também é indicada no âmbito do Pacto de Gestão, quando destaca como objetivo da regionalização a constituição dos CGR, com metas anuais de proporcionalidade como um indicador. Ainda nesse âmbito, também descreve como objetivo da Educação na Saúde a ampliação do percentual das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço, articulando o seu funcionamento às necessidades educativas locais, com a mesma exigência de indicação das metas pactuadas.

3.4 COMENTÁRIOS SOBRE UMA INFLEXÃO ANUNCIADA

Um comentário inicial e absolutamente visível é o desaparecimento, do primeiro para o segundo texto, de quaisquer considerações sobre os Pólos de Educação Permanente em Saúde. Apesar de constar formalmente nos condicionantes preliminares da última Portaria, em nenhum dos artigos há qualquer citação sobre a existência ou as atribuições dessas instâncias.

É preciso considerar que a introdução da EPS como política central de governo para a transformação das práticas em saúde, correspondeu a dois movimentos simultâneos. Por um lado, a ocupação da área ministerial na saúde, responsável por essa condução, por um grupo comprometido há vários anos com projetos dessa ordem. Oriundos de uma determinada fração partidária protagonista da vitória eleitoral (o Partido dos Trabalhadores – PT) e militantes de movimentos nacionais como a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (a CINAEM), da REDE UNIDA, da Rede de Educação Popular em Saúde (REDEPOP), da política de Educação em Saúde Coletiva do Governo do

Rio Grande do Sul (ESP / RS) sempre tendo em vista uma mudança nas práticas docente-assistenciais que trouxessem melhorias nas condições de enfrentamento do processo saúde-doença no país.

Simultânea e articuladamente, a reestruturação do órgão federal máximo com responsabilidade sobre a área, o Ministério da Saúde, reconceituou o espaço definido para a proposição e o desenvolvimento de políticas relacionadas à força de trabalho, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, espaço fundamental para respaldar a instauração de novas políticas públicas, como passa a ser o caso da EPS.

Em outro sentido, a nova Portaria vincula mais diretamente a política de EPS às instâncias de pactuação e de controle social do Sistema, eliminando o protagonismo representado pelos Pólos, ainda que o espaço de participação passasse a ser representado pelos Colegiados de Gestão Regional ou, mais expressivamente (do ponto de vista de amplitude), das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço.

Outra mudança expressiva é o modo de financiamento. Sob a vigência do Pacto pela Saúde, instituem-se os blocos de financiamento, para a transferência dos recursos federais aos níveis descentralizados. Com a justificativa de realizar uma alocação de recursos mais condizentes com as necessidades de saúde da população foram estabelecidos os grupos da Atenção Básica, da Média e Alta Complexidade, da Vigilância em Saúde, da Assistência Farmacêutica e da Gestão do SUS. Embora não represente exclusividade em relação às ações de EPS, pois inclui os componentes de qualificação da gestão do SUS e a implantação de ações e serviços de saúde, ao assinalar os recursos de acordo com o recém criado bloco de gestão do SUS, fica uma indagação sobre a garantia de inclusão do conjunto de intervenções as quais a EPS deve se articular face à amplitude da sua concepção, como adotada pelo Ministério.

Bravin (2008) ao estudar a dinâmica de financiamento da política informa que a primeira destinação orçamentária para o ano de 2004 correspondeu a R\$ 40 milhões, enquanto para o ano de 2005 estariam orçados R\$ 100 milhões. Após esse período não houve nos anos de

2006 e 2007 uma dotação específica. Comparando os recursos destinados à formação e ao desenvolvimento de recursos humanos no plano pluri anual para 2004-2008 com a dotação específica da PNEPS, esse autor destaca o incremento de 11% do orçamento total do DEGES para 41% dos recursos totais do Departamento, o que representa uma vez e meia os recursos destinados à Política estratégica, inclusive pelo crescimento do número de Pólos. Contudo, os dois anos seguintes sofrem uma descontinuidade dessa participação.

Para esse autor, a demora no recebimento dos recursos pelos Pólos, divergências de valor quanto aos recursos dos projetos financiados entre os Pólos e o Ministério da Saúde, dificuldades no acompanhamento da execução orçamentária pelos Pólos face à transferência direta MS – instituições executoras e a desarticulação entre a gestão nacional da política e os níveis loco-regionais, foram elementos de obstaculização do pleno desempenho da PNEPS.

Finalmente, Bravin destaca a dimensão política como principal responsável pelas perdas no financiamento da política nesse período, um descompasso “entre os fundamentos da PNEPS e os mecanismos de seu financiamento” (2008:96).

Com a vigência do Pacto pela Saúde, o bloco de gestão desdobrado em qualificação da gestão e implantação de ações e serviços será o veículo para o financiamento federal da política, e demarca mais especificamente as dimensões para as quais deve existir previsão formal de destinação de recursos.

A intenção de reativação da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política, conforme rapidamente indicado pouco acima, também segue ignorada. Ao menos publicamente se desconhece a atuação dessa instância desde a implantação da Educação Permanente em Saúde como política de Estado.

Seguindo as discussões no campo das políticas sociais de educação e de saúde, ressalta-se na concepção da proposta uma visão social relacionada ao contratualismo estatal, cabendo aos indivíduos ou aos grupos (como reunião de indivíduos) garantir as regras de regulação

institucional, em um sentido pretensamente auto-gestionário. Dessa forma, um dos problemas envolvidos nessa compreensão é a desconsideração sobre a existência de uma desigualdade entre esses indivíduos ou comunidades supostamente livres. Isto é, de acordo com a sua situação ou localização no campo cada sujeito ou conjunto de sujeitos sociais tem uma maior ou menor possibilidade de expressão e de obtenção de resultado favorável para os seus interesses.

Também está envolvida nessa política uma assunção de papel pelo Estado mais mediador, menos diretor exclusivo da política ou o seu executor prioritário, desconcentrando essa responsabilidade para os aparatos institucionais loco-regionais, tendo a expectativa de acompanhamento, por essas instâncias, dos compromissos estabelecidos pelos propositores.

Uma amostra dos interesses traduzidos por demandas no nível descentralizado pode ser observada através de alguns projetos encaminhados para a apreciação e o financiamento dos gestores políticos centrais responsáveis pela condução nacional da EPS. Após a definição de áreas para as quais as proposições de EPS estavam voltadas e a sua classificação por natureza, houve a distribuição dessas ações pela natureza jurídica das instituições proponentes.

Parece ficar evidenciada por essa análise uma expressiva adesão à transformação da política de gestão da mudança do Sistema em uma solicitação de destinação de recursos para a organização de cursos “especializados” na área, notadamente aqueles voltados para a qualificação da força de trabalho envolvida nas propostas consideradas estratégicas pelo gestor central (a saúde da família, por exemplo).

O que parece estar em jogo é um conflito entre a possibilidade de geração de novos projetos para o campo, que permitam disputar efetivamente uma direção hegemônica para a organização do Sistema, e uma redução operatória desse enfrentamento para a disputa por uma condução gerencial cuja definição última já se encontra demarcada pelas diferenças existente entre as forças presentes na arena. Em outras palavras, a possibilidade dos serviços públicos de saúde orientarem-se por uma lógica diferenciada do mercado é

fragilizada pela submissão da sua força de trabalho à lógica privada, tornando improváveis as chances de mudança do modelo assistencial.

Isso não significa deixar de se apresentar para a participação no processo de negociação proposto, mas realizá-la com a consciência dos seus limites e das suas possibilidades para a criação de novas configurações de forças no interior do campo capazes de produzir possibilidades renovadas de superar os dilemas colocados pelas circunstâncias atuais do sistema de saúde.

Mais do que isso cabe reconhecer – principalmente no primeiro momento de proposição da política – a intenção de estabelecer um processo de explicitação das contradições dos interesses em jogo para definir os encaminhamentos relacionados às propostas de gestão do trabalho e da educação na saúde.

Parece que a dinâmica entre as pressões externas, da realidade objetiva (direção impressa ao desenvolvimento das políticas públicas no país, por exemplo), e as pressões internas (o enfrentamento entre os interesses públicos e privados na organização do sistema de saúde, como exemplo), é que tem a tendência de definir as prioridades que a política vai implementar.

Finalmente, talvez seja interessante também ressaltar, como crítica ideológica, os limites da construção jurídica tratada aqui para a análise dessa política, ou seja, a consideração segundo a qual – do ponto de vista contra-hegemônico – a materialidade jurídica não define a dinâmica social: coloca a disputa em um novo patamar de possibilidades, de desfecho.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades envolvidas sob a responsabilidade de concluir, a partir deste estudo, uma análise que respondesse ao objeto interrogado, a Política Nacional de Educação Permanente em saúde e as suas concepções subjacentes relacionadas ao campo do trabalho e educação remetem à complexidade de um processo social que ainda encontra-se em curso e cuja apreensão está fortemente relacionada à capacidade e às limitações da própria investigação e do seu responsável. Portanto, as questões apresentadas neste momento representam um esforço de desvelamento do lugar do objeto de estudo e do pesquisador que, ao invés de certezas acabadas, representam muito mais a busca por mais respostas e maior discussão sobre o tema.

Ainda assim, a realização deste estudo permitiu realizar algumas considerações sobre a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil a partir de 2003.

Uma primeira consideração é a introdução realizada em meados do século passado de um processo educativo – a educação continuada – que procurasse responder para o continente latino-americano, estimulada intensamente pela Organização Pan-Americana de Saúde, às mobilizações sociais provocadas pela necessidade de aumento de cobertura assistencial e pela inadequação da prestação de serviços de saúde às populações.

Essa circunstância fica mais clara quando relacionada às responsabilidades comumente evocadas sobre o papel da qualificação / desqualificação dos trabalhadores de saúde em relação às demandas por mudanças no Setor. E também sobre as crises do aparato escolar que traziam como conseqüência a crença na resolução dos problemas da área de saúde através de uma modificação, inclusive espacial, do lugar da aprendizagem, enfatizando a formação em serviço.

Coerente com a intencionalidade de expansão da Saúde, a participação cada vez mais relevante de organismos internacionais no interior dos Estados do capitalismo periférico,

produz um movimento prescritivo emanado em nome de um novo desenvolvimentismo, inclusive para a área de saúde, que arrancasse do atraso os países com dificuldades em manter Estados com continuidade democrática liberal.

À manutenção de um quadro de crise sócio-econômica no continente, incluído o Brasil, corresponde uma substituição da concepção das práticas de educação continuada, avaliadas como insuficientemente potentes para a superação dos problemas consensualmente diagnosticados, fazendo surgir o ideário da educação permanente em saúde como possibilidade operatória desejável para o avanço do setor, no âmbito do então denominado campo de desenvolvimento de recursos humanos.

Como sinteticamente demonstrado neste trabalho, a concepção inicial dessa prática guarda relação com os processos de organização do mundo do trabalho e da educação, em que a crítica do modelo hospitalocêntrico na saúde, com a afirmação da atenção primária, e o modelo de capital humano na educação, como um recurso indispensável ao desenvolvimento social, são partes do contexto explicativo e convergem para a adoção de uma articulação que visava impedir a continuidade das crises sociais e o risco de ruptura institucional ampliada.

Fundamentada como uma inovação tecnológica do campo, a educação permanente em saúde vai adquirindo um protagonismo progressivo, relativamente contemporâneo às transformações na área de recursos humanos, na qual a participação corporativa e social vai pressionando por modificações de lugar, tempo e modo para a realização dos processos formativos e de qualificação da força de trabalho em saúde que favorecessem os movimentos de mudança no campo.

Com a instalação da Administração Federal do presidente Lula da Silva, a partir de janeiro de 2003, surge a oportunidade de um grupo político, militante por mudanças sociais nos campos da saúde e da educação, ocupar a gestão do recém reestruturado Ministério da Saúde, o que inclui a criação da nova Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, reconceituando a anterior área de recursos humanos e introduzindo como elemento

diferencial o projeto de uma educação permanente em saúde tomada como eixo estruturante dos processos de transformação do modelo assistencial.

A partir daí são expressivos o esforço e a mobilização realizada pelos gestores dessa Secretaria, à frente o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, para empreender um processo educativo que transcendesse o âmbito exclusivamente escolar, e se inscrevesse como projeto central e prioritário, estratégico para a formação e a qualificação da força de trabalho no interior do Sistema Único de Saúde.

Caracterizado como um processo que envolveria as dimensões da formação, da gestão, da atenção à saúde e do controle social, fica igualmente visível a característica distintiva da visão política do grupo de gestores que procurou implementar essa prática.

Este estudo procurou demonstrar a articulação íntima dessa prática, a educação permanente em saúde, e o seu alçamento à condição de uma política nacional de formação e de qualificação dos trabalhadores do setor público com os contornos gerais e o contexto sócio-econômico específico vivido pelo país na conjuntura de sua implantação.

Isso implicou analisar as concepções de trabalho e educação subjacentes à proposição da Política, com a intenção de compreender os seus direcionamentos e as suas inflexões no período estudado, de 2003 até o momento atual. A discussão deste estudo demonstrou que as possibilidades de abordagens mais críticas no campo da saúde não podem ser isoladas do contexto sócio-histórico em que estão mergulhadas, em nosso caso o desenvolvimento contraditório do campo de trabalho e educação no país.

Esta análise também demonstrou um processo de deslocamento do objetivo ambicioso inicial da Política, no sentido de transformação do modelo, a partir da transição realizada no interior do aparelho de Estado em 2006, com a substituição – inicialmente dos gestores, depois de toda a equipe técnica – dos responsáveis pela execução da PNEPS no seu primeiro momento (Portaria 198) por um grupo mais identificado com as concepções da

Política em sua dimensão de estratégia pedagógica, redirecionando o seu modo de operação (Portaria 1996).

Finalmente, mas não menos importante cabe enfatizar que estamos em uma conjuntura de intensos conflitos estruturais, cujas características incluem um movimento bastante desfavorável à garantia dos direitos sociais, notadamente os econômicos, cuja definição somente o enfrentamento político será capaz de determinar.

Isso implica, para o objeto de estudo aqui analisado, uma necessidade ainda mais intensa da continuidade de realização de estudos que possam revelar, no conjunto das relações sociais, os limites e as possibilidades das novas práticas de acomodação ou de emancipação societárias.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial**. O Estado num mundo em transformação. Washington D.C.1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3a. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 98 p. – (Série Cadernos Técnicos – CNS) – (Série J. Cadernos – MS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **A investigação sobre recursos humanos em saúde**: relatório de seminário, 1993. 49 pág.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996/GM/MS. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, 20 de agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, 13 de fevereiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento do SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003,. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento do SUS. **Caminhos para a mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde**: diretrizes da ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS. **Caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **Proposta de uma Política Nacional de Educação para o SUS**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro 2004**. 1ª Ed., 1ª reimpr., Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2004.

BRAVIN, Fábio P. **Política e ação pública: análise da política nacional de educação permanente em saúde**. Dissertação ao Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Brasília, 2008, 113 p.

BRITO Q., Pedro, ROSCHKE, María A. C. & RIBEIRO, Eliana C. O. Educación Permanente, Proceso de Trabajo y Calidad de Servicio en Salud. In: QUINTANA, P.; ROSCHKE, M.A.C.; RIBEIRO, E. (orgs). **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington, OPS, 1994, p. 33-61.

BRUYNE, Paul de. Os Modos de Investigação. In: BRUYNE,. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977, p. 223-251.

CADERNOS RH SAUDE. ANO1. V1. N3. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**: textos apresentados. Brasília: Ministério da Saúde, 1993, 85p.

CAMPOS, Francisco Eduardo et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. **Cadernos RH saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 3, n. 1, março 2006, p.41-53.

CAMPOS, Gastão Wagner de S . Segundo eixo de conformação do método: a co-gestão, o fortalecimento do sujeito e a democracia institucional. In: CAMPOS, G.W.S., **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. (2ª ed.). São Paulo:Editora Hucitec, 2005, p. 41-48.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. A co-produção de sujeitos e de coletivos: a função Paidéia, parte A, planos de constituição e de existência do sujeito In: CAMPOS, GWS, **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. (2ª ed.). São Paulo:Editora Hucitec, 2005, p. 67-86.

CASTRO, Nadya A. **“Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna”**. In MACHADO, L., NEVES, M., FRIGOTTO, G. et al *Trabalho e Educação*.Campinas, Coletânea CBE, Papirus, 1992.

CAVALCANTI, Felipe O.L. **Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível? Um debate a partir da experiência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (janeiro de 2003 a julho de 2005)**.2010,168f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CECCIM, Ricardo B. & Feuerwerker, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, v. 14, n.1, jun. 2004, p. 41-65.

CECCIM, Ricardo B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n.16, Botucatu, set. 2004 / fev. 2005.

CECCIM, Ricardo B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 4, Rio de Janeiro, 2005.

CECCIM, Ricardo B. Réplica. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n. 16, Botucatu, set. 2004 / fev. 2005.

CECCIM, Ricardo B.; BRAVIN, Fábio P.; SANTOS, Alexandre A. **Educação na saúde como política pública**: uma resposta à necessidade de interseção entre ensino e trabalho na formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde. Mimeo, s. d., 17 pág.

CUNHA, Luiz Antônio. Ensino Superior e Universidade no Brasil. In: CUNHA, Luiz Antônio. **500 Anos de Educação no Brasil**: concepções e leis. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p. 151-204.

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação** (Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem), v.1 n.2, Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001, p. 5-15.

DURÃO, Anna Violeta R. **Educação permanente em saúde**: direcionamentos e controvérsias. In: EPSJV (org) Estudos de Politécnica e Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006, p.107-130.

ECO, Humberto. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 1988.

FARIA, Regina M.B. Os desenhos institucionais da educação permanente: balanço das políticas. In: Pierantoni, C.R.; Viana, A.L.(orgs) **Educação & Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010, pág. 123-143.

FERRETI, Celso J. O pensamento educacional em Marx e Gramsci e a concepção de politécnica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.7, supl. 1, Rio de Janeiro, 2009, p.105-128.

FILGUEIRAS, Luiz A. M.; GONÇALVES, Reinaldo. Pobreza e política social. In: **A economia política do Governo Lula**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2007, p. 141-174.

FONTES, Virgínia. A sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: LIMA, J.C.F.; NEVES, L. M.W. (orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, p. 201-240.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Teoria e práxis e o antagonismo entre formação politécnica e as relações sociais capitalistas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.7, supl. 1, Rio de Janeiro, 2009, p.67-82.

GIL, Antonio C. A Pesquisa Social. In: GIL, Antonio C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4^a ed. São Paulo, Atlas, 1995, p. 43-51.

GT de Trabalho e Educação na Saúde da ABRASCO. Carta Acordo OPAS. Relatório Preliminar. Mimeo, 2008, 41 p.

HADDAD, Jorge. Q.? Por Qué Esta Obra? In: HADDAD, Jorge Q. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington, OPS, 1994, p. xvii-xxiii.

<http://www.saude.gov.br/sispacto>

KUENZER, Acácia Z. Desafios teórico-metodológicos da relação trabalho-educação e o papel social da escola. In: FRIGOTTO, G. (org.). **Educação e Crise do Trabalho. Perspectivas de final de século**. 6ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2002, p. 55-75.

KUENZER, Acácia Z. Por Que Investigar a Relação entre Educação e Trabalho no Brasil? In: KUENZER, A Z. (org) Ensino de 2º Grau. **O Trabalho como Princípio Educativo**. São Paulo, Cortez, 1988, p. 11-25.

LEITE, M. P. ; POSTHUMA, A. C. . Reestruturacao Produtiva e Qualificação: reflexoes sobre a experiencia brasileira. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 63-76, 1996.

LEMONS, Cristiane L. S. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde**. Tese do Programa de Educação Brasileira, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2010, 162 f.

LIMA, Josiane V.C. et al . A Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.8 n.2. Rio de Janeiro, jul-out 2010, pág. 207-227.

LIMA, Julio César F. Bases Histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde. In:FONSECA, A.F.; STAUFFER, A.B. (orgs), **O Processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.57-96. (Coleção Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde).

LOBO NETO, Francisco J. S. A questão da tecnologia na relação trabalho-educação:das concepções aos argumentos e as formulações legais. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.7, supl. 1, Rio de Janeiro, 2009, p.83-104

MARQUES, Claudia Maria S.; FEUERWERKER, Laura C. M. O desafio de ser facilitador de educação permanente em saúde.**Unidade de Aprendizagem Integradora**, Rio de Janeiro/ Brasília: Ministério da Saúde / Fiocruz, 2005, pág. 27 – 37. (Curso de Formação de Facilitadores e Educação Permanente em Saúde - material didático).

MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: Merhy, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. (3ª ed.), São Paulo: Editora Hucitex, 2007, p. 41 – 66.

MINAYO, Maria Cecília de S. **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade.** Petrópolis, Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília S. de **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

MOROSINI, Márcia Valéria G.C. **Educação e trabalho em disputa no SUS:** a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOROSINI, Márcia Valéria. Educação e Trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro, EPSJV, 2010.

MOTTA, José Inácio et al. Educação Permanente em Saúde. **Revista Olho Mágico,** Londrina, v. 9, n. 1, p. 68-73, jan/abr 2002.

MOTTA, José Inácio. J. **Educação Permanente em Saúde: da Política do Consenso à Construção do Dissenso.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

NEVES, Lúcia M. W. (Org.). **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso.** São Paulo: Xamã, 2005.

NEVES, Lucia. M. W.; PRONKO, Marcela. A. **O mercado do conhecimento e o conhecimento para o mercado.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

NOGUEIRA, Roberto. P. Trabalho e Qualidade em Serviços de Saúde. In: NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994, p. 71-89. **nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS.** Campinas, 2000, 260f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Campinas, 2000.

NUNES, Tânia Celeste M. Educação Continuada: Uma Proposta para a Área de Epidemiologia no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS.** Fundação Nacional de Saúde, Ano 2, nº 2, Brasília, mar./abr. 1993, p. 45-54.

OMS (Organização Mundial de Saúde). Relatório Mundial de Saúde. Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca. Organização Mundial de Saúde, 2008 (disponível em <http://www.who.int/whr/en/>)

PAIM, Jairnilson S. ; NUNES, Tânia Celeste. M. Contribuições para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 8, nº 3, Rio de Janeiro, jul./set. 1992, p. 262-269.

PAIM, Jairnilson S. A Organização dos serviços e as políticas de saúde do Brasil na década de 90. In: PAIM, J.S.(org) **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.** São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública; 1994. 80 p. (AdSAUDE - Série Temática, 1).

PAIM, Jairnilson S. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta, G.; Lima, J. C. (orgs) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz / EPSJV, 2008, p.91-121.

PEREIRA, Isabel B. **A Formação Profissional em Serviço no Cenário do Sistema Único de Saúde**. Tese de Doutorado em Educação: História, Política, Sociedade, 2002, 254 f. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

RAMOS, Marise N. I. Educação Profissional e qualificação: categorias histórico-sociais da formação humana. In: **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez Editora, 2001, p.25-69.

RAMOS, Marise N. Políticas de Educação Profissional em Saúde no Brasil (1980 a 2000). In: **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / UFRJ, 2010. pág. 35-91.

RAMOS, Marise N. Projetos de formação Humana e mediações históricas. In: **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / UFRJ, 2010, p. 93-132.

RAMOS, Marise N; PEREIRA, Isabel B. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, 120 p. (coleção Temas em Saúde).

RAMOS, Marise. Concepções e práticas pedagógicas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. **Trabalho, Educação e Saúde**. , v.7, supl. 1, Rio de Janeiro, 2009, p.153-174.

RAMOS, Marise; PEREIRA, Isabel B. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, 120 p. (coleção Temas em Saúde).

RIZZOTTO, Maria Lucia F. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil**

SANTANA, Jose P. **A Gestão do Trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta**. Cadernos RH saúde, novembro de 1993, v. 1, n. 3, pág. 51-62.

SANTOS, Claudia M., ALBUQUERQUE, Paulette C. A produção de educação permanente em saúde no SUS: espaço de gestão, de agenciamento de mudanças e de inovação tecnológica no campo da educação na saúde. In: MOYSÉS N.M. N.; Moysés,

MACHADO, M. H. (orgs) Machado Curso de Especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2009, p.357-362.

SAVIANI, Dermeval. O choque teórico da politecnicidade. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, Rio de Janeiro: Fiocruz / EPSJV, março 2003, p.131-152.

SCHWARTZ, Yves. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação & Sociedade**, n. 65, p. 101-139, dez. 1998.

SINGER, Paul. Economia de Mercado e Capitalismo. In: **O Capitalismo**. São Paulo, Editora Moderna, 1996, p. 12-23.

SOUSA JUNIOR, Justino . O programa marxiano de educação e o fundamento da práxis. **Trabalho, Educação e Saúde**. , v.7, supl. 1, Rio de Janeiro, 2009, p.51-66.

TARTUCE, Gisela L. B. P. **Tensões e Intenções na Transição Escola-trabalho: um estudo das vivências e percepções de jovens sobre os processos de qualificação profissional e (re) inserção no mercado de trabalho na cidade de São Paulo**. 2007, 441f, Tese de Doutorado em Sociologia - Faculdade de Filosofia, Letra e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

UCHOA, Helio; PAIM, Elsa. **A Experiência de Descentralização dos Cursos de Saúde Pública**. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, v. 1 pp. 23-41.

VIEIRA, Mônica et al. **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde**. Relatório Final. Observatório dos Técnicos em Saúde / EPSJV / FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006, 102 pág.

VIEIRA, Mônica. A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. In: EPSJV (org) **Textos de apoio em Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p.99-116, (Série Trabalho e formação em saúde).

VIEIRA, Mônica. As políticas de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde e o Agente comunitário de Saúde. In: FONSECA, A.F.; STAUFFER, A.B. (orgs), **O Processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.139-154. (Coleção Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde).

ZARIFIAN, P. **O objetivo da competência**. São Paulo: Editora Atlas, 2001.