

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Doutorado em Psicologia Social

ENTRE A HEGEMONIA E A POLISSEMIA:
A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PARA O SUS NO
CONTEXTO DO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Verônica de Souza Pinheiro

Natal

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Verônica de Souza Pinheiro

ENTRE A HEGEMONIA E A POLISSEMIA:
A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PARA O SUS NO
CONTEXTO DO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Tese elaborada sob orientação da Prof^a Dr^a
Martha Azucena Traverso-Yépez e
apresentada ao Programa de Doutorado em
Psicologia Social da Universidade Federal
do Rio Grande do Norte, como requisito
parcial à obtenção do título de Doutora em
Psicologia

Natal

2007

Catálogo da Publicação na Fonte. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Biblioteca Setorial Especializada do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).
NNBCCHLA

Pinheiro, Verônica de Souza.

Entre a hegemonia e a polissemia : a política de educação e desenvolvimento para o SUS no contexto do Brasil contemporâneo / Verônica de Souza Pinheiro. - Natal, RN, 2008.

224 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Martha Azucena Traverso-Yépez.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Programa de Doutorado Integrado UFPB-UFRN.

1. Psicologia social – Tese. 2. Práticas de saúde – Tese. 3. Intersubjetividade – Tese. 4. Etnografia institucional – Tese. 5. Dialogismo – Tese. I. Traverso-Yépez, Martha Azucena. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Universidade Federal da Paraíba. IV. Título.

RN/BSE-CCHLA

CDU 316.6

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Doutorado em Psicologia Social

A tese **Entre a hegemonia e a polissemia: a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS no contexto do Brasil contemporâneo**, elaborada por Verônica de Souza Pinheiro, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Doutorado em Psicologia Social, como requisito parcial à obtenção do título de DOUTORA EM PSICOLOGIA SOCIAL.

Natal, RN, 27 de setembro de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Ana Maria Jacó-Vilela

Prof^o Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa


Prof^o Dr. Mauricio Roberto C. de Macedo

Prof^a Dr^a. Isabel Fernandes de Oliveira

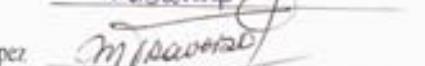
Prof^a Dr^a Martha Azucena Traverso-Yépez











*Conceidei-me, Senhor,
serenidade para aceitar as coisa que não posso modificar,
coragem para modificar aquelas que posso,
e sabedoria para distinguir umas das outras.*

Reinhold Niebuhr

Ao meu pai,
que, em sua simplicidade,
ensinou-me algumas das lições
mais importantes da vida.

Agradecimentos

São tantas as pessoas e instituições cuja participação colaborou para a viabilização desse trabalho, que nomeá-las implica o risco de ser injusta. Na impossibilidade de fazer referência a todos, relaciono, dentre os muitos que me ocorrem agora, aqueles cujas contribuições mostraram-se mais significativas.

À CAPES, pela concessão da bolsa de estudos e da bolsa do Estágio de Doutorado no Exterior. O apoio financeiro viabilizou o aprimoramento de minha formação acadêmica.

Aos integrantes do Pólo de Educação Permanente em Saúde do RN, em especial àqueles mais diretamente envolvidos na pesquisa. Esse trabalho e as reflexões que ele encerra são uma construção coletiva, inviável sem a participação de cada um de vocês.

A Martha, orientadora e companheira em tantas iniciativas. Mais que apenas orientar um trabalho acadêmico, seu empenho possibilitou-me viver ricas experiências de aprendizado.

Aos professores, de cujo convívio e ensinamentos me beneficiei, em especial Oswaldo Yamamoto e Leôncio Camino, pela paciente leitura e comentário de versões preliminares desse trabalho e José Pinheiro, pela escuta e sugestões em momentos de incertezas. A contribuição de cada um de vocês foi muito importante para a progressiva melhoria desse trabalho.

Ao Prof. Blake Poland, do Departamento de Saúde Pública da Universidade de Toronto, meu co-orientador no estágio de doutorado. A disponibilidade em comprometer-se com a supervisão de minhas atividades de estágio viabilizou experiências de aprendizado acadêmico e pessoal inesquecíveis.

Às professoras Ann Robertson e Denise Gastaldo, responsáveis pelas disciplinas cursadas durante o estágio. Sua generosidade em aceitar-me em sala como ouvinte, assim como a postura amiga e acolhedora adotada em nosso convívio, tornaram ainda mais proveitosa e agradável a estada em Toronto.

Aos alunos do Departamento de Psicologia da UFRN que passaram por nossa base de pesquisa e pelas disciplinas de Pesquisa, em minha docência assistida: particularmente Diogo, Rosane, Greyce e Andréa. O envolvimento conjunto com as atividades de estudo me beneficiou enormemente.

A Darliane, colaboradora e companheira de militância. Sua amizade, nossas reflexões e questionamentos compartilhados, além do paciente trabalho de transcrição das gravações em áudio das entrevistas, foram muito importantes para a construção desse estudo.

A Cilene, presença providencial para todos nós do Programa. A solidariedade, presteza e profissionalismo, que sempre demonstrou, facilitaram a superação de ocasionais dificuldades.

A Vinícius, marido, amigo, cúmplice. O apoio, afeto, cuidados têm-me possibilitado continuar. A revisão cuidadosa das inúmeras versões de cada um dos capítulos, os questionamentos levantados e as sugestões certamente contribuíram para tornar melhor a versão final do texto.

A Larissa, minha filhota, amiga, companheira de descobertas em terras estrangeiras. Sua presença suavizou os rigores da chegada ao inverno canadense e enriqueceu as vivências por lá. A ajuda paciente com as referências bibliográficas facilitou a conclusão do trabalho em tempos de tanto *stress*.

Finalmente, às amigas Sílvia e Cássia, revisoras cuidadosas do texto. A presença afetuosa e o trabalho competente de vocês foram um alívio imenso na fase de maior ansiedade de todo o trabalho.

A todos vocês, minha gratidão!

Sumário

| | |
|---|-----|
| Resumo | 10 |
| Abstract | 11 |
| Introdução | 12 |
| Capítulo 1: Trabalho e educação em saúde: perspectivas em disputa..... | 26 |
| 1.1. Modernidade, ciência e o delineamento do campo da saúde..... | 29 |
| 1.2. A crise da Modernidade e o evidenciamento da perspectiva relacional e dialógica..... | 41 |
| 1.3. O caráter intersubjetivo das práticas e o desencontro de paradigmas no campo da saúde..... | 50 |
| Capítulo 2: A Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: uma resposta aos impasses vividos no cotidiano do sistema de saúde brasileiro? | 57 |
| 2.1. Estado, sociedade e cuidados com a saúde no Brasil | 58 |
| 2.2. A Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: uma proposta pedagógica com vistas à efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde | 81 |
| Capítulo 3: O desafio de implementar a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: o caso do Rio Grande do Norte | 104 |
| 3.1. A recriação do novo: o Pólo de Educação e Desenvolvimento para o SUS do RN | 107 |

| | |
|---|-----|
| 3.2. Notas, olhares e reflexões: a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS vista a partir das experiências vivas no Rio Grande do Norte | 125 |
| Considerações adicionais | 159 |
| Referências bibliográficas | 172 |
| Apêndices | 180 |
| Anexos | 185 |

Resumo

Uma das mais significativas propostas de democratização no campo das políticas públicas no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem demandando grandes esforços visando sua efetiva implementação, em um contexto de gritantes desigualdades sociais. Adotando o referencial da psicologia social de orientação sócio-construcionista, o estudo enfocou a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, oficializada em 2004, como mais uma tentativa de mudança das práticas setoriais para efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Considerando as interdependências entre as referidas proposições e o contexto sócio-político e cultural, o estudo objetivou identificar as construções discursivas próprias da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, considerando as posições de sujeito e as possibilidades de ação que ela oferece e o tipo de práticas que as construções discursivas promovem, no confronto com o cotidiano dos serviços de saúde. A implementação dessa proposta de transformação no Estado do Rio Grande do Norte e a forma como estão sendo percebidas pelas pessoas envolvidas, foram também estudadas em profundidade. A análise das informações, geradas através de consulta documental, observação participante e entrevistas, desvelou as inter-relações entre as práticas dos diversos atores, as condições de exercício das mesmas e os interesses e relações de poder, locais e translocais, em jogo, segundo a proposta metodológica da Etnografia Institucional. A descontinuidade das políticas públicas no Brasil, a priorização de interesses institucionais e pessoais, em detrimento dos processos de construção coletiva de práticas transformadoras, além da desresponsabilização dos envolvidos com a efetivação das propostas, foram alguns dos entraves evidenciados. A hegemonia do modelo biomédico no conjunto da sociedade, e as práticas individuais e curativas dele derivadas foram criticadas de forma contundente. A reflexividade e o dialogismo emergiram como estratégias para uma ação transformadora, propiciando a desnaturalização das práticas vigentes e dos valores e pressupostos que as sustentam.

Palavras-chave: práticas de saúde, intersubjetividade, Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, Etnografia Institucional, dialogismo.

Abstract

The proposal of the Unified Health System Policy (SUS) has been considered one of the most democratic public policies in Brazil. In spite of this, its implementation in a context of social inequalities has demanded significant efforts. From a socio-constructionist perspective on social psychology, the study focused on the National Policy for Permanent Education in Health for the Unified Health System (SUS), launched by the Brazilian government in 2004, as an additional effort to improve practices and accomplish the effective implementation of the principles and guidelines of the Policy. Considering the process of permanent interdependencies between these propositions and the socio-political and cultural context, the study aimed to identify the discursive constructions articulated in the National Policy for Permanent Education in Health for the Unified Health System (SUS) and how they fit into the existing power relations of ongoing Brazilian socio-political context. Subject positionings and action orientation offered to different social actors by these discursive constructions and the kind of practices allowed were also explored, as well as the implementation of the proposal in Rio Grande do Norte state and how this process was perceived by the people involved. The information produced by documental analyses, participant observation and interviews was analyzed as proposed by Institutional Ethnography. It evidenced the inter-relations between the practices of different social actors, the conditions available for those practices and the interests and power relations involved. Discontinuities on public policies in Brazil and the tendency to prioritize institutional and personal interests, in detriment of collective processes of social transformation, were some of obstacles highlighted by participants. The hegemony of the medical model and the individualistic and curative intervention practices that the model elicits were also emphasized as one of the drawbacks of the ongoing system. Facing these challenges, reflexivity and dialogism appear as strategies for a transformative action, making possible the denaturalization of ongoing practices, as well as the values and tenets supporting them.

Key words: health practices, intersubjectivity, National Policy for Permanent Education in Health for the Unified Health System (SUS), Institutional Ethnography, dialogism.

**ENTRE A HEGEMONIA E A POLISSEMIA:
A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PARA O SUS
NO CONTEXTO DO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

Introdução

Enfocar a proposição e implementação de processos de mudança das práticas sociais hegemônicas implica a necessidade de considerar a permanente interação entre as referidas proposições e o contexto sócio-político e cultural em que se situam os atores envolvidos. É sob essa perspectiva que são considerados aqui o delineamento e a implantação, bem como os conseqüentes impasses e buscas de aprimoramento do Sistema Único de Saúde – SUS, com ênfase na Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.

Apontado como uma das mais significativas propostas de democratização no campo das políticas públicas no Brasil, o SUS vem demandando esforços no sentido de viabilização de sua efetiva implementação. Apesar dos consideráveis avanços alcançados na legislação, institucionalizando-se a atenção à saúde como política social universal, portanto, direito de cidadania, em lugar da assistência médica como parte da política previdenciária, constata-se facilmente que a saúde pública no Brasil permanece imersa em uma série de impasses que comprometem significativamente a efetivação dos princípios e diretrizes legalmente determinados.

As dificuldades, em sua face mais visível, manifestam-se na cotidiana incapacidade do sistema de atender às múltiplas necessidades de saúde do conjunto da população. Esse quadro, freqüentemente referido como a crise da saúde no Brasil,

revela-se um fenômeno complexo, multideterminado, decorrente de uma série de fatores cujo enfrentamento precisa fazer-se em diversas frentes.

O campo das práticas de saúde comporta uma multiplicidade de perspectivas e posicionamentos, embasados em diferentes visões de mundo e seus correspondentes valores e pressupostos. Se considerarmos como práticas de saúde todas as ações, individuais ou coletivas, que objetivam a manutenção, recuperação e/ou promoção da saúde e do bem-estar, bem como o lidar com a dor, o sofrimento e o adoecimento, podemos supor a imensa e sempre mutável complexidade desse campo de ação. Configura-se como espaço de interação entre atores sociais diversos, bem como de disputa entre discursos com variados graus de penetração entre os diferentes grupos sociais.

Ainda que a abordagem se restrinja, aqui, às práticas legalmente estabelecidas, aquelas legitimadas pelo sistema de saúde formal, permanecemos em um campo que transcende em muito os limites da racionalidade nele hegemônica. Como parte de um contexto discursivo mais amplo, o sistema de atenção à saúde é perpassado pela polissemia característica da vida social, comportando vozes dissonantes, conflitos e contradições. A dominância de uma perspectiva não é nunca um fato estabelecido, uma vez que está sempre sujeita às tensões decorrentes da disputa com outras perspectivas, outras propostas, outros olhares.

Considerando-se que as atividades assistenciais, de gerenciamento ou mesmo de proposição, implantação e monitoramento de políticas são práticas sociais e, como tais, materializam-se nas ações das pessoas envolvidas, podemos pensar as práticas de saúde como constituindo e sendo constituídas em/por um complexo campo de intersubjetividade, de inter-relação entre os diferentes atores sociais.

Nesse campo, os atores tecem cotidianamente uma ampla rede simbólica, de materialidades e imaterialidades, delineando, por meio delas, as práticas de saúde. Conforme destacado por Law (2003), “objetos e tecnologias, corpos e textos são produzidos por e, simultaneamente, produzem relações sociais e econômicas” (p. 3). Pessoas, tecnologias e artefatos interatuam, definem-se e configuram-se mutuamente, segundo circunstâncias locais específicas.

Sendo assim, protocolos, formulários, sistema de informação, programas e estratégias assistenciais, modelos de formação profissional, formas de gerenciamento e organização do trabalho, estrutura física, recursos disponíveis e pessoas entrecruzam-se no delineamento de práticas possíveis, produzindo formas específicas de subjetividade e freqüentemente reproduzindo relações sociais do contexto mais amplo.

Toda essa complexidade tem-se evidenciado ao longo dos treze anos de minha atuação em saúde pública, como servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, em ações que, além da assistência direta à população nas unidades de saúde, inclui experiências de gerenciamento de unidade especializada em saúde mental, participação em atividades de formação para profissionais da rede de serviços e atuação, como delegada, em duas conferências municipais de saúde, além da militância em movimentos sociais do campo da saúde.

Ao longo dessa trajetória, tornou-se incômodo perceber a visível distância entre o discurso oficial sobre o SUS e o cotidiano das práticas de saúde vigentes em nossa sociedade. Paralelamente à noção de saúde como direito de cidadania, persistem práticas discriminatórias ou mesmo excludentes, enquanto que a retórica sobre a concepção ampla de saúde, com foco na promoção e prevenção, esvazia-se em um contexto no qual a organização e funcionamento do sistema assumem caráter claramente curativo e medicalizador.

Em um cenário internacional de retração do Estado, sob impacto das políticas de corte neoliberal, a institucionalização, em um país de capitalismo periférico, de um sistema público de saúde que se deseja universal, representa um desafio enorme, particularmente se considerarmos que os princípios e diretrizes propostos opõem-se à tradição política autoritária e excludente que sempre vigorou no Brasil.

Para todos nós que militamos no campo da saúde pública no país, não é difícil o reconhecimento de que muitas das conquistas legais não se têm convertido em práticas cotidianas e de que várias tentativas de mudança desse cenário não chegaram a surtir os efeitos esperados. Os problemas são diferentemente apontados por estudiosos, trabalhadores e usuários do sistema. Embora tenham raízes comuns, vão do modo de financiamento das ações ao modelo de relação freqüentemente estabelecido entre os diversos profissionais e entre esses e os usuários dos serviços de saúde. Por sua complexidade, demandam intervenções nos diferentes níveis, do macro-político, estrutural, ao micro-político, das relações e dinâmicas de funcionamento.

Vivenciando cotidianamente esses impasses, passei a refletir a respeito de alguns evidentes desconpassos. Por um lado, o já mencionado desencontro entre o discurso oficial, da atenção integral à saúde como direito universal, e a lógica excludente que parece nortear o funcionamento do sistema. Por outro lado, as contradições entre os posicionamentos progressistas e democráticos defendidos por muitos de nós, e o caráter conservador e autoritário de muitas das práticas que desenvolvemos. A questão, naquele período, era: o que molda as práticas de saúde de modo tão divergente do discurso oficial?

Considerando a história das políticas de saúde no Brasil, pareceu-me que as propostas de mudança tenderam a centrar-se no plano das ações, descuidando dos pressupostos, visões de mundo, posicionamentos político-epistemológicos dos atores

envolvidos, enfim, do contexto político, econômico e cultural no qual aquelas deveriam efetivar-se. Focalizei três eixos conceituais que me pareceram estar no centro da problemática em questão: as diferentes concepções a respeito de saúde, doença e cuidado, as concepções de sujeito vigentes no campo da saúde, e a noção de práticas de saúde. Passei a buscar, no encontro desses três eixos principais, a compreensão dos fenômenos que me mobilizavam a atenção e a curiosidade (Fig 1).

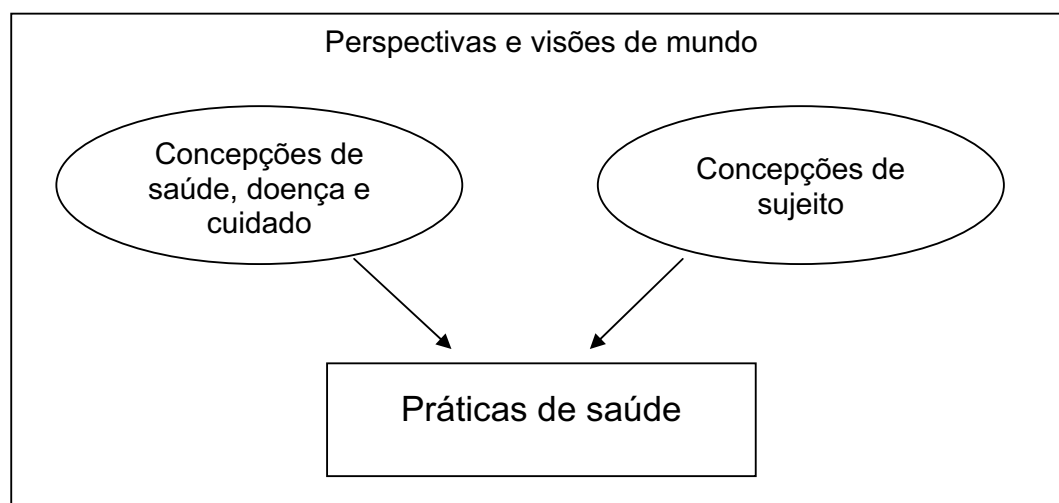


Fig 1: Eixos conceituais norteadores da construção do estudo.

Foi em meio a essa reflexão que entrei em contato com a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, implementada pelo Ministério da Saúde a partir de 2004. A proposta surgiu como uma alternativa de enfrentamento dos muitos impasses vividos no dia-a-dia do sistema de saúde, na relação cotidiana entre gestores do sistema, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Baseada na problematização das práticas cotidianas dos profissionais de saúde inseridos na rede de serviços, a Educação Permanente foi proposta como estratégia visando a “recomposição das práticas de

formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde” (Brasil. Ministério da Saúde, 2004, p. 6).

Sendo também a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS uma proposta de mudança, encontra-se sujeita a vários dos constrangimentos impostos à própria implementação dos princípios e diretrizes do SUS. Entretanto, tendo sido idealizada como um amplo e diversificado conjunto de estratégias para o enfrentamento dos recorrentes problemas identificados no âmbito do sistema, mostra-se explicitamente articulada para a superação de alguns dos entraves abordados anteriormente. Pareceu, portanto, passível de servir como um recorte adequado para a reflexão já em curso.

Assim, tomando como *setting* o Pólo de Educação Permanente em Saúde do RN, espaço privilegiado de implementação da Política no Estado, o estudo foi desenvolvido segundo as seguintes questões norteadoras: quais as construções discursivas próprias da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS e como elas se situam no contexto sócio-político do Brasil contemporâneo? Quais as posições de sujeito e as possibilidades de ação oferecidas pela referida Política aos diferentes atores sociais implicados? Quais são e como se caracterizam as práticas que têm marcado a implementação dessa proposta de transformação no Estado do Rio Grande do Norte? Como elas estão sendo percebidas pelas pessoas envolvidas no processo?

Portanto, o estudo objetivou investigar o processo de implementação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS no Estado do Rio Grande do Norte, considerando-se o contexto político-institucional mais amplo da saúde pública no Brasil contemporâneo, visando desvelar as inter-relações entre as práticas dos diversos atores, as condições de exercício dessas práticas e os interesses e relações de poder, locais e translocais, em jogo.

Para ser coerente com o posicionamento teórico-conceitual adotado na pesquisa, optei pela adoção da Etnografia Institucional como norteadora do desenvolvimento do estudo. Baseada no trabalho pioneiro de Dorothy Smith e com forte influência do materialismo marxista e do posicionamento epistemológico desenvolvido no âmbito dos estudos feministas, a Etnografia Institucional é uma perspectiva teórico-metodológica que considera o social como combinação das atividades das pessoas (Smith, 2005).

Essa perspectiva propõe o conceito de relações sociais, referindo-se à noção de que a coordenação das atividades cotidianas das pessoas ocorre em larga escala, a partir das relações sociais translocais ou relações de poder. Assim, relações envolvendo pessoas que não se conhecem nem se encontram face-a-face, têm papel importante na organização do nível local. A estratégia almeja, portanto, a investigação empírica da interconexão entre aspectos locais da vida cotidiana e processos translocais de administração e governo (DeVault & McCoy, 2002).

Em seus objetivos, a Etnografia Institucional é direcionada pela tentativa de descobrir como acontecem as práticas cotidianas ou, como colocam Campbell e Gregor (2004) visa entender nossas vidas ou a vida de outras pessoas, mediante a identificação e mapeamento das complexas condições que as determinam. Pressupondo que os acontecimentos sociais consistem na combinação das ações das pessoas, enfatiza-se que na sociedade contemporânea, as práticas e experiências locais estão ligadas através de amplas relações sociais ou cadeias de ação, muitas das quais são mediadas por formas documentadas de conhecimento.

Os documentos são considerados partes importantes da organização social das relações de dominação, as quais ajudam a estruturar, uma vez que medeiam a manutenção das mesmas. Ao utilizar irreflexivamente normas, formulários, protocolos e demais documentos, assim como ao adotar sem questionamentos os procedimentos e

práticas estabelecidas, os diferentes atores sociais locais convertem-se em instrumentos das relações de dominação que embora organizadas para além do *setting* local, nele se reproduzem.

Por todo o exposto, considera-se aqui a Etnografia Institucional como estratégia privilegiada para investigação, a partir da experiência no Estado do Rio Grande do Norte, do processo de implementação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, suas potencialidades e entraves, bem como o impacto dos conflitos de interesses na conformação das práticas desenvolvidas nesse processo.

Adotada de forma livre, adaptada aos objetivos do estudo, a Etnografia Institucional possibilitou abordar aspectos diversos do processo de construção da referida política nos diferentes níveis de gestão, bem como as interconexões entre estes e as práticas locais dos diversos atores sociais implicados. Permitiu, ainda, abordar as repercussões da adoção da reflexividade, um dos principais eixos da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, sobre os posicionamentos e práticas dos envolvidos. O estudo contemplou pesquisa documental e de campo, realizadas concomitantemente e de forma processual.

A primeira etapa da pesquisa documental constou de identificação e análise foucaultiana do discurso, baseada em Willig (2003) e Sykes, Willig e Marks (2004), abrangendo o material publicado pelo Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2005, com o objetivo de instituir, regulamentar, divulgar e implementar a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, além da minuta da portaria de revisão da Portaria 198, que implementou a Política em 2004.

A análise visou identificar quais os principais objetos discursivos presentes no conjunto dos documentos e como eles são construídos através da linguagem, bem como a forma como essas construções discursivas se situam em meio aos discursos mais

amplos que circulam em nossa sociedade, atentando para o que é ganho ao se construir os objetos discursivos dessa forma específica. Objetivou-se, ainda, estudar as posições de sujeito oferecidas pelas construções discursivas adotadas e pelos discursos mais amplos a elas subjacentes, as possibilidades de ação, no âmbito das práticas de saúde no Brasil, abertas por essas construções e as possíveis conseqüências, para a experiência subjetiva dos participantes, da adoção, ou não, das posições de sujeito oferecidas .

Quanto ao trabalho de campo, o plano empírico é aqui reconhecido como espaço dialógico e relacional em que se faz possível a construção teórica na qual estão implicados pesquisadora e participantes. Adotou-se o conceito de campo-tema, proposto por Spink (2003), o qual esclarece que esse campo-tema não é o lugar onde o tema pode ser visto, mas a interconexão de diferentes vozes, lugares e momentos em uma rede intersubjetiva, permeada pelo tema e tornada palpável em seus diferentes componentes materiais. A noção de campo é assim desvinculada da mera espacialidade, passando a incorporar materialidades (equipamentos e espaços para realização das atividades, atas e registros de reuniões, relatórios de oficinas, textos de divulgação, cartilhas) e imaterialidades (vozes, redes intersubjetivas, critérios de inclusão ou exclusão de participantes, formação de grupos de trabalho) desse campo.

Dessa forma, por um lado foi realizada uma segunda etapa da análise documental. Nela foram identificados e analisados os documentos relativos à criação e regulamentação do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Rio Grande do Norte – PEPS/RN, bem como as atividades realizadas em seu âmbito de atuação. A partir dessa análise, pude detectar diferentes momentos na construção da Política no Estado, as linhas de ação adotadas e as contradições entre essas e os direcionamentos oferecidos pela Política.

Por outro lado, minha inserção em redes e espaços diversos nos quais são pautadas discussões sobre as práticas de saúde, também representou parte do processo de pesquisa, configurando-se como observação participante. Destaca-se a inclusão, na condição de suplente pela Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde - ANEPS/RN, no próprio Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS do Rio Grande do Norte – PEPS/RN e em sua Secretaria Executiva, no período de Fevereiro a Novembro de 2005.

A referida participação no Pólo de Educação Permanente, *setting* do trabalho empírico desenvolvido, teve início em 22 de setembro de 2004, pouco mais de um ano após o início da implementação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS no Estado. O resgate das ações desenvolvidas anteriormente no âmbito do Pólo foi feito mediante a já mencionada pesquisa documental e levantamento das informações junto aos atores envolvidos nas etapas iniciais da implementação da política no Estado.

Complementando a participação nas atividades do Pólo e de sua Secretaria Executiva e visando atender à necessidade de penetrar áreas de maior adensamento do campo-tema, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os integrantes da Secretaria Executiva do PEPS/RN composta para a gestão entre Fevereiro de 2005 e Janeiro de 2006 e uma integrante da secretaria provisória que a antecederia.

Ao compor a Secretaria Executiva do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Rio Grande do Norte – PEPS/RN, tais atores encontravam-se particularmente envolvidos na discussão e implementação da referida política, estando em permanente diálogo tanto com os demais integrantes do Pólo, quanto com outros atores institucionais importantes para a consolidação da proposta, seja no âmbito do Ministério da Saúde ou das instituições formadoras nacionalmente envolvidas.

Acumulando entre seus possíveis posicionamentos identitários, a condição de objetos das práticas de saúde de outrem, a de autores de tais práticas em relação a terceiros, bem como a de participantes em processos de formação de novos profissionais e propositores de modelos, estratégias e políticas públicas no campo da saúde, tais participantes foram considerados como informantes privilegiados, tendo a interação dialógica com os mesmos gerado importantes *insights* relativos à temática de estudo.

A transcrição da gravação em áudio da primeira entrevista, disponibilizada na íntegra a cada participante, juntamente com um resumo das idéias principais e questões para aprofundamento, foi utilizada por ambos, pesquisadora e participante, como subsídio para uma segunda entrevista, possibilitando o esclarecimento dos pontos obscuros. As transcrições textuais de todas as entrevistas foram submetidas a leitura exhaustiva, visando identificar os posicionamentos dos diversos participantes em relação à Política, suas potencialidades e fragilidades. Foram, ainda, consideradas as práticas locais desenvolvidas no processo de implementação e suas interconexões com o cenário sócio-político-cultural local e nacional.

É importante ressaltar que na Etnografia Institucional, os enunciados dos informantes não são considerados como janelas da experiência interna dos mesmos, mas como reveladores das relações de poder que modelam as experiências locais e perpassam o contexto intersubjetivo em questão, do qual pesquisadora e pesquisados fazem parte (DeVault & McCoy, 2002). Desse modo, o discurso é aqui entendido como prática social, dialógica, perpassada pelas relações de poder e ideologias vigentes no contexto social em que é produzido (Willig, 2001), conforme melhor detalhado no Capítulo 1.

Portanto, a análise do conjunto das informações, geradas através das diferentes estratégias adotadas, foi feita visando desvelar as inter-relações entre as práticas dos

diversos atores, as condições de exercício dessas práticas e os interesses e relações de poder, locais e translocais, em jogo, remetendo ao proposto por Willig (1999). Os resultados do esforço de compreensão desenvolvido são apresentados a seguir, na forma de três capítulos, acrescidos de algumas Considerações Adicionais.

O Capítulo 1 traz o referencial teórico que confere sustentação e inteligibilidade ao conjunto do trabalho. Nele são abordados a constituição do campo da saúde como parte do contexto cultural da Modernidade, o delineamento de uma perspectiva relacional e dialógica na abordagem dos sujeitos e das relações entre eles, bem como os desafios postos por sua adoção e, finalmente, as implicações dessa perspectiva para o desenvolvimento e o estudo das práticas de saúde.

O Capítulo 2 historia, de forma sintética, as práticas de saúde no Brasil, contextualizando a criação do Sistema Único de Saúde e os impasses vividos em sua implementação. Em seguida, analisa e discute a proposta da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, situando-a como uma tentativa de responder aos problemas vividos cotidianamente nas diversas instâncias do SUS.

O Capítulo 3 delinea-se como estudo de caso: a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS é abordada na concretude de sua implementação no Rio Grande do Norte. Baseada em análise documental, observação participante e entrevistas, a análise aponta avanços e entraves vivenciados na tentativa de implementação das mudanças propostas por essa Política e deixa entrever a complexidade dos diversos processos e cursos de ação, em sua permanente interação com os interesses e resistências em jogo.

Finalmente, nas Considerações Adicionais é retomado todo o processo de construção da tese, sendo ressaltados os aspectos mais relevantes da análise e apontados seus desdobramentos para o campo das práticas de saúde.

A reflexão a respeito do processo de implementação dessa Política em um contexto específico, considerando as contingências vividas, a participação dos diferentes atores sociais e o impacto dos conflitos de interesses e perspectivas sobre as práticas desenvolvidas, resultou em uma rica reflexão a respeito da problemática em estudo. A Figura 2, ao final dessa introdução, é uma tentativa de representação da crescente complexidade da reflexão, conforme suscitada pelo desenvolvimento do estudo.

Por situar o *setting* local em um contexto nacional e buscar elucidar de que modo as práticas locais vêm sendo delineadas por relações e interesses que transcendem os objetivos explícitos da Política em questão, acredito que o estudo possa ser útil como contribuição ao seu aprimoramento. Ao mesmo tempo, por aprofundar-se nas formas pelas quais os processos de mudança são constrangidos, ou mesmo inviabilizados, as reflexões desenvolvidas podem ser úteis no desenvolvimento de mecanismos de favorecimento de processos de mudança de práticas sociais em diferentes contextos.

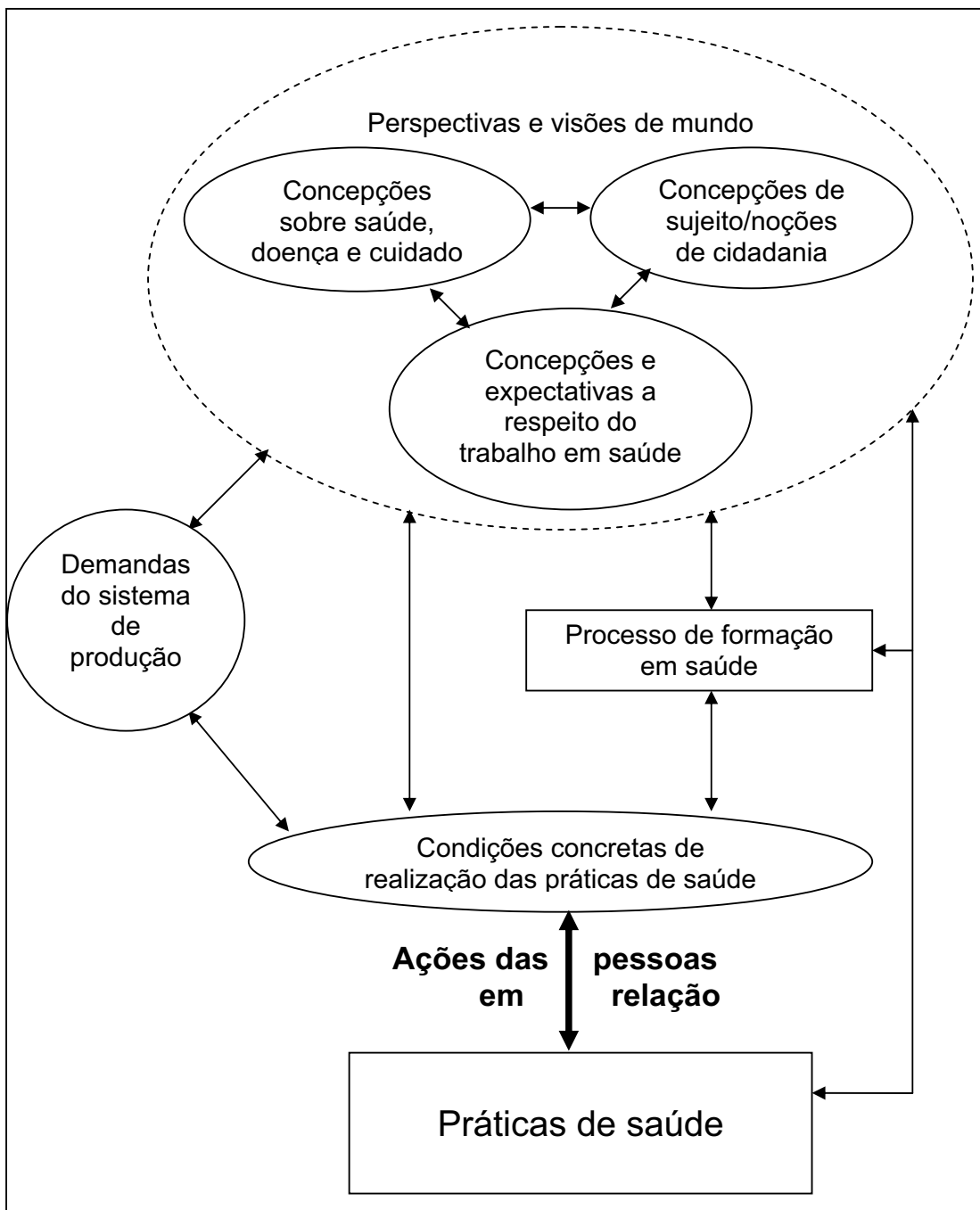


Fig 2: Representação esquemática da crescente complexidade do referencial de análise, pela incorporação de novos aspectos teórico-conceituais ao esquema inicial do estudo.

Capítulo 1: Trabalho e educação em saúde: perspectivas em disputa

A história da humanidade tem sido marcada por diferentes tentativas de explicar e intervir sobre as condições ambientais e sobre o estado das pessoas. Particularmente, questões como nascimento e morte, bem-estar ou sofrimento, mobilizaram esforços os mais diversos, visando formas de minimizar as dores, enfrentar as ameaças e potencializar os benefícios, atribuindo-se um sentido a eventos tão significativos e de tanta repercussão na vida dos indivíduos e das populações.

Ao longo dos tempos, tais esforços visando o cuidado com a vida e o bem-estar das pessoas têm sido desenvolvidos coerentemente com as visões de mundo vigentes nas diferentes culturas, resultando em modelos específicos de atuação segundo as condições histórico-culturais e materiais disponíveis a cada grupo social, em um determinado tempo e lugar, conforme já explicitado por outros autores (Camargo Jr., 2003; Minayo & Souza, 1989; Rosen, 1994).

Essa perspectiva coincide, em parte, com a abordagem de Scliar (1987) sobre a história da preocupação humana com a dor e a enfermidade. Abordando o que ele chama de prólogo da história da Saúde Pública, o autor refere-se a diferentes olhares sobre o que hoje tratamos como saúde, doença e cuidado, em uma cronologia que adota os tempos da história da civilização ocidental. Falta-lhe, entretanto, considerar a complexidade desse mesmo campo e o entrecruzamento desses diversos olhares nos diferentes tempos e grupos sociais, o que permitiria superar a perspectiva claramente evolucionista por ele adotada e deixar, desse modo, entrever a polissemia própria da vida social.

O que desejo destacar é que, a despeito da existência de discursos e práticas dominantes em contextos e momentos específicos, as práticas sociais são,

inevitavelmente, marcadas pela heteroglossia. Assim, acredito ser importante ressaltar que, paralelamente à perspectiva dominante em uma determinada sociedade ou tempo histórico, subsistem sempre outras possibilidades de significação. Têm-se, também, conseqüentemente, múltiplas possibilidades de intervenção no campo da saúde, gerando tensionamentos e possibilitando processos de permanente mudança.

Adotando uma concepção ampla de práticas de saúde, que engloba todas as ações, individuais ou coletivas, relacionadas tanto à manutenção, recuperação e/ou promoção da saúde e do bem-estar, como ao lidar com a dor, o sofrimento e o adoecimento, precisamos reconhecer a permanentemente mutável complexidade desse campo de ação.

Nessa dinâmica de constituição do campo das práticas de saúde, é necessário considerar as relações de poder implicadas, favorecendo idéias, valores e interesses dominantes em cada contexto, mas ao mesmo tempo guardando resistências e potencialidades de transformação. Como bem destacado por Machado (2001), o caráter relacional do poder, visto como uma prática inerente às relações entre as pessoas, implica que também a resistência, a luta contra seu exercício, se configure como parte das relações. A essa resistência, certamente, mescla-se a acomodação ao padrão de relacionamento vigente e aos ganhos obtidos, ainda que de forma assimétrica, por todos os envolvidos.

Ademais, cabe reconhecer que, como qualquer outro campo de práticas sociais, também o campo das práticas de saúde é constituído no cotidiano entrecruzamento dos diferentes repertórios discursivos dos múltiplos atores sociais envolvidos. Por repertórios discursivos, repertórios interpretativos (Spink & Medrado, 1999), ou, ainda, estruturas de sentido (Willig, 1999), refiro-me às expressões, conceitos, formas de construção gramatical e figuras de linguagem, acessíveis a um determinado sujeito ou

grupo social. Esses repertórios configuram-se como horizontes possíveis de produção de sentido e, portanto, também de ação, para aquelas pessoas às quais dizem respeito. Resulta que as práticas de saúde remetem a uma multiplicidade de possibilidades de significação.

A despeito dessa inevitável polissemia, observa-se que, a partir do século XVIII, os médicos e, posteriormente, outros profissionais do campo da saúde, se converteram gradativamente em agentes privilegiados do poder político para definir o que seja saúde, tornando-se poderosos especialistas da normatização (Álvarez-Uria & Varela, 1994). Esse processo foi discutido por Ivan Illich, sob a expressão medicalização da vida (Nogueira, 2005).

As origens desse fenômeno são apontadas por Foucault (2001) em três etapas distintas de formação do que ele chama de medicina social, vividas respectivamente na Alemanha, França e Inglaterra: a medicina de Estado, com forte normatização da formação médica e criação de um aparato médico estatal de administração da saúde da população; a medicina urbana, marcada pelas ações de higiene pública, tributárias da prática mais antiga da quarentena; e, finalmente, uma medicina da força de trabalho, representada pela assistência médica e controle das classes pobres visando a proteção dos interesses das classes ricas.

Essa medicalização da vida em sociedade e a crescente tecnologização da atenção à saúde passaram, gradativamente, a nortear a formação profissional e a organização dos sistemas de assistência. A racionalização do conhecimento e das práticas de saúde resultaram em um distanciamento cada vez maior, não apenas da experiência do doente (Caprara & Rodrigues, 2004), mas da riqueza e diversidade de sentidos implicadas no campo do cuidado e da cura, estabelecendo a hegemonia do modelo biomédico em detrimento de outros referenciais e práticas de cuidado.

A discussão que segue trata não apenas das condições que viabilizaram a construção dessa hegemonia, ou das implicações desse processo para o conjunto das relações sociais, mas também de algumas perspectivas e estratégias que possam viabilizar sua superação.

1.1 - Modernidade, ciência e o delineamento do campo da saúde

A adoção, como premissa, do caráter de multiplicidade inerente às práticas sociais, não impede o reconhecimento da gradual hegemonização do paradigma positivista na sociedade ocidental, como parte das profundas transformações culturais que caracterizaram a chamada Modernidade. Esse processo de intensas e radicais mudanças nos modos de vida e de pensamento, vivido pela sociedade ocidental a partir do século XVI, com o Renascimento, teve seus contornos delineados em trabalho anterior (Pinheiro, 2001). Cabe, entretanto, aprofundar a reflexão sobre o que Santos (2005) denomina projeto sócio-cultural da modernidade, buscando articular essa reflexão com o campo da saúde, no qual a racionalidade moderna provocou profundas repercussões sobre o conhecimento produzido e sobre as práticas dos diferentes atores sociais.

Ainda segundo Santos (2005), o paradigma cultural da Modernidade não seria uma decorrência do capitalismo, uma vez que, inclusive, teria se constituído antes mesmo de o modo de produção capitalista tornar-se dominante. Estaria, ainda assim, relacionado às diferentes fases do mesmo, apresentando especificidades a cada uma delas. Assim, no que ele trata como o âmbito da regulação, teria ocorrido uma crescente dominação do princípio do mercado. Após o colapso da idéia de um desenvolvimento harmonioso entre os princípios do Estado, do mercado e da comunidade, a regulação da vida em sociedade estaria na atual fase, de “capitalismo desorganizado” (p. 79),

marcada pela colonização do princípio regulador do mercado sobre aqueles do Estado e da comunidade. Essa situação se evidenciou na adoção do credo neoliberal e na conseqüente subordinação do conjunto das relações sociais à sua lógica.

Ao focar a constituição histórica do que ficou conhecido como subjetividade contemporânea, Rodrigues (1999) opta por fazê-lo em contraposição à cultura medieval, considerada por ele como o parâmetro em relação ao qual se define a cultura capitalista. A respeito dos processos de mudança que resultaram na constituição da sociedade contemporânea, o referido autor afirma: “O sistema capitalista nasceu, como sabemos, da ruptura das relações sociais, políticas e econômicas medievais e se definiu por antagonismo a estas” (p. 20). Assim, com a construção do projeto sócio-cultural da Modernidade, valores, idéias, toda uma visão de mundo foi posta em questão e progressivamente considerada obsoleta e, portanto, passível de ser descartada.

Ainda segundo Rodrigues (1999), mais que da observação, o conhecimento antes do Renascimento provinha primordialmente de fontes orais. Foi apenas no século XV que a observação direta tornou-se central como fonte de conhecimento sobre a natureza, a refletir-se na obra de pintores, artesãos e também filósofos da natureza, renunciando uma atitude comum à ciência ainda por ser constituída (Ackerknecht, 1982; Butterfield, 1991; Japiassu, 1985).

Gradualmente, e contrariando a visão mítica do Cosmos, até então estabelecida, o universo passou a ser visto como uma grande máquina, um mecanismo semelhante ao de um relógio, cujo funcionamento seria regido por causas naturais e eficientes, de perfeita coerência matemática. Como marco dessas mudanças de concepção, a obra de Galileu Galilei (1564-1642) delimitou uma nova forma de abordar a natureza e seus fenômenos, marcada pela separação clara entre o mundo dos fatos objetivos e o mundo dos valores, do sentido, da subjetividade. Segundo Japiassu (1985),

Galileu teria sido o primeiro espírito verdadeiramente moderno, tendo sua concepção mecanicista definido “o ideal científico e o código de procedimento de todo e qualquer conhecimento com pretensões de rigor” (p. 56).

Constata-se, assim a substituição da autoridade pelo recurso à razão e à experiência como critérios de legitimação do conhecimento (Japiassu, 1985). A racionalidade contemplativa medieval, fundada no teocentrismo, foi abandonada, passando-se a valorizar outra racionalidade, ativa e instrumental, pautada pela Razão. Em consonância com os interesses do novo modelo de sociedade emergente, o conhecimento precisava ser útil, permitindo ao homem intervir sobre as coisas.

Com relação ao método para obtenção do conhecimento, as idéias de Descartes (1596-1650) foram de grande repercussão na consolidação da ciência. No centro de suas reflexões sobre o pensamento, a dúvida passou a ser defendida como o instrumento que possibilitaria o processo de libertação da razão em relação ao erro (Heisenberg, 1987; Japiassu, 1985). Observar, experimentar, medir e pesar converteram-se nas estratégias que possibilitariam a predição e o controle de todos os fenômenos. O empirismo passou a ser considerado como a única forma válida de produção de conhecimentos.

De acordo com Chrétien (1994), a ciência assumiu o lugar de referência para a sociedade moderna, sendo que: “As idéias, imagens e valores técnico-científicos constituem o pano de fundo de referência de que a sociedade necessita para codificar tudo o que, nela, faz sentido e comunica” (p. 14). Ao mostrar-se útil aos interesses das novas classes dominantes, o que segundo Japiassu (1985), foi eficazmente realizado principalmente por Bacon e Descartes, a ciência atrelou-se ao poder, legitimando-se a sua perspectiva como visão de mundo hegemônica.

Evidentemente, uma tão profunda mudança na ordem do mundo e das coisas teve repercussões significativas sobre o modo como eram pensados os fatos humanos.

Estendendo a lógica mecanicista e a subversão da noção de hierarquia à compreensão do homem, Descartes recolocou a dualidade mente/corpo, estabelecendo uma divisão fundamental entre matéria e espírito. Para ele, apenas o pensamento era função da mente, imaterial e inextensa, devendo todas as demais funções humanas serem atribuídas ao corpo, ao qual se aplicariam as mesmas leis da física e da mecânica que se aplicavam ao restante do mundo físico.

Em um mundo dessacralizado, o sofrimento, a dor, os males que afligiam as pessoas e as formas de lidar com eles, passaram a ser abordados também em consonância com os pressupostos e procedimentos do método científico, delimitando-se o que hoje consideramos como o campo da saúde. Desprovido do caráter transcendental de que se revestira, o corpo tornou-se, principalmente a partir do século XVIII e de forma cada vez mais generalizada, objeto de investigação e intervenção, fundadas nos princípios e métodos da ciência.

Significativamente, as mudanças na forma de pensar e atuar sobre o corpo, associadas ao desenvolvimento da anátomo-fisiologia, são freqüentemente celebradas como um marco no desenvolvimento da medicina ocidental contemporânea. Nessa perspectiva, o ensino da medicina ocidental incorporou gradativamente o estudo das doenças e a anátomo-patologia converteu-se na principal disciplina na busca de explicações causais para as mesmas.

Paralelamente, foi também no contexto da Modernidade que surgiu a noção de indivíduo, hoje tão naturalizada (Mancebo, 2002; Pinheiro, 2001). Atendendo à necessidade de mão-de-obra e consumidores, própria do capitalismo, estruturou-se uma nova ordem social, pautada na idéia de um indivíduo livre, autônomo e cuja ação seria resultado de atributos pessoais como razão e consciência, coerentemente com a ideologia liberal (Bock, 2001; Mancebo, 2002).

Surgidas sob o mesmo paradigma das ciências ditas naturais, as Ciências Humanas, e particularmente a Psicologia, trataram de investigar esse indivíduo posto no centro da organização do mundo social. Resultou daí a sua crescente naturalização e a conseqüente dificuldade, apontada por Mancebo (2002) de se “apreender que o indivíduo é apenas um dos modos de subjetivação possíveis e que cada época, cada sociedade põe em funcionamento algum desses modos, sendo a categoria ‘indivíduo’, o modo hegemônico de organização da subjetividade na modernidade” (p. 101).

Nessa perspectiva, diluiu-se a relação da pessoa com o coletivo no qual se insere e exacerbou-se a noção de consciência individual. Evidenciaram-se características, atributos, habilidades e limitações individuais, vistos como tributários de interesses pessoais soberanamente exercidos segundo a lógica do mercado, ao mesmo tempo em que esse mesmo indivíduo era gradativa e paradoxalmente desprovido de sua condição de sujeito. Assim, objetificaram-se não apenas os corpos, mas também as pessoas e as relações sociais, enquanto que, progressivamente, especializavam-se os campos do conhecimento em saúde.

Também por volta do século XVIII, o hospital tornou-se o lugar por excelência de produção de saber e do ensino da medicina com base na clínica (Foucault, 1984; 2001; 2006). O ensino à margem do leito foi favorecido pela presença, em um mesmo espaço físico, de inúmeros doentes, freqüentemente feridos de guerra em busca de alívio; de médicos clínicos com função docente e de estudantes em formação médica. Embora representando uma forma de ensino diferenciada do modelo pautado pela experimentação em laboratório, essa vertente foi, também ela, influenciada pelo clima intelectual da época, buscando, nos signos e sintomas, o diagnóstico da doença sobre a qual intervir, segundo a mesma lógica de causalidade linear da perspectiva experimental.

Segundo Kemp e Edler (2004), a disputa entre estes dois modelos de ensino médico veio a converter-se, já no início do século XX, em eixo da chamada Reforma Flexneriana, cujo direcionamento apontava para o modelo alemão. Para os referidos autores, o modelo anátomo-clínico francês, centrado no hospital e dominante na primeira metade do século XIX, divergia do modelo alemão, hierarquizado, centrado no laboratório e na especialização das áreas de conhecimento a partir das disciplinas experimentais. Para os referidos autores, a adoção, sempre parcial e contextualizada, dessas duas tendências, teria sido o cerne das propostas de reforma no campo da formação médica, vividas nos diversos países em inícios do século XX.

O Relatório Flexner, publicado em 1910, como resultado de uma ampla pesquisa sobre as faculdades de medicina nos Estados Unidos e Canadá, marcou os esforços para estabelecer parâmetros de controle sobre o mercado da formação e do exercício profissional (Alford, 1972; Freund, McGuire & Podhurst, 2002). Reforçou-se o caráter científico da formação e passou-se a exercer uma verdadeira campanha de difamação voltada contra pessoas e sistemas de cuidado que fugissem aos parâmetros científicos. Garantiu-se assim a profissionalização do campo de atuação e, conseqüentemente, a reserva do mesmo aos médicos credenciados.

Essa visão a respeito da institucionalização da formação médica, claramente orientada pela perspectiva de grupos de interesse, é relativizada por Kemp e Edler (2004), os quais defendem que as reformas no ensino médico em diversos países, inclusive nos Estados Unidos, resultaram da já referida disputa entre os modelos francês e alemão de formação profissional, difundidos por médicos cuja formação incluiu a complementação dos estudos na Europa, sob influência predominante de um daqueles países.

A partir do Relatório Flexner foram definidos critérios para o funcionamento das faculdades de Medicina e para o ingresso de alunos, em uma crescente elitização da formação médica, garantindo a ampliação do prestígio e do status da categoria nos diversos países. Sendo assim, é preciso levar em conta que a disputa em jogo talvez transcendesse a questão do modelo de ensino, remetendo às concepções a respeito da relação entre Estado, prática médica e sociedade, perspectivas essas tributárias das vertentes originárias da medicina social em cada um dos dois países.

De qualquer forma, clínica e experimentação transformaram-se nas duas principais vertentes de produção e transmissão do saber médico, guardando entre si importantes e significativas similaridades com relação aos pressupostos básicos. A despeito das especificidades de cada uma das perspectivas, evidencia-se em ambas a influência do empirismo e do mecanicismo, bem como a crença na possibilidade e desejabilidade de um conhecimento positivo sobre o homem e sua condição.

A noção de uma história natural das doenças e a adoção da perspectiva biologicista no campo da saúde coadunou-se com a cisão entre mente e corpo, reforçando a demarcação dos campos de saber e possibilitando o distanciamento da complexidade da experiência do viver, adoecer e morrer. Ocasinou, ainda, uma gradativa restrição da formação dos profissionais de saúde aos conhecimentos anátomo-fisiológicos e aos recursos e técnicas de cada campo profissional, o que foi apontado por Clavreul (1983) especificamente em relação aos médicos.

Por sua proximidade epistemo-metodológica com as ciências biológicas, o modelo decorrente dessa abordagem tornou-se conhecido como biomédico. Discutido por Capra (1982), esse modelo delineou não apenas a formação e atuação médicas e dos demais profissionais da saúde, como também os processos de significação a respeito do corpo e das formas de lidar com ele, no conjunto da população. Sua consolidação

resultou na dissociação entre os males, a dor, o sofrimento, até mesmo a morte, e as condições e formas de vida das pessoas.

É notório que o modelo biomédico hegemonizou-se no campo da saúde não apenas em decorrência dos benefícios gerados para a saúde das pessoas e das populações, mas também graças à sua serventia aos interesses econômicos dos grupos dominantes, aliada à sua evidente adequação às formas de racionalidade hegemônicas no contexto cultural da Modernidade (Coburn, 1999; Poland, Coburn, Robertson, & Eakin, 1998; Traverso-Yépez, 2002; Weller, 1977).

Como parte de um mesmo contexto sócio-cultural, a formação dos profissionais e a organização das práticas de assistência acabam por converter-se em legitimadoras do discurso oficial, permanentemente ameaçando silenciar discursos conflitantes. Assim, valores e pressupostos próprios do modelo biomédico acabaram por perpassar todo o contexto da saúde, inclusive os enunciados daqueles cujas necessidades são insatisfatoriamente atendidas graças a esse referencial.

Ademais e também como parte do processo de racionalização que marcou a construção da Modernidade, a sociedade, antes vista como parte indissociável do cosmo, passou a ser considerada como um organismo, um corpo semelhante ao corpo humano. Desse modo, construiu-se o conceito de corpo social e foi sobre este último que, sob a égide do Estado, se propôs a intervir na Saúde Pública, a fim de garantir a funcionalidade das diversas partes (Scliar, 1987).

Como nos aponta Costa (1986), é possível identificar reflexões em torno da noção de política nacional de saúde entre as sociedades capitalistas européias ainda no século XVI. Entretanto, foram as demandas impostas pela consolidação do capitalismo aliadas ao desenvolvimento das ciências, particularmente a microbiologia, que possibilitaram o desenvolvimento da saúde pública como hoje a concebemos. A esse

respeito, Foucault (2001) defende que a medicina moderna é uma prática social moldada mais por esse contexto e pelos interesses nele presentes, e menos pela prática privada, individualista. Essa tendência representou, assim, a tentativa de dar uma solução científica aos graves problemas políticos e suas repercussões no seio da população (Álvarez-Uria & Varela, 1994).

Desse processo, resultou que não apenas as ações e práticas relativas ao enfrentamento das enfermidades passassem do âmbito individual para o coletivo, mas também que o lidar com a dor e o sofrimento fossem paulatinamente deslocados do foco das intervenções, as quais passaram a direcionar-se para o enfrentamento da doença. Essa última, ou os agentes identificados como seus causadores, transformaram-se no inimigo a ser enfrentado, ainda que a despeito do indivíduo e de seus interesses declarados. Isso pode ser constatado ao se considerar o caráter compulsório de muitas das ações propostas no campo da saúde pública.

A doença, a partir da perspectiva biologicista, é vista como resultado da ação de agentes patogênicos específicos, passíveis de identificação e combate. Nesse sentido, tornaram-se irrelevantes para o discurso dominante a consideração das condições materiais de vida das pessoas, bem como as formas de relação entre elas no seio da sociedade (Costa, 1986). Resta-nos questionar: uma vez que as pessoas, individual ou coletivamente, são situadas como objetos da intervenção, em benefício de quem se empreende essa luta? Quais os interesses em jogo?

Os interesses do Estado e do capital parecem imbricar-se na consolidação do campo da Saúde Pública. No exercício dessas ações, a medicina dita científica tornou-se um importante instrumento. Defendendo interesses políticos dos Estados em consolidação e, posteriormente, também interesses imperialistas no seio das sociedades

sob dominação, a Saúde Pública guarda de sua origem a forma de atuação com forte caráter de intervenção governamental, consolidado no conceito de autoridade sanitária.

Essa marca vai perpassar todo o desenvolvimento da nova disciplina, estando indissociavelmente atrelado à forma como teorias, conceitos e modelos vão ser utilizados na justificativa das diferentes formas de atuação propostas para o setor. Entretanto, como foi apontado anteriormente, não apenas a Saúde Pública e a prática médica, mas o conjunto das profissões de saúde e suas respectivas práticas estão sujeitas à hegemonia de um mesmo modelo, o biomédico. Remetem por isto a uma mesma visão de mundo, também ela hegemônica.

Nessa perspectiva, interessam menos as vivências de cada um, suas formas de relacionar-se com o mundo à sua volta e os sentidos do sofrimento e da enfermidade daí decorrentes. Conforme ressaltado por Machado (2001), indivíduo e corpo social converteram-se, a um mesmo tempo, em objetos de saber e de exercício de poder. Interessa prever e prevenir, por meio de medidas profiláticas, a ocorrência da enfermidade e os custos dela decorrentes. Sendo isso impossível, interessa então identificar, tão precisamente quanto possível, o problema, sua origem e localização, a fim de poder intervir sobre ele e o reverter com um mínimo de danos.

No âmbito individual, a concepção da doença como algo concreto, imutável de lugar para lugar e de pessoa para pessoa, decorrendo predominantemente de lesões que devem ser localizadas e corrigidas por alguma intervenção concreta, gera alienação e desresponsabilização em relação ao próprio estado de saúde e o dos demais, descontextualizando-os e configurando-os como uma sucessão de episódios desconexos enfocados em uma perspectiva causal imediata.

No âmbito coletivo, e visando legitimar as práticas decorrentes dessa perspectiva, particularmente frente à possível e não rara oposição por parte dos atores

envolvidos, adota-se o discurso da defesa dos interesses coletivos, negando-se toda a heterogeneidade implícita na noção de coletividade. Com essa estratégia, busca-se legitimar a adoção de medidas que, desconsiderando individualidades, impõe-se ao conjunto dos indivíduos de forma supostamente indiscriminada.

Conforme foi comentado anteriormente, a lógica de mercado, competitiva e baseada na produção, na exploração e no lucro, teria norteado, ainda que de forma velada, a consolidação das práticas sociais nos diversos campos da vida em sociedade. Sendo assim, o saber e as práticas em saúde estariam, também eles, sob influência dessa lógica dominante. Incorporando uma idéia cujas origens podem ser identificadas no período de implantação do modelo capitalista, a sociedade ocidental passou a relacionar saúde à capacidade de trabalho, assim como doença à falta de aptidão para tal (Boltanski, 1989). Essa concepção, particularmente marcante em relação aos grupos sociais menos favorecidos, tende a refletir-se na prática dos profissionais e na forma como o sistema de saúde é organizado, incorporando a lógica que converte pessoas em insumos no processo produtivo.

A objetificação dos corpos ameaça tornar-se também objetificação das pessoas, instituindo-se uma forma de intervenção que busca permanentemente negar a subjetividade, ainda que indissociável das práticas humanas. Reproduzindo valores e práticas sobre cujo sentido raras vezes refletem, os profissionais de saúde arriscam-se a ser convertidos, também eles, em máquinas. Entretanto, já nos lembrara Chaplin, não somos máquinas, somos humanos e essa humanidade teima em transmutar-se em resistência à objetificação.

A exemplo disso, a crescente insatisfação no campo da saúde, seja por parte dos profissionais, seja por parte da população por eles assistida, parece remeter a um esgotamento do modelo biomédico e de seus desdobramentos, particularmente o

gritante tecnicismo. Este tem contribuído para reforçar o alheamento entre os envolvidos, resultando em um esvaziamento do caráter intersubjetivo das práticas em nome de uma eficácia que se mostra cada vez mais ilusória.

A despeito do discurso hegemônico e das muitas estratégias retóricas visando legitimá-lo e fazê-lo parecer único, fragmentos de outros tantos discursos, ecos de outras vozes reverberam nas falas e nas práticas dos diferentes atores sociais, pondo em evidência a heteroglossia do mundo social. Discursos contra-hegemônicos concretizam-se em estratégias e práticas de resistência à objetificação de si e do outro.

Em um cenário de crescente injustiça social, determinado pela economia de mercado, a modernização científico-tecnológica mostrou-se incapaz de responder aos muitos problemas que ela própria suscitou, passando assim a demandar novas respostas aos cenários que vêm se delineando. A crise da racionalidade técnico-científica, apontada por Santos (2005) como parte do esgotamento do projeto cultural da Modernidade, assume contornos algumas vezes dramáticos no campo da saúde.

A chamada crise da saúde, freqüentemente discutida em seus aspectos políticos e econômicos, pode ser também enfocada como uma crise de paradigma, referente ao modelo biomédico e às práticas nele fundamentadas, pondo em xeque os pressupostos que os sustentam. Em um contexto de crise, emergem mais perceptivelmente as contradições entre uma atenção à saúde altamente tecnicista e a ausência de alternativas eficazes para problemas conceitualmente simples nesse campo. Evidenciam-se também as contradições de caráter político-econômico, seja no acesso desigual aos recursos disponíveis, seja na distância entre o discurso, marcado por noções de direito e cidadania, e a prática, freqüentemente autoritária e excludente.

1.2- A crise da Modernidade e o evidenciamento da perspectiva relacional e dialógica

Pode-se dizer que ainda que o projeto cultural da Modernidade, suas perspectivas ontológica e epistemológica, bem como as formas de subjetivação a ele correspondentes, tenham-se tornado hegemônicos no cenário mundial, outras perspectivas divergentes seguiram compondo o contexto discursivo da aldeia global. Conforme será exemplificado adiante, essas outras perspectivas passaram a ganhar maior visibilidade à medida que a Modernidade revelou a inviabilidade do cumprimento das promessas que trazia em seu bojo, ressaltando as contradições e impasses do discurso dominante.

É a esse conjunto de perspectivas contra-hegemônicas na contemporaneidade que Grandesso (2000) refere-se como pensamento pós-moderno. Não adentrarei aqui à discussão sobre a ocorrência ou não de uma mudança paradigmática, nem sobre as especificidades e similaridades entre as diferentes correntes teóricas passíveis de inclusão no delineamento acima. Adotando o reconhecimento tácito da diversidade de posicionamentos existentes sob o rótulo de pós-modernidade, passo a comentar brevemente alguns aspectos que considero centrais para a discussão a que me proponho, fazendo em seguida a consideração de suas implicações para a abordagem das práticas de saúde.

Desse modo, no campo epistemológico, foi abalada a crença na universalidade, objetividade e infalibilidade da Ciência e da técnica. O empirismo reducionista e fragmentador e a noção de um sujeito que conhece, mediante representação, uma realidade objetiva dele independente, regida por leis universais de causalidade linear, passaram a ser frontalmente questionados ao longo do século XX, validando “outras

bases epistemológicas, revolucionando as ciências em geral, e as práticas delas decorrentes” (Grandesso, 2000, p. 53).

Em meio a essa mudança de posicionamento epistemológico, o conceito de indivíduo e a forma de concebê-lo foram postas no centro das discussões. Resgatando a diferenciação ressaltada por Jacó-Vilela (1999), passou-se a uma problematização não do agente empírico da fala e da ação, mas do indivíduo autonomizado, “elevado ao nível de bandeira política e realidade econômica pelo liberalismo dos séculos XVII e XVIII” (Mancebo, 1999)

À margem da corrente hegemônica de pensamento, sob a qual delineou-se essa noção de um indivíduo livre, autônomo e iminentemente associal, característica da Modernidade, desenvolveram-se uma série de outras possibilidades teóricas (Gonçalves, 2001). Particularmente, “ao sujeito individual, racional e natural do liberalismo e da visão cientificista, contrapõe-se o sujeito social, ativo e histórico do marxismo” (p. 69), e de vertentes teóricas diversas, a ele associadas ou não, pode-se acrescentar.

Dentro dessa corrente contra-hegemônica, destaca-se o reconhecimento do aspecto histórico e relacional da subjetividade humana. Assim, reinseridas em seus contextos de vida, as pessoas passam a ser dialeticamente reconhecidas como produto e produtores da sociedade em que vivem. Conforme apontam Spink e Medrado (1999), o termo pessoa pertence ao tempo longo da história e escapa, portanto, às contradições implicadas no uso dos termos indivíduo e sujeito, recorrentes na produção acadêmica, particularmente no campo das ciências humanas.

Em meio a esse redirecionamento teórico-conceitual, a subjetividade deixou de ser vista como um atributo interno inerente ao ser humano, parte de uma natureza humana pronta a desenvolver-se. Nesse contexto, a linguagem despontou como um aspecto central para a compreensão da subjetividade e da vida em sociedade,

consolidando o que veio a ser conhecido como a virada lingüística nas ciências humanas.

Esses posicionamentos remetem às idéias de Mikhail Bakhtin (1895-1975), teórico russo que juntamente com artistas e outros intelectuais, particularmente Volochínov e Medviédiev, constituiu um importante grupo de estudos e produção nos domínios da arte e ciências humanas, conhecido como Círculo de Bakhtin, expressão inicialmente usada por Tzvetan Todorov, um dos primeiros divulgadores da produção do grupo para a Europa ocidental (Zavala, 1991). A valorização das idéias oriundas do Círculo de Bakhtin nos meios acadêmicos ocidentais, a partir de finais da década de 1960, exemplifica o mencionado evidenciamento de correntes de pensamento contra-hegemônicas em meio à crise paradigmática da Modernidade.

Segundo Gardiner e Bell (1998), os escritos de Bakhtin antecipam muitas das temáticas pós-modernas. Interessam aqui, particularmente, suas concepções sobre o psiquismo/subjetividade, cujos desdobramentos são visíveis nas teorizações contemporâneas no campo das ciências humanas. Como ressaltam os referidos autores, para Bakhtin o conjunto dos fenômenos sócio-culturais é construído por meio da relação dialógica entre indivíduos, entendidos como agentes da fala e da ação, e grupos. Essa relação é estabelecida através de uma multiplicidade de linguagens, discursos e práticas simbólicas.

Vivendo em um mundo semioticamente organizado, reconstruímos permanentemente nossa subjetividade no encontro com outros, através da linguagem. Considerando esse pressuposto, Brait (1997) destaca a dupla dimensão do dialogismo:

Por um lado, o dialogismo diz respeito ao permanente diálogo, nem sempre simétrico e harmonioso, existente entre os diferentes discursos que configuram uma comunidade, uma cultura, uma sociedade. (...) Por um outro lado, o dialogismo diz respeito às relações que se estabelecem entre o eu e o outro nos

processos discursivos instaurados historicamente pelos sujeitos, que, por sua vez, instauram-se e são instaurados por esses discursos” (p. 98).

Torna-se importante ressaltar que, para Bakhtin, a linguagem engloba toda a atividade simbólica: linguagem corporal, ritos, objetos e tudo o mais que possa revestir-se de sentidos, sendo os signos o material de que se constitui o psiquismo. Delineia-se, desse modo, o que pode ser nomeado como contexto intersubjetivo, cenário de nossas ações no mundo.

O termo intersubjetividade, conceito interdisciplinar e polissêmico, tem a ver com a construção da subjetividade no seio das influências mútuas que se dão nos relacionamentos sociais e nos processos de comunicação, bem como com as formas como lidamos com a alteridade. Remete ao que Gonzáles Rey (2003) chama de subjetividade social. Também para ele, a construção da subjetividade individual faz-se concomitantemente com os processos mais amplos, e também permanentes, de construção da subjetividade social.

A subjetividade individual se produz em espaços sociais constituídos historicamente; portanto, na gênese de toda a subjetividade individual estão os espaços constituídos de uma determinada subjetividade social que antecedem a organização do sujeito psicológico concreto. (Por sua vez,) O desenvolvimento do sujeito individual dá lugar a novos processos de subjetivação social, a novas redes de relações sociais, que atuam como momentos de transformação na relação com formas anteriores de funcionamento do sistema. (p. 205)

Resulta que é no cotidiano de nossa participação no mundo que pode ser apreendida nossa subjetividade, ou psiquismo subjetivo, nos termos de Bakhtin (2002/1929).

Os processos que, no essencial, determinam o conteúdo do psiquismo, desenvolvem-se não no organismo, mas fora dele, ainda que o organismo individual dele participe. (...) Por natureza, o psiquismo subjetivo localiza-se no

limite do organismo e do mundo exterior, vamos dizer, na fronteira dessas duas esferas da realidade (Bakhtin, 2002/1929, p. 48-49).

A subjetividade passa, assim, a ser vista como um contínuo reconstruir-se. Em conseqüência, desfaz-se a noção de uma entidade estável e única, interna ao indivíduo. Em lugar de uma identidade fixa, podemos falar em posicionamentos identitários, adotados segundo os diferentes contextos discursivos. Tais posicionamentos identitários, enunciados nas diversas interações com os interlocutores com os quais nos deparamos, mostram-se fortemente influenciados pelas condições materiais e intersubjetivas em que se dá cada interação (Rasera & Japur, 2001). Como explicitam Shotter e Billig (1998):

Então, o que nós fazemos, como agimos, como significamos nossa experiência, como falamos sobre nós mesmos em relação aos outros a nossa volta, ou falamos sobre nossos sentimentos, nosso ser e tudo o mais, depende de nossa circunstância de vida, da momentânea ‘realidade dialógica’ na qual nos encontramos (p. 27).¹

Entretanto, ao contrário do que possa parecer a princípio, não defendo aqui o apagamento do sujeito, um eterno começar do zero a cada momento, em uma perspectiva etérea e volátil de nossa subjetividade. Em lugar disso, apenas ressalto que somos seres iminentemente relacionais, situados, sempre, em um tempo e um lugar específicos (Gardiner & Bell, 1998).

Longe de marcar sempre um tempo zero, o contexto de cada interação atual é marcado, para cada um dos envolvidos, pela imbricação de quatro tempos: um tempo longo, que comporta a história da humanidade; um tempo vivido, da história de vida de cada um; um tempo curto, aquele dos processos dialógicos da interação atual (Spink &

¹ Thus, what we do, how we act, how we make sense of our experiences, how we talk of ourselves as positioned in relation to the others around us, or talk of our thoughts, our being, and so on, depends on the living circumstances, the momentary ‘dialogical reality’ within which we find ourselves placed.

Medrado, 1999), e um tempo prospectivo, próprio dos projetos e perspectivas para o futuro (Rossetti-Ferreira, Amorim & Silva, 2000).

É na imbricação desses quatro tempos, e de tudo que deles há em nós, que se configuram as possibilidades de enunciação para cada um dos envolvidos: o que eu sou na situação presente traz não apenas as marcas dessa situação específica, mas também da história da humanidade e de minha própria história passada, bem como do futuro que delinheio a partir desse lugar em que me encontro.

Essa noção do entrecruzamento de diferentes tempos na conformação do contexto discursivo atual, alinha-se à idéia da existência de um tempo longo e um tempo curto, proposta por Bakhtin (2002-1929). Ampliada pela diferenciação dos quatro tempos, conforme exposto acima, essa proposição permite compreender o entrecruzamento entre o individual e o coletivo, o anterior e o atual, no contexto de cada interação. Possibilita ainda conciliar transformação e continuidade, em uma perspectiva relacional e processual da subjetividade.

Por constituir-se na confluência de diferentes mundos, de diferentes repertórios discursivos, o espaço de interação é marcado pela diversidade, além de potencialmente conflitivo. Como encontro entre sujeitos, a interação é sempre passível de converter-se em espaço de disputas entre perspectivas e visões divergentes. Nesse sentido, os discursos são sempre polissêmicos.

A respeito dessa polissemia, Bakhtin já destacava a contínua tensão a que está sempre submetida a comunicação, em decorrência da atuação de duas forças contrárias: as forças centrípetas, direcionando à unidade, à concordância e ao monólogo; e as forças centrífugas, buscando a multiplicidade, o desacordo e, portanto, a heteroglossia (Shotter & Billig, 1998). Ainda que as forças centrípetas atuem no sentido da homogeneização

dos discursos, com conseqüente apagamento das diferenças e diversidades, subsistem as forças centrífugas, a resistência e o enfrentamento à dominação.

Conforme apontado anteriormente, os discursos, assim como os enunciados particulares de sujeitos específicos, estão todos imersos em um contexto discursivo mais amplo, que os abarca e os influencia, podendo também ser por eles modificado a cada nova interação. Tais processos precisam, entretanto, ser vistos em uma perspectiva relacional, considerando-se as correlações de poder entre os diferentes atores e as contradições implícitas nos signos em decorrência do uso por diferentes grupos sociais:

A classe dominante tende a conferir ao signo ideológico um caráter intangível e acima das diferenças de classe, a fim de abafar ou de ocultar a luta dos índices sociais de valor que aí se trava, a fim de tornar o signo monovalente (Bakhtin, 2002/1929, p. 47).

Desse modo, pode-se reconhecer o dinamismo e a mutabilidade não apenas dos discursos particulares dos diferentes sujeitos em ação no mundo mas, por meio desses discursos particulares, também dos discursos institucionalizados que naqueles se atualizam. Longe de serem construções monolíticas, cristalizadas e aprisionadoras, os discursos podem assim ser vistos como parte do fluxo dos fenômenos sociais, moldando e sendo moldados mediante a prática cotidiana dos diferentes atores sociais. Em sua permanente atualização pelas pessoas em interação, os discursos mostram-se permeáveis à mudança, do mesmo modo que tendentes à permanência, conforme ressaltado por Burkitt (1999).

Willig (1999), destaca que a vida social, embora seja a base material da experiência humana, não a determina diretamente. Para ela, as condições sociais oferecem uma série de possibilidades de atuação e são as escolhas que cada ator social faz, dentre as possibilidades a ele disponíveis em cada situação, que transforma a vida

social e as possibilidades que ela virá a oferecer no futuro. A mesma autora afirma ainda que os discursos institucionalizados representam formas de estruturação social que oferecem oportunidades e constrangimentos para a ação dos diferentes atores sociais. Embora possam ser adotados irreflexivamente, de forma a-crítica, esses mesmos discursos podem também ser desafiados, subvertidos e transcendidos.

Vista na perspectiva aqui adotada, essa ação reflexiva configura-se como prática dialógica, como de resto toda a atividade mental. Todos os nossos enunciados, mesmo aqueles que configuram nosso pensamento, dirigem-se a um interlocutor: quando afirmamos, negamos ou questionamos algo, é sempre em resposta ou antecipação aos enunciados de outrem. Ainda quando o interlocutor em questão encontra-se ausente, como no caso do pensamento e da reflexividade, é a um interlocutor imaginado que nos dirigimos. É portanto, na interação dialógica que mudamos a nós e ao mundo em que vivemos.

Faz-se necessário esclarecer, entretanto, que não se trata de considerar de forma simplista os processos de mudança social. Como destacado por González Rey (2003):

A ação do indivíduo dentro de um contexto social não deixa uma marca imediata nesse contexto, mas é correspondida por inúmeras reações dos outros integrantes desse espaço social, (...) criando-se no interior desses espaços zonas de tensão, que podem atuar tanto como momentos de crescimento social e individual ou como momentos de repressão e constrangimento do desenvolvimento de ambos os espaços (p. 203).

Trata-se, portanto, de uma ação potencialmente transformadora, segundo a totalidade da configuração do contexto: atores, interesses, correlações de poder etc.

O potencial transformador das interações dialógicas é explicitamente destacado na obra de Paulo Reglus Neves Freire (1921-1997), educador brasileiro reconhecido mundialmente por sua importante contribuição ao fazer educacional. Sua proposta de

educação, transcendendo a mera instrução, aponta para a necessidade de transformar o mundo e as relações entre as pessoas com vistas à superação das relações de dominação.

Partindo de uma concepção histórica dos homens, cujo pensamento e linguagem são necessariamente referentes a uma realidade na qual se inserem, Paulo Freire afirma: “O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu” (Freire, 1987, p. 78).

Pode-se depreender dessa definição, um voltar-se para o mundo e para a ação sobre ele, o que por sua vez explicita o posicionamento do autor frente à imperiosa necessidade de superação da dominação: “A conquista implícita no diálogo é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro. Conquista do mundo para libertação dos homens” (Freire, 1987, p. 79).

Recorrente em seus muitos textos, o diálogo é delineado como condição necessária ao desenvolvimento de práticas educativas libertadoras nos diferentes espaços sociais. Segundo Paulo Freire, é na problematização da realidade e nas repostas aos desafios postos por esta realidade problematizada, que os sujeitos dialógicos transformam-se e ao mundo. Esse caráter transformador pode ser apontado também em relação à obra do Círculo de Bakhtin. Para Zavala (1991), o dialogismo implica uma nova forma de compreender o mundo, invocando uma ação transformadora sobre o mesmo.

Ademais, torna-se importante ressaltar que a perspectiva relacional e dialógica aqui delineada tem seu alcance restrito prioritariamente ao âmbito das ciências humanas, não sendo consensual em nenhum campo de conhecimento. Particularmente, o posicionamento ético e político, por ela invocado, remete a uma opção com importantes desdobramentos nas trajetórias de vida daqueles que o adotam, resultando

que a aceitação do posicionamento teórico não necessariamente implique a ação transformadora em direção à qual ele aponta.

1.3- O caráter intersubjetivo das práticas e o desencontro de paradigmas no campo da saúde

Conforme discutido nas páginas anteriores, com a Modernidade e a posterior consolidação do capitalismo, o enfoque dado à questão da saúde e doença modificou-se, mudando, também, as responsabilidades esperadas das pessoas e do poder público em relação a essa questão. Segundo Rosen (1994), foi a consolidação do Estado Moderno que modificou drasticamente a prática dos cuidados com a saúde das populações, retirando-a dos limites da cidade e aliando poder político e conhecimento científico na defesa dos interesses econômicos das classes mais abastadas e do Estado, o qual passou a ter como uma de suas atribuições a criação de uma política nacional de saúde.

Como ressalta Foucault (1984), a própria noção de doença, particularmente a doença dos pobres como um problema específico demandando ações de enfrentamento no âmbito coletivo, é uma criação do século XVIII. A ameaça decorrente dos aglomerados humanos resultantes da urbanização, aliada à necessidade de disponibilização de mão-de-obra para a produção, acabou por converter a saúde em um imperativo, acrescentando, ao exercício do poder, a responsabilidade de ajudar ou mesmo constringer as pessoas a assegurar sua própria saúde.

Por um lado, conforme comentado anteriormente, os agentes da biomedicina (Duarte, 2003) converteram-se em agentes de controle social a serviço do imperativo da saúde. Profissionais de saúde e aqueles por eles assistidos tornaram-se suportes das normas sociais (Ramos, Melo & Soares, 1989) cabendo aos primeiros a conformação dos grupos subalternos à ordem social vigente, como tão bem exemplificado por Fernandes (1993):

Quando um médico atende um paciente com cefaléia, o examina e se limita a pedir exames e prescrever um analgésico, ele está dizendo a este paciente, dentro dos melhores preceitos clínicos, que aquele sintoma guarda uma coerência e uma causalidade circunscrita a seu corpo. (...) Não há espaço, desta forma, para a emergência de conteúdos políticos contra-hegemônicos na consulta médica, isto é, dos aspectos subjetivos que compõem a cidadania, e, em nome da neutralidade científica, o médico atua politicamente, conformando o paciente à ordem social em vigor (p. 23).

O saber científico de caráter positivista mostra-se particularmente útil como subsídio ao desempenho desse papel: anátomo-patologia, microbiologia, farmacologia, dentre outros, aliados aos recursos da estatística e das tecnologias de diagnóstico, possibilitam intervenções cada vez mais focalizadas, pontuais e tecnicamente eficazes. Na confluência desses desenvolvimentos simultâneos e muitas vezes inter-relacionados, Saúde Pública e prática médica, epidemiologia e clínica alimentam-se mutuamente na delimitação e abordagem de seus objetos (Ackerknecht, 1982; Camargo Jr., 2003), reforçando-se em uma perspectiva quantificadora, intervencionista e, frequentemente, disciplinadora.

Historicamente pautada pelo modelo biomédico, a formação dos profissionais de saúde tendeu, cada vez mais, a deixar de lado a questão da alteridade no seu campo de atuação, em uma tentativa de conferir às práticas de saúde um caráter de objetividade que desconsidera os processos de significação, sempre singulares, implicados na experiência da saúde, do adoecimento, do cuidado e da cura.

Entretanto, a despeito do ideal de objetividade, previsibilidade e controle vigente, as práticas de saúde são marcadas “pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, pela descontinuidade e pela disponibilidade para atender todos os casos, mesmo aqueles excepcionais” (Amâncio Filho, 2004, p. 376).

Permanecem, portanto, caracterizadas como encontros entre pessoas, ainda quando intermediadas por instrumentos e técnicas.

O projeto intervencionista voltado para a doença, pautado pelo modelo biomédico, mostra-se inadequado ao constatar-se a inevitável implicação dos sujeitos, uma vez que a doença não se dá no vazio, mas na irredutibilidade da experiência das pessoas que a prática, muitas vezes, teima em tentar excluir. Faz-se necessário reconhecer que, no campo da saúde, talvez mais que em qualquer outro, instrumentos e técnicas são recursos de uma prática social marcada pelo encontro entre pessoas, pela intersubjetividade dos envolvidos.

Apesar disso, ao longo da consolidação do modelo biomédico, o encontro entre os profissionais de saúde e as pessoas por eles assistidas tornou-se cada vez mais impessoal e mecanizado, a ponto de ocasionalmente parecer converter-se no encontro entre o profissional de saúde e os diversos recursos diagnósticos, excluindo-se o usuário do cenário da interação. O diagnóstico e o tratamento passaram a basear-se em alterações mensuráveis de natureza psicológica ou anátomo-fisiológica. O aparato tecnológico suprimiu gradualmente o aspecto relacional do cuidado em saúde, o qual passou a referir-se não mais à pessoa e ao seu modo de estar no mundo, mas às alterações objetivas em seu corpo.

Entretanto, como afirma Boltanski (1989), o trabalho do médico exerce-se sobre o doente, não sobre a doença, uma afirmativa que se pode facilmente estender ao conjunto dos trabalhadores em saúde. Em sua abstração conceitual, a doença materializa-se e torna-se acessível apenas em sua manifestação específica e contextualizada, ainda quando esta especificidade e contextualização são negadas por um discurso que, mais que de palavras, constrói-se de atos. O que não dizer das práticas

voltadas à prevenção das doenças e/ou à promoção da saúde? Como considerá-las senão como ações de sujeitos em interação?

As lições do laboratório, da bancada, do microscópio ou mesmo da clínica que objetifica o sujeito mostram-se insuficientes para abarcar a complexidade do enredo da vida e da morte, do sofrimento e da esperança, a desenrolar-se diariamente, conforme apontam Mykhalovski e Farrel (2005). A discussão dos autores sobre as dificuldades dos médicos de família frente aos pacientes de grupos marginalizados, como consequência de lacunas na formação médica, excessivamente tecnicista e descontextualizada, pode ser facilmente transposta para o conjunto dos trabalhadores em saúde.

Sendo parte do mesmo contexto sócio-cultural, a formação e o trabalho na área de saúde foram ambos pautados pelo mesmo paradigma da Modernidade. Como afirma Pereira (2003): “Existe, no processo educativo, um arcabouço de representações de sociedade e de homem que se quer formar. Através da educação as novas gerações adquirem os valores culturais e reproduzem ou transformam os códigos sociais de cada sociedade” (p. 1528). Sendo assim, a formação dos profissionais de saúde responde aos condicionantes sócio-culturais vigentes, aos modelos de prática disponíveis, hegemônicos e contra-hegemônicos.

Merhy (2000), tratando da prática profissional do médico, usa a metáfora de três valises para postular três diferentes tipos de tecnologia implicados no trabalho médico. Uma valise carregada nas mãos, contendo instrumentos como estetoscópio e termômetro e, por extensão, todo tipo de ferramentas tecnológicas chamadas tecnologias duras; uma segunda valise, na cabeça do médico, contendo conhecimentos técnicos estruturados como epidemiologia e procedimentos diagnósticos, considerados como

tecnologias leve-duras; e uma terceira, no espaço relacional, intersubjetivo, de interesse e cuidado pelo outro, as tecnologias leves.

Se estendermos essa noção ao conjunto dos trabalhadores em saúde, podemos dizer que a formação e o trabalho nessa área tem enfatizado as tecnologias duras e as leve-duras, em detrimento das tecnologias leves, “implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato” (Merhy, 2000, p 109). Entretanto, a crescente insatisfação com o modelo biomédico e suas repercussões não apenas na prática dos diversos profissionais, mas na organização e funcionamento dos sistemas de saúde, trouxe para discussão a relação entre os profissionais de saúde e os usuários de seus serviços, bem como com o próprio sistema e com o conjunto da sociedade. Passou-se a questionar a respeito das tecnologias leves e da responsabilidade relacional de cada um dos implicados, não apenas para a qualidade da atenção, mas também para a efetividade do sistema.

Tomando como ponto de partida uma perspectiva relacional e dialógica na abordagem da vida em sociedade, conforme delineada anteriormente, pode-se pensar as práticas de saúde como uma dentre tantas práticas sociais, perpassada por toda uma rede de significações, lingüisticamente construída, na qual se encontram imersos os diferentes atores sociais implicados.

Nessa perspectiva, o que é dito, feito ou pensado no campo da saúde, reflete relações entre pessoas e grupos sociais com interesses diversos e ocasionalmente contraditórios. Apesar das estratégias retóricas que buscam converter em unicidade a profusão de sentidos que permeia o campo, a inquestionável polissemia que o perpassa resulta em fluidez e mutabilidade, fazendo com que discursos e práticas sejam espaços de permanente disputa, ainda que velada e desigual. Como partes de uma rede intersubjetiva, de relações dialógicas, todos os atores sociais envolvidos passam a ser

vistos como co-responsáveis pelos processos em curso, uma vez que todas as práticas de saúde são necessariamente ações entre pessoas.

O caráter não-reflexivo de muitas de nossas práticas cotidianas adquire relevância nesse contexto. Como destacam Álvarez-Uria e Varela (1994), vivemos em uma sociedade em que as desigualdades sociais são naturalizadas e as muitas formas de dominação se perpetuam, em grande parte, porque sua lógica permanece desconhecida. Segundo os mesmos autores, o desafio de reverter essa situação precisa ser enfrentado pelos cidadãos, “desde os profissionais conscientes da medicina e da psicologia até os mais desassistidos” (p. 174), mediante a desnaturalização das suas práticas, bem como dos pressupostos que as sustentam .

Como afirma Willig (1999), “Então, ‘prática’ não é apenas pôr em prática algo que nós sabemos, mas criar algo novo. Esse algo, por sua vez, depende das possibilidades oferecidas pelo contexto social e de nossa habilidade para aproveitá-las” (p. 41)². Desse modo, as práticas sociais podem ser vistas como reprodução ideológica tanto quanto como ações transformadoras, características que dependem em maior ou menor grau não apenas das condições sócio-culturais em que se realizam, mas também do nível de reflexividade adotado por cada um dos atores sociais implicados e de sua habilidade para ousar o novo.

No entanto, acredito que esse processo de desnaturalização do caráter repressivo e objetificador das práticas de saúde não se esgota na identificação das condições históricas de sua aparição, nem no desvelamento de suas funções, mas demanda ainda o reconhecimento de nossa implicação pessoal em sua reprodução, bem como a busca cotidiana de formas de promover sua superação. Como propõem Granda et all (1995), é necessário mais que transformar a realidade em objeto de explicação, cabe convertê-la

² Thus, ‘practice’ is not about putting something we know into practice but about creating something new. That something, in turn, depends upon the possibilities afforded by the social environment and our ability to tap into them.

em conteúdo de experiência. Cabe então, pode-se dizer, apropriar-se dessa realidade vivida, implicar-se totalmente em seu desenrolar para, só assim, poder transformá-la.

Capítulo 2: A Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: uma resposta aos impasses vividos no cotidiano do sistema de saúde brasileiro?

A institucionalização e implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, tem representado um grande desafio para o conjunto da sociedade brasileira, em que a imposição dos interesses dos grupos dominantes sobre o conjunto da população faz-se de forma recorrente. Nesse sentido, o campo da saúde tem-se mostrado palco da disputa entre os interesses da maioria da população, empobrecida, e aqueles das classes dominantes, que adotam os interesses, saberes e estilos de vida das metrópoles, sendo indiferentes ao cotidiano de vida dos grupos menos privilegiados da sociedade local.

Em uma sociedade como a nossa, de forte tradição oligárquica, os governantes tendem a ser porta-vozes dos interesses das elites, das quais provêm ou frente às quais costumam portar-se de forma subserviente, exercendo muito precariamente o papel de mediadores dos graves conflitos sociais decorrentes das gritantes desigualdades vigentes. Tal mediação faz-se freqüentemente pelo uso da força, e ocasionalmente pela concessão de algum direito, convertido em benesse aos olhos daqueles que a ele fazem jus, e por cujo exercício espera-se que se mostrem gratos.

Conforme já apresentado, a noção de práticas de saúde, aqui adotada, aglutina aspectos políticos, econômicos e culturais, transcendendo a noção mais restrita de políticas de saúde ou de políticas previdenciárias e de assistência, enfoque freqüentemente adotado em estudos da área de saúde pública no Brasil. Envolve todo o conjunto das práticas sociais, individuais ou coletivas, desenvolvidas pelos diferentes atores, objetivando a manutenção, recuperação e/ou promoção da saúde e do bem-estar, bem como o lidar com a dor, o sofrimento e o adoecimento. Delineia, assim, um cenário

sócio-cultural mais amplo, fortemente imbricado com o conjunto das práticas sociais vigentes em uma dada sociedade.

Nessa perspectiva, as práticas de saúde evidenciam a polissemia própria dos fenômenos sociais, guardando ecos das diferentes vozes que as delineiam e fazendo vislumbrar sinais dos permanentes conflitos de referenciais e interesses em curso. É nesse contexto que precisam ser compreendidos os modelos e estratégias de formação profissional e de assistência à saúde, bem como sua institucionalização; as políticas públicas e seu lugar no cotidiano da sociedade brasileira. É aos impasses decorrentes desses conflitos, bem como às lacunas no tocante ao favorecimento da efetiva participação dos diferentes atores sociais na consolidação da Reforma Sanitária brasileira, que a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS parece buscar responder.

2.1. Estado, sociedade e cuidados com a saúde no Brasil

No Brasil, a história dos cuidados com as pessoas e o seu bem-estar teve início com as práticas tradicionais dos povos indígenas, que utilizavam ervas e rituais mágico-religiosos para tratar os estados de desequilíbrio causadores dos males vivenciados. Com a colonização pelos portugueses, parte desse conhecimento foi incorporado pelos padres jesuítas (Figueiredo, 2002), compondo com os conhecimentos dos colonizadores europeus, um rico saber popular, acrescido posteriormente de conhecimentos e práticas, oriundos da cultura africana, trazidos pelos povos negros escravizados, além do ideário espírita, originário da Europa, estabelecido no Brasil em meados do século XIX (Pereira Neto, 2001).

Esse rico e multifacetado saber exercido por diferentes cuidadores, faz parte do contexto sócio-cultural brasileiro, a despeito de sua diferente penetração entre os

diversos grupos sociais, bem como de sua evidente recusa por parte da cultura cientificista, atualmente hegemônica em nossa sociedade. Pautadas em uma cosmologia diferente daquela própria da Modernidade, as práticas populares de cuidado continuam servindo de precioso recurso no enfrentamento de problemas cotidianos, muitos dos quais não encontram nem lugar de significação na racionalidade científica, nem tampouco alternativas de enfrentamento no âmbito das políticas públicas.

À margem desse saber popular, apropriado pelo conjunto da sociedade, desenvolveu-se aqui uma outra vertente de práticas em saúde, mencionada acima, pautada na racionalidade cientificista. Apropriada pelas classes dominantes, a cujos interesses mostrou atender de forma eficaz, essa vertente tornou-se hegemônica no campo da saúde no Brasil, de tal modo que a sua lógica suplantou as demais, inclusive entre as classes populares, com evidente participação do Estado nesse processo de legitimação, como segue adiante.

A influência das transformações culturais em curso na Europa a partir dos séculos XVI a XVIII, já tratadas na discussão sobre a Modernidade, fez-se mais marcante no Brasil pela vinda da família real portuguesa em 1808, e pelas subseqüentes mudanças no panorama cultural da colônia, com claras repercussões no âmbito das práticas de saúde. A exemplo disso, no mesmo ano de 1808, instalaram-se as escolas médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia.

É importante destacar que, embora àquela época a cirurgia estivesse mais próxima da prática socialmente desprestigiada dos barbeiros, os egressos dos cursos de cirurgia estavam também habilitados ao exercício da medicina, nas localidades onde não residissem médicos. Evidencia-se, assim, o precário equilíbrio entre o estabelecimento dos critérios para o exercício da prática médica e a defesa de interesses corporativistas

da categoria, uma vez que as exigências para o exercício da medicina eram condicionadas pela existência, ou não, de profissionais médicos em cada localidade.

Como ocorria na maioria dos países europeus, também aqui a Ciência e o conhecimento acadêmico passaram paulatinamente a ser sinais de status e prestígio. Mas, diante da inexistência de cursos médicos na colônia, os poucos médicos acadêmicos que aqui atuavam eram estrangeiros ou filhos de famílias abastadas, formados na Europa. Apenas na década de 1830 começaram a funcionar as primeiras faculdades de Medicina no Brasil, já então politicamente independente da metrópole portuguesa. (Figueiredo, 2002).

Assim, as disputas entre uma medicina científica elitizada e com pouca credibilidade junto aos diferentes grupos sociais, e as muitas e acessíveis formas de tratamento e cura disponíveis, marcaram a sociedade brasileira principalmente no período de transição entre o final do século XIX e o início do século XX (Figueiredo, 2002; Pereira Neto, 2001; Sampaio, 2001).

É importante ainda ressaltar que, longe de conformarem saberes e práticas dicotomicamente delimitados, as práticas populares e a prática médica nesse período mostravam claras interpenetrações (Figueiredo, 2002). A racionalidade científica não havia ainda se estabelecido firmemente no campo da medicina, a qual permanecia influenciada por teorias pré-científicas sobre saúde e doença.

Nesse contexto, atuando como produtores individuais de serviços de saúde cuja prática era inteiramente desenvolvida sob os princípios liberais (Pereira Neto, 2001), os médicos disponibilizavam seus serviços apenas para as poucas famílias que por eles podiam pagar, cabendo aos práticos e aos curadores de diferentes filiações religiosas a assistência frente aos males para o restante da população.

A assistência hospitalar, necessária principalmente como meio de minimizar a propagação de doenças infecto-contagiosas, tinha forte caráter filantrópico e era prestada aos pobres e indigentes por iniciativa de ordens religiosas católicas, principalmente através das Santas Casas de Misericórdia, reservando-se o tratamento domiciliar ou o internamento pago para os mais abastados (Costa, 1986; Pereira Neto, 2001).

No campo da saúde pública, esse mesmo período foi marcado pela adoção de medidas coercitivas visando o controle das grandes epidemias e pela busca de poder e prestígio dos médicos higienistas, primeiro junto ao governo imperial, posteriormente no seio da república (Costa, 1986; Sampaio, 2001). A Junta Central de Higiene Pública foi criada na década de 1850, em um processo de centralização dos serviços sanitários do Império, que até então eram de responsabilidade das autoridades locais e restringiam-se basicamente ao controle da sujeira das ruas e quintais (Costa, 1986).

Caracterizada como órgão consultivo sobre questões de saúde pública, a Junta Central de Higiene Pública destinava-se não apenas a auxiliar os governantes nos esforços de combater as epidemias e embelezar as cidades, particularmente o Rio de Janeiro, sede do governo imperial, mas também coibir o exercício ilegal da medicina ou charlatanismo, como se referiam os médicos com formação acadêmica, às diversas práticas de tratamento e cura alheias ao seu campo (Sampaio, 2001). Iniciados ainda no período imperial, esses esforços para consolidar o mercado de trabalho acentuaram-se no período seguinte, valendo-se a corporação médica do aparato de Estado para exercer forte coerção sobre os diferentes grupos de cuidadores (Figueiredo, 2002; Pereira Neto, 2001; Sampaio, 2001).

O período republicano, iniciado em 1889, representou a ampliação da atuação do Estado em todos os campos da sociedade brasileira, com adoção de um papel

crescentemente intervencionista e regulador. A influência do positivismo evidenciou-se até mesmo na inscrição da nova bandeira nacional, que ostenta até hoje o lema Ordem e Progresso. Ao que parece, a ordem defendida era aquela imposta pelas elites político-econômicas e o progresso aquele que aliava interesses das elites locais e estrangeiras, aos quais estava subordinado o Estado nacional, desde sua relativamente recente constituição.

Na área da saúde, o caráter regulador da atuação do Estado, consolidado em inícios do século XX com o regime republicano, é ressaltado por Pereira Neto (2001), ao apontar duas ações específicas: o estabelecimento de uma lei regulamentando a formação profissional em saúde, datada de 1915, e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920.

Segundo o referido autor, houve predominância do chamado ensino livre no Brasil durante todo o século XIX, não havendo controle estatal sobre a formação profissional até a segunda década do século XX. Apenas com o decreto de 1915, tratado pelo autor como Lei da Equiparação, foram definidos critérios de funcionamento que facultavam aos estabelecimentos de ensino livre o reconhecimento de seus diplomas, equiparando-os aos das faculdades oficiais.

Embora seguindo as mesmas diretrizes da Reforma Flexner, já tratada no Capítulo 1, Pereira Neto (2001) destaca ainda que, ao passo que nos Estados Unidos a própria corporação médica instituiu meios para restringir a proliferação de faculdades de medicina e o conseqüente aumento no número de médicos, no Brasil este papel foi delegado ao Estado, submetido para tanto à forte pressão corporativista. A mesma pressão fez-se, de resto, para exigir do Estado medidas de restrição do mercado de serviços de saúde mediante artifícios legais que coibissem o exercício de práticas de

tratamento e cura por outros que não os médicos, com formação acadêmica, ou demais profissionais a eles subordinados.

Espaço privilegiado de discussão dos rumos da profissão médica no Brasil em inícios do século XX, foi realizado em setembro de 1922 o Congresso Nacional dos Práticos, tendo pela primeira vez os interesses profissionais sido tema de um congresso médico no país (Pereira Neto, 2001). Disputas internas a parte, foi a partir desse fórum, socialmente legitimado como parte das comemorações do Centenário da Independência, que a categoria médica demarcou de modo preciso o papel que passaria a cobrar do Estado brasileiro na defesa de seus interesses: o controle da formação médica exigida como condição para o exercício profissional e a restrição do mercado aos profissionais assim legitimados.

Durante o Congresso, foram enfatizadas quatro reivindicações relativas à formação médica: existência de um hospital junto ao estabelecimento de ensino, a limitação do número de vagas nas faculdades de medicina, restrição do ingresso de estrangeiros no mercado nacional e a obrigatoriedade do diploma para exercício profissional.

A formação profissional foi palco de importantes medidas favorecedoras da hegemonização do modelo biomédico no campo da saúde no país. Buscando deliberar sobre a formação acadêmica de enfermeiras, farmacêuticos e parteiras, a corporação médica delineou a configuração da assistência à saúde no país, demarcando os limites de atuação dos demais profissionais, e estabelecendo a hegemonia médica no setor, fortalecendo o corporativismo da categoria, o qual prevalece até os dias atuais.

Concomitantemente, a valorização do saber científico e das práticas por ele orientadas, condizente com o “clima” intelectual da época, possibilitou a proposição de estratégias, visando desacreditar a atuação dos diversos cuidadores alheios à tutela da

corporação médica. Tais demandas corporativistas acabaram por ser atendidas pelo Estado, que passou a legislar sobre as práticas de cuidado e a adotar medidas repressivas contra aqueles que fugissem aos critérios legais.

Estratégia semelhante direcionou o processo de profissionalização da saúde pública, iniciada em 1908, pelo Instituto Oswaldo Cruz e institucionalizada na década de 1920, sob forte influência do modelo norte-americano desenvolvido na Universidade Johns Hopkins. Tal modelo foi disseminado, inclusive para o Brasil, pela Repartição Internacional de Saúde Pública da Fundação Rockefeller, mediante financiamento de programas, pesquisas, formação e atualização profissional. (Costa, 1986; Lima & Fonseca, 2004).

As ações desenvolvidas no Brasil mediante convênio com a instituição norte-americana, focalizaram prioritariamente o controle de endemias. Por um lado, buscaram o controle dos focos de febre amarela na Região Norte, mediante o extermínio do mosquito transmissor, em ações de caráter paramilitar. Por outro lado, visaram o controle da ancilostomíase, em programas de base municipal com participação comunitária, direcionados por ações de educação sanitária (Costa, 1986). Gradativamente, a noção de cientificidade como legitimação dos saberes e das práticas deles decorrentes passou a compor não apenas o discurso acadêmico e profissional, mas também o imaginário do conjunto da população.

No âmbito burocrático-institucional, ressaltou-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920. Subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (Pereira Neto, 2001), a instituição confirmou o caráter despótico, intervencionista e medicalizador do Estado no campo da saúde pública, já observado na atuação da Junta Central de Higiene Pública, abordada anteriormente. A preocupação com a salubridade dos nascentes aglomerados urbanos, bem como com a higienização

dos corredores de circulação de mercadorias destinadas aos mercados consumidores internacionais, embora iniciadas nesse período, permaneceram norteando as ações de saúde pública no Brasil, durante toda a primeira metade do século XX, período do chamado sanitarismo campanhista (Luz, 2000; Mendes, 1995).

Desconsiderando valores e interesses das classes populares, essas medidas higienistas desencadearam atos de resistência popular, destacando-se a Revolta da Vacina, ocorrida no Rio de Janeiro, no final de 1904. Somada a toda sorte de privações e opressão vivenciados no cotidiano, a ameaça de imposição da imunização antivariólica, sobre cuja eficácia não havia consenso sequer entre a categoria médica, desencadeou uma onda de protestos que sacudiu a cidade do Rio de Janeiro por uma semana, resultando em mortes, prisões e muita depredação (Fernandes, 1999; Pereira, 2002; Pereira Neto, 2001).

A despeito dessa e de outras manifestações pontuais de insatisfação, foi apenas na década de 1920, que a grave questão social emergiu como questão política no cenário nacional (Behring & Boschetti, 2006). Em uma perspectiva mais ampla, os anos vinte no Brasil foram marcados pelo acirramento da contradição entre uma elite que se voltava para a Europa como modelo do desenvolvimento que desejava ver implementado no país, e a imensa maioria da população, oprimida pela carência material e pelo autoritarismo das classes dominantes.

A década transcorreu entre revoltas militares e reivindicações trabalhistas de grandes contingentes de trabalhadores urbanos, oriundos principalmente da imigração européia no pós-guerra. Em resposta a essas reivindicações, e buscando conter as mobilizações e as greves que ameaçavam o ritmo da produção no país, em 1923 o governo federal instituiu a previdência social.

A criação, por iniciativa do Estado, das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), representou ao mesmo tempo uma resposta às reivindicações e uma estratégia de contenção do movimento dos trabalhadores, garantindo o acesso daqueles ligados aos setores essenciais à economia, aos benefícios de um seguro social extensivo aos seus dependentes.

O delineamento dado na década de 20 marcou o sistema previdenciário brasileiro, com reflexos que se fazem perceber até a atualidade: um modelo que previa a assistência médica a uma minoria composta pelos trabalhadores do mercado formal. Com forte caráter curativo e com a assistência prestada em regime de contratação de serviços, o sistema previdenciário brasileiro instaurou um modo de organização e uma lógica de funcionamento que privilegia interesses corporativos e de mercado, em detrimento da saúde do conjunto da população (Cohn & Elias, 2003).

Em meio à crise internacional iniciada em 1929, a década de 1930 foi marcada pelo declínio do poderio das oligarquias cafeeiras, frontalmente atingidas pela crise econômica internacional. A mudança na correlação de forças políticas levou à deposição do presidente Washington Luís e ao governo do presidente Getúlio Vargas, alçado ao poder após a inviabilização da posse do presidente situacionista eleito, Júlio Prestes. Esse primeiro governo de Getúlio Vargas, marcado pelo autoritarismo de direita, culminou no golpe de 1937, que suspendeu as eleições presidenciais previstas para o início do ano seguinte.

Com ênfase na consolidação de políticas de abrangência nacional, inclusive com a criação do Ministério da Saúde e Educação, ainda em 1930; o período foi marcado pela centralização e burocratização dos serviços de saúde, bem como pelo fortalecimento do campo profissional da saúde pública, com iniciativas visando a

especialização e aperfeiçoamento de médicos, enfermeiras visitadoras sanitárias, engenheiros e guardas sanitários (Lima & Fonseca, 2004).

No cenário internacional, a constituição de uma agenda para o setor saúde, sob iniciativa do Banco Mundial (Laurell & Arellano, 2002), da Organização Mundial de Saúde – OMS – e da Oficina Pan-Americana de Saúde, atual Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS – foi seguida, na década de 1940, pelo estabelecimento de diretrizes para o setor saúde nos países da América. Consolidou-se, assim, a influência norte-americana no campo da saúde pública, principalmente na América Latina, iniciada com as já referidas ações da Repartição Internacional da Saúde Pública da Fundação Rockefeller.

O período entre 1930 e 1943 pode ser considerado como de introdução das políticas sociais no Brasil, inclusive com a criação do Ministério do Trabalho, em 1930; da Carteira de Trabalho, implementada em 1932 e convertida em documento da cidadania no país; e ainda com a promulgação da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, em 1943. Indício do posicionamento do Estado frente às questões trabalhistas, a CLT foi inspirada na legislação trabalhista da era fascista de Mussolini e atrelava a organização sindical ao Ministério do Trabalho (Behring & Boschetti, 2006).

A unificação das CAP's nos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), congregando os trabalhadores por categoria profissional em nível nacional, a participação do Estado no financiamento e a redução da contribuição dos empregadores, concorreram para o estabelecimento do controle estatal na administração do sistema previdenciário brasileiro. Desde então, a tendência à centralização e a priorização da assistência médica individualizada, prestada pelo setor privado e custeada com recursos públicos, tornaram-se cada vez mais gritantes no sistema.

O esgotamento do regime ditatorial, fragmentado pela diversidade de interesses os quais mostrou-se incapaz de coordenar, resultou na renúncia do presidente Getúlio Vargas, em 29 de outubro de 1945. Seguiram-se a eleição por voto direto de um novo presidente, Eurico Gaspar Dutra, e a promulgação de uma nova constituição, em 1946.

Segundo Behring e Boschetti (2006), o período 1946 a 1964 foi marcado pela disputa entre diferentes projetos políticos e pela intensificação da luta de classes. O acirramento da disputa política entre Estados Unidos e União Soviética repercutiu no Brasil. Foi fechado o Partido Comunista do Brasil e cassados os deputados, senadores e vereadores eleitos pela legenda, acusada de contrariar o regime democrático a despeito de ter sido a terceira mais votada nas eleições de 1947. Houve também intervenção estatal nos sindicatos e rompimento das relações diplomáticas com a União Soviética. Ademais, Petrópolis, no Rio de Janeiro, foi sede da Conferência Interamericana de Manutenção da Paz e Segurança, realizada em setembro de 1947, que resultou no Tratado de Assistência Recíproca, garantindo aos Estados Unidos intervir onde quer que “a paz e a segurança estivessem ameaçadas”.

Em outubro de 1950, Getúlio Vargas foi eleito presidente por voto direto, voltando ao poder em 1951. Nacionalismo e desenvolvimentismo tornaram-se palavras-chave no debate político nas décadas de 1950 e 1960. Coerentemente com o posicionamento adotado à frente do governo, em seu primeiro discurso como presidente recém-empossado, Vargas associou o nível de saúde da população ao progresso econômico. Essa retórica perdura nos meios conservadores até a atualidade, embora no cotidiano seja, sistematicamente, priorizada a economia, em detrimento das políticas de interesse social.

A descentralização passou a ser considerada necessária ao fortalecimento das ações de saúde no país (Fonseca, 2004). Foi, ainda, na década de 50 que se iniciou o

debate na busca de alternativas para superar a clivagem entre assistência médica previdenciária e ações de saúde pública, uma preocupação que viria a acentuar-se nas décadas seguintes (Santos, Brito, Lima & Fonseca, 2004).

Com os anos 60, uma série de importantes eventos políticos mudou radicalmente o cenário brasileiro. A efervescência política de caráter progressista, vivida pela sociedade civil, deu lugar a um regime militar fortemente autoritário, resultando na implementação de um modelo de Estado altamente centralizado e regulador.

A acentuação do processo de urbanização repercutiu nas condições de vida e saúde da população, delineando-se novas demandas em saúde. As ações acabaram por focalizar-se cada vez mais no espaço urbano, convertido em centro da vida econômica em decorrência do processo de industrialização (Mendes, 1995), que resultou da internacionalização da economia nacional. Nesse cenário de crescimento econômico, a questão social passou a ser tratada associando-se repressão e assistência, concessão de direitos sociais em um contexto de perda de direitos civis e políticos (Behring & Boschetti, 2006).

Na educação, uma reforma universitária claramente racionalizadora re-estruturou o ensino em institutos, que congregavam os estudantes por área de conhecimento, retardando o convívio dos novos estudantes com representantes de suas corporações (Nunes, 2004). Considerando-se que o movimento estudantil esteve entre os movimentos sociais mais fortemente reprimidos pela ditadura militar, é possível perceber que a separação imposta aos estudantes mais novos em relação aos mais antigos representou também uma importante ferramenta com vistas à desarticulação política, acentuada pela exclusão de disciplinas e conteúdos que pudessem favorecer a reflexão a respeito do contexto social e das relações de poder nele implicadas.

No campo previdenciário, a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão no Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966, representou uma centralização impensável no contexto da democracia populista do período anterior (Cohn & Elias, 2003). Resultou na uniformização dos benefícios para todos os grupos populacionais incluídos no sistema previdenciário, privilegiando-se a medicina curativa com crescente densidade tecnológica e consolidando-se o modelo médico-assistencial privatista delineado desde a década de 20. Firmou-se a compra de serviços médicos privados pelo sistema previdenciário, com recursos públicos.

A despeito do crescimento dos gastos do Estado na área social a partir de meados dos anos 60, cresceram também as demandas não atendidas (Cohn & Elias, 2003). Consolidou-se um complexo médico-industrial com fortes interesses econômicos e com ampla influência na burocracia estatal (Mendes, 1995). Paralelamente, a 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, teve como tema Recursos Humanos para as Atividades de Saúde. A escolha resultou da confluência dos campos da Saúde Pública nacional e internacional, em cujo âmbito a questão dos recursos humanos tornara-se foco de atenção (Fonseca, 2004).

A grave crise econômica mundial delineada a partir do final dos anos 70 e exacerbada nos anos 80, bem como a disseminação da política neoliberal a partir de países de capitalismo central, principalmente Inglaterra e Estados Unidos, com conseqüente perda da autonomia dos Estados nacionais, acentuaram as desigualdades sociais, não apenas entre países com diferentes níveis de desenvolvimento econômico, mas entre grupos sociais no interior dos mesmos.

Repercutindo diferentemente nos diversos contextos nacionais, o avanço do neoliberalismo resultou em redução dos serviços sociais nos países de capitalismo consolidado. Implementadas após a Segunda Guerra Mundial, e caracterizando o que

veio a ser conhecido como Estado de Bem-Estar Social, as políticas sociais tornaram-se alvo de cortes orçamentários e objeto de lutas sociais visando preservar sua extensão e cobertura.

Nos países em desenvolvimento, o Estado de Bem-estar Social não chegou a consolidar-se devido à vigência de regimes fortemente autoritários e à conseqüente fragilidade dos movimentos sociais, particularmente o operário. Nesse cenário, o neoliberalismo resultou em agravamento das já gritantes desigualdades sociais, com pauperização e morte de grandes contingentes populacionais (Earle & Letherby, 2003; Gerschman, 2004; Navarro, 2002; Santos et al, 2004). A crise de endividamento externo dos países de capitalismo periférico sustentou o discurso neoliberal, base dos planos de estabilização econômica impostos pelo Fundo Monetário Internacional (Behring & Borschetti, 2006).

Dentre as claras repercussões desse cenário no campo das políticas sociais, destaca-se a adoção, pelos organismos internacionais, do “paradigma da economia da saúde”, baseado nos princípios da focalização e da seletividade, em oposição ao “paradigma da saúde pública” (Santos et al, 2004). No Brasil, as ações propostas segundo esta lógica vieram a ser conhecidas como medicina pobre para os pobres. A expressão faz alusão ao forte direcionamento das ações, no sentido da simplificação tecnológica e utilização de trabalhadores com restrita qualificação profissional em ações pontuais de caráter programático.

Voltadas para setores específicos da população e implementadas de forma coercitiva, as ações mencionadas conviveram com a crescente tecnologização da atenção médica, acessível para poucos. Representaram, dessa forma, a institucionalização da desigualdade de acesso aos cuidados em saúde, não implicando

qualquer questionamento ao modelo biomédico ou aos interesses do complexo médico-industrial.

A crise que se sucedeu ao chamado milagre econômico brasileiro, acabou por forçar os primeiros sinais de abertura política. Contraditoriamente ao processo em curso nos países centrais, o agravamento da situação de exclusão social de grandes parcelas da população, bem como os riscos daí decorrentes para a estabilidade do regime, repercutiram no reconhecimento da necessidade de implementar políticas sociais que minimizassem os efeitos da crise internacional.

Por ocasião do lançamento do II Plano Nacional de Desenvolvimento, em 1974, e ainda em pleno regime militar, o ministro da Previdência recomendou a redução das desigualdades sociais e a ampliação do atendimento às necessidades sociais da população como pressupostos para o necessário processo de distensão política (Nunes, 2004), em uma clara demonstração da busca de legitimidade para o exercício do poder via concessão de direitos (Behring & Borschetti, 2006).

No setor saúde, a tendência de buscar atender às necessidades da população no campo das políticas sociais, favoreceu a formulação de programas como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS – implementado no nordeste em 1976, e estendido a todo o Brasil em 1979. Articulado às iniciativas da OPAS em toda a América Latina, o programa visava a ampliação da cobertura assistencial (Mendes, 1995; Nunes, 2004; Santos et al, 2004). O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde – PPREPS, instituído em 1975 por um convênio entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a OPAS, refletia a preocupação com a preparação dos recursos humanos em saúde, advinda da década de 1960 (Mendes, 1995; Santos et al, 2004).

Por um lado, e a despeito dos reflexos da brutal repressão política imposta pelo regime militar, a década de 70 foi marcada pelo crescente reconhecimento da imbricação entre saúde pública e política. Esta politização do campo da saúde pública no Brasil refletiu-se na tendência da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP de buscar superar a visão de transmissora de conhecimentos apolíticos, uma mudança com clara repercussão no campo da saúde pública no país (Nunes, 2004).

Esse processo de mudança, e a conseqüente consolidação do campo dos estudos em saúde coletiva, resultaram na criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES- em 1976; e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO – em 1979. Ambas as instituições tiveram importante papel na conformação das políticas de saúde na década seguinte.

Por outro lado, a década de 1970 marcou a institucionalização de uma situação estabelecida a partir da década de 20: a divisão entre ações de saúde pública, reservadas ao poder público, e ações de atenção médica, desenvolvidas pelo setor privado e asseguradas pelo financiamento público. Formalizado pelos convênios assistenciais da Previdência Social, esse modelo passou a apresentar claros sinais de crise (Mendes, 1995), desencadeando a ação de segmentos da sociedade civil em defesa do setor público de saúde (Cohn & Elias, 2003).

A mobilização que veio a ser conhecida como movimento pela democratização da saúde conformou um ator plural no processo de participação democrática, em busca de uma nova relação entre o Estado e a sociedade brasileira. A designação de Movimento pela Reforma Sanitária, muito mais freqüente na literatura disponível sobre o período, parece retratar de forma exemplar a hegemonização da perspectiva técnica no seio de um movimento cuja vertente popular incluía outros atores que, não apenas, os sanitaristas.

O fim do regime militar, em um processo que foi descrito como de abertura lenta, gradual e segura pelo presidente Ernesto Geisel, penúltimo dos generais a ocupar o cargo de Presidente do Brasil, representou o retorno das liberdades democráticas e a recuperação dos direitos políticos e civis da população. Como destacado por Nunes (2004), a prática coletiva e organizada dos trabalhadores foi posta no centro da vida política no país, adentrando gradativamente um espaço anteriormente ocupado, quase que exclusivamente, pela igreja católica, à época sob influência da Teologia da Libertação (Gerschman, 2004).

No campo da saúde, os movimentos populares conformados principalmente no âmbito das comunidades eclesiais de base e das experiências de medicina comunitária, resultaram na articulação do Movimento Popular de Saúde - MOPS, um movimento nacional com importante participação nos rumos das políticas de saúde na década de 80. Essas experiências, fortemente enraizadas na cultura dos grupos locais, resgatavam o saber popular no campo da saúde e propunham a solidariedade como estruturadora das práticas.

Freqüentemente informadas pela metodologia da Educação Popular, essas iniciativas recusavam a perspectiva biologicista e mercantilizada hegemônica no campo da saúde. Possibilitavam a construção de uma relação dialógica entre os diversos atores sociais envolvidos, possibilitando a criação de um amplo espaço de discussão e luta por saúde no meio popular (Vasconcelos, 2001).

A despeito de divergências internas quanto à posição a ser mantida frente ao Estado e suas iniciativas, o MOPS veio a compor, juntamente com outros atores, a base que impulsionou a Reforma Sanitária brasileira (Gerschman, 2004). Outra força fundamental no processo de mudança no campo da saúde no Brasil, na década de 80, foi o Movimento Sanitário, formado por sanitaristas ligados à academia e órgãos estatais.

Assim, o Brasil adentrou a década de 1980, vivendo o processo de redemocratização política, um momento marcado pela reforma do Estado. Para Draibe (2003), a reforma do Estado vivida no Brasil nesse período foi pautada por uma agenda democratizante, encerrada simbolicamente com a promulgação da constituição de 1988. Apesar do contexto mundial, de crescente globalização da economia e do acirramento das pressões pela adoção da perspectiva neoliberal para o delineamento das políticas, particularmente as políticas sociais, o contexto interno pressionava pela institucionalização dos direitos sociais, em um conflito que veio a ter significativos desdobramentos na década seguinte, conforme se verá adiante.

O paradoxo aqui subjacente, entre contenção de gastos públicos e implantação de políticas sociais, talvez esteja na raiz da obsessiva preocupação com a relação custo-benefício entre a tecno-burocracia nacional, com recorrentes prejuízos para a qualidade das ações desenvolvidas.

O Movimento pela Reforma Sanitária, denominação adotada pela coalizão em torno das diretrizes aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, acabou por centrar-se crescentemente na via da institucionalização, concentrando esforços na efetivação da Reforma Sanitária. Apesar das divergências de concepção e estratégias em seu interior (Fleury, 1997), próprias da heteroglossia que lhe era intrínseca, a meta do movimento passou a ser a consolidação de um arcabouço legal, que apontasse para a implementação de um sistema de saúde pautado pelos princípios oriundos da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, 1978. A ênfase na atenção primária e a noção de saúde como direito, expressa na meta de garantir 'Saúde para Todos no Ano 2000', foram encampados pelos sanitaristas ligados ao movimento.

Como ressaltado por Rodriguez Neto (2003), partindo-se de uma prática que privilegiava a questão democrática, chegou-se à priorização da construção institucional da política. O distanciamento dos movimentos populares de base e a ênfase na participação institucional dos membros ligados à academia e aos serviços de saúde, estratégia privilegiada a partir de 1984 (Nunes, 2004; Rodriguez Neto, 2003), parecem ser um sinal claro da pluralidade do movimento, bem como do caráter elitista e tecnocrata de parte substancial do mesmo.

Vale ressaltar, entretanto, que muitas das propostas e programas que convergiram na proposição de um sistema de saúde unificado e universalizado, foram prioritariamente fruto da atuação de integrantes desse grupo técnico, sanitaristas cuja perspectiva trazia forte influência da medicina social e das reflexões das ciências sociais no campo da saúde, apoiadas no âmbito internacional pela OMS e pela OPAS.

Merecem ser apontadas a discussão da idéia de um sistema único de saúde, durante o 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, organizado em 1979, pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, com assessoria do CEBES; a elaboração do Prevsáude, paradigma das reformas desejadas para o setor saúde; e as Ações Integradas de Saúde – AIS, implantadas em 1983, como estratégia de reorientação setorial para o reordenamento da política nacional de saúde (Rodriguez Neto, 2003).

Mesmo a vertente popular do Movimento pela Reforma Sanitária, além de inserida em um mesmo contexto sócio-histórico, contava com a participação de muitos profissionais e estudiosos do campo da saúde coletiva, em uma aproximação comum entre os movimentos populares e assessores técnicos, conforme tratado por Vasconcelos (2001). As lideranças populares, cada vez mais distanciadas das bases, compartilhavam princípios e perspectivas que embasaram a proposta da Reforma Sanitária,

ocasionalmente divergindo dos intelectuais na concepção de Estado, e conseqüentemente nas estratégias de ação defendidas.

Marco freqüentemente mencionado no processo de construção da proposta de universalização do direito à saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, reuniu cerca de três mil delegados, acolhendo, pela primeira vez, representantes da sociedade civil, que contavam cerca de um terço dos participantes. Mais que um fórum de discussão restrito à política de saúde, a 8ª Conferência foi palco do embate entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, tradicionalmente responsável pelas ações de assistência médica; e o Ministério da Saúde, que as reivindicava como sendo de sua competência (Nunes, 2004).

Ao final, o resultado da Conferência parece ter representado um meio termo possível entre os muitos interesses conflitantes. Por um lado, ficaram de fora as teses do setor privado, que embora convidado, negou-se a participar. Por outro lado, há que se considerar a derrota da tese da completa estatização do setor saúde. A estatização completa da saúde foi defendida por alguns setores sindicais ligados à Central Única dos Trabalhadores, pelo Partido dos Trabalhadores, pelo Partido Democrático Trabalhista (Rodriguez Neto, 2003), e, principalmente, pelos delegados do MOPS, embora não fosse consensual no interior do movimento. Tendo evidente caráter de ruptura, a proposta não contou com a aprovação do CEBES, da ABRASCO, nem das centrais sindicais, não conseguindo articular forças políticas suficientes para sua aprovação (Gerschman, 2004).

Dentre as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária teve papel preponderante no encaminhamento das resoluções. Vale ressaltar que, das vinte e duas representações, apenas seis couberam aos organismos populares, particularmente o setor politicamente mais

fortalecido, como as centrais sindicais; ao passo que órgãos governamentais e privados ocupavam dezesseis vagas (Gerschman, 2004).

A Comissão, convocada a contragosto pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, foi palco de divergências entre os membros que endossavam o relatório da 8ª Conferência e os representantes da área privada de prestadores de serviços. Sofreu constrangimentos institucionais, que inviabilizaram uma ação mobilizadora da opinião pública em torno da discussão sobre o tema da saúde frente à proposta de elaboração de uma nova constituição. A despeito disso, a Comissão elaborou uma proposta de conteúdo de Saúde para a mesma e um projeto de conteúdo para a Lei do Sistema Nacional Único de Saúde (Rodríguez Neto, 2003).

A Assembléia Nacional Constituinte, eleita em 1986, teve seus trabalhos dificultados pelas disputas entre setores progressistas e conservadores da sociedade. Aglutinados em um bloco suprapartidário que ficou conhecido como Centrão, os representantes das forças conservadoras buscaram dificultar a aprovação de propostas de cunho progressista e lograram imprimir à Constituição um caráter híbrido, misto de reformismo e conservadorismo (Rodríguez Neto, 2003).

Ainda segundo o mesmo autor, na construção do Capítulo da Saúde na Constituição de 1988, as disputas polarizaram-se entre a manutenção dos interesses do setor privado de serviços de saúde e as propostas de universalização do acesso e estatização do sistema. Este mesmo conflito de interesses reproduziu-se na elaboração da Lei Orgânica da Saúde, promulgada em 1990, freqüentemente referida como Lei do SUS – Sistema Único de Saúde. Ao final dos embates, institucionalizou-se um sistema público paralelo a um sistema privado, já então existente, podendo esse último participar do primeiro mediante contrato de direito público.

Uma vez institucionalizado o SUS, ficou evidente a preponderância dos interesses do capital, particularmente do complexo médico-industrial, frontalmente contrariados pela proposição de um sistema público e universalizado de saúde. As correlações de forças no interior do legislativo, reproduzindo a situação do contexto mais amplo da sociedade, não possibilitaram a institucionalização de um aparato legal que garantisse minimamente o direito à saúde de forma universal.

Assim, embora a legislação tenha universalizado o direito à saúde, firmando como dever do Estado, não apenas a execução das ações de saúde, mas também a adoção de políticas econômicas e sociais que a promovam, pode-se identificar uma série de entraves ao efetivo exercício desse direito pelo conjunto da população. O cenário mundial, de avanço da doutrina neoliberal, impactou de forma significativa as tentativas de implementação das recentes conquistas no campo das políticas públicas no Brasil. Em um e em um contexto de gritantes desigualdades sociais, a alardeada crise da saúde ganhou, por aqui, contornos preocupantes, a despeito de alguns avanços repetidamente reafirmados.

Destaco, primeiro a pendência sobre a questão do financiamento do sistema, resultando em um processo de universalização excludente que se seguiu à criação do SUS. Estendendo sua cobertura assistencial às grandes massas de excluídos do mercado formal de trabalho, sem a necessária ampliação dos recursos financeiros para tanto, o sistema público de saúde acabou por excluir aqueles setores até então cobertos pela assistência médica de caráter previdenciário, confrontados com a flagrante precariedade da assistência no novo sistema.

Em relação direta com o ponto anterior, a manutenção do direito conferido à iniciativa privada de prestar assistência à saúde, configurando na prática dois sistemas paralelos, um público e outro privado, acabou por pulverizar os interesses da população,

deixando o sistema público sem o já decrescente poder de pressão política da classe média, a qual migrou massivamente para o sistema pré-pago de assistência.

Acrescento a isso os muitos e variados desafios práticos. Em primeiro lugar, municipalização e reorganização do sistema, em um panorama marcado por uma tradição política clientelista. A efetivação do controle social das políticas públicas no campo da saúde, em uma sociedade com precária tradição de comportamentos políticos democráticos. Apontados por Draibe (2003) como alvos das “reforma parcial do SUS” na segunda metade da década de 90, tais questões permaneceram distantes de uma solução no plano das práticas cotidianas. Finalmente, e não menos importante, permaneceu o problema da formação e gestão dos trabalhadores para uma atuação condizente com os princípios e diretrizes definidos para o sistema, em um contexto marcado pela hegemonia do modelo biomédico e pelo viés do exercício liberal das profissões de saúde. Tais questões delinearão o cenário para os anos seguintes, tratados adiante.

A restrição dos avanços ao aspecto formal da organização do sistema, secundarizando os aspectos político-ideológico e técnico-operacional, tem contribuído para que, mesmo aqueles progressos alcançados no âmbito legal, permaneçam apenas precariamente reproduzidos no cotidiano das práticas de saúde em todo o país. Como destacado por (Campos, 1997), ao se investir nas mudanças do aparato legal e da estrutura político-administrativa do sistema de saúde, foram esquecidas as pessoas que o operariam, bem como as que dele usufruiriam.

A priorização dos conceitos fundamentais que orientavam muitas das proposições do movimento pela democratização da saúde, tais como a determinação social das doenças e o processo de trabalho em saúde (Fleury, 1997), possibilitaria superar a hegemonia do paradigma biomédico e de seus pressupostos no campo das

práticas de saúde. Esbarrou, entretanto, em um poderoso conflito de interesses, próprio do campo das disputas ideológicas. Imersos no contexto sócio-cultural vigente e atuando de forma irreflexiva, formadores, profissionais de saúde, gestores e usuários acabam por reforçar o paradigma hegemônico, apesar de sua evidente inadequação aos interesses defendidos por muitos desses mesmos atores sociais.

2.2. A Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: uma proposta pedagógica com vistas à efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde

A Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS inclui-se entre as proposições e ações desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde na gestão do então ministro Humberto Costa, responsável pela pasta no período entre 1º de janeiro de 2003 e 08 de julho de 2005, portanto nos primeiros dois anos e meio do primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Considerada como do campo democrático popular, a gestão de Humberto Costa caracterizou-se por incluir, nos quadros do Ministério, um conjunto de técnicos com reconhecida trajetória no Movimento pela Reforma Sanitária, bem como pela absorção de profissionais ligados à vertente teórica da Educação Popular em Saúde, colocados em postos-chave do organograma. A composição da equipe e a própria re-estruturação do Ministério sinalizaram a perspectiva de mudanças institucionais que não chegaram a consolidar-se durante sua permanência à frente da pasta.

A então criada Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), tinha como atribuição a “formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil” (Brasil, 2003a, p. 2; 2004, p. 5). A Secretaria foi composta por dois

departamentos: o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DGRTS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES).

A este último, coube a proposição e formulação de políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente em saúde, esta última voltada não apenas para os trabalhadores da saúde, mas também para os profissionais de outras áreas, os movimentos sociais e a população (Brasil, 2003a; 2003b; 2004).

Para atender as atribuições a ele conferidas, o Departamento compunha-se inicialmente de três coordenações: Ações Estratégicas em Educação na Saúde, com atuação no campo da educação superior nas profissões de saúde; Ações Técnicas na Educação na Saúde, atuando na educação profissional dos trabalhadores da saúde; e Ações Populares de Educação na Saúde, voltada para ações junto à sociedade civil, visando fortalecer a gestão social das políticas públicas de saúde. O posicionamento adotado pelo Ministério da Saúde resgatava, assim, não apenas o papel constitucionalmente garantido ao SUS como ordenador da formação de profissionais para seus quadros de pessoal, mas a responsabilidade de favorecer o controle social do sistema, outra de suas diretrizes constitucionais.

Foi nesse cenário institucional que foi gestada e implantada a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, uma ampla política nacional voltada para a transformação das práticas de formação e atenção em saúde. Nesse contexto específico, vislumbrou-se a retomada da amplitude do Movimento pela Reforma Sanitária, ao buscar-se a ampliação da participação popular aliada à crítica às práticas sanitárias vigentes, direcionamento apontado desde a década de 1990 como um dos esforços necessários à continuidade e ao avanço da Reforma Sanitária (a título de exemplo, ver Campos, 1997 e Paim, 1997).

Curiosamente, a nomenclatura *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde* varia nos documentos consultados, seja entre aqueles voltados à divulgação da proposta, seja entre os documentos oficiais de regulamentação da mesma. Assim, a nomenclatura acima, encontrada no Resumo Executivo da Reunião Extraordinária da Comissão Intergestores Tripartite, que aprovou a proposta apresentada pela Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 18 de setembro de 2003, converteu-se em *Política (Nacional) de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde* nos documentos que comprovam sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, em setembro de 2003.

Finalmente, a Portaria nº 198, do Ministério da Saúde, publicada em 13 de fevereiro de 2004, instituiu “a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (Art. 1º da Portaria nº 198/GM/MS, Brasil, 2004). Essas variações põem em evidência o caráter formador e a ênfase na estratégia de Educação Permanente em Saúde, sinalizando também as disputas vivenciadas desde o início do processo de implementação de uma proposta inicialmente mais ampla de mudanças no campo da saúde, como se verá adiante.

A análise dos documentos publicados pelo Ministério da Saúde objetivando a instituição, implementação e divulgação da referida Política, bem como da minuta da portaria de revisão da mesma, objetivou identificar as configurações discursivas que compõem a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, atentando para as variações das mesmas ao longo do período compreendido entre 2003 e meados de 2007. Visou, ainda, identificar as concepções norteadoras da Política, as possibilidades de ação e as posições de sujeito por ela oferecidas aos diferentes atores sociais implicados,

bem como as possíveis conseqüências de sua adoção para a experiência subjetiva dos diferentes atores sociais. Foram considerados os seguintes documentos:

a) boletim InformAção - *Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*, distribuído em 2003 e que, por tratar-se de versão não disponível em meio digital, consta como Anexo I (Brasil, 2003a);

b) uma versão revisada e digitalizada desse primeiro documento, acessada em agosto de 2006 e disponível, no site do Ministério da Saúde, até o momento da conclusão deste trabalho (Brasil, 2003b);

c) cartilha *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*, trazendo anexos os documentos de criação da Política - resumo executivo da reunião da Comissão Intergestores Tripartite; trecho da reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde; Resolução n. 335, do Conselho Nacional de Saúde; e Portaria 198, do Ministério da Saúde (Brasil, 2004)

d) cartilha *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer* (Brasil, 2005);

e) minuta da portaria de revisão da Portaria 198, pactuada em reunião da Comissão Intergestores Tripartite, em junho último. Encaminhada pelo CONASS para discussão nos Estados, a minuta foi repassada pela Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP/RN para os integrantes do Pólo de Educação Permanente em Saúde para SUS do RN, visando subsidiar as discussões sobre a reformulação da Política, ocorridas em reunião extraordinária do Pólo de Educação Permanente para o SUS do RN, realizada em 28 de junho último (Anexo II).

Por atenderem a objetivos semelhantes e referirem-se todos a uma mesma proposta, os quatro primeiros dos documentos listados acima guardam profundas

semelhanças, havendo, particularmente entre os três primeiros, a reprodução textual de partes consideráveis dos textos. O documento publicado em 2005, talvez por visar a divulgação junto a um público mais amplo e diversificado, é mais curto, melhor ilustrado e traz textos menos técnicos, o que o diferencia dos anteriores. As considerações a respeito da revisão da Política, tratada mais adiante, tiveram como base a contraposição entre o discurso contido nesses documentos e aquele presente na minuta da portaria de revisão da Portaria 198, o quinto dos documentos considerados.

Inicialmente, a análise objetivou identificar quais os principais objetos discursivos presentes no conjunto dos documentos de criação e divulgação da Política, mencionados anteriormente, e como tais objetos são construídos através da linguagem.

O **setor saúde**: nos quatro documentos do Ministério da Saúde referentes à Política, esse setor é mencionado como protagonista de um processo de reforma do Estado brasileiro, o qual se correlaciona ao processo mais amplo de redemocratização do país, já tratado anteriormente.

Em nosso país, a saúde é o setor que vem sendo submetido ao mais significativo processo de reforma de Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e avanço do movimento pela reforma sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional (Brasil, 2003a, p. 2; 2003b, p. 2; 2004, p. 8 – com pequenas alterações de redação).

O setor da Saúde é responsável pela maior política brasileira de inclusão social. O sistema Único de Saúde (SUS), criado para atender a todos os cidadãos, é a mais importante reforma de Estado em curso no País. O fortalecimento do SUS, que é de interesse de todos nós, depende diretamente de pessoas dos diversos segmentos sociais, pessoas que têm a tarefa ética e política de dar continuidade ao processo iniciado pelo Movimento Sanitário (Brasil, 2005, p. 5).

Portanto, apesar dos avanços, o setor é caracterizado como estando em um processo de universalização e democratização ainda inconcluso, a despeito das muitas iniciativas já adotadas visando à consolidação da Reforma Sanitária brasileira e a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Experiências anteriores de mudança no campo da formação e atenção em saúde: são ressaltados os avanços do setor saúde em direção à melhoria da formação profissional, bem como da assistência prestada à população. Entretanto, embora seja afirmado que essas iniciativas anteriores propiciaram a crítica e a reflexão a respeito dos problemas vivenciados nos diferentes âmbitos do sistema, são destacadas, também, as limitações e os desafios, postos para as mesmas, em promover transformações mais amplas, capazes de produzir impacto sobre as práticas hegemônicas de formação e de assistência.

O SUS tem assumido um papel ativo na orientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender. (...) No entanto, todas essas iniciativas têm de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se como eixo transformador, em estratégias mobilizadoras de recursos e poderes, em recursos estruturantes do fortalecimento do SUS, deixando de estar limitadas a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde (Brasil, 2003a, p. 2; 2003b, p. 2).

Ademais, ressalta-se que as referidas iniciativas “não desafiaram os distintos atores para assumir uma postura de mudança e de problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe” (Brasil, 2004, p. 8). A dificuldade é atribuída ao caráter pontual e fragmentado das ações mencionadas, bem como à heterogeneidade de orientações conceituais adotadas. O desafio posto é, então, transcender as mudanças pontuais nas práticas hegemônicas de formação e assistência no setor.

Desde que foi criado, o SUS já provocou profundas mudanças nas práticas de saúde, mas ainda não é o bastante. Para que novas mudanças ocorram, é preciso haver também profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender (Brasil, 2005, p. 5).

Com essa meta, a alternativa proposta aponta, prioritariamente, para a transformação na dinâmica de formação e assistência no setor. O objetivo de transformar a formação e as práticas de saúde, promovendo a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS, identificado já no documento inicial de divulgação (Brasil, 2003a), aparece de forma explícita nos demais documentos analisados.

Uma proposta de ação estratégica que contribua para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implica trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção e controle (Brasil, 2003a, p. 3; 2003b, p. 3; 2004, p. 8 – com pequenas alterações de redação).

A Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, e particularmente a **educação permanente em saúde**: a partir do delineamento desse cenário, são construídas como alternativas para a superação das dificuldades identificadas nas ações anteriores, buscando aliar a diversidade de espaços, intervenções e atores envolvidos a uma unidade conceitual e metodológica, que possibilite a articulação e o fortalecimento mútuo entre as diversas ações propostas. São, portanto, apresentadas como passíveis de promover as mudanças no setor saúde, já apresentadas como necessárias.

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (Brasil, 2004, p. 8).

Num trabalho articulado entre o Sistema de Saúde e as instituições de ensino, a educação permanente será capaz de reorganizar, simultaneamente, os serviços e os processos formativos, transformando as práticas educativas e as de saúde (Brasil, 2005, p. 8).

Assim, a Educação Permanente em Saúde desponta como central no conjunto dos textos relativos à Política, sendo considerada como estratégia fundamental para implementação das mudanças desejadas: “A adoção da **educação permanente** será a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de ensino, de atenção, de gestão e de controle social no setor da saúde” (Brasil, 2003a, p. 2; 2004, p. 6). É apresentada como forma de promover o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores da Saúde e o desenvolvimento das instituições que compõem o setor (Brasil, 2005).

Também é apontada como um dos eixos fundamentais para articulação das coordenações do Departamento de Gestão e da Educação na Saúde - Coordenação de Ações Estratégicas, de Ações Técnicas e de Ações Populares em Educação na Saúde (Brasil, 2003b), revelando a unicidade da proposta em suas diferentes linhas de intervenção.

A abrangência da proposta da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS reflete a adoção de um posicionamento segundo o qual um processo de transformação das práticas de saúde vigentes em direção à atenção integral à saúde, princípio constitucional do SUS e eixo norteador da Política, requer ações simultâneas e convergentes em diferentes espaços e grupos.

Essa estratégia visa propiciar a transformação das pessoas envolvidas e das relações entre elas, gerando, além disso, um amplo movimento de mudanças que possa superar os entraves ao processo, encontrados nos diferentes contextos e oriundos de interesses e condicionamentos vários.

É importante ressaltar que a necessidade de “mexer, simultaneamente, com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas”, a fim de viabilizar processos de mudança, apareceu de forma contundente no já mencionado texto de Gastão Wagner de Souza Campos (1997, p. 30), o qual ocupava o cargo de Secretário Geral do Ministério da Saúde à época da formulação da Política aqui em estudo.

Rodas de Articulação Interinstitucional para a Educação Permanente em Saúde: propostas como instâncias de discussão e deliberação, posteriormente nomeadas como Pólos de Educação Permanente em Saúde, seria o eixo central da estratégia a ser seguida. Essas articulações deveriam funcionar como rodas de debate e construção coletiva, dispositivos do SUS com vistas a promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação no setor (Brasil, 2003a; 2003b; 2004; 2005).

Dentre os atores inicialmente convidados a compor as articulações interinstitucionais, organizadas em plenária, constavam gestores, instituições formadoras, hospitais de ensino, serviços de saúde, representações estudantis e instâncias do controle social (Brasil, 2003a; 2003b). Posteriormente a composição das plenárias, já nomeadas como Pólos de Educação Permanente em Saúde, passou a especificar também, estudantes e trabalhadores de saúde, bem como movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas do setor (Brasil, 2004, 2005).

Ampliando a composição e os objetivos dos antigos Pólos de Saúde da Família, os Pólos de Educação Permanente em Saúde foram pensados como instâncias colegiadas. Os diferentes atores sociais de um dado território estariam agregados em

rodas de debate e construção coletiva para identificação de necessidades, criação de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, objetivando a ampliação da qualidade da gestão, a qualidade e o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, o domínio do conceito ampliado de saúde pelo conjunto dos atores envolvidos e o fortalecimento do controle social no SUS (Brasil, 2003a, 2003b, 2004, 2005).

A **noção de quadrilátero da formação** – ensino, gestão, atenção e controle social - agregou à articulação ensino-serviço, central em iniciativas anteriores, uma pluralidade maior. Dessa forma, a proposta do “quadrilátero” busca converter a formação em saúde em uma atividade-fim cujos rumos e processo dizem respeito não apenas aos docentes e dirigentes das instituições formadoras e aos gestores do sistema de saúde em suas diferentes esferas, mas ao conjunto dos implicados na cotidiana construção e reconstrução do SUS (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Sobressaem, ainda, a partir da análise dos mesmos documentos, **a noção de gestão colegiada**, proposta de mudança na lógica de gestão inclusive no planejamento e acompanhamento das ações; **a idéia de inclusão de novos atores sociais** na discussão sobre educação em saúde, com o reconhecimento dos movimentos sociais e da população como participantes da mesma; e, principalmente, **a idéia de transformação**, particularmente a transformação das práticas de saúde e de educação na área de saúde, mediante adoção da estratégia de Educação Permanente. Evidentemente, estas três vertentes encontram-se fortemente interligadas, compondo uma proposta mais ampla de democratização do campo da saúde e da melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

Em um segundo estágio da análise, constatou-se que todas essas construções discursivas estão imersas em um discurso mais amplo, marcado pela noção de participação democrática dos diferentes atores sociais nos processos decisórios, visando

a efetivação de uma atenção à saúde universal, integral, equitativa e de melhor qualidade para o conjunto da população brasileira. Remetem, portanto, a um discurso com claro viés social democrata, marcado pela defesa da igualdade e da justiça social, mediante promoção do respeito e da participação cidadã, omitindo qualquer referência ao inerente conflito entre os interesses dos diferentes grupos sociais.

No passo seguinte, foram considerados que direcionamentos essas construções discursivas impõem à ação dos diversos atores sociais. Os textos dos diferentes documentos apontam para a necessidade de dar continuidade ao processo de mudanças no setor saúde, fazendo avançar a reforma Sanitária. Há uma insistência na importância de promover-se o fortalecimento do SUS, ainda que não sejam especificadas as responsabilidades dos diferentes atores, nem as dificuldades para que tais mudanças aconteçam, particularmente em um contexto de grandes desigualdades sociais, como é o caso do Brasil. Situadas como parte do discurso social democrata, a Política e suas proposições são simplesmente apresentadas como algo desejável e moralmente justificável.

Como estratégia fundamental para reverter a situação de grave crise no setor, a Política propôs a problematização do processo e da qualidade do trabalho em saúde, possibilitando a identificação, pelo conjunto dos envolvidos, das necessidades de qualificação com vistas à efetivação da atenção integral.

Dessa forma, a proposta acata a necessidade, apontada por Rodriguez Neto (2003), de investir prioritariamente na reorientação do processo de formação profissional e em um trabalho de comunicação social que aponte na direção da formação da consciência sanitária como forma de reverter a cultura vigente no campo da saúde.

Nessa perspectiva, um massivo processo de formação foi desencadeado entre os diferentes grupos de atores sociais em todo o país, oferecendo-lhes subsídios para uma atuação mais contundente nos diferentes espaços de implementação da Política, seja como tutores e facilitadores da Educação Permanente em Saúde, seja como ativadores dos processos de mudança nos cursos de graduação na área de saúde.

A proposição de novas formas de gestão, mais democráticas e horizontais, em todos os âmbitos do sistema de saúde, evidenciou-se na própria concepção do modelo de gestão da Política, a qual se pretende que sirva como espaço de aprendizado de formas menos centralizadas e hierarquizadas de gestão e controle. A superação da imagem da pirâmide pela da roda poderia, em uma expectativa ousada, transcender o campo da saúde, gerando uma “nova aprendizagem sobre o Estado brasileiro, sobre a capacidade da interinstitucionalidade e sobre a potência da intersetorialidade” (Brasil, 2003a, p. 13; 2003b, p. 12; 2004, p. 21).

Segundo dados do Ministério da Saúde, até dezembro de 2006, foram criados 96 Pólos de Educação Permanente em Saúde, distribuídos por todos os estados do país (Ver Anexo III). Segundo os direcionamentos da Política, caberia a esses Pólos viabilizar a construção da capacidade de pensar e executar a formação e o desenvolvimento dos diversos atores sociais, inclusive os parceiros interinstitucionais, tendo como norteador o princípio constitucional da integralidade da atenção à saúde (Brasil, 2003a, 2003b, 2004, 2005).

A configuração e dinâmica de funcionamento dos Pólos delinearam uma estratégia de aprendizado de novas formas de relação interinstitucional, inclusive em relação ao estado federado. Caberia a tomada de decisão por consenso entre os atores locais e não por métodos até então estabelecidos, seja por maioria ou por decisão centralizada. Desse modo, rompe-se com a idéia de hierarquia, consubstanciada na

tradicional imagem da pirâmide, tão comum nos organogramas de instituições públicas e privadas.

Essa nova configuração remete à noção de redistribuição do poder mediante estabelecimento de modelos mais horizontais de gestão, não apenas de instituições, mas também de políticas públicas. É evidente a influência dos pressupostos do Método da Roda (Campos, 2000), inclusive com a adoção de expressões recorrentes no referido texto. No caso específico das práticas de saúde, a adoção dessa perspectiva impõe a necessidade da ampliação do diálogo e o exercício da negociação, favorecendo a ruptura das tradicionais articulações que tendem a direcionar as decisões em benefício dos interesses dos grupos com maior poder de aglutinação, como gestores ou profissionais.

Em um contexto internacional de questionamento da formação e atuação dos Recursos Humanos no setor saúde (World Health Organization, 2002; Pan American Health Organization, 2005), a proposta da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS buscou viabilizar a implementação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e resgatou a importância das pessoas para o seu funcionamento.

O desafio de superar a noção de recursos humanos pela de atores sociais do trabalho em saúde, comprometidos com as lutas pelo direito à saúde e com o ordenamento de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde, é destacado por um dos principais envolvidos na criação e implementação da proposta (Ceccim, 2005). O caráter eminentemente político da proposta é evidenciado em seu discurso.

Quanto às posições de sujeito oferecidas pelas construções dos objetos discursivos e pelo discurso mais amplo no qual se inserem, o fato da formação e desenvolvimento reunirem educação superior, educação técnica, educação básica e educação popular, apontado nos textos de divulgação da Política como “uma *enorme*

novidade de Estado” (Brasil, 2003a, p. 13; 2003b, p. 12; 2004, p. 22), sinaliza um importante direcionamento no sentido de reconhecer aos diferentes envolvidos no conjunto das práticas de saúde o lugar de sujeitos, com participação nos processos de discussão e tomada de decisão a respeito das mesmas.

Essa oportunidade pode representar, principalmente para os integrantes dos grupos até então excluídos desse campo de práticas, a possibilidade de participação efetiva nas discussões e deliberações relativas à formação em saúde, aparentemente lhes possibilitando assumir o lugar de sujeitos em relação às práticas de saúde. Por outro lado, entretanto, a forma como os discursos são construídos, e particularmente as justificativas apresentadas para a implementação da proposta, transformam a não adesão em algo censurável, passível, portanto, de culpabilização.

Superando a visão tradicional de formação, que projeta no futuro o continuísmo de um passado que se tenta perpetuar (Collares, Moysés & Geraldi, 1999), a problematização, eixo da proposta pedagógica da Política, possibilita a reflexão crítica a respeito das práticas cotidianas de atenção e gestão, do papel desempenhado pelos diferentes participantes, das repercussões de suas ações na qualidade do serviço e, conseqüentemente sobre as condições de vida e saúde da população. Ao priorizar os processos de reflexão crítica, a Política resgata os aspectos de ordem ética e cultural e promove uma repolitização do campo da saúde, tida como necessária à efetiva mudança do quadro atual.

Esse processo reflexivo abre espaço, ainda, para o questionamento dos modelos de formação atuais, que associam a qualidade da atenção apenas ao consumo de tecnologias sofisticadas, desconsiderando os aspectos sócio-culturais e intersubjetivos implicados nas práticas de saúde (Traverso-Yépez & Morais, 2004), com claras implicações para a organização e funcionamento do sistema de saúde.

A proposta pedagógica mostrou-se coerente com os objetivos definidos. Partindo da problematização do cotidiano do trabalho em saúde, a perspectiva é promover a aprendizagem significativa, com forte implicação dos sujeitos no processo de Educação Permanente. Tomando como parâmetro a integralidade da atenção, o processo de Educação Permanente deve possibilitar a transformação das práticas mediante a transformação das pessoas que as realizam cotidianamente.

A reflexão e auto-crítica despontaram como ferramentas primordiais para a superação do caráter não-reflexivo das ações cotidianas, obstáculo fundamental aos processos de mudança. Por outro lado, a inclusão de outros atores sociais, dentre eles usuários dos serviços, movimentos sociais com atuação no campo das políticas públicas de saúde, estudantes dos cursos da área de saúde e agentes do controle social, como participantes efetivos dos processos de educação e desenvolvimento em saúde, enriqueceu o espaço de debates e criou a possibilidade de avanços práticos no processo de democratização da saúde.

Entretanto, não se pode deixar de considerar os muitos entraves ao processo de mudança da cultura hegemônica e das correlações de poder nela vigentes. Nesse contexto, a inclusão da Educação Popular em Saúde, seja como uma das três coordenações do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Deges, seja como fonte de princípios norteadores a serem adotados pelos planos político-pedagógicos das instituições formadoras de trabalhadores de saúde, mostra-se particularmente problemática.

Fruto de uma rica tradição teórico-metodológica desenvolvida, no campo da saúde, a partir das experiências da Medicina Comunitária dos anos 1970, a Educação Popular em Saúde mostra-se diretamente relacionada à concepção de Educação Popular desenvolvida principalmente com base nas idéias de Paulo Freire, a partir dos processos

educativos desenvolvidos junto aos grupos organizados da sociedade civil, principalmente nos anos 1960 (Paludo, 2001). Com clara orientação político-ideológica de esquerda, a Educação Popular tem como objetivo explícito a superação das formas de opressão político-econômico-culturais da sociedade, a partir do olhar crítico sobre o cotidiano, as relações de poder e as práticas dos diferentes atores sociais envolvidos.

No setor saúde, a adoção da Educação Popular como referencial aponta para a “superação do caráter mercantil, biologicista e alienador da prática médica dominante” (Vasconcelos, 1997, p. 140). Segundo o mesmo autor, as diversas experiências informadas por essa perspectiva são marcadas por duas características: a existência de mecanismos facilitadores da relação entre o serviço e a população; e a busca da interdisciplinaridade entre os profissionais. Refletem, portanto, a busca de ruptura com as relações de dominação tradicionalmente estabelecidas no setor, seja entre as diferentes categorias profissionais, seja entre essas e a população assistida.

A inclusão da Educação Popular em Saúde, no âmbito da Política, parece ter resultado de uma configuração específica na correlação de forças no seio do Ministério da Saúde: a escolha de um Ministro ligado ao campo da Educação Popular, tradição marcante entre os movimentos populares na maioria dos estados nordestinos. Assim, a Educação Popular em Saúde, movimento cujas origens remontam a mais de 25 anos de trajetória dos movimentos sociais populares (Vasconcelos, 1997; Vasconcelos, 2001; Brandão, 2001; Souza, 2001), ganhou visibilidade e inseriu-se de forma explícita nas disputas teórico-conceituais em curso.

Outro indício da importância dessa configuração específica de poderes no Ministério da Saúde, para o fortalecimento da Educação Popular em Saúde, foi a constituição da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS. O antigo desejo de muitos militantes do campo da Educação

Popular em Saúde, foi viabilizado pelo apoio da OPAS, mediante participação do Ministério na efetivação dos convênios.

Agregando movimentos sociais com atuação no campo da saúde, representantes das práticas populares de saúde, profissionais de saúde e representantes da Educação Popular, a ANEPS converteu-se em importante interlocutor no âmbito da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Configurou-se, ainda, como espaço de participação e formação dos referidos atores nos diversos estados, contribuindo para a diversificação de olhares sobre as políticas públicas do setor saúde.

A participação de pessoas ligadas a Educação Popular em Saúde na construção da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, reflete-se nas semelhanças teórico-conceituais e metodológicas entre a Educação Popular em Saúde e a proposta da Educação Permanente em Saúde. Entretanto, a escassa compreensão a respeito da Educação Popular em Saúde por muitos dos outros atores envolvidos nos diferentes espaços de implementação da Política transparecem em seus discursos.

É freqüente tomar-se o adjetivo popular como referência ao público das ações educativas (usuários dos serviços de saúde e representantes do controle social – a população, o Outro dos profissionais e gestores) e não como a especificação de uma proposta pedagógica com pressupostos e metodologia próprios. Essa confusão evidencia a multiplicidade de vertentes teórico-conceituais e de posicionamentos político-ideológicos em meio aos responsáveis diretos pela implementação da Política, particularmente evidente nos âmbitos locais.

Ademais, a participação de atores alheios às instituições de formação e aos serviços de saúde nas discussões sobre formação e desenvolvimento para o setor saúde, jamais chegou a ser consensual, revelando-se sempre perpassada por conflitos e tensões. A retórica da centralidade da participação da população para as discussões; população

da qual profissionais, gestores e formadores do campo da saúde parecem algumas vezes não se sentir parte; atualmente, tende a ser sutilmente substituída pela perspectiva dos especialistas a respeito das necessidades e interesses dos demais.

Em agosto de 2005, com a mudança de gestão no Ministério da Saúde, a Coordenação de Ações Populares de Educação na Saúde passou para o Departamento de Apoio à Gestão Participativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, saindo, portanto, da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Embora essa mudança não tenha maiores implicações em termos hierárquicos (Ver Figura 1), representa a exclusão do âmbito da Política, da vertente de intervenção voltada para a exterioridade das instituições de saúde: a sociedade civil.

A Política permaneceu vinculada à Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), mas com um redirecionamento das ações, que passaram a estar focadas cada vez mais especificamente na formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Inviabilizou-se, mais uma vez, a interação dos diferentes agentes em um mesmo espaço de discussão e construção de alternativas de enfrentamento dos problemas. A exclusão das Ações Populares de Educação na Saúde, do âmbito da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, modificou substancialmente a orientação inicial da proposta, institucionalizando uma divisão cujo enfrentamento mostrava-se já difícil de administrar, a despeito do claro posicionamento do Ministério da Saúde no momento anterior.

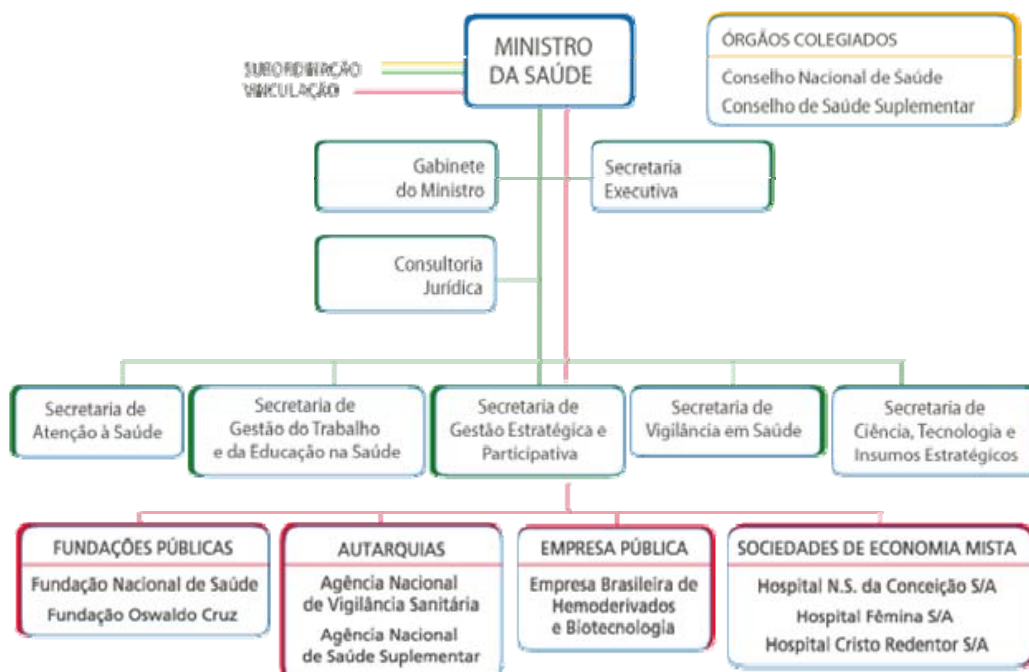


Figura 3: Organograma do Ministério da Saúde, evidenciando a equiparação, em termos hierárquicos, entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Fonte: Portal da Saúde.

Seguindo-se ao silêncio inicial a respeito dos rumos da Política no novo cenário institucional, e como parte das iniciativas das gestões do Ministério da Saúde, posteriores à do Ministro Humberto Costa, tem-se discutido a reformulação da Política, com evidente embate entre interesses das pessoas tradicionalmente envolvidas com a formação profissional e a gestão do sistema, em detrimento de uma participação mais efetiva dos movimentos sociais e do conjunto da sociedade civil. Os direcionamentos propostos apontam para uma crescente focalização das ações no campo da formação dos profissionais, restringindo-se de forma evidente a amplitude e o poder transformador da proposta inicial.

Embora esteja ainda em curso, é possível identificar a amplitude da alteração nos rumos da Política a partir da revisão da Portaria 198, atualmente em processo de pactuação nas instâncias de deliberação de âmbito nacional. Resultado de um consenso

entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e o Ministério da Saúde, a minuta da nova portaria (Ver Anexo II) modifica substancialmente os objetivos, princípios e diretrizes presentes na concepção original da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. A Tabela 1, adiante, resume algumas das modificações identificadas.

Inicialmente, é importante ressaltar que a referida minuta foi construída a partir das demandas postas pelas instâncias de gestão do Sistema, nos três níveis de governo. Não surpreende, portanto, a ênfase dada aos gestores, os quais anteriormente compunham apenas um dos quatro segmentos do chamado quadrilátero da formação, posto em igualdade de condições com os demais: atenção, formação e controle social.

A gestão setorial estende-se à gestão da própria Política. Em decorrência desse viés, as práticas e o modelo de gestão vigentes, saem do âmbito de intervenção da Política. Desfaz-se a meta de democratização das relações entre os diferentes atores, posta pela perspectiva de superação da racionalidade gerencial hegemônica, e ratifica-se a concentração do poder decisório. Da reformulação do conjunto das práticas setoriais, o objetivo passa a restringir-se à transformação das práticas profissionais, em lugar do objetivo mais amplo de problematizar a atuação dos diversos envolvidos e a gestão setorial em saúde.

Esse redirecionamento dos objetivos reflete-se, também, na ênfase dada aos serviços e aos trabalhadores, em lugar do foco anterior sobre a população, evidente nos destaques feitos na última parte do quadro ao final do capítulo. O discurso de busca de consolidação da Reforma Sanitária atrela-se, mais uma vez, às demandas e aos parâmetros do sistema.

A despeito de todo o exposto, a minuta da nova portaria, e particularmente seu Anexo II, reproduz textualmente trechos dos textos anteriores da Política. Assim, faz

parecer que a nova portaria apenas especifica melhor as atribuições e responsabilidades das diferentes instituições envolvidas. Uma análise mais detalhada, entretanto, revela as profundas modificações em curso. Aponta, talvez, para um processo de apropriação e desvirtuamento do que fora uma ampla proposta de transformação de práticas, em mais uma política de capacitação de pessoal para o setor saúde.

Quadro 1: Comparativo entre a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS e a proposta de modificação da Portaria 198. O conteúdo foi apresentado pela autora em reunião extraordinária do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS do RN, em 28 de junho de 2007.

| ASPECTO CONSIDERADO | Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS | Minuta da portaria de revisão da Política de Educação Permanente em Saúde |
|-----------------------------------|---|--|
| Sobre as estratégias e objetivos: | <p>“Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturadas a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central” (Ministério da Saúde, 2004, p 9).</p> | <p>Parágrafo único do Art. 3º- O Colegiado de Gestão Regional (<i>formados apenas pelos gestores municipais da área de abrangência e por representantes do gestor estadual</i>) deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local...”</p> <p>“A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais” (Anexo II).</p> |
| Sobre a gestão da Política: | <p>“A gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias de articulação interinstitucional, como Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde...” (Ministério da Saúde, 2004, p 10).</p> <p>“As articulações interinstitucionais para a educação permanente em saúde se constituirão em espaços de planejamento, gestão e de mediação para que as diretrizes políticas de ordenação da educação para o SUS se materializem de forma agregadora e direcionada, em sintonia com as peculiaridades locorregionais” (Ministério da Saúde, 2004, p 16).</p> | <p>Art 2º- A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão, com o apoio das Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS (<i>Os antigos Pólos de Educação Permanente em Saúde</i>).</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>Sobre as correlações de poder:</p> | <p>“A noção de gestão colegiada, coloca a todos como convidados de uma operação conjunta em que todos usufruem do protagonismo e da produção coletiva. Sai a arquitetura do organograma para entrar a dinâmica de roda. (...) abre-se o desafio que permite a entrada das instituições formadoras, do movimento estudantil e do movimento popular. Todos os que entrarem na roda têm poderes iguais sobre o território de que falam” (Ministério da Saúde, 2004, Pg 31).</p> | <p>A gestão da Política passa para as mãos dos gestores do sistema;</p> <p>As Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde são caracterizadas como apoio e cooperação técnica, subordinadas aos Colegiados de Gestão Regional e às Comissões Intergestores Bipartite, os quais devem inclusive avaliar periodicamente sua composição, dimensão e trabalho, propondo alterações caso necessário (Art 4º - VI e Art 11 - VI).</p> |
| <p>Os critérios para delineamento das ações e o lugar da população:</p> | <p>“O núcleo central da política de educação e de desenvolvimento do trabalho em saúde é constituído pela própria população, cujas necessidades sanitárias e mesmo de educação para gestão social das políticas públicas de saúde devem ser contempladas, promovendo o desenvolvimento da sua autonomia diante das ações, dos serviços, dos profissionais e dos gestores de saúde.” (Ministério da Saúde, 2004, p 15).</p> | <p>“A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde” (Anexo II da Minuta).</p> |

Capítulo 3: O desafio de implementar a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: o caso do Rio Grande do Norte

O Estado do Rio Grande do Norte, com população estimada de três milhões de habitantes, mantém índices de escolarização e renda *per capita* abaixo das médias nacionais. Com uma tradição política oligárquica e patrimonialista, o Estado apresenta variações nos indicadores econômicos e sociais que refletem situações de grande desigualdade, fato comum não só entre os estados do nordeste, como em todo o Brasil.

É gritante a diferença nas condições de vida entre as zonas urbanas e rurais, entre as áreas centrais e periféricas das cidades de maior porte, bem como entre as diferentes regiões do Estado. O acesso a serviços essenciais, como fornecimento de água potável, energia elétrica, coleta regular de lixo e esgotamento sanitário, não está garantido ao conjunto da população, a despeito da melhoria nos indicadores sociais ao longo das últimas décadas.

Em termos de assistência à saúde, a Secretaria de Estado da Saúde Pública – SESAP-RN organiza-se estruturalmente em seis regionais de saúde, as quais funcionam como instâncias administrativas intermediárias junto aos municípios. Sob inspiração das Normas Operacionais Básicas, do Ministério da Saúde, foi proposto em 2003, um modelo de regionalização que contempla a divisão do Estado em oito regiões de saúde, embora mantendo a divisão administrativa anterior, em seis regionais.

No campo da formação dos profissionais de saúde, o Estado conta com cursos de graduação e pós-graduação, distribuídos entre a Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, a Universidade Estadual do Rio Grande do Norte – UERN, Universidade Potiguar – UnP, Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN, e FACEX, sendo, as três últimas, instituições privadas. Conta, ainda, com

curso técnicos oferecidos por instituições públicas e privadas, incluído o Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde “Dr. Manoel da Costa Souza” – Cefope, uma escola técnica do SUS, ligada à Secretaria de Estado da Saúde Pública.

Dessa forma, é disponibilizado grande contingente de profissionais habilitados ao exercício profissional na área de saúde, ainda que se possa questionar o direcionamento dado pelas diversas instituições ao processo de formação, que segue muitas vezes pautado pelo modelo biomédico e pela perspectiva do exercício liberal da maioria das profissões no campo da saúde.

Em meio a esse cenário, o Pólo de Educação Permanente em Saúde do Rio Grande do Norte – PEPS-RN, cuja criação foi oficializada pelo Conselho Estadual de Saúde em meados de 2004, tem sido o principal espaço na implementação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS no Estado, apresentando potencial para o questionamento das práticas hegemônicas, bem como abrigando as dificuldades e os avanços inerentes a um processo de mudanças como o proposto. Congregando instituições formadoras públicas e privadas, gestores do sistema, instâncias do controle social do SUS, movimentos sociais e instituições com atuação no campo da saúde, o Pólo reuniu os diversos atores sociais para a discussão, deliberação e acompanhamento das ações de formação em saúde nos diversos níveis.

A despeito do reconhecimento da existência de especificidades entre as diferentes localidades, no que diz respeito às necessidades de formação e desenvolvimento no setor saúde, bem como da existência de instituições formadoras em outras regiões do Estado, o PEPS-RN, sediado em Natal, segue tendo como área de abrangência todo o território do Rio Grande do Norte. Por uma série de questões conjunturais, tem sido postergada a proposta de descentralização mediante a criação de

novos Pólos de Educação Permanente, particularmente o projeto de criação de um segundo Pólo em Mossoró, atendendo toda a região oeste e alto oeste do Estado.

Assim, o PEPS-RN configura-se como um espaço privilegiado para o estudo dos atores, concepções e práticas implicados não apenas na implantação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS no Rio Grande do Norte, mas na totalidade das ações de formação de pessoal, formulação de políticas, organização e gestão do sistema de saúde no Estado. Dessa centralidade decorreu a escolha do mesmo, como *setting* da pesquisa desenvolvida.

Apesar disso, e embora considerando-se as imbricações entre o contexto mais amplo da saúde no Estado, e as concepções e práticas diretamente relacionadas à implementação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, é sobre essas últimas que se concentra o esforço de compreensão aqui empreendido.

A primeira parte da discussão baseia-se na análise documental dos registros de atividades do Pólo de Educação Permanente em Saúde do RN, compreendidas no período de junho de 2003 até o primeiro trimestre de 2007. Inclui ainda, os registros de campo da observação participante, realizada entre setembro de 2004 e novembro de 2005. Na segunda parte, são analisadas e discutidas informações geradas a partir das entrevistas realizadas com uma integrante da secretaria executiva provisória do PEPS/RN, criada em junho de 2004, e com os integrantes da Secretaria Executiva daquele Pólo, composta para o período entre Fevereiro de 2005 e Janeiro de 2006, os quais são melhor caracterizados adiante.

3.1. A recriação do novo: o Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS do RN

Considerando as informações geradas a partir da análise documental e da observação participante nas atividades do Pólo de Educação Permanente em Saúde do RN, proponho a divisão do processo de implementação do mesmo em quatro fases (para detalhes, ver Apêndice A). Torna-se importante ressaltar, entretanto, que a identificação das mesmas não atende a critérios cronológicos rígidos, prestando-se mais esse exercício de sistematização a evidenciar tendências mais amplas de ação coletiva, segundo as prioridades vivenciadas em cada momento do processo.

Assim, a trajetória do PEPS/RN pode ser dividida em quatro fases específicas, segundo a predominância de objetivo das ações desenvolvidas: uma inicial, de criação; uma de estruturação e operacionalização; uma terceira, de re-estruturação; e finalmente a de arrefecimento.

É importante ressaltar que, em cada uma das fases mencionadas, as ações de caráter mais organizativo, voltadas para a estruturação do Pólo, suas dinâmicas, fluxos e processos, muitas vezes têm-se configurado também como atividades formativas para os diversos atores sociais implicados, conforme exemplificação adiante. Isso parece dar-se em decorrência do caráter necessariamente relacional e dialógico das ações coletivas, bem como pela postura reflexiva de muitos de seus integrantes, coerentemente com a estratégia proposta pela Política.

A fase de criação do PEPS/RN

A criação do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Rio Grande do Norte deu-se a partir da atuação de um grupo interinstitucional formado em reunião realizada em 17 de junho de 2003, por iniciativa de profissionais ligados à Universidade Federal

do Rio Grande do Norte e Associação Brasileira de Enfermagem, para discutir a proposta da Educação Permanente em Saúde. Dentre os 13 participantes que assinaram a lista de presença, 08 identificaram-se como pertencentes a setores da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, estando os cinco demais ligados à Secretaria Municipal de Saúde de Natal - SMS Natal, à Secretaria de Estado da Saúde Pública - SESAP e à Agência Regional do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem no Rio Grande do Norte – PROFAE/RN.

Muitos dos participantes estiveram envolvidos em iniciativas anteriores no campo da formação em saúde, como o já mencionado PROFAE, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina – PROMED, Projeto UNI-Natal e Pólo de Capacitação em Saúde da Família, trazendo posicionamentos, práticas e questionamentos provenientes dessas outras experiências.

O registro da reunião menciona críticas feitas com relação à fragmentação das ações anteriores no campo da formação, o desafio de promover mudanças na subjetividade dos envolvidos, o impasse entre a descentralização das ações e a centralização dos recursos, bem como os impactos da restrita participação do Ministério da Educação nas iniciativas anteriormente referidas. Foi deliberada a manutenção do grupo sob a forma de uma comissão de organização, a fim de viabilizar discussões e encaminhamentos.

Dando continuidade ao trabalho iniciado em junho, em 24 de setembro de 2003, a comissão promoveu a realização do seminário *Políticas de EP para o SUS: possibilidades e estratégias*, com a presença de Laura Camargo Feuerwerker, integrante da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS e uma das idealizadoras da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS.

Com o objetivo de discutir a proposta de Educação Permanente para o SUS no RN, as possibilidades de articulação interinstitucional e as estratégias para a sua implementação, o Seminário contou com a participação de instituições formadoras, gestores de saúde estadual e municipal de Natal, entidades profissionais, estudantes dos cursos da área de saúde, conselhos Estadual e Municipal de Saúde de Natal e representantes de hospitais públicos. A roda de discussão começava a ampliar-se progressivamente, incluindo novos atores. Seguindo-se à atividade aberta ao público, realizada no período da manhã, foi realizada uma reunião restrita aos membros da comissão, no turno da tarde.

Durante o Seminário, além da exposição da proposta da Política, foram destacados os desafios propostos, dentre os quais ressaltou a “mudança na prática de formação e nas práticas sociais” (no setor saúde); a mudança na concepção pedagógica; a criação de espaços coletivos para reflexão crítica por parte dos sujeitos envolvidos no processo formativo, visando a construção de novos saberes; e a articulação ensino/gestão/controle social, permitindo que os interesses da população sejam contemplados pelo sistema de formação profissional.

Refletindo explicitamente a abrangência da Política e sua imbricação com a educação, foi feito um convite à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, única universidade então presente, no sentido de alinhar propostas, políticas institucionais e procedimentos aos princípios e formulações da nova Política, contribuindo para uma efetiva mudança na formação dos profissionais de saúde, seja na graduação, seja na pós-graduação ou na formação dos profissionais já inseridos nos serviços.

Ainda, segundo o registro disponível, no debate que seguiu às exposições, os questionamentos dos presentes centraram-se nos aspectos operacionais relativos à implantação da proposta. Discutiu-se, inclusive, sobre as disputas de poderes entre as

instituições e suas implicações para o desenvolvimento das ações; as especificidades do projeto pedagógico e questões relacionadas a financiamento, acompanhamento e avaliação das iniciativas cabíveis, denotando clara preocupação dos presentes com a viabilização da Política.

Em resposta a uma demanda surgida por ocasião desse Seminário, foi realizada a (primeira) Oficina para Criação do Fórum de Educação Permanente para o Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Norte, em 18 de dezembro do mesmo ano de 2003. Na ocasião, foi discutido e aprovado o Regimento do Fórum de Educação Permanente em Saúde do Rio Grande do Norte, a partir de minuta elaborada pela comissão, processo no qual foram explicitadas algumas disputas com relação às concepções gerenciais e aos interesses pessoais e institucionais, relativos à formação de pessoal para a saúde no Estado.

A configuração preliminar do Conselho Gestor, discutida em reunião do dia 25 de novembro de 2003, tratava-o como “representação colegiada de gestão e condução, a nível do Estado do Rio Grande do Norte, do Fórum de Educação Permanente em Saúde”, concebendo-o como uma parcela do Fórum a ser responsável pela gestão. Nessa reunião, a minuta apresentada foi retificada para referir-se ao Fórum de Educação Permanente em Saúde – FEPS - como “representação colegiada de gestão e condução do processo de Educação Permanente em Saúde no Estado”, em uma perspectiva mais coerente com a noção de rodas de gestão que perpassa a proposta da Política.

O capítulo sobre as competências do Fórum tratava, basicamente, da “apresentação, discussão e operacionalização do FEPS” como “principal política de formação de recursos humanos em saúde para o Estado”, retificado, ainda na mesma reunião, para “apresentação, discussão e operacionalização do Plano de Ação Estadual”

como a “principal estratégia de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde para o Estado”.

Com relação à organização, estava proposta uma coordenação com cinco membros, com mandato de um ano, e um coordenador escolhido entre eles, com a definição das decisões por regime de votação com manifestação explícita do voto, tendo o coordenador o voto de desempate, quando necessário. O local de funcionamento seria a antiga sede do Projeto UNI-Natal, localizado no Centro de Ciências da Saúde da UFRN, no bairro de Petrópolis, e as despesas de funcionamento seriam custeadas “com recursos oriundos do Ministério da Saúde”.

Quanto à composição, a primeira versão de minuta previa 20 integrantes para o Fórum, sendo sete da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, três da Universidade Potiguar - UnP, três da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte - UERN, dois da Secretaria de Estado da Saúde Pública - SESAP, um da Secretaria Municipal de Saúde de Natal- SMS-Natal, um do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, um da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA e dois representantes dos usuários no Conselho Estadual de Saúde – CES.

Portanto, a composição proposta apontava para uma instância com forte viés do segmento de formação (14 dos 20 representantes), restrita participação dos gestores (04 dos 20) e usuários (apenas 02 dos 20). Das quatorze vagas propostas para o segmento de formação, apenas três destinavam-se às representações estudantis. Contrariando as diretrizes da Política, que traz todos os atores envolvidos no desenvolvimento das ações de saúde para o centro da discussão sobre a formação profissional, além da limitada participação de gestores, essa composição não contemplava qualquer representação dos trabalhadores em saúde.

Incorporadas as discussões de 25 de novembro, originou-se uma segunda versão de minuta do Regimento do Fórum de Educação Permanente em Saúde do Rio Grande do Norte, apresentada para discussão no dia 27 do mesmo mês. Nessa versão, a composição do mesmo passou a ser de trinta membros, ampliando-se a participação dos gestores dos serviços de saúde e incluindo-se representações dos trabalhadores, através de suas entidades profissionais.

Assim, a UFRN passou a ter seis representantes, a UnP e a UERN mantiveram cada uma os três representantes anteriormente propostos, a SESAP ampliou para cinco as suas representações, a SMS-Natal passou a ter dois representantes, o COSEMS ampliou para três, o Conselho Estadual de Saúde passou para quatro (incluindo um representante dos prestadores de serviços e um dos profissionais), a FUNASA manteve uma representação, a Agência Regional do PROFAE conquistou uma representação e as entidades profissionais, duas.

A organização e o funcionamento também foram repensados, substituindo-se o nome Conselho Gestor por Conselho Executivo, com a mesma estrutura e dinâmica anteriores (cinco membros, dos quais um seria escolhido coordenador, com mandato anual). As funções também foram reformuladas e diluídas para o conjunto do Conselho Executivo, tendo sido excluída qualquer referência à tomada de decisão por voto.

A sugestão de funcionamento na antiga sede do Projeto UNI-Natal foi revista e propôs-se sua instalação no prédio da SESAP, na Avenida Deodoro da Fonseca, no centro de Natal, como também foi previsto o custeio das despesas para funcionamento “pelos parceiros que compõem o Fórum, mediante negociação entre as partes”.

Dessa forma, a minuta de regimento apresentada em 18 de dezembro de 2003, a ser apreciada na referida oficina de trabalho, trazia já alguns desdobramentos dos

processos de reflexão e discussão a respeito da proposta da Política, particularmente a progressiva mudança no modelo de gestão, com maior dispersão do poder de decisão.

Discutida em três grupos de trabalho formados por integrantes das universidades, dos serviços de saúde e das escolas técnicas, a minuta serviu à consolidação do Regimento que permaneceu em vigor até a elaboração de uma nova versão, ao final de 2005.

Curiosamente, a proposta de composição de um Fórum com trinta membros, constante na minuta apresentada pela comissão, conforme descrito anteriormente, foi ampliada durante a oficina pela inclusão de um representante do Projeto UNI-Natal, encerrado pela entidade financiadora norte-americana em 2002.

No conjunto das propostas elaboradas, evidencia-se uma crescente ampliação da diversidade de atores incluídos, bem como uma progressiva superação dos modelos de gestão vigentes, substituídos por um modelo mais horizontal e democrático. Persiste, entretanto, uma forte tendência a se privilegiar a noção de representatividade nos processos de construção coletiva e, principalmente, na tomada de decisão.

A criação do Fórum foi aprovada por unanimidade em reunião do Conselho Estadual de Saúde realizada em 09 de junho de 2004. Na ocasião, foram apresentados aos conselheiros a proposta da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS e o Regimento do Fórum de Educação Permanente em Saúde do RN, seguindo-se a votação. A Secretaria Executiva ficou encarregada de redigir a Resolução a ser assinada pelo Presidente do Conselho e homologada pelo Secretário Estadual de Saúde.

Conforme pôde-se observar, essa fase inicial de criação do então nomeado Fórum de Educação Permanente em Saúde do RN, foi marcada pelo caráter fortemente pragmático das ações, todas iminentemente organizativas. Paralelamente a esse trabalho, mais diretamente desenvolvido por integrantes da comissão inicial de

organização, passaram a ser apresentados à Plenária do Fórum pelas diferentes instituições formadoras, vários projetos de capacitação. A superação dessa lógica de balcão de financiamento, em que as instituições buscam recursos para projetos formulados segundo suas próprias disponibilidades e interesses, embora seja um dos objetivos da Política, tem-se mostrado um grande desafio para os integrantes do Pólo.

A recorrência de uma lógica de funcionamento de influências e lutas de poder, incompatível com a visão da nova política de formação, gerou conflitos e disputas entre os atores sociais envolvidos, entre os quais observou-se diferentes níveis de compreensão e compromisso com a efetivação das novas diretrizes. Além dessas dificuldades vivenciadas no cotidiano das ações do Pólo, persistia a necessidade de superar as perspectivas, ainda hegemônicas no campo da formação dos profissionais de saúde no Estado, marcado pelo distanciamento entre o ensino e as necessidades identificáveis a partir do cotidiano dos serviços. Assim, evidenciou-se gradativamente a importância de aprofundar as reflexões a respeito dos princípios e diretrizes da Política, visando possibilitar a efetiva implementação de suas estratégias e pressupostos, demarcando-se então, o início da fase de estruturação e operacionalização.

Fase de estruturação e operacionalização

Em 25 de junho de 2004, durante a 2ª Oficina do Fórum de Educação Permanente em Saúde, foi criada uma Secretaria Executiva Provisória com a tarefa de elaborar o projeto de implantação do PEPS/RN. Foi definida ainda, a realização de oficinas descentralizadas para organização do plano estadual de educação permanente em saúde e elaboração do Projeto do Pólo, em uma tentativa de conciliar em um projeto único, integrado, as propostas de capacitação apresentadas pelas diversas instituições formadoras.

O projeto de implantação, que acabou ficando conhecido entre os integrantes da Plenária como projeto estruturante, foi um marco importante na consolidação do PEPS/RN, formalizando junto ao Ministério da Saúde, a criação do mesmo. Continha uma descrição e análise da realidade local, um histórico das etapas anteriores de implantação da Política no Rio Grande do Norte, aqui descrita como fase de criação, bem como a caracterização do Pólo e de sua Secretaria Executiva, estando inclusive orçados os recursos materiais necessários à sua implantação.

Nesse projeto, é significativa a afirmação de que a finalidade básica do Pólo é “promover a articulação entre as instituições e entidades que diretamente propiciam a realização de atividades de ensino/serviço na área de saúde”. Mantém-se, assim, o eixo de atuação tradicionalmente estabelecido, desconsiderando-se a noção do quadrilátero da formação, proposto pela Política: ensino, serviço, gestão e controle social. Ademais, as funções então propostas para o Pólo não contemplavam qualquer reflexão crítica sobre as práticas vigentes, os processos formativos ou o papel da sociedade civil frente ao SUS. Dessa forma, o Pólo foi configurado, apenas, como uma instância de estimulação e descentralização das ações de formação e desenvolvimento profissional na área de saúde, em detrimento do papel de catalisador da transformação das práticas vigentes, que deveria caracterizá-lo.

Em uma flagrante contradição com a finalidade básica proposta para o Pólo, apresentada acima, o documento contemplava também o planejamento dos encontros regionais de Educação Permanente em Saúde, com participação das instituições de saúde, de ensino e da sociedade civil. O planejamento previa, como impacto dessa ação, o engajamento dos diferentes atores sociais não apenas na implementação da Política, mas também na transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde; e da organização dos serviços na localidade. Essa contradição deixa entrever a

heteroglossia própria das práticas discursivas, permitindo identificar em um mesmo texto, a presença de diversas vozes, os posicionamentos de diferentes atores.

O segundo semestre de 2004 e primeiro semestre de 2005, foram marcados no âmbito local, pela disputa de perspectivas e interesses por parte dos representantes das diferentes instituições, bem como pela busca de proposições conciliadoras. Em âmbito nacional, esse foi um período de implementação, pelo Ministério da Saúde, de iniciativas visando o apoio e dinamização da constituição da Educação Permanente em Saúde e fortalecimento do trabalho de formação e desenvolvimento em saúde, particularmente, o processo de formação de formadores e de formuladores de políticas para o setor saúde.

Nesse contexto, teve início minha participação nas atividades do Pólo de Educação Permanente em Saúde do RN, em Plenária realizada dia 22 de setembro de 2004, na qual fui apresentada aos demais participantes, como representante da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS/RN. Indicada na verdade como suplente da ANEPS/RN no Pólo, compareci a esta atividade sem a representante titular, impossibilitada de estar presente em razão de um compromisso de trabalho.

O registro de campo dessa Plenária consta de impressões pessoais a respeito das atividades e das dinâmicas interpessoais observadas. O trecho a seguir é reproduzido por seu caráter ilustrativo da íntegra do registro:

Pela vivência da ANEPS, causou estranheza a disposição tradicional, em auditório. O atraso para o início da reunião foi enorme, mas ninguém parecia importar-se muito. Encontrei algumas pessoas conhecidas, mas a programação da reunião não incluiu qualquer apresentação dos presentes. Apesar disso, durante a reunião a coordenadora da plenária comentou minha presença, tendo verbalizado por mais de uma vez a exigência do Ministério de que a ANEPS compusesse a Plenária.

A adoção das estratégias tradicionais de trabalho em grupo, impessoais e burocratizadas, foi a primeira das impressões registradas. O contraponto oferecido pelas atividades da ANEPS, origem de minha inclusão no Pólo e referência pessoal para o desenvolvimento de ações coletivas no campo da saúde, evidenciou de forma ainda mais gritante a reprodução dos modelos vigentes, em um espaço proposto para a construção do novo.

A informação referente à exigência do Ministério da Saúde sobre a participação da ANEPS no Pólo, teve visível caráter de justificativa, aparentemente em decorrência da resistência de alguns dos presentes à inclusão de novos atores nas discussões. Essa impressão foi reforçada pelas observações feitas, em caráter pessoal, por outra participante da Plenária, sobre as dificuldades de incluir-se novos atores. Tais observações encontram-se também como parte do registro já mencionado.

Na Plenária seguinte, realizada em 15 de outubro, as discussões giraram em torno do processo de formação de tutores de Educação Permanente em Saúde, previsto para ser desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública, como parte das ações, visando a formação de formadores e formuladores de políticas em saúde. No sentido de garantir a diversidade de atores, foi definida a submissão ao processo seletivo de dois candidatos oriundos de cada um dos segmentos integrantes do Pólo: ensino, serviços, gestão e controle social.

O processo de seleção dos tutores foi realizado presencialmente, na cidade de Fortaleza/CE. O curto prazo entre a convocação e a realização da seleção resultou na decisão, por parte das candidatas apontadas pela ANEPS/RN, de não participar do processo. Dessa forma, as oito tutoras de educação permanente em saúde para o RN foram selecionadas entre os candidatos das instituições formadoras, dos serviços de

saúde e da gestão do SUS, não havendo, pelo motivo exposto, tutores provenientes do segmento de controle social.

Outras das atividades centrais desse período, a viabilização das oficinas regionalizadas de Educação Permanente em Saúde, previstas no projeto de implantação do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS/RN, representou uma rica oportunidade de aprofundamento das reflexões sobre a Educação Permanente em Saúde, seus princípios, pressupostos e estratégias.

Realizadas no início de 2005, as oficinas constituíram-se em fóruns ampliados de discussão a respeito do funcionamento do Sistema Único de Saúde e dos rumos da Educação Permanente em Saúde nas diferentes locorregiões do Estado, representando atividades importantes no processo de implementação da Política no Rio Grande do Norte. Preparadas mediante participação direta dos diversos integrantes da Plenária, representaram uma oportunidade de vivenciar um processo de construção coletiva em um contexto de grande diversidade de atores, com toda a riqueza daí decorrente.

O processo de preparação das oficinas locorregionais de Educação Permanente em Saúde foi resultado de deliberação da Plenária do PEPS-RN, em reunião no dia 19 de janeiro de 2005, quando foi informada a exigência do Ministério da Saúde, de que fossem realizadas as oficinas propostas a fim de subsidiar a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde para o RN, a ser pactuado com o Ministério, para fins de financiamento. Assim, decidiu-se pela convocação de uma reunião para o dia 26 seguinte, dando início aos trabalhos de planejamento das referidas oficinas. A Plenária deliberou, ainda, pela participação da ANEPS/RN, na preparação da proposta, bem como na realização de cada uma das oficinas.

Realizada no Departamento de Enfermagem da UFRN, a reunião de 26 de janeiro transcorreu de forma tensa, exigindo muita habilidade de condução, a fim de que

fossem cumpridos os objetivos. A despeito dos conflitos, nem sempre velados, a reunião foi bastante produtiva, representando um importante primeiro passo no processo de preparação da atividade.

Aprimorando-se os objetivos propostos para as oficinas no projeto de implantação do PEPS/RN, ficou assim definido: divulgar a Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde; identificar os nós críticos na prestação de assistência integral à saúde na localidade; e discutir o que são facilitadores da Educação Permanente, identificando pessoas a serem inseridas na formação a iniciar-se.

Criadas as comissões que se responsabilizariam pelos diferentes encaminhamentos, decidiu-se pela realização de uma reunião com participação dos assessores de Recursos Humanos das Unidades Regionais de Saúde, a fim de apresentar/discutir a proposta das oficinas, envolvendo-os em sua preparação e execução. Buscava-se, mais uma vez, a ampliação da roda pela inclusão de atores já inseridos na estrutura da Secretaria de Estado.

Eram evidentes os conflitos de interesses e perspectivas entre os participantes da reunião, com sinais da eclosão de tensões anteriormente existentes entre alguns dos presentes, particularmente a disputa entre uma perspectiva mais pragmática e outra mais reflexiva, conforme aponta o registro a seguir:

Chamou atenção um comentário sarcástico de XXX sobre sua comissão (organização), a qual classificou como o grupo das que fazem, em contraposição ao grupo das que pensam.

Ao contrário do que possa fazer supor, o comentário destacado acima não reflete o conflito entre diferentes segmentos no interior do Pólo, uma vez que ambas as comissões incluíam membros dos diversos segmentos.

O produto dos trabalhos das comissões, requisito à realização da reunião ampliada com participação das regionais, foi apresentado e discutido em reunião do dia 15 de fevereiro. Nessa ocasião, foram discutidos e aprimorados a minuta de um termo de referência a ser encaminhado previamente às Regionais e o folder de divulgação das oficinas.

Ressalte-se que, a minuta do termo de referência, ao tratar dos atores envolvidos na Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, omitia a sociedade civil e o controle social, apesar de toda a ênfase dada, nos documentos do Ministério da Saúde, à participação dos mesmos. Ficou evidente que os demais presentes só se deram conta do fato quando o registrei, pedindo a retificação necessária.

A reunião ampliada, realizada em 18 de fevereiro, no auditório do Centro de Formação de Pessoal da Secretaria de Estado da Saúde Pública – CEFOPE, constou de apresentação sobre a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, sobre o Pólo de Educação Permanente em Saúde do RN, bem como da proposta das oficinas. A reunião foi rica em encaminhamentos, tendo sido pactuadas datas e estratégias de organização com os representantes de cada Regional de Saúde.

Devido aos atrasos no repasse dos recursos do Pólo pelo Ministério da Saúde, a realização das oficinas regionalizadas foi viabilizada por recursos da Secretaria de Estado – SESAP-RN. Variando em participação e aprofundamento das discussões, segundo os diferentes contextos locais, as oficinas foram pródigas em informações sobre as dificuldades para uma atenção integral em saúde em cada localidade do Rio Grande do Norte, oferecendo um rico material para reflexão e planejamento das ações.

Lamentavelmente, pode-se apontar a subutilização desse material na seqüência das atividades do Pólo, uma vez que a oferta de atividades formativas seguiu sendo baseada nas disponibilidades e interesses anteriormente identificados entre as

instituições formadoras e os gestores do setor saúde. A apreciação das propostas de formação apresentadas, evidencia que as mesmas foram pouco influenciadas pelas demandas efetivamente identificadas nesse processo ampliado de discussão com participação da sociedade civil.

Embora a observação participante tenha-se dado apenas na oficina da região metropolitana de Natal, é possível apontar a recorrente identificação de questões relativas à organização e ao gerenciamento do sistema, bem como a precária formação dos profissionais para a atuação em saúde pública, particularmente o caráter excessivamente técnico e a flagrante descontextualização dos conteúdos. Tais situações são identificadas também nos documentos da Política como problemas a enfrentar, confirmando-se a pertinência do diagnóstico que embasou sua proposição.

A persistência de conflitos e disputas com relação ao modelo de gerenciamento da Política, emergiu na Plenária realizada em 24 de fevereiro de 2005, ocasião em que foi discutida a substituição da Secretaria Executiva Provisória, composta ainda na fase de criação do Pólo. A confusão de terminologias, já apontada quando tratado o processo de elaboração do Regimento, emergiu mais uma vez, associada a uma evidente disputa pela ocupação de espaços de poder, com base em uma concepção tradicional de formas de gestão, de caráter hierarquizado.

As anotações de campo refletem o desgaste gerado na Plenária:

... deixa um, amplia para dois... tira representação, coloca representação. As discussões foram cansativas e cheias de contradições. Ao mesmo tempo em que se ressaltava que a participação no Conselho não implicava em poder, brigava-se para ampliar o número de representantes. Falava-se em trabalho a ser feito, mas privilegiava-se o lugar da instituição no Conselho em composição.

Ao final, manteve-se a forma colegiada, com cinco representantes e cinco suplentes (docentes, discentes, gestão, atenção e controle social). Entretanto, as disputas

e impasses sinalizaram a necessidade de se revisar o Regimento, apontando para uma nova fase na trajetória do PEPS/RN.

A fase de reestruturação

O delineamento dessa nova etapa deveu-se, em parte, ao aprofundamento da compreensão a respeito da Política, como também à insuficiência da estrutura e dos procedimentos estabelecidos para dar resposta às novas situações. Essa fase de reestruturação, cujas atividades distribuíram-se nos meses de maio a dezembro de 2005, incluiu a elaboração de um Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde e a reformulação do Regimento.

Curiosamente, a reestruturação do PEPS/RN coincide com uma fase de grande indefinição no campo das políticas de saúde no Brasil, desencadeada pela substituição do Ministro da Saúde, em meio a um cenário de grave crise política. O silêncio da nova equipe do Ministério da Saúde a respeito dos rumos a serem dados à Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, gerou especulações sobre sua supressão ou acerca da possibilidade de mudanças substanciais que alterassem o caráter transformador da proposta original. As mudanças no organograma do Ministério da Saúde e, em seguida, nos rumos propostos para a Política, já apontadas no Capítulo 2, sinalizam a vigência de uma perspectiva diferente com relação ao lugar dos diferentes atores sociais no âmbito da formação e desenvolvimento para o SUS.

No âmbito local, a proposta do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, elaborada por uma comissão composta por integrantes de diversas instituições, foi discutida e pactuada consensualmente, sem modificações significativas, em Plenária realizada em 31 de maio, portanto, quase dois anos após a reunião inicial que deflagrou a implantação da Política no Estado.

Merece atenção o fato de que os direcionamentos locais da Política de Educação Permanente em Saúde tenham sido sistematizados tão tardiamente, o que pode ter-se refletido na dificuldade de viabilização das ações do Pólo. Deliberações importantes, como os critérios para avaliação das propostas de formação, a criação dos Comitês Temáticos a se responsabilizarem pela apreciação e emissão de parecer sobre as mesmas para apresentação em Plenária, bem como os percentuais de recursos a serem alocados em cada um dos eixos prioritários, resultaram desse processo.

Assim, foram criados os comitês temáticos nas áreas de Formação profissional e pesquisa em EP no SUS; Política e gestão em saúde; Qualificação profissional nos serviços; e Controle social e educação popular. Foram ainda, definidos percentuais de 40% dos recursos para o eixo de Formação profissional e pesquisa em EP no SUS, e de 20% para cada um dos demais eixos.

Associada à elaboração do Plano Estadual, a reformulação do Regimento representou mais um passo na explicitação das características e dinâmicas de funcionamento do Pólo, servindo como oportunidade de problematização das práticas e concepções até então adotadas, bem como das contradições vivenciadas.

Previsto para ser pactuado na Plenária de 16 de novembro de 2005, o novo Regimento demandou discussões e aprimoramentos, resultado não apenas de sua importância para o Pólo, mas também da maior diversidade de atores envolvidos no processo, gerando um maior volume de conflitos e disputas. Como consequência do alongamento das discussões, inviabilizou-se a conclusão prevista, ficando sua pactuação adiada para a Plenária de dezembro.

Em contraposição ao Regimento então em vigor, a nova proposta mostra-se melhor detalhada, revelando uma maior afinidade com os pressupostos e estratégias da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Explicita também a natureza e

finalidade do Pólo, princípios, competências e organização administrativa, trazendo, anexos, um modelo para elaboração das propostas de atividades formativas e uma planilha de avaliação de projetos a ser adotada pelos comitês temáticos na apreciação das propostas apresentadas.

A participação de trabalhadores e usuários do sistema de saúde nas discussões sobre formação e desenvolvimento, está explicitamente colocada já na apresentação da finalidade básica do Pólo, que seria “promover a articulação entre os diferentes atores sociais envolvidos nas atividades de formação e prestação de serviços na área de saúde: formadores, gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde do RN”.

Os pressupostos e diretrizes da Política aparecem nos princípios propostos como norteadores das atividades do PEPS/RN, em que se destacam a gestão colegiada e o trabalho coletivo, mediante a “construção de uma cultura de escuta e diálogo no exercício de uma prática democrática e participativa que fortaleça a criação de uma metodologia de negociação”.

Consta entre as competências definidas para o Pólo, fomentar a mudança das práticas de saúde e das ações de educação na saúde. O novo regimento parece, portanto, incorporar os resultados do aprofundamento das discussões e reflexões sobre a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, desenvolvidas ao longo de quase dois anos de trajetória do PEPS/RN.

A observação participante encerrou-se com a referida Plenária de 16 de novembro, ocasião em que foi iniciada a apreciação da minuta do novo Regimento. Meu afastamento para realização do estágio de doutorando no exterior, resultou na impossibilidade de acompanhar a finalização de um processo do qual participara ativamente, bem como o seguimento dos desdobramentos de sua elaboração e implementação.

A despeito disso, foi possível vislumbrar aspectos importantes para a continuidade do mesmo, particularmente a persistência de dificuldades na efetivação dos pressupostos e diretrizes da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS no Estado do Rio Grande do Norte, conforme melhor detalhado a seguir.

A fase de arrefecimento

O período a partir do início de 2006 pode ser caracterizado pela descontinuidade nas ações ligadas à Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, seja no âmbito local, seja no cenário nacional. Duas novas mudanças na condução do Ministério da Saúde, em março de 2006 e março de 2007, parecem ter acentuado as incertezas relativas ao andamento da Política. Significativamente, não foi realizada uma única plenária do PEPS/RN durante todo o ano de 2006 e o primeiro semestre de 2007.

3.2. Notas, olhares e reflexões: a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS vista a partir das experiências vividas no Rio Grande do Norte

Como parte da busca de compreensão a respeito do processo de implementação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS no Estado do Rio Grande do Norte, as entrevistas realizadas entre os meses de setembro e novembro de 2005, representaram uma etapa importante no aprofundamento da reflexão sobre as muitas situações observadas e vivenciadas ao longo do desenvolvimento do estudo, bem como em relação à proposta da Política, suas potencialidades e entraves.

Dando continuidade às reflexões iniciadas ao tratar da constituição do Pólo de Educação Permanente em Saúde do RN, abordo a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, considerando a ótica dos diferentes participantes do estudo, todos co-partícipes do processo aqui analisado. Esse esforço de análise

configura-se como continuidade do diálogo estabelecido a partir da observação participante no Pólo e em sua Secretaria Executiva, e posteriormente aprofundado com a realização das entrevistas.

Visando possibilitar a interação dialógica e a construção conjunta de sentidos para os diversos processos vividos como parte da implementação da Política no Estado, os entrevistados foram selecionados em decorrência de seu efetivo envolvimento com os rumos da mesma, no Rio Grande do Norte. Como já foi destacado, foram entrevistadas sete pessoas, sendo uma representante da secretaria provisória composta em junho de 2004, ao início da fase de estruturação e operacionalização do PEPS/RN e seis integrantes da Secretaria Executiva, com atuação prevista para o período compreendido entre fevereiro de 2005 e janeiro de 2006. Desse modo, foram consideradas interlocutores privilegiados, uma vez que participaram ativamente das diversas atividades do Pólo, bem como responsabilizaram-se pela execução das ações deliberadas nas plenárias mensais.

Quanto aos segmentos, quatro dos entrevistados estavam ligados ao ensino (dois como docentes do ensino superior, um como discente do mesmo nível e, o outro, docente do ensino técnico), um ao controle social, um ao segmento serviço e o último à gestão. Apenas um dos sete entrevistados era do sexo masculino. Situados em diferentes espaços institucionais e trazendo as marcas de diferentes trajetórias pessoais e profissionais, cada um dos participantes ressaltou aspectos específicos do processo, segundo o ponto de vista que lhe era peculiar.

Entretanto, a fim de resguardar o compromisso de sigilo assumido com os participantes, a análise não considera especificidades do lugar ocupado por cada um dos participantes, tratando as falas de cada um como partes do contexto discursivo analisado, a despeito do reconhecimento de que essa escolha resulta na perda de alguns

aspectos implicados nos processos de significação em jogo. De qualquer modo, acredito que o conjunto das informações geradas possibilitou uma ampliação de foco pela inclusão de diferentes olhares sobre os eventos em análise, relativizando minha própria perspectiva.

Com cada um dos participantes, identificados adiante pela letra E seguida de um número de 1 a 7, foram realizadas duas entrevistas. A primeira entrevista, semi-estruturada, foi semelhante para todos eles (o roteiro pode ser encontrado no Apêndice B), enquanto que a segunda, foi específica para aprofundamento das reflexões suscitadas na entrevista anterior. Por basear-se na análise inicial da primeira entrevista, disponibilizada antecipadamente para cada um dos participantes, essa segunda entrevista teve caráter mais particularizado.

O quadro que se pôde delinear a partir desses múltiplos olhares, aponta para uma complexidade de concepções e práticas no campo da saúde, deixando ver o entrecruzamento de variados discursos e posicionamentos permeando o cotidiano dos muitos atores sociais envolvidos. Ademais, permitiu vislumbrar espaços de reprodução ideológica das concepções dominantes, bem como espaços de desestabilização ou ruptura das mesmas.

A relevância da Política e a pertinência das transformações propostas

Como um dos pontos de convergência, o conjunto das informações geradas nas entrevistas reafirma a relevância da Política e a pertinência das transformações propostas, aspectos ressaltados repetidas vezes por todos os participantes. A necessidade de transformar o conjunto das práticas de saúde, viabilizando-se a efetivação da atenção integral e universal à saúde, em uma perspectiva cidadã, perpassa a fala de cada um dos participantes, a despeito das suas particularidades de posicionamento.

O papel das pessoas no processo de mudança das práticas de saúde

Confrontados com o caráter transformador da proposta da Política e questionados sobre o que consideravam seu aspecto mais relevante, os participantes tenderam a ressaltar a importância das pessoas no processo de mudança das práticas no campo da saúde. Tal destaque aparece de forma direta, ao afirmarem a mudança nas próprias pessoas e/ou nas relações entre elas, ou de forma indireta, ao destacarem a relevância dessas mudanças na formação, com a superação do tecnicismo e da fragmentação, o que por sua vez possibilitaria a adoção de práticas diferenciadas pelos profissionais em atuação na rede de serviços. Entretanto, chama atenção a dubiedade implícita no uso de expressões em que o próprio entrevistado aparece como isento da necessidade de passar pelas mudanças que ele próprio defende como prioridade.

... eu acho que o mais relevante disso aqui é justamente essa mudança das pessoas. Porque eu acho... eu acredito nisso. Eu acho que quando as pessoas enxergarem, mudarem isso aí, aí você vai ter mudança em tudo isso aqui: nos processos, nas relações, em tudo, não é? (E3 – A).

É a responsabilização. <Risos> A necessidade da responsabilização. (...) Uma transformação, aliás, como requer a proposta, a gente precisaria tá vendo o quadrilátero mesmo, né? Na gestão, na atenção, na formação e no controle social. E aí todo esse processo ele... é... ele está formado por pessoas, né? Pessoas que estão na gestão, pessoas que estão em to... ou seja, no quadrilátero (E7 – A).

Mudança nas relações. Eu... eu... eu acho que se a gente não mudar a forma da gente se relacionar, não vai prá lugar algum. Porque não adianta eu continuo/ eu participar de uma roda de gestão tão democrática, tão aberta como o Pólo, se eu ainda me relaciono com o gestor, que participa também desse Pólo, numa relação de subserviência (E4 – A).

... a população ser chamada prá ser ouvida... é... e de tá influenciando, eu acho que, nesse chamamento, estar influenciando nos modos de pensar e de se fazer saúde no Brasil (E2 – A).

Então, se a formação do estudante, ou se a formação das pessoas que já estão na rede não faz com que elas reflitam sobre a realidade local, não é? Sobre a condição de vida e de saúde da população... (...) Mas, se eu começo a ter a concepção de que saúde é um conceito muito mais amplo, não é? (...) Então a minha visão é muito maior e a minha relação com as pessoas com que eu trabalho, também tem que ser diferente. Tem que ser diferente, e a gente vê que nessa proposta do Ministério, o Ministério quer trazer tudo isso (E1 – A).

Eu acho que o... o mais relevante daqui é transformar a própria formação. (...) Então, assim, a partir do momento em que você consegue transformar a formação do profissional de saúde, você tá transformando a pessoa que tá ali diretamente com a comunidade. (...) Que tá lidando no dia-a-dia com aquilo. Que é quem, realmente, pode transformar (E5 – A).

O cenário institucional e os desafios para a Política

A participante 6, não mencionada acima, destacou como aspecto mais relevante a proposição da Política, em meio a uma cultura político-institucional que privilegia os resultados rápidos. Como ela ressalta, a opção por uma proposta de longo prazo traz consigo um risco em relação à sustentabilidade da gestão, comprometendo inclusive a própria continuidade da Política. Apesar das tênues mudanças advindas ainda no primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o cenário político-institucional vigente no país, segue sendo frequentemente perpassado pelo imediatismo e pela busca de visibilidade fácil, ainda que em detrimento dos interesses da maioria da população.

Eles trouxeram concepções teóricas. E isso leva um tempo até ele ser... absorvido. E aí eu acho que esse foi um dos fatores muito sérios, né?

Infelizmente da gestão ter/ não ter conseguido demarcar o seu espaço enquanto resolatividade. Ele demarcou enquanto concepção. Isso aí, eu acho, é inegável. Mas, enquanto resolatividade ele não demarcou. Não... não conseguiu avançar neste período que ele estava, agora eu tenho absoluta certeza que os frutos disso eles vão ser, vão ocorrer em N gestões, em diferentes espaços (E6 – A).

É conveniente lembrar que, a abrangência e a complexidade das mudanças propostas pela Política resgatam, ao mesmo tempo em que transcendem, as proposições já contidas nos textos da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde, remetendo aos princípios e diretrizes do SUS e às condições necessárias à sua efetivação.

Aí volta a história da paciência histórica prá que a gente prec... venha a precisar mesmo de muito tempo prá gente ir corrigindo as mazelas, né? Todos os estigmas, todo o conservadorismo, toda a política voltada prá assistência, assistência individual mesmo, assistência ao doente, né? (E7 – A).

Por todos os interesses em jogo, a proposição de uma política pública visando amplos processos de mudança social nos diferentes espaços institucionais, teria que, previsivelmente enfrentar obstáculos e entraves diversos. A esse respeito, a fala dos participantes é rica em detalhamento, enfocando desde as questões mais gerais até os aspectos próprios da micro-política, das relações cotidianas, nas quais os constrangimentos macro-estruturais materializam-se através das práticas dos atores sociais em interação.

Assim, no nível macro-político, as dificuldades na implementação da Política são imputadas principalmente à descontinuidade das políticas públicas, resultando na inviabilização de uma proposta de resultados a médio e longo prazos, o que também transparece no trecho já destacado acima.

Como? Isso é uma política de governo ou é uma política de Estado? Porque se ela é uma política de Estado, e ela é tão séria e tão revolucionária que ela merece ser de Estado, e se de repente, por algumas alterações no governo, vão

fora todas as pessoas que estão nela, então isso não é uma política de Estado, é de governo. E o governo muda como se muda de roupa (E1 – A).

É... uma das dificuldades que eu vejo, vou lhe dizer qual é. A questão da Política de Educação Permanente, a gente que está lendo, se debruçando, discutindo, né, a gente vê o seguinte: que prá ela realmente acontecer, ela precisa, realmente, ser uma Política. (...) Porque se ela não se instituir como Política, as pessoas que acreditaram, não é? Que estão envolvidas, que acham que esse é o caminho, elas vão ter mais dificuldade (E3 – A).

Foi evidenciado, ainda, o impacto da troca ministerial, das conseqüentes mudanças no organograma e, principalmente, dos direcionamentos e prioridades do Ministério da Saúde.

A partir da equipe que criou saiu, a equipe que se empoderou, né? Da... conclusão do processo... ela não se apoderou por completo das exigências e das necessidades dessa mudança de relação, desse desenvolvimento de outras práticas. Então, eu acho que... aí a gente... só nisso a gente já perdeu muito (E4 – A).

E... logo no momento da troca ministerial, eh... se estabeleceu um debate. Por que é que a EP vai acabar? Né? Porque a história era que ia acabar ou que vai acabar... Isso aí... Mas as dúvidas são grandes, né? Há dificuldade de financiamento (E6 – A).

Certamente essas mudanças políticas repercutiram desfavoravelmente no desenvolvimento do conjunto de ações propostas, comprometendo a continuidade do processo desencadeado. Infelizmente, esse fato aponta para o problema da descontinuidade das ações, recorrente na administração pública brasileira em seus diversos níveis.

A situação parece remeter ao que Collares, Moyses e Geraldini (1999) nomeiam política da descontinuidade. Para esses autores, as constantes modificações nas propostas, programas e projetos, ou mesmo sua interrupção sem a escuta e avaliação

prévia pelos participantes, acabam por propiciar a manutenção das relações tradicionais de saber e de poder vigentes, ao impossibilitar as acumulações necessárias aos processos de transformação próprios do fluir da vida. São, portanto, condições propiciadoras do continuísmo.

A formação profissional em saúde

Paralelamente, como importante espaço de reprodução ideológica, o campo da formação profissional desponta na fala dos participantes como central para uma ação transformadora das práticas de saúde.

Porque uma formação na área da saúde voltada para as especializações, como era até então, não daria conta do SUS. Como não dá, hoje. Como não dá, hoje! (...) Então, é difícil você dizer que o SUS é o atendimento universal, para todos, que é um atendimento integral, se você não faz a formação das pessoas com esse objetivo, né? (...) E, ainda bem que o Ministério da Saúde entendeu que, se o MEC até então não tinha feito, ele precisava fazer essa parte até que o MEC reveja, reveja e lute junto. E o MEC está fazendo isso na hora em que os cursos todos tem implantado um novo projeto político-pedagógico com diretrizes curriculares muito mais abertas, muito menos em caixinhas, como eu falei que foi a minha formação (E1 – A).

A persistência de um modelo de formação fragmentada e descontextualizada, com ênfase na clínica privada, limita a adoção de uma perspectiva que priorize as peculiaridades do trabalho em saúde pública. Esse direcionamento da formação para o exercício liberal da maioria das profissões de saúde é apontado pelos participantes como um dos empecilhos à efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, ao passo que mudanças no setor, são vistas com otimismo devido ao seu possível alcance:

Isso aí eu já trago prá o campo agora da educação, não é? Você está na universidade, você escolheu fazer enfermagem, medicina, odontologia, enfim, um desses cursos da área da saúde. Então, desde lá da formação, da graduação,

já devia estar preparando aqueles profissionais prá ele atuar tanto no público quanto no privado. E a gente sabe que não é assim. Está tentando se mudar isso agora, com a Política de Educação Permanente, a gente sabe que estão tentando mudar. Inclusive, assim, com algum incentivo na valorização da graduação (E3 – A).

... nossa grande dificuldade no curso é essa. Assim, de tá fazendo com que os professores entendam que a saúde pública, tem o Sistema Único de Saúde, é o nosso sistema vigente, sim. (...) Assim, que a saúde pública ela seja encarada como o fator primordial com que a gente se espelhe, assim, até nos próprios conceitos de saúde do SUS e a partir dali vá construindo todas as disciplinas... é... serem relacionadas à nossa vivência na saúde pública, que é o nosso sistema do nosso pa/ é o sistema de saúde do nosso país (E5 – A).

... os profissionais têm nas suas formações toda a questão mesmo individual, por exemplo, dentro da área de enfermagem, né? (...) Mas eu creio que no sistema que a gente está, a gente tem que se apropriar de tudo que nós aprendemos no trato com o indivíduo, mas a gente precisa também se apropriar das informações do Sistema. O que que o Sistema aponta, entendeu? (E7 – A).

Outros trechos das entrevistas apontam como entraves à efetiva mudança no processo de formação dos profissionais de saúde de nível superior, a resistência à mudança pela burocracia universitária, devido ao pensamento conservador nela enraizado, e que se manifesta, segundo relato de alguns dos participantes, na postura de alguns professores. Formados em um processo educacional de caráter fortemente autoritário, muitos professores tendem a repetir em sua atuação os pressupostos de uma educação tecnicista e alienante, aquela que Paulo Freire (1987) denominou educação bancária.

Soma-se a isso a escassez de modelos de atuação profissional alternativos ao modelo biomédico, resultando na reprodução das práticas tradicionais, mesmo em

estágios que se propunham a oferecer uma formação diferenciada, sinalizando a necessidade de promover e divulgar ações inovadoras no campo da atenção à saúde:

Num outro município do Estado. Aí, a gente trabalhava com grupos de... de idosos, fazia alguns atendimentos nos postos de saúde... só que, naquela época, assim, o trab... a... a orientação acho que era muito pequena, assim, prá o tipo de trabalho que a gente ia fazer. E, aí, a gente acabava, eu acho, reproduzindo muito... (E2 – A).

Então, assim, como é que você nos fala que a saúde não é só ausência de doenças e ao mesmo tempo você não mostra as... outros.... outras formas de atuação, não mostra outras alternativas, não mostra com quem você pode se integrar, com quem você pode conversar, com quem você ...Tá entendendo? Assim. Formar aquela cadeia, formar uma rede que possa mostrar realmente que a saúde não é a ausência de doenças. (E5 – A).

Observa-se que, o modelo de formação vigente delineia as concepções sobre a atuação profissional, em uma interação complexa entre o que ocorre aqui e agora, e o que cada um dos envolvidos traz da sua experiência, na confluência dos diferentes tempos na configuração do contexto da interação (Pinheiro, 2001; Rosseti-Ferreira, Amorim & Silva, 2000; Spink & Medrado, 1999; Traverso & Pinheiro, 2002). Ao mesmo tempo, o processo de formação tende a ser delimitado pelos valores e expectativas trazidas por cada estudante quando de seu ingresso nos cursos, resultado de suas histórias de vida, no contexto específico de vigência do neo-liberalismo em uma sociedade capitalista periférica:

A formação tem muito peso, não é? Mas, junto com a formação, vai a perspectiva que as pessoas tinham do exercício da sua profissão. Pesquisadora: As expectativas que elas já trazem? Participante: Que elas já trazem! Ninguém é uma gaveta vazia, não é? Então, já vem na cabeça desses meninos muita coisa com relação ao exercício da profissão. E aí quando chega na realidade... (E1 – A).

Na hora em que eu só penso em ser um especialista da membrana do ouvido direito, com todo exagero... na hora que eu só penso nisso, é muito provável que eu deixe, que eu descuide do saber-ser que envolve tudo mais que esse indivíduo da membrana do ouvido direito tem. É nesse sentido que eu digo, né? (...) Então, se eu já estou no curso médico sabendo que eu quero ser esse tecnólogo de ponta, eu... eu deixo passar por mim uma série de coisas que não estão ligadas à tecnologia a qual eu quero servir. É nesse sentido (E1 – B).

O processo de formação, embora seja, potencialmente, uma oportunidade de problematização dessas concepções e dos valores que as norteiam, é apontado como sendo primordialmente um espaço de reprodução das estruturas e práticas vigentes.

Mas eu sentia falta, assim, eu achava aquela coisa muito clínica mesmo, assim muito estática, tudo muito que eu ficava me perguntando, às vezes, prá onde era que aquilo ali ia chegar. E é tanto que quando chegou no terceiro período quase que eu desisto do curso prá fazer sociologia porque eu queria já uma coisa, assim que... que puxasse mais prá questão social, mas eu acho que o curso não dava muita ênfase (E2 – A).

No nosso caso aqui, é, uma grande maioria desses profissionais eles são de classes mais favorecidas. Não é? (...) E aí, então assim, essas pessoas já entram na universidade carregando toda a sua concepção de vida. Que tem claramente a ver com a de saúde e doença, não é? Então tem toda a história de vida delas. Esses próprios cursos não permitem ou permitem muito pouco uma/ uma/ uma reflexão e até uma auto-crítica mesmo em relação a esse processo saúde-doença. (...) Então, você imagine o que é oito horas de reflexão de uma coisa diferente do que ele fez a vida inteira e que é completamente é... não, é... secundário na formação acadêmica. Noventa e nove por cento do conteúdo deles está informando que ele vai ter que ter o quê? Vai ter que ter um consultório prá ele ter o dinheiro, prá ele se dar bem na vida... (E6 – B).

Essa relação entre as expectativas dos estudantes e o desenrolar de seu processo de formação, aponta para a complexidade da questão da educação profissional em saúde e para a amplitude do processo de mudança demandado. Precisa-se considerar que tais

expectativas resultam de um processo de socialização que se dá em diferentes espaços, refletindo concepções e valores vigentes entre os grupos sociais com os quais esses estudantes acham-se em contato. Articulam-se, portanto, a demandas e expectativas as quais eles supostamente devem vir a responder no futuro exercício de seu trabalho, e que precisam ser problematizadas juntamente com as concepções e pressupostos que as embasam. O modelo de educação vigente, entretanto, não é voltado para a reflexão ou o desenvolvimento do pensamento crítico, tendo caráter predominantemente técnico-instrumental.

As concepções subjacentes às práticas de saúde

Considerando-se o conjunto da sociedade, pode-se admitir que os modelos de cuidado hegemônicos ajudam a configurar as concepções de saúde, doença e cuidado entre os atores sociais envolvidos. Ao mesmo tempo, os diferentes posicionamentos em relação à saúde e à doença atrelam-se a concepções e expectativas específicas quanto aos cuidados em saúde, delimitando práticas possíveis:

E aí quando a gente entra nessa discussão de quais são os problemas de saúde é impressionante como as pessoas vão direto para os agravos. Diretamente para os agravos. (...) E não para ter essa visão geral ampliada mesmo dos processos que determinam esses agravos, está entendendo? Dos determinantes e condicionantes desses agravos. E a inserção que ele tem, e a inserção que ele tem no sistema enquanto trabalhador de saúde, que ele não pode ser só um mero curador, vamos dizer assim, ou cuidador do agravo, mas o cuidador da pessoa, não é? (E7 – B).

Ao perceber-se como responsável pelo enfrentamento dos problemas de saúde, e não como cuidadores das pessoas, os profissionais de saúde reforçam, mediante suas práticas cotidianas, o modelo curativo que a proposta do SUS buscou superar. Como ressaltado por Merhy (2000), valorizaram-se as tecnologias duras e leve-duras, em

detrimento das tecnologias leves, ligadas ao aspecto relacional do cuidado. Nesse cenário, as tecnologias biomédicas ganham destaques, sendo valorizadas não apenas pelos profissionais, mas também pelos usuários dos serviços de saúde, socializados nesse mesmo contexto. A doença, vista como um inimigo a ser enfrentado, ou como um inconveniente a ser superado, torna-se o foco das ações desenvolvidas.

Aí, cai-se também no, no que, no que já se falou: na questão da... da própria comunidade, que ela não se vê no modelo novo. Ela, assim como os profissionais formados, ela hoje tem uma cabeça que vem... vem sendo trabalhada de que o modelo centralizado no médico, no hospital e no medicamento é o modelo ideal, entendeu? (E5 – A).

Eu diria que tanto os usuários como os profissionais, eles estão visceralmente preocupados somente com a cura. E aí, os motivos que fazem com que eles se preocupem somente com isso são muito variados, né? Os... os usuários porque eles são muito imediatistas, né? E eles querem uma resposta aqui e agora do problema que eles estão tendo. (...) E os profissionais, até tem alguns que estão mais conscientes de ações de promoção de saúde, de prevenção, tem. Aliás, o nosso serviço de atenção básica hoje ele está muito centrado em prevenção e cura. A prevenção que se dá, sobretudo, pelas doenças imuno-previníveis, não é? (E1 – A).

É particularmente interessante constatar a explicitação, por dois dos participantes, da relação desse modelo de atenção com o sistema econômico vigente e, portanto, com as condições concretas de desenvolvimento das práticas de saúde:

E assim, por fora de tudo isso tem a questão econômica e é/ não temos dúvidas que o modelo econômico capitalista, onde o lucro é o centro das atenções, é interessante prá ele práticas de saúde curativo-mutiladoras. É interessante prá fazer o dinheiro circular que os dentistas façam as restaurações, que façam os canais, que façam tudo e que não priorizem a... as ações de promoção à saúde bucal, por exemplo (E6 - B).

Na verdade, fica só naquela moeda de troca, eu lhe dou a saúde física e você me dá a grana. Eu lhe dou a saúde física e você me dá a grana. E aquilo ali, aquele ciclo, sempre se repetindo porque existe muitas variáveis por trás disso, né? Da saúde dele, que não tá sendo pesquisado, buscado pelo profissional de saúde (E5 – B).

Em meio ao avanço da política neoliberal, a saúde é facilmente convertida em mercadoria a ser negociada no mercado, com vistas à obtenção de lucro. Em um contexto de gritantes iniquidades em que os direitos sociais não estão assegurados, como é o caso do Brasil, esse modelo traz conseqüências dramáticas para a vida de grandes parcelas da população.

Observa-se que, mais que apenas uma questão conceitual, as práticas de saúde mostram-se sujeitas a constrangimentos que incluem e transcendem o âmbito local, podendo referir-se tanto às demandas e às condições imediatas de exercício do trabalho em saúde, quanto às carências e precariedades do sistema, às suas dinâmicas e procedimentos.

Porque fica mais fácil de lidar, bem mais fácil você curar uma gripe ou, sei lá, corrigir um desvio postural com uma cirurgia, do que você dar condições num sistema que não tem muitas unidades, por exemplo, da pessoa ter direito a um pilates, que é pago muito caro numa clínica de fisioterapia por aí a fora. Nem todo mundo vai ter acesso (E4 – B).

Então assim, e é difícil você dizer isso pro usuário e você fazer vê isso, prá o diretor da unidade. Porque ele quer uma produção, ele quer que o SIA-SUS suba, lá, com os procedimentos de fisioterapia. Então, não interessa se eu tô fazendo esse procedimento em vão, interessa que eu fiz um procedimento, eles é que paguem. Pesquisadora: A lógica do financiamento é perversa e é contraditória, né? Participante: Contraditória nela mesma, nela mesma e atrapalha tudo (E4 – B).

Nesse contexto, são negligenciadas as condições de vida da população assistida, limitando-se a intervenção apenas aos aspectos técnicos mais imediatos, o que aparece de forma mais explícita no trecho abaixo:

... você encontra pessoas que talvez não encaram a situação de vida dentro da comunidade, a situação de moradia, a situação... Talvez eles saibam na teoria, mas será que aquilo ali vai ser importante pra eles receberem na clínica, ou aqui no hospital, o paciente? Aí será que ele realmente tá dando importância àquilo? Então assim, é uma visão que poucas pessoas até da sociedade tem, assim. (E5 – B).

Essas práticas não decorrem, segundo o discurso dos participantes, de desconhecimento dos aspectos mais amplos envolvidos no processo saúde-doença, mas dos constrangimentos vivenciados como parte da rotina do trabalho em saúde, apontados particularmente em relação ao sistema público, mas certamente vigentes também na clínica privada.

Porque outro tipo de prevenção, também, aí já entra outras... outros aspectos de vida das pessoas que podem comprometer uma ação preventiva, não é? Mas então, os profissionais, eles podem até estar atentos pra isso, mas eles não conseguem fazer muita coisa (E1 – A).

... o que eu queria dizer é que a gente sabe que sabe que saúde é um processo, a gente entende até a complexidade, mas a gente, hoje, lida ainda com a questão da queixa pra ser... na tentativa de ser eficiente dentro do sistema. Mas não que a gente não compreenda tudo que está por trás. (E4 – B).

As repercussões da hegemonia do modelo biomédico

Pela adoção irreflexiva dos pressupostos do modelo biomédico, profissionais e usuários dos serviços de saúde reproduzem cotidianamente uma proposta de atenção individualizada, pontual e de caráter prioritariamente curativo, ao mesmo tempo em que

tais práticas tendem a reforçar as concepções e valores que as embasam, conforme evidencia o trecho a seguir:

E o profissio/ e a população já tá tão habituada a ser atendida às pressas que se o médico demorar mais no atendimento as pessoas também reclamam. As pessoas também reclamam. Eu trabalhei na urgência, acho que já lhe disse da outra vez, e uma vez eu fui atender uma criança e eu fui então, como aprendiz, eu fui examinar a criança do pé à cabeça. E quando eu tava apalpando o abdômen da criança, a mãe junto, a avó chegou na porta: “E aí, não vai terminar esse atendimento, não?” (E1 – B).

A persistente hegemonia do modelo biomédico entre os diferentes atores sociais, foi explicitamente apontada como um entrave à consecução das mudanças propostas, chegando a ser motivo de classificação da Política como uma ousadia arriscada.

Então, exatamente por conta que esse usuário, ele tá imerso em toda essa cultura, essa política também é arriscada. Ela é arriscada porque é... ela pra dar um resultado muito bom precisaria ter um momento de amadurecimento também desse novo grupo que passaria a interferir nessas decisões políticas. (E6 – A).

Evidencia-se a importância de criar oportunidades de reflexão tanto para os profissionais quanto para os usuários. Diante do exposto, cabe ressaltar a importância de atuar em diferentes espaços, promovendo o processo de mudanças simultaneamente em diversas frentes, desencadeando ações transformadoras entre os vários atores sociais, conforme ressaltado por uma das participantes:

Então assim, esse todo tem que mudar. A cadeia de cuidados progressivos não muda só a partir do entendimento dos trabalhadores da saúde ou dos gestores, ela tem que mudar como um todo. E é essa sociedade mesmo mais cidadã, mais participativa como um todo, não só na saúde. Porque aí quando ela é na educação, quando ela é na cultura, no esporte, no lazer, ela é na saúde. Você

não pode dizer: não, na saúde é assim, na educação é assado. Não, é uma só sociedade como um todo. Mais cidadã, que entenda mais dos direitos (E6 – A).

Saúde: direito ou favor?

Conforme comentado anteriormente, a vigência do neo-liberalismo e a reprodução do modelo biomédico, convertem, facilmente, a saúde em mercadoria, negociável no mercado como qualquer outra. No caso do Brasil, ao equiparar-se a saúde a uma mercadoria cara e pela qual muitas vezes não se pode pagar, os cuidados em saúde são muitas vezes percebidos pelos usuários e profissionais como um favor do Estado e não como um direito de cidadania, com importantes repercussões nos posicionamentos de ambos, bem como nas relações entre eles:

Porém, as pessoas da população em geral, que dependem do serviço médico, elas ainda vêem a atenção médica não como um direito que elas têm, elas não vêem desse modo. Então elas vêem como um favor do governo, e isso é péssimo. Porque na hora que elas vêem como um favor, elas... elas não são capazes de fazer nenhuma crítica... (E1 – A).

O que é que ocorre? Como o usuário, os profissionais, na sua grande maioria, né? Açam que estão ali fazendo um favor. (...) Eles acabam... é... tomando todas as decisões, entre aspas, do postinho, como por exemplo: horário de atendimento, clientela prá atendimento, formação de grupo, sem em nenhum momento tá fazendo essa discussão com quem ele deveria estar fazendo, né? (E7 – A).

A estrutura da sociedade e seus desdobramentos no âmbito da saúde

A instauração da dinâmica assistencialista, marcada pelo estabelecimento de relações verticalizadas entre profissionais e usuários dos serviços, reproduz as relações

de dominação vigentes na esfera econômica. Na prática, o lugar destinado aos usuários dos serviços acaba sendo o de pacientes.

É... o pessoal que atende ali no serviço de saúde, na unidade de saúde ou no hospital, trata aquela pessoa como se tivesse fazendo um favor prá ela, né? E, assim, a estrutura mesmo que é montada prá que ela chegue lá e se sinta acolhida, não há um acolhimento prá ela, não há um... um...um atendimento realmente mostrando que ela, é ... ela merece aquilo, ela tem direito àquilo, entendeu? (E5 – A)

Isso remete à estrutura da sociedade brasileira e ao lugar ocupado por cada um dos grupos sociais, bem como à precariedade da noção de cidadania nela vigente. É nesse cenário, que as atribuições e prerrogativas atribuídas aos diferentes grupos envolvidos, sinalizam as posições de sujeito e as possibilidades de subjetivação e intersubjetivação disponibilizadas aos diversos atores, não apenas no campo da saúde, mas em toda a sociedade.

No estudo aqui apresentado, muito freqüentemente os discursos apontaram para uma clara delimitação entre nós - os profissionais de saúde, freqüentemente oriundos dos estratos sociais mais elevados; e eles - a população usuária dos serviços, mais comumente associada aos grupos sociais de menor poder aquisitivo. A despeito de meu posicionamento teórico e profissional buscar a superação dessa dicotomia, a própria redação das questões elaboradas acabou por inadvertidamente reforçá-la, ao adotar sem qualquer problematização a noção de quadrilátero da formação (atenção, gestão, formação e controle social), proposta pelos textos da Política.

Coerentemente com a concepção fragmentadora e alienante dominante, os aspectos ligados às políticas de saúde e ao próprio SUS, são vistos como de interesse, apenas, dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços de assistência. Assim, se estabelece uma segunda divisão além daquela tratada no parágrafo anterior: entre

profissionais e usuários dos serviços e os demais membros da sociedade, para os quais essas questões seriam desprovidas de quaisquer interesses.

Resulta que a proposição da atenção à saúde como direito de cidadania, perde-se no vazio, uma vez que o sistema público de saúde é considerado como de interesse, apenas daqueles que são vistos como diretamente envolvidos, sejam os profissionais que dele tiram o sustento, sejam os que a ele recorrem na impossibilidade de buscar assistência junto ao sistema privado.

A inclusão de todos na condição de tributários do Sistema Único de Saúde – SUS, apenas muito raramente foi apontada em algumas entrevistas, refletindo a precariedade da noção de saúde como direito social do conjunto da sociedade. A segmentação social repercute como ausência da noção de responsabilidades social que daria respaldo a uma política de caráter universal. O trecho a seguir é especialmente ilustrativo de uma ruptura com essa perspectiva vigente:

Aí eu provoço, alguém aqui vai no Guinza? Aí um ou dois teve coragem de dizer que iam: “É, às vezes eu vou”. E não se sente SUS? “Não”. Eu disse: e quem é que faz a vigilância sanitária do restaurante do Guinza? “É o SUS!” Então você, sim, usufrui do SUS, sim. Você percebe? Então, enquanto tiver essa concepção na cabeça dos nossos alunos ou dos nossos profissionais, que ser SUS é ir no centro de saúde do bairro, aí ... <Silêncio> (E1 – A).

Em decorrência dessa percepção distorcida, o controle social converte-se facilmente em arena de disputa entre os interesses corporativos dos profissionais, os interesses político-econômicos dos gestores e prestadores de serviços, e as necessidades da população, representada por membros de seus estratos sociais menos favorecidos economicamente.

O saber como forma de dominação

Ademais, sobrepondo-se à estrutura de classes, tem-se a hierarquia de saberes a ela atrelada, reproduzindo-se as relações de poder em todos os espaços sociais. Em conseqüência, são freqüentes os exemplos não apenas de violação de direitos, mas de desrespeito à autonomia e à dignidade do outro, com clara desconsideração aos saberes e posicionamentos que não estejam baseados em um conhecimento reconhecidamente científico:

Eu acho que a própria educação, né? Assim, a... a nossa questão do ouvir, sempre achar que, por exemplo, que o usuário sabe menos do que a gente e a gente sabe mais, então, a gente tem que impor. Eu acho que não é, não é por aí (E5 – A).

Essa polarização remete ao fato de que, no Brasil, a população leiga usuária dos serviços de saúde, esteve relegada a uma posição de submissão passiva aos procedimentos e determinações dos profissionais de saúde, seja na clínica, seja no campo da saúde pública, em uma clara relação de dominação já discutida anteriormente (Costa, 1986; Fernandes, 1999; Pereira Neto, 2001; Sampaio, 2001; Figueiredo, 2002; Pereira, 2002). Os princípios e diretrizes do SUS vão de encontro a essa correlação de forças, demandando uma profunda mudança na relação entre os atores sociais envolvidos, o que a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS veio reforçar.

O caráter polissêmico e ocasionalmente contraditório dos discursos, já ressaltados no Capítulo 1 como características indissociáveis dos mesmos, reflete-se na recorrência das afirmações sobre o protagonismo dos profissionais na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, que se misturam à defesa da condição necessariamente central dos usuários no sistema:

Eu acho assim, é... eu tô de pleno acordo... com que os usuários, eles devem ser os atores que... que realmente devem puxar toda, toda a cadeia, né? Mas assim,

hoje a gente enxerga que é muito difícil dos usuários, eles terem essa mobilização, até esse próprio conhecimento de que eles têm direito, não é? Do que eles podem adquirir com isso. Então, assim, é, é... o profissional de saúde, ele ser transformado para instrumentalizar a população prá isso (E5 - A).

Aponta-se, portanto, para a necessidade de se resgatar o caráter educativo da relação profissional-usuário. Ao falar de caráter educativo, refiro-me não à mera transmissão de informações, ou à prescrição de comportamentos, mas à reflexão a respeito do cotidiano de vida e suas implicações para a saúde das pessoas envolvidas, conforme já apontado por Vasconcelos (1997) e Briceño-Leon (1996). Assim, trata-se da educação como propiciadora de autonomia e, portanto, como processo de produção de novas subjetividades. Uma educação que, mais que de palavras, faz-se a partir das ações cotidianas, em um permanente processo de intersubjetivação.

O problema, entretanto, não se restringe à relação entre profissionais de saúde e a população leiga, usuária dos serviços. A equiparação entre saber e poder estende-se ao conjunto das relações no campo da saúde, permeando as relações entre profissionais das diversas categorias, entre esses e os gestores, bem como desses com a população, com constantes disputas entre os atores sociais pertencentes aos diversos segmentos:

Então é a mesma coisa dos gestores e dos serviços. Então se você ver, tem um representante institucional da área de gestão, mas que ele não tem um melhor conhecimento teórico de colocar aquela/ o entendimento dele ali. E, às vezes, até uma habilidade na fala. Porque muitas vezes não tem habilidade na fala coletiva, você tem mais facilidade na fala em pequeno grupo. E aí aquele gestor ele também é questionado, é desqualificado, quando na verdade ele pode ser tão bom quanto um outro que chegue e se coloca muito bem, tem fluidez. E que às vezes não tem nem muita prática diária. Que às vezes até, infelizmente, coincide quando a pessoa tem fluidez na fala muito grande, se você vai verificar o dia-a-dia nem é muito o que ele fala. É interessante. Não só no movimento social (E6 - A).

Quer dizer, você nega totalmente a existência de um conhecimento empírico que é o outro que tem toda uma acumulação que você nega. Você limita e pronto. Pesquisadora: Não leva em consideração. Participante: Nenhuma! Isso vai de uma consultinha até uma abordagem como uma... uma reunião comunitária ou qualquer outra atividade. Uma reunião de/ de... dos colegas profissionais, nas reuniões de equipe etc (E7 – A).

Reifica-se o conhecimento científico, desconsiderando-se outros saberes e reforçando-se as estruturas hierárquicas que estruturam as relações de dominação. Essas estruturas hierárquicas delimitam possibilidades de atuação para os diferentes atores sociais, interpondo-se aos discursos e propostas de mudança e configurando-se como entraves aos processos de transformação.

Conforme abordado anteriormente, agimos todos sempre imersos em uma dinâmica intersubjetiva (Bakhtin, 2002/1929; González Rey, 2003; Rasera & Japur, 2001; Shotter & Billig, 1998). Assim, precisa-se reconhecer que as ações de cada um, são sempre resultado da complexa interação dos diversos aspectos do contexto em que ocorrem. Sendo assim, mudanças nas práticas supõem mudanças nas relações, e isso certamente implica modificações nas correlações de poder. Dessa forma, é facilmente compreensível a resistência à mudança por parte daqueles que ocupam posições que, de algum modo, lhes confere poder.

Enfocando os processos locais

Os modos pelos quais se manifestam essas resistências, podem ser melhor observados ao focar o âmbito local. Como espaço de implementação da Política no Estado, o Pólo de Educação Permanente em Saúde do RN evidenciou algumas das muitas possíveis nuances do que se propôs a ser um amplo processo de mudança de práticas no campo da saúde. Torna-se mais nítida a relação entre as práticas dos

diferentes atores e os interesses vigentes, em uma permanente dinâmica intersubjetiva no entrecruzamento do pessoal e do coletivo, configurando, concomitantemente, possibilidades tanto de continuidade, quanto de ruptura.

Talvez pela implicação pessoal dos participantes com as temáticas abordadas, a discussão a respeito do Pólo e de suas repercussões para as instituições participantes, seus percalços e potencialidades, revelou uma grande riqueza de detalhamento. A ênfase maior nos resultados ou no processo, resultou em visões bem distintas a respeito das implicações da constituição do Pólo sobre o cenário da saúde no Estado. A morosidade do processo, as disputas e os muitos impasses vivenciados, tendem a ocultar os aprendizados dos muitos atores envolvidos, conquistas ressaltadas no trecho a seguir:

Sem dúvida! Sem dúvida alguma. Porque o Pólo é uma estratégia E ele foi pensado como uma exigência, ele próprio, ele existir, já é uma exigência de mudança. Então, está exercitando a mudança que é uma... um fim da própria estratégia, da própria Política de Educação e Desenvolvimento prá o SUS. Então, tá nele, com certeza, com certeza... porque a experiência de formular regimento, de manter as... as... as estratégias funcionando, de receber projetos, uma série de ações, elas vão ter que ser pactuadas e vividas de forma diferente do que foram vividas antes (E4 – A).

Sobre as potencialidades da estratégia proposta

O caráter educativo da própria estratégia, repercute não apenas sobre os atores diretamente implicados nas ações, mas também, em maior ou menor grau, sobre as instituições participantes. Esse efeito transparece no trecho seguinte, a despeito da evidente contradição que ele abriga:

Entrevistadora: *Ter um representante estando lá, participando do Pólo, traria alguma repercussão para as instituições de onde esse representante vem?*
 Participante: *Hum. Tô entendendo. Sinceramente, eu acho que a gente ainda não*

conseguiu esse feito, não. (...) Eu acho assim, que só o fato de que as instituições, né? De uma forma geral, elas percebem que existe um cenário em que se discute propostas, e que nem tudo que se pensava antes, que podia passar e que se podia fazer, hoje é assim. E que houve essa mudança. Eu acho que isso já, assim, fez com que o Pólo passasse a ser, no mínimo, respeitado (E7 – A).

Sugere-se que a dimensão do processo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde, concluído por cerca de cento e cinquenta pessoas, oriundas das diversas regiões do Estado, tem um efeito multiplicador cujo alcance é difícil precisar. Sua inserção nos diferentes espaços de atuação certamente pode trazer mudanças aos contextos discursivos dos quais eles venham a participar.

Mas eu acho que... que a minha grande vontade de concluir a formação de facilitadores de educação permanente, é porque eu sei que eu não vou formar os 18 que eu tenho e se eu formar um, já fez sentido dentro do Sistema, porque esse um vai agir diferente. Vai ter um olhar diferente (E4 – A).

Então é assim, não é à toa esses 151 facilitadores que eles... que nós estamos aqui no Rio Grande do Norte, eles vão sair diferentes, eles vão sair, de uma certa forma, ganhos prá uma idéia. E eles vão transformar seus espaços. Agora, isso não vai se refletir que foi a gestão do Ministério que proporcionou isso. Né? (E6 – A).

Muito frequentemente, os participantes tenderam a falar sobre o Pólo como um espaço com grande potencialidade, ainda que condicionada por uma série de fatores, das características pessoais dos integrantes do Colegiado de Gestão aos conflitos de interesses em jogo. De qualquer modo, transparece a visão de que tais potencialidades superaram em muito os avanços alcançados, revelando a distância entre a proposta e as práticas efetivamente desenvolvidas:

Da forma, assim, do/ do que tá escrito, eu acho que é... é... realmente é um passo enorme prá sensibilização das institui/ das instituições que/ que a compõe. Mas, assim, o que a gente vivencia na prática realmente, não é isso.

(...) Infelizmente, hoje, a gente não consegue enxergar isso no Pólo mas ainda há chance, há... tudo muda, tudo muda (E5 – A).

Entraves no processo local de implementação da Política

As dificuldades na efetivação da proposta da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS no contexto do RN, são atribuídas, por um lado, a questões relacionadas mais diretamente aos atores envolvidos no processo e, por outro a questões mais institucionais, ligadas às dinâmicas e interesses que, sobrepondo-se aos objetivos da Política, comprometem seu alcance.

A restrita compreensão sobre a proposta da Política, aliada ao descompromisso de muitos dos envolvidos com a consecução de seus objetivos, resulta no limitado alcance da mesma como estratégia de transformação das práticas vigentes.

O Pólo sozinho, enquanto espaço de discussão, não vai conseguir mudar nenhuma prática. Não vai. Não vai conseguir construir estratégias. Pode até pensar essas estratégias, mas se realmente não houver quem ponha a mão na massa para fazer acontecer, não vai (E1 – A).

O discurso anterior evidencia a tendência a esperar que a estratégia, por si, ou a sua instância de implementação, como ente abstrato, realizem as mudanças almejadas, ignorando-se o fato de que as ações concretas dependem das pessoas e de sua implicação nos processos coletivos. Comum nas diversas instituições, a não identificação dos sujeitos com as instâncias e processos dos quais participam foi vista de forma recorrente ao longo da observação participante, sendo também destacada por uma das entrevistadas:

Quer dizer, de repente se recebe críticas extremamente, às vezes até destrutivas, porque tem sujeitos ali que não compreendem que o Pólo é ele próprio, né? Também (E7 – A).

Essa estratégia permite às pessoas furtarem-se à parcela de responsabilidade que lhes cabe pelos problemas surgidos e pela continuidade ou superação dos mesmos: é comum falar da sociedade, ou mesmo dos profissionais de saúde ou dos moradores da cidade, como responsáveis pelos problemas cujo enfrentamento cabe a todos e a cada um.

Não se trata aqui, de negar os muitos constrangimentos a que somos submetidos, mas de reafirmar nossa potencial capacidade para transcendê-los, mediante a desnaturalização do que está posto e pela problematização de nosso papel no cenário que se apresenta. No caso específico do Pólo e da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, a responsabilização de cada um dos atores implicados foi apontada como condição para a viabilização da proposta.

E elas (as pessoas), sempre, elas tendem a colocar sempre a culpa no outro, nos outros. As coisas não acontecem e ela nunca se inclui, né? Então eu acho que a gente também tem que começar a fazer a parte da gente prá poder a gente ver alguma mudança. A gente não pode jogar a responsabilidade só no outro. (E3 – A).

Essa implicação pessoal com os processos em curso, entretanto, demanda capacidade de reflexão e de autocrítica, além de abertura à mudança, à autotransformação, remetendo ao que uma das participantes chamou de “autoflagrantes”, ou seja, a tomada de consciência a respeito dos próprios posicionamentos e das próprias ações, bem como das implicações dos mesmos para os processos coletivos.

Ademais, implica a superação da noção de representatividade pela de co-participação, possibilitando a adoção de uma postura efetivamente dialógica, a qual supõe necessariamente a abertura à mudança de si e do mundo. A idéia de representação baseia-se mais na necessidade de defesa de interesses institucionais, que na noção de

construção coletiva de processos de transformação, cerne da proposta da Política. Adicionalmente, contribui para a reafirmação das estruturas hierárquicas e, conseqüentemente, das relações de poder vigentes no âmbito das instituições.

Ainda que essa temática não tenha sido freqüente nas entrevistas, aponta para um campo de reflexão importante na compreensão de alguns processos recorrentes e de grande impacto sobre a dinâmica das interações no Pólo de Educação e Desenvolvimento para o SUS no RN, alguns dos quais comentados a seguir.

A dificuldade na inclusão de novos atores, bem como a excessiva ênfase na aprovação de projetos de formação, com vistas à obtenção de financiamento, identificadas pelos diversos participantes como dois graves problemas no andamento das atividades do Pólo, parecem apontar para uma mesma questão: as disputas de interesses no interior do Colegiado de Gestão.

As resistências à inclusão de novos atores foram evidentes, particularmente a inclusão da população leiga, usuária dos serviços de saúde. A dificuldade em permitir-se que os interesses da população sejam contemplados pelo sistema de formação, é um dos desafios centrais da nova Política, conforme observado pela representante do Ministério da Saúde, em um seminário local. Esse fato foi confirmado pelas observações feitas em campo, bem como pelo relato de uma das participantes do estudo. Ela afirmou que a inclusão de novos atores nas discussões sobre formação na área da saúde, causou certo estranhamento entre os atores anteriormente envolvidos nos processos de formação e capacitação, particularmente os integrantes do Pólo de Capacitação em Saúde da Família.

As propostas de mudança são apropriadas e facilmente distorcidas, justificando-se a exclusão e as posturas autoritárias recorrendo-se a uma suposta supremacia do saber acadêmico ou institucional, sobre o conhecimento empírico daqueles cuja

participação busca-se desqualificar. A recorrência dessa estratégia retórica foi observada como parte do cotidiano das atividades do Pólo de Educação Permanente em Saúde do RN. A dificuldade de incluir novos atores, alheios aos segmentos de gestão e de formação, além de exaustivamente observado, foi frequentemente mencionado pelos participantes do estudo:

... eu acho que a formação e a discussão das questões de saúde, acho que elas ainda passam muito pelo campo da formação envolvendo só o serviço, a gestão. Eu acho que o usuário não é tão inserido e tão escutado... é... prá que ele possa contribuir nesse processo de mudança de formação e desenvolvimento desses profissionais, sabe Verônica? (E2 – A).

Pra mim é distribuição de poder. O pior entrave são os outros segmentos entenderem que aquele segmento ali também tem poder de decisão. Sempre foi muito cômodo pros gestores decidirem tudo. (...) Então assim, a... essa inclusão, no caso do Pólo, dos movimentos sociais, é mais distribuição de poder, essencialmente. E ele não interessa pelo menos a uma boa parte das pessoas (E6 – A).

Desse modo, tende-se a manter o *status quo*, criando-se uma resistência à mudança que poderia advir da inclusão de novos olhares sobre as questões de saúde.

A ênfase na aprovação de projetos de formação para financiamento é também uma consequência direta da disputa de interesses, em detrimento das discussões e reflexões a respeito das práticas vigentes e dos processos de mudança apontados como necessários.

Teve uma discussão, que eu saiba, e nunca mais discutiu. Que eu saiba. Pode está até se dando alguma coisa. Mas, pelo que tenho sabido, o Pólo continua se reunindo para aprovar, ou não, projetos. E o resto? O Pólo não é só um aprovador de projetos, não é? No Pólo devem rolar muitas questões (E1 – A).

Então, assim, se realmente houvesse essa, essa discussão de estratégias, se a gente sentasse dentro do Pólo de Educação prá traçar estratégias, discutir

realmente os problemas, debater os problemas, identificar os nós críticos e, conjuntamente, buscar, assim, soluções através da educação permanente, com certeza, as práticas de cada instituição começariam, realmente, a mudar (E5 – A).

Agora falta o espaço prá gente estar discutindo essas coisas que a gente está discutindo aqui, lá. Fica resumido só à aprovação de projetos, não é? (E3 – A).

Em lugar de co-construtores de novas práticas no setor saúde, muitos dos integrantes do Colegiado de Gestão tenderam a portar-se como defensores de interesses institucionais, muitas vezes em absoluta desconsideração com os objetivos da Política e consequentemente do Pólo. Essa postura, embora não tenha chegado a comprometer significativamente as relações, dificultou o avanço do Pólo no sentido de promover as mudanças propostas.

Assim, o que me deixa, assim, muito triste nas plenárias do Pólo, a gente já tá há quase dois anos, né? Com aquelas plenárias, é que a gente não tem muito essa questão da negociação e do diálogo, não. Não é? O que a gente vê, tem visto na maioria das plenárias é o contrário, não é? As pessoas disputando, não é? Eu levo, eu apresento um projeto que é do meu interesse e eu vou defender com unhas e dentes isso aqui. O do outro eu não quero nem saber, não é? (E3 – A).

Evidentemente, a defesa de interesses institucionais muitas vezes confunde-se a defesa de interesses pessoais. Mais que por mera fidelidade aos interesses da instituição, seus representantes tendem a alinhar-se em decorrência do poder ou dos benefícios que podem vir a usufruir.

Hoje/ hoje eu vejo que o Pólo de Educação, na prática, nosso Pólo de Educação, ele tem, tem esses, esses entraves e que as pessoas não conseguem enxergar ou não conseguem visualizar que essa transformação que o Pólo se propõe, é uma transformação geral, uma transformação abrangente da saúde. E

cai naquilo de que eu vejo, eu quero meus projetos pessoais, meus projetos que me trazem... é... benefícios diretos (E5 – A).

Ademais, muitos dos projetos apresentados desconsideraram as demandas identificadas no contexto da Política, particularmente nas oficinas locais, em uma flagrante contradição com a proposta da educação permanente em saúde. Persistiu a já comentada lógica de balcão de financiamento, em que as instituições formadoras apresentam propostas de formação, mais em função das perspectivas, interesses e disponibilidades dos docentes envolvidos, e menos em consideração às demandas que emergem do cotidiano do trabalho em saúde, do qual, muitas vezes, aquelas instituições encontram-se completamente distanciadas.

Sobre reflexão, diálogo e auto-crítica

A discussão das dificuldades vivenciadas pelos atores locais na implementação da Política, aponta, mais uma vez para a necessidade de serem propiciados espaços de reflexão e auto-crítica, parte indispensável do processo de mudança das práticas.

Então assim, eu acho que a gente também, nesse processo, vai precisar amadurecer muito. E existem falas rípidas de ambas as partes. Nós já vivenciamos ali preconceitos, forma de/ de abordar as pessoas de forma diferente porque representa tal e tal segmento. (...) Então assim, o Pólo, a EP foi muito legal nisso, foi muito legal. Agora isso é um dia-a-dia. Não é um ano, dois anos, três anos. Eu acho que assim a gente, se realmente, a gente conseguir manter isso, eu acho que vai ser uma coisa muito boa. Agora a dificuldade é grande. (...) Mas assim eu vejo com muita... achei muito legal a ousadia. Agora... não é fácil. Não é fácil e requer muito tempo (E6 – A).

Deveria ter um espaço prá essas outras... prá tá discutindo mais sobre a política, vendo as estratégias, vendo porque é que a gente não avançou, não é? Fazendo essas reflexões. Agora, a gente não tem esse espaço. Às vezes não dá nem prá apresentar todos os projetos que levam prá plenária, não é? (E3 – A).

Todas as dinâmicas e entraves aqui apresentados, tendem a ser naturalizadas, como de resto o são os muitos problemas vivenciados no cotidiano das práticas de saúde. É comum que nem mesmo consigamos nos dar conta de sua recorrência ou do alcance dos mesmos, e menos ainda de nosso papel nos processos em curso. Seguimos desempenhando funções, executando ações e adotando posicionamentos a respeito de cujos significados nem chegamos a pensar.

... é como eu estava conversando, como você não enxerga, porque você não quer enxergar ou fazem você não enxergar isso, aí você não busca mudar. Porque eles fazem você enxergar que é... é desse jeito e é assim, não tem como mudar. Então você não busca modificar porque eles dizem prá você ou fazem você acreditar que é daquele jeito por que é. É assim, existe pessoas más, existem pessoas boas. Normal (E5 – B).

A reflexividade e o diálogo emergem como estratégias de transformação. Mais que fornecer informações, delinear propostas e modelos, cabe problematizar o que está posto, questionar as expectativas, pressupostos e posicionamentos subjacentes às nossas práticas cotidianas e as dos demais atores sociais, buscando ainda evidenciar seus impactos. Essa problematização da realidade pode ser tão mais rica, quanto maior a heterogeneidade de atores implicados, pela diversificação de olhares e perspectivas.

Adicionalmente, vale ressaltar a importância de estender essa reflexão até sua inclusão no cenário mais amplo da sociedade e do sistema econômico nela vigente. Assim, essa diversificação de atores, muitas vezes configura-se como confronto com a iniquidade, como ruptura com uma visão limitada a respeito da sociedade e das relações de dominação nela vigentes.

A esse respeito, podemos apontar a referência de alguns dos entrevistados ao movimento estudantil, que chegou, inclusive, a ser apontado como o fator mais relevante do processo de formação para o atual exercício profissional:

A gente acompanhou de perto. A gente participava das reuniões da CIS, tinha um movimento muito interessante dos estudantes da Universidade Federal da Paraíba na própria implementação do que veio a se chamar Sistema Único de Saúde. Então, assim, eu acho que eu tive uma felicidade de viver um momento do ensino de graduação na minha cidade que possibilitou esse... a esse adjetivo de muito bom (E4 – A).

Infelizmente não existe esse debate dentro de sala de aula mas, por exemplo, quando a gente sai da sala de aula, conversa com o professor, a gente troca uma idéia, a gente encontra outros alunos, outros estudantes que têm a mesma/ o mesmo pensamento que você. E hoje, a gente tem um grupo montado fora Centro Acadêmico. Além do Centro Acadêmico dar uma/ um impulso bom, assim de... de luta mesmo, de visibilidade do que a gente quer, assim. Mas, hoje, a gente tem um grupo de saúde. Dentro da própria universidade, a gente se encontrou, tem as mesmas idéias em comum, que é mesmo levantar a saúde pública (E5 – A).

Olhe, eu/ eu sempre digo a todo mundo que a minha maior formação, a minha principal formação foi o movimento estudantil. Eu... a universidade, ao entrar na universidade, eu mudei completamente o meu rumo de vida, a minha análise, a minha forma de me relacionar, de lidar com as pessoas, de entender o mundo. E o que eu sou hoje, com certeza, eu devo à minha formação na época do movimento estudantil. (E6 – A).

Essa mudança no foco de análise e compreensão do mundo pode viabilizar processos de resignificação que permitam a cada um de nós uma atuação diferenciada, pautada por ações melhor refletidas, em detrimento da reprodução irreflexiva de valores, concepções e práticas cujos desdobramentos muitas vezes nos escapam. A desnaturalização da realidade cotidiana apresenta-se então como uma das possíveis estratégias de viabilização das insistentemente alardeadas mudanças das práticas de saúde, tão necessárias quanto difíceis de implementar, conforme destacado a seguir:.

Eu acho que a gente tem que se... a gente tem que provocar nas pessoas uma reflexão quanto aos flagras permanentes que tem que acontecer. O auto-flagrante, tá entendendo? (E7 – A).

E esses outros processos de aprendizagem: a roda de discussão, a leitura de um texto, a própria... a própria... o próprio dia-a-dia mesmo de parar aqui: “Gente vamos parar aqui. O que é que a gente tem feito?”. Como até você faz muito isso lá no Pólo. <Risos > Isso não é uma rotina, isso não é uma questão natural das pessoas, né? Mas, assim ela dá muito mais... frutos. Tem perspectiva de dar muito mais resultado do que os outros. (E6 – A).

Os trechos acima oferecem indícios sobre o alcance da postura dialógica como estratégia transformadora, que de resto já foi exaustivamente explicitada pela pedagogia de inspiração Freireana. Na seqüência, outras referências ao processo reflexivo e as possibilidades de re-significação (Traveso-Yépez & Pinheiro, 2002) desencadeado pela própria pesquisa:

Você tá me fazendo entrar meio em parafuso. Por que cada vez que a gente tá conversando aqui eu, eu reconheço/ eu to dando a chancela do meu reconhecimento dessas dificuldades. Agora é esse o SUS que eu fico alardeando e fazendo propaganda dele pros meus alunos. E aqui, conversando com você, eu constato inúmeras vezes a inviabilidade da boa prática nele. Isso me deixa... Pesquisadora: Da forma como ele está? Participante: Da forma como ele está. Isso me deixa muito triste. <Risos> Me faz muito triste, eu reconhecer esses limites (E1 – B).

Porque assim, quando eu observo tudo que tá aqui, aí eu fico agora... agora, olhando e fazendo a leitura assim realmente do que está registrado, eu fico sentindo a falta desse sujeito profissional, a falta desse sujeito profissional. Porque, assim, ali somos quase todos profissionais da área, assumindo ali um outro papel. Não é verdade? (...) Eu não tô enxergando a presença desse ator aqui. Pesquisadora: Esse que está na assistência. Participante: Me flagrei agora não enxergando esse ator aqui, da assistência. Então é como se aqui-agora, agora ocorreu um flagra, acabou de ocorrer um flagra (E7 – A).

Como processo relacional e dialógico que é, também a pesquisa converte-se em oportunidade de refletir sobre os próprios posicionamentos e práticas, configurando-se como potencial instrumento de transformação.

Considerações adicionais

Impõe-se o desafio de finalizar um trabalho que, além de um exercício acadêmico, representou um investimento pessoal, na busca de respostas para algumas das questões postas pela vivência profissional no Sistema Único de Saúde – SUS, bem como pela aproximação aos movimentos sociais ligados ao setor saúde.

O crescente incômodo frente aos graves problemas observados no setor, levando à recorrente constatação do descompasso entre o discurso oficial, da saúde como direito de cidadania, e o cotidiano de iniquidades no acesso à atenção integral preconizada, assim como aos bens e serviços necessários à sua efetivação, passou a direcionar o trabalho de pesquisa.

Foi um longo caminho desde a questão inicial, concernente à relação entre as concepções de sujeito, de saúde e de doença e as práticas sociais no campo da saúde. O delineamento inicial transparecia no título então proposto: *Sujeitos, saúde, doença. As concepções implícitas nas práticas de saúde pública*. Entretanto, a inclusão das concepções de sujeito entre os eixos conceituais centrais para a construção do estudo, sinalizava o reconhecimento da importância de considerar as relações de poder vigentes para a compreensão do problema.

Assim, tendo adotado o referencial da psicologia social de orientação sócio-construcionista, propus-me a desenvolver uma leitura atenta do universo simbólico que perpassa as práticas de saúde, particularmente em nosso país, tendo como marco teórico-conceitual uma perspectiva relacional e dialógica, pautada pela noção de intersubjetividade como instituinte da vida social.

Em meio aos questionamentos levantados àquela época, dois fatos direcionaram de forma marcante o desenvolvimento do trabalho: o envolvimento com a Articulação

Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde - ANEPS e, a partir dela, o contato com a Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o SUS.

A participação no núcleo estadual da ANEPS aguçou meu interesse sobre a diversidade de formas de cuidado presentes na sociedade brasileira, ampliando minha concepção de práticas de saúde pela inclusão das muitas práticas populares existentes nesse campo. Dessa forma, tornou-se evidente a mescla entre saber popular e racionalidade científica, como parte da heteroglossia, da multiplicidade de linguagens na aparente unidade dos discursos instituídos, característica dessa e de outras áreas da vida em sociedade.

Passei a atentar para as convergências, divergências e possíveis complementaridades entre essas diferentes concepções e práticas, bem como para as inter-relações entre essa diversidade e a interação dos diferentes atores, tanto no contexto do sistema oficial de atenção à saúde, como à margem do mesmo. Essas reflexões me possibilitaram aprofundar a relativização do olhar profissional sobre as questões de saúde, doença e práticas assistenciais, evidenciando as muitas contradições existentes no campo do cuidado em saúde.

Foi também como participante da ANEPS/RN que me deparei com a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. O engajamento no Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS do Rio Grande do Norte – PEPS/RN permitiu redefinir a problemática, aprimorando o recorte do objeto de estudo. Passei a focar a Política e seu processo de implementação como uma tentativa de mudança das práticas sociais hegemônicas no setor saúde no Brasil.

Em um contexto de gritantes desigualdades sociais, a implementação de um sistema público de saúde, universal e provedor de atenção integral, que corresponda à noção de saúde como direito de cidadania, tem representado um grande desafio para o

Brasil. Conforme observado como parte do resgate histórico encontrado no Capítulo 2, os princípios e diretrizes do SUS se contrapõem à conversão da saúde em mercadoria, tendência que se tem exacerbado no cenário neoliberal contemporâneo. Vão de encontro, ainda, à tradição autoritária e excludente ainda em curso no país.

Uma vez que a estratégia da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS centrava-se na “problematização da atuação e da gestão setorial em saúde” (Brasil. Ministério da Saúde, 2004, p. 9), punha em discussão o conjunto das práticas sociais desenvolvidas no setor saúde. Remetendo às proposições já presentes nos textos da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde, de 1990, a proposta ressaltava aspectos particularmente problemáticos na implementação do Sistema Único de Saúde - SUS ao longo das duas últimas décadas.

Os questionamentos suscitados a partir da minha experiência profissional apontaram a relevância da Política e a pertinência das transformações por ela reclamadas, como forma de promover mudanças efetivas nas práticas em vigor no sistema oficial de saúde, assim como nas relações entre os diferentes atores e instituições envolvidos, possibilitando converter em ações os princípios e diretrizes do SUS.

A proposta da Etnografia Institucional mostrou-se particularmente adequada ao desenvolvimento do estudo. Ao considerar o social como resultado da combinação das atividades das pessoas, coordenadas em larga escala a partir das relações sociais ou relações de poder (DeVault & McCoy, 2002), essa proposta possibilitou investigar o processo de implementação da Política, suas potencialidades e entraves, a partir da consideração da experiência do Rio Grande do Norte, relacionando-a ao cenário nacional. Para tanto, foram realizadas análise documental, observação participante e

entrevistas com atores privilegiados do referido processo de implementação da Política no Estado, gerando uma profusão de informações.

A análise dos documentos referentes à Política, publicados pelo Ministério da Saúde no período entre 2003 e 2005, evidenciou que as construções discursivas colocam o setor saúde como protagonista de um processo ainda inconcluso de reforma do Estado brasileiro. Referem-se às experiências anteriores, de mudança no campo da formação e atenção à saúde, como limitadas, principalmente, por seu caráter pontual e pela diversidade de orientações conceituais entre as mesmas. É negligenciada a influência do contexto sócio-político-cultural do setor e suas conseqüências no favorecimento, ou não, da eficácia daquelas experiências.

Em um discurso com forte conotação social democrata, a necessidade da continuidade da Reforma Sanitária, com ênfase para o fortalecimento do SUS, é apontada como forma de avançar em busca de uma atenção à saúde universal, integral, equitativa e de melhor qualidade. Para tanto, a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, e particularmente a estratégia de educação permanente em saúde, é apresentada como alternativa para a superação das dificuldades identificadas anteriormente e, portanto, para a efetivação das mudanças almejadas. Assim, as construções discursivas em questão legitimam as ações propostas, uma vez que essas ações são configuradas como de inquestionável interesse para o conjunto da população.

Como parte da estratégia a ser adotada, se propõe a inclusão dos diversos atores sociais como sujeitos das práticas setoriais, com efetiva participação nas discussões e deliberações não apenas relativas à formação profissional, mas também à organização e gestão da atenção em seus diversos níveis.

Ao mesmo tempo, a utilização sistemática do discurso da democratização nesses documentos, converte a hipótese da não adesão à proposta em algo repreensível do

ponto de vista ético, ou mesmo do discurso moral dominante, que ressalta os valores da igualdade e da justiça. Ao omitir os conflitos de interesse em jogo, a Política sinaliza a possibilidade de uma radicalização democrática que a história tem mostrado ser improvável no contexto brasileiro, marcado por relações de poder altamente assimétricas, que geram grandes iniquidades sociais, em detrimento dos interesses da maioria da população.

Considerando que é no âmbito local, mediante as ações cotidianas dos muitos atores sociais, que melhor se pode abordar a efetivação, ou não, dos processos de mudança, o estudo focalizou, então, a implementação da Política no Estado do Rio Grande do Norte. Foram consideradas as concepções e práticas envolvidas, bem como os avanços e entraves vivenciados pelos diferentes implicados. As permanentes disputas de concepções, valores e posicionamentos e, portanto, de poderes, apontadas pela revisão bibliográfica, foram evidenciadas, não tanto pela análise documental realizada, ou pelo discurso dos entrevistados, mas principalmente na vivência dos quatorze meses de observação participante.

A partir da análise das informações geradas através dessas diversas estratégias, considerei a existência de quatro fases no processo de implementação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS no Rio Grande do Norte: uma inicial, de aproximação à proposta e de criação do Pólo de Educação Permanente no Estado; outra, de estruturação e operacionalização do mesmo; uma terceira, de re-estruturação; e finalmente a de arrefecimento, com visível interrupção no fluxo das atividades do Pólo. Conquistas, conflitos e impasses sinalizaram a complexidade de um processo constituído no permanente encontro entre o nível local e o contexto mais amplo do qual faz parte.

Sabemos que, tradicionalmente, as posições de sujeito disponibilizadas aos diversos atores sociais remetem às atribuições e prerrogativas referidas aos vários grupos, segundo a estrutura da sociedade brasileira. Do mesmo modo, e relacionadas a isso, as estruturas hierárquicas próprias ao campo da saúde também delimitam possibilidades de ação para os diferentes agentes envolvidos. Alterar essas estruturas, e as correlações de poder implicadas, demanda o enfrentamento dos referidos conflitos de interesses, os quais tendem a acentuar-se, uma vez que seja desestabilizado o equilíbrio vigente e ameaçados os privilégios dos grupos dominantes.

São, no entanto, os sujeitos locais que materializam tais interesses em suas práticas cotidianas, relegando-as ao campo da aleatoriedade, do voluntarismo ou da reprodução do estabelecido, seja por constrangimentos institucionais, seja por sua postura não-reflexiva, implicando, muitas vezes, em flagrante contradição com os posicionamentos por eles mesmos defendidos.

Assim, evidenciaram-se, no nível local, além das restrições na compreensão da proposta, a alienação e o descompromisso de muitos dos envolvidos no processo, a naturalização recorrente das dinâmicas vigentes nas instituições e dos muitos entraves à mudança, as disputas de poder, e, principalmente, a ênfase na defesa de interesses institucionais-corporativistas, em detrimento do avanço na efetivação da proposta.

Constatadas as dificuldades, entretanto, concordo com Willig (1999), quando afirma que se faz necessário ir da crítica à proposição de alternativas. Passar, como defende Santos (2005), da análise do presente à construção da vontade de futuro, como ato político. Assim, mobilizou-me a busca de alternativas, particularmente no campo das práticas de saúde, que pudessem contribuir para a superação das iniquidades sociais. Como romper com a naturalização e a não-reflexividade, mantenedoras do *status quo*? Como propiciar o desenvolvimento de práticas de saúde emancipatórias, solidárias, que

respeitem a alteridade e promovam a cooperação entre os diferentes participantes? Como promover, no âmbito local, estratégias que possibilitem o enfrentamento das relações de dominação mantidas a partir das relações translocais?

Em primeiro lugar, como articular abertura ao questionamento e à mudança, com a lógica da representatividade, uma vez que a mesma supõe a defesa, em meio à diversidade do coletivo, dos posicionamentos e interesses, supostamente consensuais, do grupo do qual provém o representante? E mais, como conciliar a multiplicidade de posicionamentos identitários de cada um dos implicados, possibilitando a construção coletiva de um projeto efetivamente comum, a ser materializado nas práticas, deles e de outrem?

Os processos vividos ao longo da pesquisa evidenciaram a importância da superação da representatividade pela adoção da efetiva co-participação, ou seja, de uma postura verdadeiramente dialógica. Os muitos entraves observados na implementação da Política no Rio Grande do Norte sinalizaram a relevância dessa questão. Ademais, a partir da observação participante, a vivência dos processos de construção coletiva de atividades, projetos e planos de ação no âmbito do PEPS/RN, mostrou ser necessário pensar, não em consensos, mas em acordos possíveis.

Acordos supõem o reconhecimento da diversidade e a construção a partir dela, não de sua negação, através de discursos que almejam a universalidade. O evidenciamento dos dissensos pode representar, na verdade, um passo importante nos processos coletivos. Contudo, isso demanda disponibilidade para o diálogo e a transformação, por parte dos grupos e das instituições por eles compostas.

Ao mesmo tempo em que materializavam valores, interesses e relações de poder, próprias do âmbito mais imediato, as práticas locais mostraram-se articuladas ao contexto nacional. A influência, sobre as mesmas, dos direcionamentos impostos pela

gestão federal do SUS, foi exemplificada ao relatar as exigências feitas pelo Ministério da Saúde ao PEPS/RN. Primeiro, a inclusão da ANEPS na composição do Colegiado de Gestão do PEPS/RN, segundo a realização das oficinas regionalizadas de educação permanente em saúde, possibilitando a participação de um amplo leque de atores sociais na identificação, tanto das demandas de educação permanente, como também de pessoas para participação no processo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde.

Ao final do período da observação participante, os efeitos da alteração na configuração de forças no âmbito da gestão federal, em decorrência das mudanças na gestão do Ministério da Saúde, no segundo semestre de 2005, fizeram-se sentir na incerteza vivenciada quanto à continuidade da Política. Acirraram-se os conflitos subjacentes ao delineamento e implantação da Política em nível nacional, repercutindo na disputa de perspectivas em nível local. Os direcionamentos adotados, ou não, no cenário político-institucional mais amplo, impactaram de forma marcante o contexto imediato, desencadeando a descontinuidade das ações do PEPS/RN, tratada anteriormente como fase de arrefecimento.

Em meio a todas as constatações relativas aos desdobramentos do panorama econômico, político e cultural no delineamento das práticas sociais hegemônicas, marcou-me a constatação da persistente recorrência da contra-hegemonia. Sobressaíram-se, ainda, a riqueza e as potencialidades do processo coletivo e o alcance da reflexividade, desafiando os discursos e práticas dominantes.

A naturalização das iniquidades sociais e de seus efeitos, muitas vezes devastadores, sobre a vida e a saúde das pessoas, favorece a continuidade dos mesmos. Atuando de forma não-reflexiva, reproduzimos as correlações de poder, contribuindo para manter as diversas formas de dominação. Por desconhecermos a lógica que rege e

mantém a dominação e a desigualdade, contribuímos inadvertidamente para perpetuá-las.

No campo da saúde, a persistente hegemonia do modelo biomédico no campo das práticas de saúde no Brasil, reiterada pela literatura, pelos discursos dos participantes e pela observação, repercute na organização e funcionamento do SUS, sendo reproduzida por um modelo de formação que não atende às necessidades do sistema. Decorre disso, que o campo da formação profissional em saúde apareça, nos textos da Política, como central para a transformação das práticas setoriais, posicionamento endossado pelo discurso dos participantes da pesquisa.

A alternativa encontrada ao longo do estudo, e já apontada como estratégia pela Política, foi a problematização das práticas cotidianas, bem como das idéias e valores que as embasam e, portanto, dos conteúdos ideológicos que as permeiam. Do exercício desenvolvido, emergiram a reflexividade e o dialogismo como estratégias de transformação das pessoas e, portanto, das relações sociais. Para além da culpabilização, fez-se urgente agir de forma mais reflexiva, identificando em nossas ações cotidianas os mecanismos pelos quais contribuímos para a continuidade dos problemas que, muitas vezes, somos nós mesmos a apontar.

O aspecto educativo da estratégia proposta emergiu na fala de alguns dos participantes e nos processos de resignificação observados, no âmbito do PEPS/RN, ao longo do estudo. O caráter multiplicador da formação de facilitadores de educação permanente em saúde também foi ressaltado por um dos participantes, o qual apontou a ampliação da capacidade de problematização das práticas de saúde por cada um dos referidos facilitadores, em seu âmbito de intervenção.

Assim, mais que qualquer outra coisa, pude refletir sobre a importância das pessoas e de suas ações cotidianas na manutenção ou na transformação das práticas

sociais. Ainda que mantendo clara a importância do contexto de vida no delineamento das ações possíveis a cada um de nós, constatei nossa implicação pessoal na reprodução das relações de dominação, bem como na eventual busca de formas de superação das mesmas.

Essa constatação foi reiterada pelos processos de ressignificação, vivenciados como parte do processo de pesquisa. Construída como uma atividade dialógica, a pesquisa oportunizou, para mim e para os participantes, momentos de ruptura com a reprodução não-reflexiva de valores, concepções e práticas, possibilitando sua problematização e, a partir dela, a construção de novos sentidos, abrindo possibilidades de mudança.

Ressalto um aspecto que me parece particularmente relevante: o caráter necessariamente coletivo das estratégias de transformação das práticas sociais. Cabe resgatar, aqui, a concepção de intersubjetividade, segundo a qual a subjetividade de cada um de nós é permanentemente reconstituída na interação com os outros, no mundo, em uma rede de relações que estabelece limites e possibilidades para cada um dos implicados. A implicação pessoal com as ações do PEPS/RN e de sua Secretaria Executiva possibilitou-me identificar e refletir a respeito do caráter intersubjetivo das práticas sociais.

O contexto de cada interação se constitui na confluência entre o que é comum aos diferentes envolvidos e o que é específico a cada um deles. Por um lado, todos os envolvidos têm em comum o tempo longo, que remete à história da humanidade, e o tempo curto, daquele momento específico. Por outro, cada um deles tem o seu próprio tempo vivido, de sua história pessoal, e o seu tempo prospectivo, dos seus sonhos e projetos de futuro. Disso resulta que o contexto interativo será tanto mais rico, plural e

também possivelmente mais conflitivo, quanto maior a diversidade dos atores implicados.

Se a desnaturalização das concepções e das práticas hegemônicas é parte importante do processo que pode levar à transformação das mesmas, foi ficando mais claro ao longo do processo de pesquisa, que é muito mais viável promovê-la mediante processos coletivos e dialógicos. Por meio deles, é possível a cada um dos agentes, a revisão de seus posicionamentos, a partir do olhar dos demais. Ver novamente, sob outra perspectiva, permite evidenciar as escolhas, de valores e de práticas, a maior parte das vezes feitas de modo não-reflexivo e, portanto, com grandes probabilidades de apenas reproduzir o vigente.

Ademais, a variedade dos atores em interação possibilita a inclusão, no contexto discursivo, de uma mais ampla gama de interesses, permitindo a emergência dos conflitos e a desestabilização das correlações de poder. Por essa via, abre-se o caminho para o questionamento das relações de dominação e de suas implicações para a vida das diferentes pessoas e grupos sociais implicados.

Outro passo que se mostrou útil foi a ampliação gradativa do foco das discussões, mediante a contextualização do local, em relação ao geral. Por esse meio, não apenas os problemas podem ser redimensionados, como parte das questões mais amplas que os abarcam, mas também a nossa posição em relação aos mesmos pode ser relativizada, resultando que algumas das aparentes soluções, que nos satisfaziam, convertem-se em objeto de questionamento.

Como exemplo disso, meu posicionamento como membro de uma determinada categoria profissional, ou como trabalhadora do SUS no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, dilui-se frente a minha condição de cidadã brasileira. Essa, por sua vez, também pode ser transcendida pelo reconhecimento de minha condição de membro

da espécie humana, ou de habitante do planeta Terra. Cabe, a cada um de nós, pensar maior que nosso “mundinho” pessoal, aquele ao qual os discursos individualistas buscam nos confinar, indo ao encontro dos que estão além desses limites tão estreitos.

Não se trata de negar singularidades, nem tampouco as especificidades de nossas posições sociais, mas de reconhecer sua relatividade, vislumbrando, dessa forma, ser possível resistir ao aprisionamento que as mesmas podem representar. Acredito que esse remeter-se ao contexto mais amplo permite, a cada um de nós, nos reconhecermos múltiplos, ao mesmo tempo em que únicos. Assim, são ressaltadas as possibilidades de modos de ser e de agir que se nos oferecem, ao mesmo tempo em que se evidenciam os muitos constrangimentos a que nos achamos expostos.

Nesse processo, nos fazemos mais responsáveis por nossos atos, bem como por nossas omissões. Confrontamo-nos com o desafio de construir alternativas, em lugar de buscar apontar culpados, enquanto somos forçados a reconhecer que nos cabe uma parcela de responsabilidade pelo modo como as coisas são, e que também temos uma cota de poder para atuar, seja de modo a mantê-las, seja buscando transformá-las.

Diante dessas considerações, o estudo aponta para o caráter processual, coletivo e contextualizado dos processos de mudança das práticas sociais, fato que precisa ser exaustivamente ressaltado, a fim de possibilitar às pessoas o reconhecimento da importância de sua participação, ainda quando o peso das relações de poder parece indicar a ineficácia de qualquer ação transformadora.

Essa reflexão faz-se particularmente relevante no momento em que, mais uma vez, a perspectiva da realização das conferências de saúde sinaliza para a sociedade a oportunidade de um espaço coletivo de reflexão e tomada de decisões no campo das políticas públicas de saúde. É imprescindível, no entanto, mantê-la viva no dia-a-dia das práticas de saúde, no qual nossas ações contribuem, incessantemente, para a reprodução

ou transformação dos discursos e práticas hegemônicos e, portanto, da dominação e da violação de direitos de cidadania legalmente constituídos.

Referências bibliográficas:

- Ackerknecht, E. H. (1982). *A short history of medicine*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Alford, R. R. (1972). The political economy of health care: dynamics without change. *Politics and Society*, 2, 127-164.
- Álvarez-Uria, F. & Varela, J. (1994). *Lãs redes de la psicologia. Análisis sociológico de los códigos médico-psicológicos*. Madri: Ensayo-Libertarias/Prodhufi.
- Amâncio Filho, A. (2004). Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface*, 6, 15, 375-380.
- Bakhtin, M. (2002). *Marxismo e filosofia da linguagem* (10 ed.). São Paulo: Anna Blume/Hucitec. (Texto original publicado em 1929).
- Behring, E. R. & Boschetti, I. (2006). *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez.
- Bock, A. M. B. (2001). A Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. In A. M. B. Bock, M. G. M. Gonçalves & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia* (pp. 15-35). São Paulo: Cortez.
- Boltanski, L. (1989). *As classes sociais e o corpo* (3 ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Brait, B. (1997). Bakhtin e a natureza dialógica da linguagem. In B. Brait (Org.), *Bakhtin, dialogismo e construção de sentido*. Campinas: Editora da Unicamp.
- Brandão, C. R. (2001). A educação popular na área da saúde. In E. M. Vasconcelos (Org.), *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde* (pp 21-26). São Paulo: Hucitec.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (2003a). *Informação - Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde* – mimeografado. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde (2003b). *Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Disponível http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_fornacao_desenvolv.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde (2004). *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde (2005). *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf
- Briceño-Leon, R. (1996). Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, v 12, n 1, 7-30.
- Burkitt, I. (1999). Between the dark and the light: power and the material contexts of social relations. In Nightingale, D. & Cromby, J. (Edts.), *Social constructionist psychology: a critical analysis of theory and practice* (pp 69-82). Buckingham: Open University Press.
- Butterfield, H. (1991). *As origens da ciência moderna*. Rio de Janeiro: Edições 70.
- Camargo Jr., K. R. (2003). *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec.
- Campbell, M. & Gregor, F. (2004). *Mapping social relations: a primer in doing Institutional Ethnography*. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Campos, G. W. S. (1997). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In L. C. Cecílio (Org.), *Inventando a mudança na saúde* (pp 29-87). São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec.
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix.
- Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1), pp 139-146.
- Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v 14, n 1, 41- 65,
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, 161-77.
- Chrétien, C. (1994). *A ciência em ação*. Campinas: Papyrus.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Coburn, D. (1999). Phases of capitalism, welfare states, medical dominance, and health care in Ontario. *International Journal of Health Services*, 29(4), 833-851.

- Cohn, A. & Elias, P. E. (2003). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços* - 5ª ed. São Paulo: Cortez, CEDEC.
- Collares, C. A. L.; Moysés, M. A. A. & Geraldi, J. W. (1999). Educação continuada: a política da descontinuidade. *Educação & Sociedade*, ano XX, n 68, 202-219.
- Costa, N. R. (1986). *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil* (2 ed.). Petrópolis: Vozes.
- DeVault, M. L. & McCoy, L. (2002). Institutional ethnography: using interviews to investigate ruling relations. In J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Ed), *Handbook of interview research: contest & method* (pp. 751-775). London: Sage.
- Draibe, S. (2003). A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo social*, 15(2), 63-101.
- Duarte, L. F. D. (2003). Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 173-183.
- Earle, S. & Letherby, G. (2003). Reflecting on reproduction. In S. Earle & G. Letherby (Edts). *Gender, identity and reproduction* (pp 225-230). Houdmills, Basinkstoke, Hampshire, New York: Palgrave Macmillan.
- Fernandes, J. C. L. (1993). A quem interessa a relação médico paciente? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(1), 21-27.
- Fernandes, T. M. (1999). *Vacina antivariolosa: ciência, técnica e o poder dos homens*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Figueiredo, B. G. (2002). *A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Vício de Leitura.
- Fleury, S. (1997). A questão democrática na saúde. In S. Fleury (Org.), *Saúde e democracia: a luta do Cebes* (pp25-41). São Paulo: Lemos.
- Fonseca, C. M. O. (2004). A criação da Ensp: integração e diversidade na formação em saúde pública. In N. T. Lima, C. M. O. Fonseca & P. R. E. Santos (Orgs.), *Uma escola para a saúde* (pp 39-77). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Foucault, M. (1984). The politics of health in the eighteenth century. In P. Rabinov (Ed.), *The Foucault reader* (pp. 273-289). New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (2001). *Microfísica do poder* – 16 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (2006). *O nascimento da clínica* (6 ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido* (17 ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freund, P. E. S., McGuire, M. B., & Podhurst, L. S. (2002). *Health, illness and the social body: a critical sociology* (4 ed.). New Jersey: Prentice Hall.

- Gardiner, M. & Bell, M. M. (1998). Bakhtin and the human sciences: a brief introduction. In M. M. Bell & M. Gardiner (Edt), *Bakhtin and human sciences: no last words* (pp 01-12). London/ Thousand Oaks/ New Delhi: Sage.
- Gerschman, S. (2004). *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira* – 2 de. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Gonçalves, M. G. M. (2001). A psicologia como ciência do sujeito e da subjetividade: o debate pós-moderno. In A. M. B. Bock, , M. G. M. Gonçalves & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia* (pp. 53-73). São Paulo: Cortez.
- González Rey, F. L. (2003). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Granda, E.; Artunduaga, L. A.; Castillo, H.; Herdoiza, A.; Merino, M. C. & Tamayo, C. (1995). El sujeto y la accion em la salud pública. *Educación Médica y Salud*, 29(1), 1-19.
- Grandesso, A. M. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Heisenberg, W. (1987). *Física e filosofia*. Brasília: Edt. Universidade de Brasília.
- Jacó-Vilela, A. M. (1999). Análise inicial da produção escrita em Psicologia no Brasil. In A. M. Jacó-Vilela e D. Mancebo (Org.), *Psicologia social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos* (pp 91-107). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Japiassu, H. (1985). A revolução científica: nova síntese epistemológica. In H. Japiassu (Ed.), *A revolução científica moderna* (pp. 41-79). Rio de Janeiro: Imago.
- Kemp, A., & Edler, F. C. (2004). A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. *História, Ciência e Saúde*, 11(3), 569-585.
- Laurell, A. C. & Arellano, O. L. (2002). Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health. In V. Navarro (Edt), *The political economy of social inequalities: consequences for health and quality of life* (pp 191-208). Amityville, New York: Baywood Publishing Company.
- Law, John (2003). Materialities, spacialities, globalities. Disponível em <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Law-Hetherington-Materialities-Spacialities-Globalities.pdf>
- Lima, N. T. & Fonseca, C. M. O. (2004). História da especialização em saúde pública no Brasil: nota introdutória. In N. T. Lima, C. M. O. Fonseca & P. R. E. Santos (Orgs.), *Uma escola para a saúde* (pp 25-38). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Luz, M. T. (2000). Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência e saúde coletiva*, 5 (2), 293-312.
- Machado, R. (2001). Introdução: por uma genealogia do poder. In M. Foucault, *Microfísica do poder* – 16 ed (pp VII-XXIII). Rio de Janeiro: Edições Graal.

- Mancebo, D. (1999). Indivíduo e psicologia: gênese e desenvolvimentos atuais. In A. M. Jacó-Vilela e D. Mancebo (Org.), *Psicologia social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos* (pp 33-46). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Mancebo, D. (2002). Modernidade e produção de subjetividades: breve percurso histórico. *Psicologia: ciência e profissão*, ano 22, n 1, 100-110.
- Mendes, E. V. (1995). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In E. V. Mendes (Org.), *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema Único de Saúde* (pp 19-91). São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO.
- Merhy, E. E. (2000). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. [Electronic version]. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 4(6), 109-116.
- Minayo, M. C. S. & Souza, H. O. (1989). Na dor do corpo, o grito da vida. In N. R. Costa *et all* (Orgs.), *Demandas populares, políticas públicas e saúde – vol II* (pp 75-99). Petrópolis: Vozes.
- Mykhalovskiy, E., & Farrel, K. (2005). 'Nothing happens in medical school that prepares you for working with anyone who's different': Informal learning and socio-clinical knowledge amongst family physicians. *Research in the Sociology of Health Care*, 23, 159-181.
- Navarro, V. (2002). *The political economy of social inequalities: consequences for health and quality of life*. Amityville, New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Nogueira, R. P. (2005). *A saúde pelo avesso*. Natal, RN: Seminare.
- Nunes, T. C. M. (2004). A valorização do 'instituinte' na construção do modelo de Escola Nacional: a Ensp de 1970 a 1989. In N. T. Lima, C. M. O. Fonseca & P. R. E. Santos (Orgs.), *Uma escola para a saúde* (pp 167-202). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Paim, J. S. (1997). Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In S. Fleury (Org.), *saúde e democracia: a luta do Cebes* (pp 11-24). São Paulo: Lemos.
- Paludo, C. (2001). *Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático popular*. Porto alegre: Tomo Editorial/Camp.
- Pan American Health Organization. (2005). *Toronto call to action: 2006-2015 towards a decade of human resources in health for the americas* Pan American Health Organization.
- Pereira Neto, A. F. (2001). *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Pereira, A. L. F. (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v 19, n 5, 1527-1534.

- Pereira, L. A. de M. (2002). *As barricadas da saúde: vacina e protesto popular no Rio de Janeiro da Primeira República*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.
- Pinheiro, V. S. (2001). *Maternidade na adolescência: Significados e repercussões*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1450
- Poland, B., Coburn, D., Robertson, A., & Eakin, J. (1998). Wealth, equity and health care: a critique of a "population health" perspective on the determinants of health. *Social Science and Medicine*, 46(7), 785-798.
- Ramos, C. L.; Melo, J. A. C & Soares, J. C. R. S. (1989). Quem educa quem? Repensando a relação médico-paciente. In N. R. Costa *et all* (Orgs.), *Demandas populares, políticas públicas e saúde – vol II* (pp 145-164). Petrópolis: Vozes.
- Rasera, E. F. & Japur, M. (2001). Contribuições do pensamento construcionista para o estudo da prática grupal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2001, 14(1), 201-209
- Rodrigues, J. C. (1999). *O corpo na história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Rodriguez Neto, E. (2003). *Saúde: Promessas e limites da constituição*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Rosen, G. (1994). *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec/ Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Rossetti-Ferreira, M. C.; Amorim, K. & Silva, A. P. S. (2000). Uma perspectiva teórico-metodológica para análise do desenvolvimento humano e do processo de investigação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(2), pp 279-291.
- Sampaio, G. dos R. (2001). *Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial*. Campinas: Editora da Unicamp.
- Santos, B. S. (2005). *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade* (10 ed.). São Paulo: Cortez.
- Santos, P. R. E.; Brito, V. M.; Lima, N. T. & Fonseca, C. M. O. (2004). A Ensp e as transformações da sociedade e no sistema de saúde no Brasil: 1970 a 1985. In N. T. Lima, C. M. O. Fonseca & P. R. E. Santos (Orgs.), *Uma escola para a saúde* (pp 79-101). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Scliar, M. (1987). *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: L & P M Editores.
- Shotter, J. & Billig, M. (1998). A bakhtinian psychology: from out of the heads of individual and into the dialogues between them. In M. M. Bell & M. Gadiner (Edt), *Bakhtin and human sciences: no last words* (pp 13-29). London/ Thousand Oaks/ New Delhi: Sage.
- Smith, D.E. (2005). *Institutional ethnography: a sociology for people*. Lanham: Altamira Press.

- Souza, E. S. (2001). Educação Popular e Saúde: cidadania compartilhada. In E. M. Vasconcelos (Org.), *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde* (pp 30-32). São Paulo: Hucitec.
- Spink, M. J. & Medrado, B. (1999). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp 41-61). São Paulo: Cortez.
- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & sociedade*, 15(2), 18-42.
- Sykes, C. M.; Willig, C. & Marks, D. F. (2004). Discourses in the European commissions's 1996-2000 Health Promotion Programme. *Journal of Health Psychology*, v. 9, n. 2, 131-141.
- Traverso-Yépez, M. A. (2002). Influencia del modelo biomédico em las prácticas de salud. *Revista de Psicología – Universidad de Valparaiso*, ano 2, v 2, 122-132.
- Travero-Yépez, M. A. & Pinheiro, V. S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia e sociedade*, v 14, n 2, 133-147.
- Traverso-Yépez, M. A. & Morais, N. A. (2004). Idéias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da Psicologia Social. *Estudos de Psicologia*, v 9, n 2, 325-333.
- Vasconcelos, E. M. (1997). *Educação Popular nos serviços de saúde – 3 ed.* São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, E. M. (2001). Redefinindo as práticas de saúde a partir da Educação Popular nos serviços de saúde. In E. M. Vasconcelos (Org.), *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde* (pp 11-19). São Paulo: Hucitec.
- Weller, G. R. (1977). From 'pressure group politics' to 'medical-industrial complex': The development of approaches to the politics of health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1, 444-470.
- Willig, C. (1999). Beyond appearances: a critical realist approach to social constructionist work. In D. Nightingale & J. Crumby (Edts), *Social constructionist psychology: a critical analysis of theory and practice* (pp37-51). Buckingham: Open University Press.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in Psychology*. Adventures in theory and method. Buchingham: Open University Press.
- Willig, C. (2003). Discourse analysis. In J. A. Smith (Edt.), *Qualitative Psychology: a practical guide to research methods* (pp159-183). London: Sage.
- World Health Organization. (2002). *Human Resources for Health: Developing Policy Options for Change*. Geneva: World Health Organization.

Zavala, I, M. (1991). *La posmodernidad e Mijail Bajtin: una poética dialógica*. Madrid: Espalsa Calpe.

Apêndice A

Fases no processo de implementação do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS do Rio Grande do Norte

1- Fase de criação: junho de 2003 a junho de 2004

Principais atividades:

- I Reunião Educação Permanente para a saúde no RN – 17 de junho de 2003
- Seminário Políticas de Educação Permanente para o SUS: possibilidades e estratégias – 24 de setembro de 2003
- Elaboração do Regimento – novembro e dezembro de 2003
- 1ª Oficina para criação do Fórum de Educação Permanente para o SUS do Rio Grande do Norte – 18 de dezembro de 2003
- Aprovação do Fórum de Educação Permanente em Saúde do RN pelo Conselho Estadual de Saúde – 09 de junho de 2004

2- Fase de estruturação e operacionalização: junho de 2004 a abril de 2005

Principais atividades:

- 2ª. Oficina do Fórum de Educação Permanente em Saúde para o SUS do RN – 25 de junho de 2004
- Elaboração do projeto de implantação (projeto estruturante) – julho de 2004
- Pactuação do Projeto de Implantação junto ao Ministério da Saúde
- Preparação e realização das oficinas regionalizadas – janeiro a março de 2005
- Formação de tutores e facilitadores de Ed. Permanente em Saúde – a partir de setembro de 2004

3- Fase de re-estruturação: maio a dezembro de 2005

Principais atividades:

- Elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde – maio e junho de 2005
- Criação dos comitês temáticos para análise das propostas de Educação permanente em saúde – maio e junho de 2005
- Reformulação do regimento – setembro a dezembro de 2005

- Continuação da formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde – até

4- Fase de arrefecimento: a partir de janeiro de 2006

Descontinuidade nas atividades regulares do Pólo de Educação Permanente em Saúde do RN.

Apêndice B

Roteiro da entrevista semi-estruturada

- 1- Para iniciar, eu gostaria que você falasse um pouco sobre sua formação...
 - 1.a) Onde e há quanto tempo graduou-se?
 - 1.b) Como foi o curso?
 - 1.c) O que foi mais importante para você naquele momento?
 - 1.d) Que outras formações fez?

- 2- Disso tudo, o que você destacaria como mais relevante para sua vida profissional hoje?

- 3- Como se deu o seu envolvimento com a formação de profissionais de saúde?
O que você tem feito nesta área?

- 4- Que outras atividades profissionais você desenvolve?

- 5- A partir dessas suas experiências, quais você acredita que seriam as responsabilidades e prerrogativas dos profissionais de saúde no cuidado, recuperação, manutenção e promoção da saúde em nossa sociedade?
E quanto aos usuários, o que caberia a eles?

- 6- Na gestão recentemente encerrada, o Ministério da Saúde propôs a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, buscando desenvolver um conjunto integrado de iniciativas com o objetivo de transformar as práticas de saúde. Segundo a publicação do próprio Ministério que trata do assunto, “transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas” (Pg 10).
 - 6.a) O que você considera mais relevantes nessa proposta?
 - 6.b) Que dificuldades vê na implementação?

- 7- A Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS parece fundamentar-se em uma visão específica a respeito dos usuários do sistema de saúde. Por exemplo, à página 15 da publicação do Ministério, encontramos: “O núcleo central da política de educação e de desenvolvimento do trabalho em saúde é constituído pela própria **população**, cujas **necessidades sanitárias** e mesmo de educação para **gestão social das políticas públicas de saúde** devem ser contempladas, promovendo o

desenvolvimento da sua **autonomia** diante das ações, dos serviços, dos profissionais e dos gestores de saúde.”

7.a) Como você vê esta concepção a respeito dos usuários?

7.b) Como ela se diferencia daquela atualmente vigente nos serviços de saúde?

7.c) Vê algum empecilho para a adoção dessa concepção no cotidiano das práticas de saúde?

8- O texto explicita também a concepção a respeito da aprendizagem que subsidia a proposta, bem como o lugar dos profissionais de saúde no processo: “A educação permanente parte do pressuposto da **aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos**, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na **reflexão crítica** sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços.” (Pg 09)

8.a) Como você vê essa proposta?

8.b) Que dificuldades acredita existirem para sua implementação?

9- Com relação às práticas assistenciais, a política propõe a efetivação de uma cadeia de cuidados progressivos à saúde, “em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações” (Pg 11).

9.a) Como vê essa proposta, considerando-se a atual estrutura do sistema de saúde no Brasil?

9.b) Que mudanças seriam necessárias para viabilizar sua efetivação?

10- Consta do documento já mencionado que os Pólos de Educação Permanente devem possibilitar o diálogo e a negociação “para identificação de necessidades e para construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da **atenção integral** à saúde, do domínio popularizado do **conceito ampliado de saúde** e do fortalecimento do **controle social** no SUS” (Pg 10).

10.a) Estar lá, participando desse diálogo e dessa negociação poderia trazer alguma repercussão para as instituições que compõem o Pólo, considerando-se as noções de saúde e de doença que perpassam as práticas cotidianas dessas instituições?

10.b) Como tem sido a experiência concreta do Rio Grande do Norte?

11- Já nas considerações finais, o documento retoma: “A noção de gestão colegiada, coloca a todos como convidados de uma **operação conjunta** em que todos usufruem do **protagonismo** e da **produção coletiva**. Sai a arquitetura do organograma para entrar a dinâmica de roda. (...) abre-se o desafio que permite a entrada das instituições formadoras, do movimento estudantil e do movimento popular. Todos os que entrarem na roda têm poderes iguais sobre o território de que falam” (Pg 31)

- 11.a) Como você vê o papel dos profissionais de saúde nesse processo?
- 11.b) Qual seria a participação dos usuários?
- 11.c) E quanto aos gestores?

Anexo I
Boletim InformAção
Ministério da Saúde, 2003

Anexo II**MINUTA PORTARIA REVISÃO 198**

Altera a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para adequação às diretrizes operacionais e regulamento do Pacto pela Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a responsabilidade constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS) de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico.

Considerando o artigo 14 da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata da criação e funções das comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino.

Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde" pela Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003.

Considerando a Resolução do CNS nº 335, de 27 de novembro de 2003 que afirma a aprovação da "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" e a estratégia de "Pólos de Educação Permanente em Saúde" como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.

Considerando a Portaria nº 2.474, de 12 de novembro de 2004 que institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde.

Considerando a Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que institui as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

Considerando a Portaria nº 598/GM de 23 de março de 2006 que estabelece que os processos administrativos relativos à Gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite – CIB.

Considerando a Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006 que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Considerando a Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2006 que define que o financiamento das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na lei orgânica do SUS.

Considerando a Portaria nº 372/GM de 16 de fevereiro de 2007 que altera a portaria 699/GM, de 30/03/2006.

Considerando a PORTARIA nº 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006 que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

Considerando, por fim, as deliberações da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Resolve:

Art. 1º. Definir estratégias para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, reafirmando as atribuições das três esferas de governo, para adequação à normatização vigente e às deliberações do Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo Único: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 2º. A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com o apoio das

Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS.

§ 1º Os Colegiados de Gestão Regional, considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), elaborarão um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde.

§ 2º As Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

Art. 3º. Os Colegiados de Gestão Regional, conforme a portaria 399/GM, de 22/02/2006, são as instâncias de pactuação permanente e co-gestão solidária e cooperativa, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais).

Parágrafo Único. O Colegiado de Gestão Regional deve instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromisso e os Planos de Saúde dos entes federados participantes.

Art. 4º. – São atribuições do Colegiado de Gestão Regional, no âmbito da Educação Permanente em Saúde.

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

II. Submeter o Plano Regional de Educação Permanente em Saúde à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação.

III. Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, que poderá ser realizada pelo Estado, por um ou mais municípios de sua área de abrangência.

IV. Incentivar e promover a participação nas Instâncias de Articulação da Educação Permanente em Saúde para o SUS, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de

peçoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência.

V. Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região.

VI. Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS e propor alterações caso necessário.

Art. 5º. As Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS deverão ser compostas pelos gestores estaduais e municipais de saúde e ainda, conforme as especificidades de cada região, por:

I. gestores estaduais e municipais de educação, e/ou seus representantes.

II. gerentes de serviços de saúde.

III. trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas.

IV. instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos.

V. movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Parágrafo Único: A estruturação e a dinâmica de funcionamento das Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS, em cada região, devem obedecer às diretrizes do Anexo II desta portaria.

Art. 6º. São atribuições das Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS:

I. Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência.

II. Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria.

III. Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instâncias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação.

IV. Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas.

V. Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal.

Art. 7º. A abrangência do território de referência para as Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde.

Parágrafo Único. Nenhum município, assim como nenhum CGR, deverá ficar sem sua referência a uma Instância de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Art. 8º. As Instâncias de Articulação da Educação Permanente em Saúde deverão contar com uma secretaria executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde.

Art. 9º. A CIB deverá contar com o apoio de uma Instância Estadual de Articulação da Educação Permanente em Saúde para o SUS, formada por:

- I. Representantes das Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS no estado.
- II. Gestores e técnicos (estadual e municipais) indicados pela CIB para compor esse espaço.
- III. Um representante de cada segmento que compõe a instância de articulação da EPS, conforme artigo 5º desta portaria.

Art. 10. São atribuições dessa Instância Estadual de Articulação da Educação Permanente em Saúde para o SUS, vinculada à CIB:

I. Assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde.

II. Estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando a integração das propostas.

III. Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constante do Plano Estadual de Saúde.

Art. 11. São atribuições da Comissão Intergestores Bipartite, no âmbito da Educação Permanente em Saúde:

I. Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

II. Definir o número e a abrangência das Instâncias de Articulação Regional de Educação Permanente em Saúde para o SUS, sendo no mínimo uma e no máximo o limite das regiões de saúde estabelecidas para o estado.

III. Pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual.

IV. Homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde.

V. Acompanhar e avaliar os Termos de Compromisso de Gestão estadual e municipais, no que se refere às responsabilidades de educação na saúde.

VI. Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS e propor alterações caso necessário.

Parágrafo Único. Os recursos financeiros ficarão sob gestão do estado ou de um ou mais municípios conforme as pactuações estabelecidas nos órgãos de gestão colegiada.

Art. 12. São atribuições do Conselho Estadual de Saúde no âmbito da Educação Permanente em Saúde.

I. Definir as diretrizes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde.

II. Aprovar a Política e o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, que deverão fazer parte do Plano Estadual de Saúde.

III. Acompanhar e avaliar a execução do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.

Art. 13. A formação dos trabalhadores de nível médio no âmbito do SUS deve seguir as diretrizes e orientações constantes desta portaria.

Parágrafo Único. As diretrizes e orientações para os projetos de formação profissional de nível técnico constam do anexo III.

Art. 14. Anualmente a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, poderá propor indicadores para o acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dentro do Processo da Pactuação Unificada de Indicadores, que serão

integrados aos Indicadores do Pacto pela Saúde após a necessária pactuação tripartite.

Art. 15. O acompanhamento das responsabilidades de educação na saúde será realizado por meio dos Termos de Compromisso de Gestão das respectivas esferas de gestão.

Art. 16. As Secretarias Estaduais de Saúde - SES e as Secretarias Municipais de Saúde - SMS manterão à disposição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- SGTES, do Ministério da Saúde e dos órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das atividades de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde.

Art. 17. O financiamento do componente federal da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio do Bloco de Financiamento da Gestão, instituído pelo Pacto pela Saúde, e comporá o Limite Financeiro Global do Estado.

§ 1º. Os critérios para alocação dos recursos financeiros federais encontram-se no anexo I desta portaria.

§ 2º. Os recursos financeiros federais referentes à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, constantes do Termo de Limite Financeiro Global dos Estados, serão publicados para viabilizar a pactuação nas CIBs sobre o fluxo do financiamento dentro do estado.

3º. A definição deste repasse no âmbito de cada unidade federada será objeto de pactuação na CIB, encaminhado à CIT para homologação e informado ao Ministério da Saúde para que seja efetuado o repasse.

Art. 18. Os recursos relativos ao Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do Distrito Federal serão transferidos pelo Ministério da Saúde, de forma regular e automática, ao respectivo Fundo de Saúde.

§ 1º. A alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, dos Estados e do Distrito Federal, deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhada ao MS para publicação.

§ 2º. As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, Distrito Federal e municípios poderão ser alteradas conforme as situações previstas na portaria 699/GM, de 30/03/2006.

Art. 19. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão cooperação e assessoramento técnicos que se fizerem necessários para:

I. A organização de um Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação (técnica/graduação/especialização).

II. Elaboração do Plano de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde.

III. A orientação das ações propostas à luz da Educação Permanente em Saúde e da normatização vigente.

IV. A qualificação técnica dos Colegiados de Gestão Regional e das Comissões Intergestores Bipartite para a gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

V. A instituição de mecanismos de monitoramento e de avaliação institucional participativa nesta área.

Art. 20. O Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde serão responsáveis por:

I – Envidar esforços para a criação de um sistema de informação nacional de base municipal que permita realizar o diagnóstico da força de trabalho em saúde de nível básico, técnico, de graduação e de pós-graduação lato senso e stricto senso existentes e necessários.

II – Planejar a formação e a educação permanente de trabalhadores em saúde necessários ao SUS no seu âmbito de gestão, contando com a colaboração das Instâncias de Articulação Regional em Educação Permanente.

III – Estimular, acompanhar e regular a utilização dos serviços de saúde no seu âmbito de gestão para atividades curriculares e extracurriculares dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na saúde.

IV – Articular junto as Instituições de Ensino Técnico e Universitário mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de co-responsabilidade sanitária.

Art. 21. Reativar a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com a atribuição de formular políticas nacionais e definir as prioridades nacionais em educação na saúde. Esta Comissão será composta por gestores das três esferas de governo, além de atores do controle social, das instituições de ensino e de trabalhadores dos serviços e suas respectivas representações.

Art. 22. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Anexo I – Critérios para a alocação orçamentária referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

A distribuição e alocação para os estados dos recursos federais para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde obedecerá aos critérios conforme o quadro que se segue.

O primeiro grupo de critérios trata da adesão às políticas setoriais de saúde que propõem a alteração do desenho tecno-assistencial em saúde. Quanto maior a adesão a esse grupo de políticas, maior será a necessidade de investimento na qualificação e desenvolvimento de profissionais para atuar numa lógica diferenciada. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. A base dos dados utilizada é do Departamento de Atenção Básica DAB/SAS e do Departamento de DAP/SAS. Os seguintes critérios compõem esse grupo:

C1: Cobertura das Equipes de Saúde da Família (10%)

C2: Cobertura das Equipes de Saúde Bucal (10%)

C3: Cobertura dos Centros de Atenção Psico-social – 1caps/100.000hab. (10%)

O Segundo grupo de critérios trata da população total do estado e do quantitativo de profissionais de saúde que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde. Quanto maior o número de profissionais e maior a população a ser atendida, maior será a necessidade de recursos para financiar as ações de formação e desenvolvimento desses profissionais. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 30% (trinta por cento) do total. As bases de dados são do IBGE – população estimada para 2005 e pesquisa médico-sanitária de 2005 Os seguintes critérios compõem esse grupo:

C4: Número de profissionais de saúde que presta serviço para o SUS (20%)

C5: População total do estado (10%)

O terceiro e último conjunto de critérios busca dar conta das iniquidades regionais. Os critérios utilizados nesse grupo são: o IDH-M e o inverso da concentração de instituições de ensino com cursos de saúde. Quanto menor o IDH-M maiores as barreiras sociais a serem enfrentadas para o atendimento à saúde da população e para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Por outro lado, quanto menor a concentração de

instituições de ensino na área da saúde, maior a dificuldade e maior o custo para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. Nesse sentido, maior recurso será destinado aos locais com menor disponibilidade de recursos para o enfrentamento do contexto local. O financiamento maior dessas áreas visa ainda, desenvolver a capacidade pedagógica local. O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 40% (quarenta por cento) do total. As bases de dados utilizadas foram o IDH-M 2000 – PNUD e as informações do MEC/INEP e MS/RETSUS em relação à concentração de instituições de ensino. Os seguintes critérios compõem esse grupo:

C6: IDH-M 2000 (20%)

C7: Concentração de Instituições de Ensino (Instituições de Ensino Superior com Curso de Saúde (MEC/INEP) e Escolas Técnicas do SUS (MS/RETSUS). (20%)

Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados para a Política de Educação Permanente em Saúde.

| Impacto | Indicador Mensurável | Critério | Peso Relativo | Parcela do Teto Financeiro |
|---|---|-----------------|----------------------|-----------------------------------|
| Propostas de Gestão do SUS | Cobertura de Equipes de Saúde da Família | C1 | 10 | 30% |
| | Cobertura de Equipes de Saúde | C2 | 10 | |
| | Cobertura dos Centros de Atenção Psico-social | C3 | 10 | |
| Público Alvo e População | Nº de Profissionais de Saúde (atendem o SUS) | C4 | 20 | 30% |
| | População Total do Estado | C5 | 10 | |
| Iniquidades Regionais | IDH-M (por faixa) | C6 | 20 | 40% |
| | Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada | C7 | 20 | |
| Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual: CE = [10.(C1 + C2 + C3) + 20.C4 + 10.C5 + 20.(C6 + C7)]/100 | | | 100 | 100% |

O Colegiado de Gestão Regional deve observar e incentivar a criação de mecanismos legais que assegurem a gestão dos recursos financeiros alocados para uma região de saúde, e que permitam remanejamento de recursos financeiros em consonância com a necessidade do respectivo nível de gestão do SUS.

Anexo II – Diretrizes operacionais para a constituição e funcionamento das Instâncias de Articulação da Educação Permanente em Saúde para o SUS.

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou estas orientações e diretrizes para assegurar Educação Permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde.

1. Do conceito de Educação Permanente em Saúde e sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional.

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, que considera as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, buscando atender às necessidades das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; pelas demandas por mudanças e melhoria institucional que estejam baseadas nos processos de trabalho e nos seus problemas e desafios.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema

verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

As Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a co-gestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde.

2. Relação do Colegiado de Gestão Regional com as Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS

O Colegiado de Gestão Regional deverá coordenar a estruturação/reestruturação das Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS. O Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde - PAREPS servirá de norteador para as atividades das Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde para responder às necessidades do serviço.

As Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS apoiará os gestores do Colegiado de Gestão Regional na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, contribuindo para o desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Nessa perspectiva, as Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS assumirá o papel de indutor de mudanças, promoverá o trabalho articulado entre as várias esferas de gestão e as instituições formadoras, a fim de superar a tradição de se organizar um menu de capacitações/treinamentos pontuais.

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde será construído coletivamente pelo Colegiado de Gestão Regional com apoio das Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS com objetivo de planejar as ações de educação na saúde.

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, elaborado de acordo com o Plano Regional de Saúde e coerente com a Portaria

GM/MS nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006 que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e deverá conter:

- Caracterização da região de saúde – definição dos municípios constituintes, dos fluxos e equipamentos de atenção à saúde na região; os principais indicadores e metas estratégicas de investimento e implementação de serviços de saúde.
- Identificação do(s) problema(s) de saúde – identificar os principais problemas enfrentados pela gestão e pelos serviços daquela região, assim como seus descritores.
- Caracterização da necessidade de formação em saúde.
- Atores envolvidos – identificar os atores envolvidos no processo a partir da discussão política, da elaboração até a execução da proposta apresentada.
- Relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde – identificar as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; definir e justificar a priorização de um, ou um conjunto de problemas, em relação aos demais, na busca de soluções originais e criativas guardando as especificidades regionais; descrever ações a curto, médio e longo prazo, para o enfrentamento das necessidades identificadas; formular propostas indicando metodologias de execução e correlacioná-las entre si.
- Produtos e resultados esperados – estabelecer metas e indicadores de processos e resultados para o acompanhamento e avaliação a curto, médio e longo prazo.
- Processo de avaliação do plano: identificar a metodologia da avaliação a ser utilizada, bem como os atores, os recursos e um cronograma para a sua execução.
- Recursos envolvidos para a execução do plano – analisar a viabilidade do plano a partir dos recursos disponíveis. Considerar os recursos financeiros alocados pelas três esferas de governo e os recursos materiais, de infra-estrutura, de tempo, entre outros.

O Colegiado de Gestão Regional encaminhará o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde às Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS, que trabalharão na construção

de projetos e estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores a serem apresentadas ao Colegiado de Gestão Regional.

O Colegiado de Gestão Regional deverá validar e acompanhar a execução dos projetos apresentados pelas Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS. Essa validação deverá considerar:

- a coerência entre as ações e estratégias propostas e o PAREPS;
- o consenso em relação à análise de contexto da região e dos problemas dos processos de trabalho e dos serviços de saúde daquela região;
- um dimensionamento adequado entre objetivos e metas e as ações propostas;
- a pactuação do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde no colegiado, devidamente vinculado a um Plano Regional de Saúde contemplando a solução dos diversos problemas de saúde e a melhoria do sistema de saúde regional;
- os princípios do SUS;
- a legislação vigente.

Em caso de não aprovação pelo Colegiado os projetos e estratégias de intervenção deverão ser devolvidos às Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS para correção.

A constituição de cada Instância de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS deverá se dar num movimento inclusivo de todas as representações institucionais acima elencadas, articulado e coordenado pelo Colegiado de Gestão Regional, observando as diretrizes operacionais aqui descritas e o Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde.

O Colegiado de Gestão Regional poderá solicitar à CIB a integração de outras instituições a Instância de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS.

As instituições deverão garantir aos seus representantes a participação efetiva e comprometida com a produção coletiva, com gestão colegiada e democrática da Instância de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS e com a construção de arranjos interinstitucionais para a execução das ações propostas. O que se pretende é desenvolver e aumentar a capacidade pedagógica regional para a intervenção na área da saúde, através da disseminação e utilização do conceito de Educação Permanente em Saúde

como orientador das práticas de educação na saúde, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

A Instância de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS deverá ter condução e coordenação colegiada, deverá reunir-se regularmente e trabalhar para a execução e acompanhamento do PAREPS.

A Instância de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS deverá acompanhar, monitorar e avaliar os projetos implementados e fornecer informações aos gestores do Colegiado de Gestão Regional para que os mesmos possam orientar suas decisões em relação ao PAREPS.

A Instância de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS deverá apresentar os projetos elaborados, a partir do PAREPS, para que os mesmos sejam avaliados e aprovados no CGR.

A Instância de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS deverá constituir um projeto de atividades, designando a execução de sua alocação orçamentária e sua relação com o PAREPS.

Os projetos apresentados pelas Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS devem conter:

- Nome de ação educativa;
- Justificativa da Ação. Análise de contexto da situação atual e dos problemas enfrentados pelos serviços e a proposição de estratégias para o enfrentamento dessa situação;
- Objetivo da Ação;
- Público-alvo. (Identificação das instituições, das áreas de atenção e da vinculação ao SUS dos atores envolvidos);
- Metodologia utilizada;
- Duração e cronograma de execução;
- Plano de Metas/Indicadores
- Resultados esperados;
- Titulação (se for o caso);
- Planilha de custos e cronograma de execução financeira;
- Dados da instituição executora (as CIB deverão listar dados mínimos);
- Dados da instituição beneficiária (as CIB deverão listar dados mínimos);

- Responsável pela coordenação do projeto com os respectivos contatos.

Anexo III – Diretrizes e Orientação para a Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico no Âmbito do SUS

A formação dos trabalhadores de nível técnico é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população, tendo em vista o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das estratégias dos Programas: Saúde da Família; Saúde Bucal, Vigilância em Saúde e ainda as necessidades de formação para o atendimento das metas relativas às prioridades do Pacto pela Saúde.

As ações para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de nível técnico da área da saúde, devem ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços de saúde e o controle social.

As instituições executoras dos processos de formação dos profissionais de nível técnico no âmbito do SUS deverão ser preferencialmente as Escolas Técnicas do SUS/Centros Formadores, Escolas de Saúde Pública (vinculadas à gestão estadual ou municipal) e Escolas de Formação Técnicas Públicas. Outras instituições formadoras poderão ser contempladas, desde que legalmente reconhecidas e habilitadas para a formação de nível técnico. A execução da formação técnica também poderá ser desenvolvida por equipes do Estado/Município em parceria com as Escolas Técnicas. Em todos esses casos as Escolas Técnicas do SUS deverão acompanhar e avaliar a execução da formação pelas instituições executoras.

1. Diretrizes para apresentação de projetos de formação de nível técnico.

Os projetos para a formação dos trabalhadores do nível técnico no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS deverão:

- a) estar contidos nos Planos de Saúde (Estadual, Regional e Municipal) e estar previstos nos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde, conforme o determinado nessa portaria.
- b) ser avaliados pelas Instâncias de Articulação Regional da Educação Permanente em Saúde para o SUS e encaminhados aos Colegiados de Gestão Regional para pactuação, à CIB para homologação contendo:
 - Plano de Curso (elaborado com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico na área de Saúde) abrangendo:

Justificativa;

Objetivo;

Requisito de acesso;

Perfil profissional de conclusão;

Organização curricular ou Matriz curricular para a formação, informando a carga horária total do Curso, discriminação da distribuição da carga horária entre os módulos, unidades temáticas e/ou disciplinas e identificação das modalidades (dispersão ou concentração);

Metodologia pedagógica para formação em serviço e estratégias para acompanhamento das turmas descentralizadas;

Avaliação da Aprendizagem: critérios, detalhamento metodológico e instrumentos;

Critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores, com descrição do processo;

Instalações e equipamentos (descrição dos recursos físicos, materiais e equipamentos necessários à execução do curso, tanto para os momentos de trabalho teórico-prático/concentração quanto para os momentos de prática supervisionada/dispersão);

Pessoal docente e técnico, com descrição da qualificação profissional necessária e forma de seleção;

Aprovação do curso no Conselho Estadual de Educação;

Certificação: informação de que será expedido pela escola responsável Atestado de Conclusão do curso.

Relação nominal e caracterização da equipe técnica responsável pela coordenação do projeto, constituída, no mínimo, por um coordenador geral e um coordenador pedagógico.

- Plano de Execução do Curso. Explicita a forma de organização e operacionalização das atividades educativas previstas, apresentando as seguintes informações:

Municípios abrangidos pelo Projeto;

Número de trabalhadores contemplados pelo Projeto, por município;

Número total de turmas previstas e número de alunos por turma (informar os critérios utilizados para a definição dos números e distribuição de vagas);

Relação nominal dos trabalhadores abrangidos pelo Projeto, organizada em turmas, por Município após a matrícula;

Localização das atividades educativas, por turma, nos momentos de concentração e dispersão (informar critérios utilizados);

Definição e descrição detalhada do material didático pedagógico que será fornecido ao aluno trabalhador;

Planejamento das atividades de acompanhamento das turmas e cronograma de supervisão, com detalhamento das estratégias e metodologias de acompanhamento bem como modalidade de registro;

Prazo e Cronograma de execução detalhado do curso, por turma.

- Plano de Formação Pedagógica para Docentes. Deverá apresentar carga horária mínima de 88h, sendo o módulo inicial de no mínimo 40h, realizado antes do início do curso. O plano de capacitação pedagógica docente deverá apresentar:

Temas abordados;

Estratégias e metodologias utilizadas;

Estratégias de avaliação.

- Planilha de Custos

Deverá apresentar o valor financeiro total do Projeto, detalhando os itens das despesas necessárias à execução do Curso, com memória de cálculo e proposta de cronograma de desembolso.

Anexo III

Relação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde

| Regiões e Unidades da Federação | Número de PEPS |
|--|-----------------------|
| Brasil | 96 |
| Região Norte | 12 |
| Acre | 1 |
| Amazonas | 1 |
| Amapá | 1 |
| Pará | 6 |
| Rondônia | 1 |
| Roraima | 1 |
| Tocantins | 1 |
| Região Nordeste | 23 |
| Alagoas | 1 |
| Bahia | 7 |
| Ceará | 4 |
| Maranhão | 2 |
| Paraíba | 1 |
| Pernambuco | 5 |
| Piauí | 1 |
| Rio Grande do Norte | 1 |
| Sergipe | 1 |
| Região Centro-Oeste | 9 |
| Distrito Federal | 1 |
| Goiás | 5 |
| Mato Grosso | 2 |
| Mato Grosso do Sul | 1 |
| Região Sudeste | 27 |
| Espírito Santo | 1 |
| Minas Gerais | 13 |
| Rio de Janeiro | 5 |
| São Paulo | 8 |
| Região Sul | 25 |
| Paraná | 6 |
| Rio Grande do Sul | 7 |
| Santa Catarina | 12 |

http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23165

Acessado pela última vez em 13/07/2007

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)