

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“A articulação educação-saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde”***

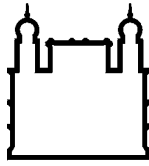
*por*

***Mônica de Rezende***

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiana Wargas de Faria Baptista*

*Rio de Janeiro, março de 2013.*



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta tese, intitulada*

***“A articulação educação-saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais de saúde”***

*apresentada por*

***Mônica de Rezende***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

***Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos***

***Prof.ª Dr.ª Laura Camargo Macruz Feuerwerker***

***Prof.ª Dr.ª Maria Inês Carsalade Martins***

***Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira***

***Prof.ª Dr.ª Tatiana Vargas de Faria Baptista – Orientadora***

*Tese defendida e aprovada em 27 de março de 2013.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

R467 Rezende, Mônica de  
A articulação educação-saúde (AES) no processo de  
formulação das políticas nacionais voltadas para a  
formação de nível superior dos profissionais de saúde. /  
Mônica de Rezende. -- 2013.  
214 f.

Orientador: Baptista, Tatiana Vargas de Faria  
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Política de Saúde. 2. Ação Intersetorial.  
3. Educação. 4. Formação de Recursos Humanos.  
5. Análise de Políticas. I. Título.

CDD – 22.ed. – 378.199

“O espaço social me engloba como um ponto. Mas esse ponto é um ‘ponto de vista’, princípio de uma visão assumida a partir de um ponto situado no espaço social, de uma ‘perspectiva’ definida em sua forma e em seu conteúdo pela posição objetiva a partir da qual é assumida. O espaço social é a realidade primeira e última já que comanda até as representações que os agentes sociais podem ter dele.” (Pierre Bourdieu)

## Agradecimentos

A travessia de doutoramento é um longo percurso; um caminho cheio de obstáculos e descobertas fascinantes, de desvios interessantes com atalhos curiosos, que eu jamais teria conseguido percorrer sozinha. Acredito profundamente que as coisas acontecem a partir das relações que se estabelecem e relações se estabelecem porque coisas acontecem. Ao longo desse grande movimento que ocupou os últimos quatro anos de minha vida, fiz muita coisa; e muitos encontros foram possíveis. Inseri-me em grupos e conheci diversas pessoas, para além daquelas que já faziam parte da minha vida. Inúmeras trocas ocorreram com as quais aprendi um bocado. Todas, de uma forma ou de outra, me ajudaram a completar essa importante jornada. Por isso, agradeço...

- ♥ A cada um dos membros com os quais convivi ou convivo nos grupos profissionais dos quais fiz ou ainda faço parte: a minha turma de doutorado, incluindo alunos e professores; a equipe de coordenação técnica da Rede EAD/SENASP; o Mestrado Profissional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (MPGTES/ENSP), segunda turma, incluindo alunos e equipe de coordenação; a 'Escola de Governo' da ENSP, incluindo as trocas com a 'Rede de Escolas' e com a EAD/ENSP; o grupo de pesquisa "Estado, proteção social e políticas de saúde"; e o grupo de análise de políticas "Construindo caminhos...".
- ♥ Aos professores que participaram da minha banca de qualificação com contribuições valiosíssimas;
- ♥ Àqueles que compartilharam comigo seus conhecimentos e informações e muito contribuíram para apurar meu olhar, chamados de 'informantes-chave', mas que prefiro chamar de 'iluminadores de caminhos' (Henri Jouval Jr., em especial);
- ♥ Àqueles que aceitaram meu convite para serem entrevistados, colaborando imensamente para o desenvolvimento deste estudo;
- ♥ Aos funcionários e trabalhadores da ENSP/FIOCRUZ, da biblioteca e da Livraria ABRASCO, sempre prestativos;

- ♥ Aos meus orientadores, pessoas extremamente generosas e competentes que acreditaram em mim, me motivaram imensamente e estiveram, de jeitos tão diferentes, sempre junto comigo. À Tatiana, agradecimento especial pela acolhida carinhosa, por ter sido tão parceira nessa construção e pelas portas que me abriu;
- ♥ Ao Ruben, que embora se encaixe em alguns dos grupos aos quais agradei preciso mencionar pessoal e especialmente, pelos convites irrecusáveis que me fez, pelos diálogos estabelecidos e pelos ensinamentos proporcionados com tanta generosidade;
- ♥ Aos meus amigos, pelo apoio imenso, por me suportarem nos momentos em que estive tão estranha e por compreenderem meus momentos de sumiço e de tão pouca disponibilidade;
- ♥ Ao povo brasileiro, pela bolsa de estudos paga através do CNPq; e
- ♥ Ao meu povo, minha família: tenho tanto a agradecer, que dedico essa Tese.

*Muito obrigada!*

## Dedicatória

Ao meu querido e eterno orientador, que não pôde me acompanhar presencialmente até o final dessa investida, mas que esteve comigo em todos os momentos deste longo processo, Antenor (*in memoriam*).

Ao meu amado companheiro de todas as horas,  
Fagundes.

Aos meus preciosos pais, Jó e Cristina.

Aos meus meninos grandes, filhotes amados,  
Eduardo, Felipe e Gabriel

Aos meus irmãos (Marcos, Helena e Carolina),  
cunhados (Carla e Henrique) e sobrinhos (Rafael, André,  
João Pedro, Gabriela e Théo), pelas trocas generosas  
produzidas na bela casa de Teresópolis, onde se planta e  
colhe amor diariamente.

## Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar a articulação educação-saúde (AES) no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação dos profissionais de saúde de nível superior. Aproximou-se da epistemologia construcionista como modo de fazer ciência, buscando construir um caminho metodológico que permitisse encontrar respostas para as questões que mobilizaram esta pesquisa, tanto relacionadas ao objeto de estudo quanto às escolhas feitas diante de cada desafio encontrado no exercício da investigação. Optou-se por caracterizar a formação dos profissionais de saúde ('formação') como um campo do qual a AES é elemento estruturante. Guiou-se, inicialmente, por dois conjuntos de questões: (1) como foi se conformando o campo da 'formação', no âmbito federal, até a criação do SUS; com que marcas ele se apresentou na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90, que regulamenta o SUS; e que desafios se colocaram para a AES a partir de então; e (2) Como se deu essa articulação a partir do SUS, no cenário estabelecido; que políticas de 'formação' foram pensadas e formuladas; e que novos desafios surgiram. Operou-se a análise das políticas procurando compreender o movimento delas, considerando-as como textos, mas também como discursos. Assim, buscou-se compreender a interação de seus elementos nas trajetórias traçadas pelos seus diferentes contextos, que não possuem entre si dimensão temporal ou sequencial e podem mesmo ser encontrados uns dentro dos outros: o contexto de influências, o contexto da produção de textos e o contexto da prática. Consideramos a principal contribuição deste estudo a visibilidade dada às continuidades e discontinuidades, tanto da própria AES quanto da relação estabelecida entre os espaços do saber e os serviços de saúde nos processos de formulação das políticas nacionais, tomadas como sendo o 'Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde' (PPREPS), a 'Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde' (NOB/RH-SUS) e as duas versões da 'Política Nacional de Educação Permanente em Saúde' (PNEPS), de 2004 e 2007.

**Palavras-chave:** Política de saúde; Ação Intersetorial; Educação; Formação de Recursos Humanos; Análise de Políticas.



## **Abstract**

This study aimed to discuss the articulation between the Education and Health areas ("articulação educação-saúde" / AES) in the formulation of national policies for health professional's higher education in Brazil. The following policies were considered: the 'Strategic Preparation of Health Personnel's Program' (PPREPS), the 'National Policy of Human Resources for Health' (NOB/RH-SUS) and the two versions of 'National Policy of Permanent Health Education' (PNEPS) – 2004 and 2007. The education of health professionals was considered like a field that has the AES as its structuring element. We approached the constructionist epistemology as a methodological path that allows finding answers to our research questions related to the object of study and others faced during the course of the investigation. Two sets of questions guided this research: (1) How was constituted the field of health professionals education ('formation') at the federal level, before the implementation of the Public Health System, SUS?; Which traces were incorporated to this field by the Brazilian Federal Constitution (1988) and the Public Health System legislation (Law 8080/90)?; What are the challenges to the health professionals education since the new Constitution and Health Legislation?; and (2) How have been articulated the autonomous/ specific fields of Health and Education within the new Public Health System, SUS?; What new policies, aimed at health professional's higher education, were conceived and formulated?; What new challenges have emerged thereafter? During the analytical process, the policies were considered as texts and as discourse. The AES were analyzed in the formulation of health professional education's policies seeking the understanding of their processes and consequences. This involved the comprehension of the interaction of its elements in their trajectories traced in different contexts: "the context of influences", "the context of text production" and "the context of practice". These contexts have neither temporal nor sequential relation among themselves. The main contribution of this study was to give visibility to the continuities and discontinuities of the AES and the relationship between the production of knowledge and the health services in the formulation of health professional's education policies.

**Keywords:** Health Policy; Intersectorial Action; Education; Human Resources Formation; Policy Analysis

## Índice

Resumo .....	8
Abstract .....	9
Lista de Siglas e Abreviações .....	11
Lista de Quadros .....	14
Introdução .....	15
Capítulo 1: A conformação do campo da ‘formação’: aspectos político-institucionais e construções epistemológicas .....	29
1.1. Assuntos/problemas em pauta na 4ª Conferência Nacional de Saúde .....	49
Planejamento.....	50
Qualificação do pessoal de saúde pública.....	63
Integração / cooperação educação-saúde.....	74
Capítulo 2: A entrada da ‘formação’ na agenda decisória do governo federal .....	78
2.1. O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) .....	94
Capítulo 3: A AES no contexto da Reforma Sanitária Brasileira .....	104
3.1. Os caminhos até o SUS .....	107
3.2. A Década de 1990 e a NOB/RH-SUS .....	129
Capítulo 4: O retorno da ‘formação’ para a agenda decisória do governo federal .....	147
4.1. Os desafios do PSF e a AES no Governo FHC.....	151
4.2. A ‘formação’ e as estratégias de AES no Governo Lula .....	164
A SGTES e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) .....	165
A nova versão da PNEPS e a parceria com o Ministério da Educação .....	178
Considerações Finais .....	189
Referências Bibliográficas.....	195
ANEXO 1 - Relação dos entrevistados e inserção institucional que nos fez buscá-los para contribuir para a pesquisa.....	207
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	208
ANEXO 3 - Linha do Tempo.....	209
ANEXO 4 - Listagem de expositores da 4CNS e os assuntos abordados .....	210
ANEXO 5 – Conteúdo da 7CNS relacionado à formação de recursos humanos .....	211
ANEXO 6 – Temas abordados nos Cadernos RH Saúde (vol.3, mar. 2006) .....	213

## **Lista de Siglas e Abreviações**

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica  
ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
'Acordo' - Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de RH para a Saúde  
AES - articulação educação-saúde  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
APS - Atenção Primária em Saúde  
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CDS - Conselho de Desenvolvimento Social  
Cebes - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CES - Câmara da Educação Superior  
CF88 - Constituição Federal de 1988  
CGPRH - Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos  
CGR - Colegiados de Gestão Regional  
CIB - Comissão Intergestora Bipartite  
CIES - Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço  
CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas  
CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento  
CIRH - Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos  
CNE - Conselho Nacional de Educação  
CNRH - Centro Nacional de Recursos Humanos  
CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária  
CNRHS - Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
COC - Casa de Oswaldo Cruz  
CONASP - Conselho Nacional de Assistência à Saúde da Previdência Social  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
Crub - Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras  
DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais  
DEGERTS - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde  
DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
EPS - Educação Permanente em Saúde

FHC – [Presidente/governo] Fernando Henrique Cardoso  
FNEPAS - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde  
GIT - Grupo Interministerial de Trabalho  
HUE - Hospitais Universitários de Ensino  
IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões  
IDA - Integração docente-assistencial  
IES - Instituições de Ensino Superior  
IMS - Instituto de Medicina Social  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira/MEC  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicado  
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
LOS - Leis Orgânicas da Saúde  
MEC - Ministério da Educação e Cultura  
MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública  
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS - Ministérios da Saúde  
MTIC - Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio  
NOB - Norma Operacional do SUS  
NOB/RH-SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos  
OEA - Organização dos Estados Americanos  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde  
PACS - Programa de Agentes Comunitários em Saúde  
PAREPS - Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde  
PEC - Programa de extensão de cobertura  
PEPPE - Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológica  
PEPS - Pólos de Educação Permanente em Saúde  
PESES - Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde  
PET-Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
PET - Programa de Educação Tutorial / Ministério da Educação  
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PITS - Programa de Interiorização do Trabalhador de Saúde  
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PND - Plano Nacional de Desenvolvimento  
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde  
PREVSAÚDE - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde  
PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina  
PROSOVI - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Social  
PSF - Programa Saúde da Família  
PT - Partido dos Trabalhadores  
RSB - Reforma Sanitária Brasileira  
SEPLAN - Secretaria de Planejamento da Presidência da República  
SES - Secretaria Estadual de Saúde  
SESu - Secretaria da Educação Superior  
SETEC - Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica  
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
SINAES - Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior  
SPS - Secretaria de Política de Saúde/Ministério da Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
UISS - Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho'  
UnB - Universidade de Brasília  
UNE - União Nacional dos Estudantes  
VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do SUS  
4CNS - 4ª Conferência Nacional de Saúde  
5CNS - 5ª Conferência Nacional de Saúde  
6CNS - 6ª Conferência Nacional de Saúde  
7CNS - 7ª Conferência Nacional de Saúde  
8CNS - 8ª Conferência Nacional de Saúde  
10CNS - 10ª Conferência Nacional de Saúde  
11CNS - 11ª Conferência Nacional de Saúde  
12CNS - 12ª Conferência Nacional de Saúde  
1CNRHS - 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde  
3CNGTES - 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

## Lista de Quadros

**Quadro 1:** Responsabilidades atribuídas, na 4CNS, ao MEC e Ministério da Saúde ..... 75

**Quadro 2:** Temas e questões sobre formação de recursos humanos abordados na 5CNS  
..... 108

**Quadro 3:** Princípios relacionados com a política de recursos humanos apontados  
como aqueles que deveriam reger o novo Sistema Nacional de Saúde na 8CNS..... 118

**Quadro 4:** Principais pontos abordados na 7CNS em relação à política de recursos  
humanos em saúde.....211

## Introdução

O objetivo inicial, que mobilizou a realização deste estudo foi analisar a articulação entre as áreas de educação e saúde no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais da saúde, no período de 1990 a 2010, ou seja, no âmbito do SUS.

No movimento de investigar a trajetória histórica da problemática da ‘formação dos profissionais de saúde no Brasil’, doravante referido como ‘formação’, buscando os elementos envolvidos, tanto nos seus processos político-institucionais (organização e interações) quanto nas construções epistemológicas (saberes que se constituíam), pudemos perceber que essa trajetória permitia admiti-la como se fosse um campo, tal como o define a obra de Bourdieu: *“uma esfera da vida social, que se autonomizou progressivamente através da história, em torno das relações sociais, de conteúdos, de recursos próprios, diferentes dos de outros campos”* (Corcuff, 2001, p.53). Como um campo de forças e lutas, marcado por uma distribuição desigual de recursos e por disputas para manter ou transformar a relação de forças estabelecida, no qual estão inseridos agentes e instituições que realizam suas produções culturais (literária, artística, jurídica ou científica), relacionados entre si e a um determinado contexto social (Bourdieu, 1997).

Ao admitir a ‘formação’ como um campo, tornou-se importante buscar compreendê-lo. A partir de que circunstâncias e em torno de que questões a ‘formação’ foi se diferenciando (se autonomizando) e ganhando contornos próprios; quem eram os agentes que estavam criando os espaços e construindo os fatos; que posições eles ocupavam nos diversos momentos; que relações objetivas se estabeleciam entre eles; e que possibilidades e impossibilidades eram definidas a partir dos posicionamentos e relacionamentos estabelecidos.

Isso nos remeteu à década de 1960, quando a problemática da ‘formação’ começou a ganhar peso no país, no contexto da discussão do planejamento da administração e das atividades de saúde, que vinculava as questões da saúde às do desenvolvimento econômico e social. Era um cenário marcado, também, pela concepção produtivista da educação, que tinha como parte de seu acervo teórico as teorias do capital humano, nas quais os trabalhadores e a sua capacidade de trabalho

eram considerados como um dos recursos-chave a serem mobilizados na empreitada desenvolvimentista.

Diante de todo esse processo inicial de revisão da construção do nosso objeto de pesquisa, ampliamos o período de delimitação do estudo, que passou a ser desde a 4<sup>ª</sup> Conferência Nacional de Saúde (4CNS), em 1967, assinalada por nós como um marcador para a conformação do campo, até 2010, considerando o encerramento do Governo Lula. Além disso, elaboramos nossa base argumentativa: a articulação educação-saúde (AES) é elemento estruturante do campo da 'Formação', que se constituiu desde antes da criação do SUS, mostrou-se importante para a própria construção da reforma sanitária brasileira, realizada no final da década de 1980, e seguiu se reproduzindo diante dos inúmeros desafios que tal reforma ajudou a criar.

O olhar para a AES como elemento estruturante do campo da 'Formação' se fundamentou na afirmativa de Bourdieu (1997) de que as relações objetivas são constitutivas da estrutura do campo. Ao buscar entender quem eram os agentes em questão, que posições eles ocupavam e que relações se estabeleciam entre eles pudemos identificar o alto grau de entrelaçamento dos elementos da educação e saúde que o campo da 'formação' carrega em si, desde quando começou a se consolidar, a partir da assunção da saúde para si de uma problemática que, até então, encontrava-se totalmente no escopo da educação.

Explicando melhor: a formação de profissionais sempre foi uma questão da educação. O que vai produzir uma arena na qual as lutas e disputas serão traçadas é a percepção e valorização, por parte dos agentes da saúde, da associação entre essa formação e o desempenho do sistema de saúde. Isso trouxe para o foco as especificidades da formação dos profissionais que atuam nessa área e a necessidade de se trabalhar sobre elas. Este campo emerge, portanto, da interação entre os agentes da educação envolvidos com as questões da saúde e os agentes da saúde envolvidos com os processos educacionais / formativos, num arranjo de tal forma imbricado, que muitas vezes torna-se difícil distinguir um grupo do outro.

Assim, podemos justificar o olhar desde as produções da saúde pelo argumento de que a formação dos profissionais de saúde não é uma temática que encerra-se em



si mesma. Ao contrário, é nítido o caráter recursivo<sup>1</sup> que incide sobre a visão dela como um elemento fundamental para a garantia da qualidade da atenção à saúde.

É importante relatar que esse processo inicial de reconstrução do nosso objeto de estudo nos fez abandonar nossos pressupostos do projeto de pesquisa, tendo em vista que eles se baseavam no referencial teórico da intersectorialidade.

Num primeiro momento, ao olharmos para as questões que nos motivaram a desenvolver esse estudo, consideramos a formação de profissionais como uma questão do setor educação e os profissionais de saúde como um elemento do setor saúde. Diante disso, tratar da formação dos profissionais de saúde significava lidar com um espaço de interseção considerado intersectorial. Na construção do projeto, seguimos essa linha.

Entretanto, no exercício de deixar interagir nossas ousadias e habilidades criativas com o que conseguimos apreender do referencial teórico disponível, empenhando considerável esforço sistemático de crítica<sup>2</sup>, percebemos o quão mais interessante nos parecia olhar para as relações no campo para além da divisão entre setores governamentais. Ao considerarmos a articulação educação-saúde como uma construção que se realiza primeiro dentro de cada agente do campo, a partir da sua inserção institucional e do processo de constituição do seu próprio fazer profissional, expressando-se em seguida nos atos e fatos que eles constroem, nos vimos estimulados a construir uma abordagem capaz de dar visibilidade a essa trama de relações que está por trás da formulação das normas e textos legais: das Leis, Decretos e Portarias, etc. Abordagem capaz de permitir a compreensão dos debates e interações estabelecidos, que muitas vezes saem das agendas dos governos e depois voltam... E saem novamente... Mas que continuam acontecendo, produzindo as continuidades e descontinuidades nos discursos das políticas.

Neste processo de construir um caminho metodológico, partimos do pressuposto apresentado por Ball (1994) de que as políticas – compreendidas em sua complexidade e caracterizadas por elementos instáveis e contraditórios – estão em permanente movimento através do tempo e do espaço, delineando uma trajetória e

---

<sup>1</sup> Referência ao caráter recursivo da vida social trabalhado por Giddens (2003). Trata dos processos de rotinização presentes na vida cotidiana. Ou seja, da reprodução crônica da conduta social, através do tempo e espaço, que se expressa na manutenção de práticas e, também, nos discursos e narrativas

<sup>22</sup> Processo denominado por Mattos (2011) como construção do objeto.

mantendo sempre um grau de incerteza sobre onde vai “chegar”. Contudo, o desfecho de cada política, vislumbrado a partir do olhar para o processo de implementação, não nos interessou. Restringimo-nos às questões que estavam em jogo enquanto elas eram formuladas. Principalmente, que grupos estavam envolvidos e quais os objetos de disputa, as apostas feitas, as estratégias utilizadas e os desdobramentos desse processo para o campo da ‘Formação’ e para a AES.

Vale destacar que enxergamos a formulação e implementação das políticas como processos e não como etapas, como sugere a compreensão tradicional do ciclo das políticas que o divide, grosso modo, em: formação da agenda, formulação da política, implementação e avaliação dos resultados. O rompimento, proposto por Ball e Bowe (1992), com a noção de que as políticas possuem um padrão sistematizado de etapas, que em última instância servem para organizar a análise dos processos políticos, deve-se à compreensão de que esses processos ocorrem desordenadamente ao longo da trajetória de movimento das políticas. Tal movimento envolve a interação dos elementos da política, em diferentes contextos, inter-relacionados, mas que não possuem entre si dimensão temporal ou sequencial e podem mesmo ser encontrados uns dentro dos outros: o contexto de influências, o contexto da produção de textos e o contexto da prática.

O contexto da influência é aquele no qual os discursos políticos que servem de base para a política são construídos. No qual as políticas ou o pensamento sobre as políticas, são ou podem ser formados e/ou transformados, a partir da ação política. É neste contexto que os grupos de interesse e as redes sociais operam, dentro e em torno de partidos políticos, do governo e do processo legislativo, buscando adquirir apoio para seus argumentos e legitimidade para seus conceitos e soluções propostas para os problemas sociais destacados. Neste contexto estão envolvidas, também, as influências globais e internacionais que podem ser entendidas tanto pelo fluxo de ideias por meio de redes políticas e sociais que envolvem a circulação internacional de ideias, o processo de “empréstimo de políticas” e os grupos e indivíduos que “vendem” suas soluções no mercado político e acadêmico quanto pelo patrocínio e, em alguns aspectos, pela imposição de algumas “soluções” oferecidas e recomendadas por agências multilaterais (Banco Mundial, UNESCO, FMI, entre outros).

No contexto da produção de textos são elaborados os diversos textos políticos que representam as políticas. Geralmente, estão articulados com a linguagem do interesse público mais geral e podem tomar várias formas, dentre elas: os textos legais oficiais e textos políticos, comentários formais e informais sobre os textos oficiais, pronunciamentos oficiais, vídeos, entre outros. São resultado de disputas e acordos produzidos por grupos que atuam dentro dos diferentes lugares da produção de textos e que competem pelo controle das representações da política, possuindo uma relação simbiótica com o contexto de influência, porém não evidente ou simples, ao passo que o contexto de influência está frequentemente relacionado com interesses mais estreitos e ideologias dogmáticas. Desta forma, os textos políticos não mantêm, necessariamente, clareza e coerência interna, podem ser contraditórios e utilizar os termos-chave da política de modo diverso, e precisam ser lidos com relação ao tempo e ao local específico de sua produção, tendo em vista que não são feitos nem finalizadas no momento legislativo.

O contexto da prática é como uma arena de conflitos e contestação, que envolve a interpretação e a tradução dos textos para a realidade, tal como ela é vista pelos 'leitores'. Um dos aspectos que evidenciam isso e ajudam a compreender a singularidade da maneira como a política é estruturada em cada instituição é a necessidade de interação de uma nova política com aquelas existentes e, portanto, presentes anteriormente no contexto da prática, tendo em vista que políticas diferentes, muitas vezes, solicitam que ações diversas sejam realizadas simultaneamente. Outro aspecto refere-se à base material da interpretação da política – verbas, infra-estrutura, etc. Tal interpretação envolve distribuição de recursos que interfere na tradução das políticas e nas relações estabelecidas.

Trabalhamos com a noção apresentada por Ball (1994), que afirma a “política como texto”, mas também como discurso.

Como texto, as políticas são mediações; são codificadas de formas complexas a partir de embates, acordos e interpretações e reinterpretções por parte das autoridades públicas, e decodificadas, também de maneiras complexas, pela interpretação por parte dos agentes envolvidos, atribuindo significados em função de suas histórias, experiências e possibilidades. Isso significa admitir a política como um

produto inacabado de esforços coletivos em múltiplos níveis de interpretação e tradução.

Entretanto, para além de seu aspecto formal de enunciado oficial, a política é uma prática social de embates e conflitos de interesses, posições e percepções do mundo que produz acordos momentâneos e dinâmicos e que, em última instância, expressam uma forma historicamente construída de reprodução da sociedade (Baptista e Mattos, 2011). É resultado de uma disputa de poderes, pelo controle de bens (recursos) e de discursos, em termos de vantagens e legitimidade sociais, que ocorrem inseridas numa determinada conjuntura histórica. Como resultado, há o predomínio de um discurso sobre os demais, que aponta para certas possibilidades de pensamentos (ideias, conceitos) e caminhos, e exclui outras. Exclui do discurso oficial, mas não do cotidiano das instituições e das práticas.

O foco da pesquisa nas políticas públicas nos levou a pensar nos espaços institucionalizados como elemento fundamental do processo político. Os discursos presentes, as percepções e interpretações dos problemas sociais e textos políticos, assim como sua elaboração, ocorrem num ambiente institucional, que inclui não apenas as organizações e suas regras ou convenções, mas também os sistemas de símbolos, os esquemas cognitivos e os modelos morais que fornecem “padrões de significação” que guiam a ação humana. Nesta perspectiva, *“a identidade e a imagem de si dos atores sociais são elas mesmas vistas como sendo constituídas a partir de formas, imagens e signos institucionais fornecidos pela vida social”* (Hall e Taylor, 2003, p.210). Assim, as instituições especificam o que se deve fazer e, também, o que se pode imaginar fazer numa dada conjuntura, estruturando as interações sociais e engendrando situações políticas que elucidam tanto os conflitos entre os diferentes grupos de interesse quanto às escolhas estratégicas adotadas por eles.

Para além do foco na ação das instituições governamentais, consideramos as diferentes formas de relação e interação existente com outras instituições e grupos da sociedade. Buscamos identificá-los, bem como a seus interesses, pelo menos os explícitos, tentando compreender seu envolvimento na formulação das políticas e suas influências sobre a agenda do governo federal, tendo em vista nosso olhar específico para as políticas nacionais.

Foi-nos bastante útil o conceito de agenda tal como apresentado por Kingdon (1995) em seu estudo sobre o processo de conformação da agenda<sup>3</sup> (“*the agenda-setting process*”) e de especificação de alternativas de solução para os problemas da agenda, a partir das quais uma escolha deve ser feita. Segundo o autor, o conceito de agenda, refere-se a ‘*uma lista de assuntos ou problemas aos quais os funcionários do governo e pessoas de fora do governo, porém intimamente associadas a estes funcionários, estão dedicando alguma atenção séria em um dado momento qualquer*’<sup>4</sup>.

Kingdon considera que ‘*o processo de conformação da agenda restringe o conjunto de assuntos/problemas possíveis para um conjunto que, na realidade, se torna o foco da atenção dos governos*’<sup>5</sup> (p. 3). Neste sentido, reconhece a existência de diferenças nas listas das distintas partes do governo e distingue as agendas mais amplas, como da presidência do país, que contém os “maiores itens”, como por exemplo, as crises internacionais e o modelo econômico, das agendas especializadas, mais específicas, como as agendas setoriais. Diferencia, também, a ‘agenda de governo’ (ou governamental), que contém os assuntos/problemas que estão recebendo atenção, da ‘agenda de decisão’ (ou decisória), que significa a lista de assuntos/problemas contidos na agenda de governo que “estão prontos”<sup>6</sup> para a tomada de decisão, ou melhor, para tornarem-se políticas públicas, demonstrando que são afetadas por diferentes processos.

Identificar os momentos nos quais a problemática da ‘formação’ foi priorizada pelos governos a ponto de tornarem-se políticas públicas fez parte do estudo do movimento das políticas. Procuramos compreender os elementos que influenciaram tal priorização, porém, sem fazer uso do método desenvolvido e proposto por Kingdon.

---

<sup>3</sup> Tradução nossa em função do que Kingdon aponta como sendo esse processo, que é mais que definição da agenda: é configurar a agenda, tornando-a conforme; conciliando e adequando interesses.

<sup>4</sup> Tradução nossa. Texto original: “*The agenda, as I conceive of it, is the list of subjects or problems to which governmental officials, and people outside of government closely associated with those officials, are paying some serious attention at any given time.*” (Kingdon, 1995, p. 3)

<sup>5</sup> Tradução nossa. Texto original: “*The agenda-setting process narrows this set of conceivable subjects to the set that actually becomes the focus of attention.*” (Kingdon, 1995, p. 3)

<sup>6</sup> As aspas foram colocadas por nós, tendo em vista que os assuntos/problemas não ficam prontos, mas são destacados por escolha dos atores envolvidos, com base nos interesses e acordos produzidos no processo político das políticas.

Para justificar tal decisão, nos aproximamos da epistemologia construcionista<sup>7</sup> como modo de fazer ciência e procuramos o tempo inteiro respostas para nossas próprias questões, relacionadas não apenas ao nosso objeto de estudo, mas também às escolhas que fazíamos diante de cada desafio encontrado no exercício da investigação. Sentimo-nos livres para pensar, criar e construir nosso caminho metodológico, porém cientes da responsabilidade que tal liberdade imprime ao nosso percurso, demandando imenso rigor autocrítico, que buscamos expressar ao longo de todo esse trabalho.

Em relação às nossas questões de pesquisa, podemos dividir esse estudo em duas partes, que não apresentam relação direta com a divisão dos capítulos.

Na primeira parte, fomos guiados pela tentativa de entender como o campo da ‘formação’ foi se conformando, no âmbito federal, até a criação do SUS; com que marcas ele se apresentou na Constituição Federal de 1988 (CF88) e na Lei 8080/90, que regulamenta o SUS; e que desafios se colocaram para a articulação educação-saúde a partir de então.

Para tanto, optamos pelo exame crítico detalhado dos Relatórios finais e/ou Anais das oito Conferências Nacionais de Saúde, que aconteceram no período entre 1941 e 1986, quando existentes<sup>8</sup>, incluindo a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1CNRHS). Foram examinados também, na mesma perspectiva de buscar reconhecer o que vinha ou não se conformando como AES, os documentos relacionados ao ‘Acordo para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde’, estabelecido a partir de 1973 entre o governo brasileiro e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e as Leis Orgânicas da Saúde (LOS 8080/90 e 8142/90).

A opção pelos textos das conferências deveu-se a um conjunto de fatores. Um deles foi o fato destes documentos expressarem as agendas governamentais, na esfera federal, relacionadas à área da saúde, o que permitiu o reconhecimento dos seus movimentos com o passar dos anos. Outro referiu-se à busca de ‘pistas’ sobre um possível discurso oficial sobre ‘Formação’ no âmbito destas Conferências. Um terceiro fator, porém não menos importante, foi a procura do entendimento da articulação

---

<sup>7</sup> SPINK, Mary J. ; MENEGON, Vera Mincoff. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, Mary Jane. (org). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. São Paulo, Cortez, 2004. P.63-92.

<sup>8</sup> 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde não possuem Anais nem Relatórios.

com a educação na discussão da temática, mesmo cientes de que é um olhar desde o espaço da saúde.

Vale considerar que apenas a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8CNS) as conferências passaram a contar com a participação da sociedade organizada. Até então, caracterizavam-se como encontros técnicos produzidos pelos governos, restritos à participação de convidados. Dessa forma, os documentos oficiais produzidos nestes eventos, apontavam o discurso daqueles que estavam, naquele determinado momento, no poder e que, portanto, falavam de suas ações tal como idealizadas, na perspectiva de suas boas intenções, o que de certo modo abafava as disputas existentes. Ou seja, faltavam críticas nos documentos. O discurso carecia de superposição de diferentes olhares, dando a falsa impressão de que viemos, ao longo da trajetória histórica do país, evoluindo, num crescente de aprimoramentos e realizações bem sucedidas.

Sendo assim, o fato de trabalharmos debruçados no discurso oficial, com base nos relatórios finais e Anais das conferências nacionais de saúde, nos obrigou a explorar os textos e acontecimentos das Conferências com bastante cuidado, buscando, na literatura científica, a análise de outros pesquisadores e a compreensão de outros acontecimentos importantes que marcaram o período correspondente. O atravessamento de duas ditaduras (Estado Novo e Golpe Militar) e o movimento pela reforma sanitária no escopo da luta pela democratização do país são bons exemplos.

Na segunda parte do estudo, o conjunto de questões que nos conduziu, considerando as marcas com as quais o campo chegou ao SUS e os desafios colocados, foi: como se deu a AES a partir de então; que políticas de 'formação' foram pensadas e formuladas; que novos desafios surgiram.

Na linha que vínhamos trabalhando anteriormente, analisamos os relatórios finais das conferências nacionais que se mostraram relevantes, tendo em vista os documentos produzidos para as conferências específicas de recursos humanos e a força que a problemática adquiriu nos espaços institucionalizados dentro do governo ou fora dele, ampliando bastante a disponibilidade de textos políticos e referências bibliográficas sobre as políticas adotadas. A análise destes textos e documentos, por serem específicos sobre a temática da 'formação', exigiram outro tratamento, diferente da análise na primeira parte do estudo. Neste momento, não se mostrou

importante seguir buscando reconhecer a existência de um campo, mas como o debate existente em torno da AES estava refletido.

Em ambas as partes do estudo, a apuração do olhar crítico foi favorecida pelo conjunto de entrevistas realizadas com alguns agentes-chave dos grupos reconhecidos, que atuaram no campo em distintos momentos de sua trajetória histórica. Convidamos a participar agentes dos diversos grupos, mas nem todos aceitaram o convite. A lista com os nomes e inserção institucional dos entrevistados encontra-se no Anexo 1, tendo em vista que todos autorizaram, por intermédio do 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido'<sup>9</sup> (Anexo 2), a divulgação de seus dados pessoais.

As entrevistas foram realizadas com o objetivo de conduzir os entrevistados à reflexão sobre as escolhas que fizeram ao invés de defenderem o que foi feito. Ou seja, sobre o que foi feito e porque foi feito. Pensarem sobre as alternativas que haviam e como foram construídas as escolhas; que nível de diálogo foi estabelecido entre educação e saúde e como estava esse diálogo antes. Para isso, foram guiadas por uma questão inicial aberta (como você localiza a articulação educação-saúde na sua trajetória profissional?), pontuada por outras questões estabelecidas caso a caso, em função da participação estudada de cada um desses agentes nos processos das políticas e dos elementos trazidos por eles ao falarem de suas trajetórias. Desta forma, buscamos acessar a "capacidade reflexiva" (ou "reflexividade") destes sujeitos políticos, indagando sobre questões que nos permitiram entender melhor as respostas que estávamos construindo para nossas perguntas.

Acreditamos ser uma tarefa bastante complexa conseguir resgatar acontecimentos, ações e intenções de ações na memória dos agentes, após tanto tempo, considerando que, em alguns casos, estávamos falando da década de 1960. Contudo, conforme apontado por Giddens (2003), o cunho recursivo da vida social encontra-se no escopo da constituição da vida cotidiana, de caráter rotinizado, que permite a reprodução crônica das formas de conduta social através do tempo e do espaço. Assim, devido à manutenção de práticas que se repetem, recriadas rotineira e continuamente pelos agentes implicados, a reflexividade se torna possível.

---

<sup>9</sup> A pesquisa obedeceu às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.



Vale frisar, entretanto, que em momento algum saímos em busca de uma “verdade” dos fatos. Optamos pelo pensamento sobre a ciência que nos incita a tratá-la como um modo de produzir narrativas, de conversar e construir argumentos<sup>10</sup>. Com essa perspectiva realizamos e analisamos as entrevistas, atentos também ao que Giddens descreve como “consequências impremeditadas da ação” (2003, p.XXXV), que se caracterizam como eventos que acontecem em função da atuação dos agentes, sem que eles tenham tido intenção de produzir.

De acordo com o autor, tais consequências só podem ser empiricamente apreendidas de forma adequada se os aspectos premeditados ou intencionais da ação forem identificados. Assim, propõe o foco da reflexão nas decorrências do que foi feito, em contraste com o que foi feito, trazendo para o estudo a complexidade “*do fato de um ato aparentemente trivial poder deflagrar eventos cada vez mais distanciados dele no tempo e no espaço*” (Giddens, 2003, p. 13).

A perspectiva de explorar a reflexividade dos entrevistados olhando para as consequências premeditadas e impremeditadas de suas ações nos permitiu identificar construções e rupturas que foram ocorrendo nos discursos das políticas e em outros elementos constitutivos de seus contextos (da produção de textos, da influência e da prática), que os documentos e textos analisados não exploraram e, portanto, não possibilitaram aprofundar, tais como: dinâmica de relações, situações institucionais, ação política e estratégias.

Outro recurso metodológico que nos apoiou no desenvolvimento da pesquisa, por auxiliar na compreensão do movimento do campo e da AES, foi a elaboração de uma linha do tempo (Anexo 3), construída a partir dos acontecimentos ocorridos no período que caracterizou-se como a segunda parte do estudo (anos 1990 até 2010).

O intuito ao traçar este registro cronológico foi dimensionar o conjunto das ações realizadas no período e tentar obter um esboço do cenário no qual as políticas se inseriram a partir do estabelecimento de relações entre os acontecimentos. Interessou-nos buscar a relação das políticas mais antigas com as mais recentes, sem, no entanto, procurar um senso de continuidade entre elas. Ao contrário, nos

---

<sup>10</sup> Abordagem construcionista apresentada por Mattos (2011). MATTOS, R. A. Ciência, Metodologia e Trabalho Científico (ou Tentando escapar dos horrores metodológicos). In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.) Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.20-51. Online: disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

interessou a perspectiva dialética da natureza do progresso, apresentada por Canguillem (Machado, 1981, p.34/35<sup>11</sup>), que valoriza as discontinuidades; as rupturas sucessivas e parciais que vão ocorrendo nos discursos destas políticas, produzindo novas condições de possibilidade. Ou seja, permitindo que novas políticas aconteçam como tal.

A análise de todo esse material identificado e produzido nos conduziu à escolha de tratar como as políticas nacionais voltadas para a formação dos profissionais de saúde, incluindo os de nível superior, focos deste estudo: o ‘Programa de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde’ (PPREPS), instituído em 1975; a NOB/RH-SUS (‘Princípios e Diretrizes para Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para a Saúde’), debatida ao longo de toda a década de 1990 e homologada como ‘Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde’ em 2003; e a ‘Política Nacional de Educação Permanente em Saúde’ (PNEPS), nas suas duas versões, de 2004 e 2007.

Os argumentos que nos levaram a esse entendimento estão explicitados e desenvolvidos ao longo dos quatro capítulos que compõem a estrutura desta Tese.

No primeiro capítulo, tratamos de entender o surgimento da problemática da ‘formação’; os agentes sociais e as institucionalidades diretamente envolvidos nesse debate inicial. Identificamos a realização da 4CNS, em 1967, como primeiro marco importante da conformação deste campo, numa conjuntura em que a entrada da formação na agenda do governo federal, no sentido de preparação de recursos humanos, não se restringia à área da saúde. Mostrou-se curioso o apagamento produzido em torno dessa conferência, muito pouco citada nos diversos textos que tratam desta temática e mesmo nas entrevistas. Isso nos conduziu a analisar com cuidado seu conteúdo, trazendo à tona o que estava sendo dito naquele cenário marcado pela Guerra Fria internacional, com intensa disputa no processo de elaboração das soluções a serem adotadas nos países em desenvolvimento e pela ditadura militar brasileira, às vésperas do seu momento mais rigoroso.

A forte influência da OPAS nos encaminhamentos internos dados aos nossos problemas é aprofundada no segundo capítulo, que aponta a perspectiva do planejamento nacional de saúde ofertada aos países em desenvolvimento e a

---

<sup>11</sup> MACHADO, R. Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

prioridade que a formação de recursos humanos ganha neste contexto. O 'Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil', firmado em 1973 entre a OPAS e o governo federal brasileiro, representado no primeiro momento pelos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura, é a base institucional para a formulação do PPREPS. Essa política marcou a entrada da 'formação' para a agenda decisória do governo federal e apresentou a Integração Docente-Assistencial (IDA) como uma alternativa com potencial para promover as mudanças necessárias nos modelos médico-assistencial e de formação vigentes, aproximando-os dos interesses de saúde da população.

O terceiro capítulo apresenta as possibilidades de AES no contexto da reforma sanitária brasileira. Tanto no processo de construção dos caminhos até o SUS, num contexto de batalha pela redemocratização do país e pelo fortalecimento da Saúde Coletiva, quanto no movimento de consolidação institucional do novo sistema de saúde, inserido numa conjuntura de disputa com a agenda da Reforma do Estado. Na primeira parte do capítulo, evidencia-se a complexificação da agenda da área da saúde, que de alguma forma rompe a AES estabelecida anteriormente, que se dava principalmente em torno das questões da Educação Médica, de interesse do MEC, como parte de um movimento de insulamento da saúde, que assume a missão da intersetorialidade. Na segunda parte, a criação e atuação da Rede Unida denuncia as compreensões distintas sobre o processo de produção da mudança na formação e sobre a própria noção de formação presente nos diferentes grupos formuladores das políticas e permite uma arena por fora da agenda do governo para ampliação do debate, tendo em vista que na área de recursos humanos, a preocupação do Conselho Nacional de Saúde priorizava a problemática trabalhista, atuando na formulação da NOB/RH-SUS.

Finalmente, o quarto capítulo aborda o retorno da 'formação' para a agenda decisória do governo federal por intermédio do Programa Saúde da Família, assumido, em diferentes perspectivas pelos governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (FHC) e Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), como estratégico para a edificação de um novo modelo assistencial e de cuidado à saúde no âmbito do SUS. Uma reviravolta se apresenta no campo. O que era considerado como formação de recursos humanos passa a ser chamado de 'Gestão da Educação na Saúde' e ganha, ao lado da 'Gestão do

Trabalho' um importante espaço institucional no alto escalão do Ministério da Saúde: a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Novas possibilidades de AES se estabelecem. Diferentes gestões (2003-2005 e 2005-2010), lideradas por distintos partidos políticos e, aparentemente, uma mesma política: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Mesma política apenas no nome, dados os teores radicalmente diversos das duas versões da PNEPS, de 2004 e 2007.

Nossa perspectiva de abordar o movimento das políticas nos permitiu identificar o que se constituiu como articulação educação-saúde, extrapolando o institucional-legal. Permitiu-nos buscar, nas discussões interinas ocorridas no âmbito de tal articulação, as continuidades e discontinuidades na trajetória do campo da 'formação'. Esbarramos em nossos limites; deixamos de aprofundar questões importantes e ficaram em aberto outras que merecem novos estudos. Contudo, não tivemos em momento algum a pretensão de esgotar a temática, mas tão somente apresentar contribuições para o debate.

## Capítulo 1: A conformação do campo da ‘formação’: aspectos político-institucionais e construções epistemológicas

Considerando que o campo é estruturado pelos agentes e pelas “*relações objetivas*” estabelecidas entre eles (Bourdieu, 1997), e que para que possamos minimamente entender as possibilidades e impossibilidades dessas relações precisamos identificar os agentes engajados e as posições que ocupam nesse campo, torna-se interessante apontar, para início de conversa, os atores sociais e as institucionalidades diretamente envolvidos nesse debate.

Contudo, como esse debate não permanece o mesmo com o passar do tempo nem é estabelecido constantemente pelos mesmos agentes, optamos por identificar, inicialmente, os grupos e institucionalidades envolvidos neste primeiro momento, que estamos considerando como sendo o momento de conformação deste campo.

Ao partir de uma visão macro, podemos afirmar – já que estamos estudando o processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação dos profissionais da saúde – que os agentes que compõem esse campo estão debatendo, de alguma maneira, com os setores governamentais ligados à educação e à saúde.

Dada a dificuldade de encontrar uma definição clara e unívoca para o termo, estamos considerando ‘setores governamentais’ como aqueles resultantes do padrão organizacional do Estado, desenvolvido a partir da teoria clássica da administração fundada no início do séc.XX (Inojosa, 1998). Composto por vários escalões hierárquicos e departamentalizado setorialmente por disciplinas ou áreas de especialização, o modelo hegemônico do aparato estatal, durante todo o século XX e XXI, pode ser representado pelo ‘modelo das casinhas paralelas’, no qual cada setor é representado por uma ‘casetinha’, que operacionaliza as suas políticas em si para si. “*As políticas são pensadas no interior do setor, fundamentadas no seu objeto e acúmulo de práticas e saberes, a partir dos quais exteriorizam um conjunto de ações que sempre buscam justificar a sua própria existência. [...] cada um se desenvolve em razão de suas demandas e de suas próprias soluções*” (Andrade, 2004, p. 309).

Encontra-se aqui um primeiro desafio desse estudo, que se por um lado vai ao encontro do ‘dilema da intersectorialidade’ (operar, através das políticas públicas, questões intersectoriais em ambientes tradicionalmente setoriais, como se

caracterizam os Estados Nacionais – Andrade, 2004), por outro confronta com o próprio conceito de intersetorialidade por ser este um campo que denuncia o caráter arbitrário da divisão setorial. Embora descartemos a possibilidade de apontar uma perspectiva correta e até mesmo de nos limitarmos a uma única perspectiva, é fundamental que nos posicionemos diante de tal desafio para que possamos entender e explicar o que buscamos investigar quando estudamos a ‘articulação educação-saúde’.

Diante da perspectiva da teoria clássica da administração, apontada anteriormente, a formação de profissionais pode ser considerada uma questão do setor educação e os profissionais de saúde uma questão do setor saúde. Ou seja, se olhássemos apenas a partir de uma visão macroestrutural, a formação dos profissionais de saúde compõe um espaço de interseção que pode ser considerado intersetorial.

Entretanto, acreditamos que as relações no campo se estabelecem em função das questões postas na sociedade, entre os agentes, que colocam novas questões num processo de reprodução do próprio campo a partir da delimitação dos seus princípios. Ao olharmos para além dos setores governamentais, enxergando a diversidade de inserção institucional desses agentes e a posição que eles ocupam neste campo, vemos a imbricação das questões da educação e da saúde nos seus atos e nos fatos que eles constroem. Sendo assim, a articulação educação-saúde é sim uma construção, mas que se realiza primeiro dentro de cada agente do campo, no processo de constituição do seu próprio fazer profissional. Logo, não consideramos o agente que opera nesse campo como um profissional da saúde ou da educação, mas de ambos.

Esse modo de pensar nos leva à deixarmos um pouco de lado a ideia de intersetorialidade e adotarmos uma abordagem capaz de dar visibilidade à trama de relações que está por trás da formulação dos textos legais: das Leis, Normas e Portarias...; capaz de permitir a compreensão dos debates e interações estabelecidos, que muitas vezes saem das agendas dos governos e depois voltam... e saem novamente... Mas que continuam acontecendo, produzindo as continuidades e descontinuidades típicas da política.

Dito isso e para não fugirmos das contradições, interessa-nos passear inicialmente por alguns aspectos da macroestrutura no processo de conformação

deste campo, inclusive para que possamos compreender melhor os diversos grupos nele inseridos.

Ao tomarmos a ‘formação’ como um campo e procurarmos entender sua delimitação, ficou evidente que o campo que aqui estamos tratando é aquele que se conforma em torno das questões da formação dos profissionais de saúde do setor público<sup>12</sup>. Relacionam-se nele os agentes que lidam com os processos educativos e com as questões tanto no âmbito da saúde coletiva quanto da medicina previdenciária, individual, que atravessaram diversos contextos sociais enquanto estruturavam suas institucionalidades.

A relação entre estes dois âmbitos— saúde coletiva e medicina previdenciária — é uma marca importante quando pensamos na saúde pública brasileira.

No Brasil, considerado um país de capitalismo tardio, a ideia do envolvimento do Estado na organização da sociedade e na construção da economia nacional se consolida a partir de 1930, junto com o início da segunda república, de cunho autoritário, que empenhou-se em acelerar o processo de industrialização brasileiro. A noção de interesse nacional e a construção da Nação como princípio norteador das políticas adotadas, pilares do Governo Vargas, aparecia em oposição ao controle da política nacional pela aliança das oligarquias dos grandes estados, característica da primeira república (1889-1930); *“em oposição às especificidades regionais, que estariam vinculadas ao poder local e a interesses privados”* (Lima et al., 2005, p.40). A política social que começava a ser esboçada neste governo representava o eco das propostas nacionalistas, presentes no cenário mundial, e criticava o papel tradicional das oligarquias brasileiras e o obstáculo que representavam ao desenvolvimento econômico, político e social.

Havia um projeto das elites que então dirigiam o governo, de consolidar um Estado forte e centralizado, capaz de coordenar a ação das administrações locais. Tal projeto, segundo Fiori (1995), concretizou-se a partir do Estado Novo, em 1937, quando a constituição de uma burocracia especializada e meritocrática capacitou o

---

<sup>12</sup> Marcamos esta delimitação conscientes de que a divisão público-privado, quando falamos de formação dos profissionais de saúde, é confusa. Embora exista o mercado de trabalho da saúde pública e o mercado privado, com lógicas que muitas vezes gostariam de ser mais diferenciadas do que na realidade são, a Saúde Pública ou Saúde Coletiva é caracterizada como uma especialização. Ou seja, antes de ser um sanitarista, o profissional é preparado para atuar na clínica de especialidade, mesmo sendo essa a Clínica Geral.

Estado a controlar e administrar funções macroeconômicas e centralizar e normatizar as principais áreas da atividade produtiva nacional. No entanto, diversas mudanças institucionais foram produzidas ainda em 1930 para garantir esse novo modelo de política pública.

Na área da saúde, estruturaram-se dois padrões de inclusão social, institucionalizados pelos recém-criados Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), respectivamente:

(1) o padrão de assistência médica previdenciária, oferecida aos trabalhadores urbanos inseridos no mercado formal de trabalho, assegurada pela legislação trabalhista e vinculado inicialmente às Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)<sup>13</sup> e, em seguida, aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs); e

(2) o padrão de saúde pública, que significava o reconhecimento da obrigação do Estado na prestação dos serviços de saúde relacionados às práticas sanitárias. De acordo com Lima et al. (2005), isso produziu uma centralização normativa acompanhada por uma descentralização meramente executiva, a partir da criação de mecanismos burocráticos que viabilizaram a integração das esferas federal, estadual e municipal de administração, implicando na verticalização e segmentação das ações de saúde pública em campanhas e serviços nacionais voltados para o controle e erradicação de doenças específicas, tais como febre amarela, tuberculose e malária, entre outras.

No movimento de organizar as relações trabalhistas e buscar garantir ações sanitárias de maior alcance, essa estruturação acabou configurando o próprio mercado de trabalho no setor público da saúde, delimitando os espaços de inserção para os profissionais médicos, para-médicos (como eram chamada as outras profissões de saúde na época), técnicos e auxiliares.

Este modelo bifurcado de atenção à saúde da população (padrão assistencial previdenciário e sanitário) foi produzindo institucionalidades e adaptando-se às conjunturas econômicas, políticas e ideológicas dos diversos períodos e governos,

---

<sup>13</sup> Criadas pela Lei Eloy Chaves (Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923), as Caixas de Aposentadorias e Pensões tinham como características principais a contribuição dividida entre governo, operários e patrões e a administração atribuída aos representantes dos patrões e operários, sem interferência do governo. Duraram até 1933, quando foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquias de nível nacional centralizadas no governo federal, nas quais a filiação se dava por categorias profissionais substituindo a filiação por empresas.



configurando-se como um dos principais objetos de enfrentamento pelo movimento em prol da reforma sanitária brasileira nos anos 1970 e 1980. A ideia da atenção integral à saúde como “direito de todos e dever do Estado”, propagada em um cenário de intensa luta pela redemocratização do país e adotada na Constituição Federal de 1988, acabou juntando a assistência médica previdenciária e as práticas sanitárias no Ministério da Saúde para consolidação da proposta de um Sistema Único de Saúde. O INAMPS – resultado final da unificação e das transformações dos IAPs, que passou pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) – foi inicialmente incorporado ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 1990), sendo extinto apenas em julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

Embora seja possível, a partir dessa junção, afirmar que se unificava o setor saúde na estrutura governamental, esse setor encontrava-se atravessado por conflitos postos pela convivência de lógicas absolutamente distintas em um mesmo espaço institucional. As disputas presentes em cada tentativa de propor novos modelos de atenção à saúde não deixaram de existir por esta junção, muito menos o mercado de trabalho na área da saúde se reestruturou ou transformou-se de pronto. Mudanças foram ocorrendo com o passar do tempo e das diversas tentativas de transformação; prioridades foram sendo estabelecidas por cima de um emaranhado de dúvidas e um bocado de certezas calcadas por vontades políticas e marcadas por interesses econômicos.

Diante dessa travessia histórica, fica evidente que quando falamos da articulação com o setor saúde não estamos falando de algo coeso e, sim, bastante conflitivo. E mais, quando estamos falando do mercado de trabalho para o qual estes profissionais estão sendo formados, estamos falando de mercados, no plural.

Isso significa que a formação sempre precisou ser pensada à luz destas lógicas distintas. A da saúde pública, com suas ações centradas no Estado, buscando coordenar a relação com estados e municípios para viabilizar as grandes campanhas nacionais, e a da medicina previdenciária que, para dar conta da ampliação da cobertura a que se propunha, inicialmente com os IAPs, em seguida com o INPS e depois com o INAMPS, estimulou o crescimento do setor privado tanto na prestação de serviços quanto na própria formação dos profissionais, incentivando-o

financeiramente à abertura de estabelecimentos de saúde e de instituições de ensino superior.

Na área da educação, a conformação do setor governamental se deu de forma bastante distinta. A criação do Ministério e das secretarias estaduais de educação, em 1930, coloca em cargos importantes da administração alguns dos reformadores educacionais da década anterior, produzindo transformações significativas e dando à educação brasileira status de direito social e feição de um sistema articulado, de acordo com normas do governo federal.

A Segunda República (1930 - 1936) é marcada pelas medidas adotadas na Reforma Francisco Campos, primeiro titular do MESP. Dentre elas, destacam-se a organização do ensino superior no país por intermédio da adoção do regime universitário e a organização dos ensinos secundário e comercial. Tais medidas encontram-se no escopo de uma Reforma mais ampla que, conforme apontado por Saviani (2008), revelava *“a orientação do novo governo de tratar a educação como questão nacional, convertendo-se, portanto, em objeto de regulamentação, nos seus diversos níveis e modalidades, por parte do governo central”* (p.196).

A Constituição Federal de 1934 tratou a educação, pela primeira vez, como capítulo especial (Capítulo 2, Título V). Apresentou-a como direito de todos, devendo ser ministrada pelas famílias e pelos poderes públicos. Trouxe para a União a competência de traçar as diretrizes da educação nacional através do Plano Nacional de Educação e defendeu tanto a escola pública (idéia de gratuidade), cuja organização e manutenção permaneciam com os estados e Distrito Federal, quanto à preservação dos privilégios da escola privada, que ficou isenta de qualquer tributo (Brasil, 1934).

Embora tenha vigorado apenas durante um ano, tendo sido substituída pela Constituição Federal de 1937, imposta pela ditadura do Estado Novo e que segue um caminho totalmente diferente da Constituição anterior, a Carta Magna de 1934 instituiu as bases da organização do ensino superior no país, que teve como um dos primeiros marcos estruturais de regulação legislativa o ‘Estatuto das Universidades Brasileiras’ promulgado em 11 de abril de 1931. De acordo com Rothen (2006), nessa mesma data foram promulgados outros dois decretos-leis que, junto com o ‘Estatuto’, estavam interligados na consolidação dessa organização: a criação do Conselho Nacional de Educação (CNE) e a organização da Universidade do Rio de Janeiro (URJ).

*“O Estatuto define o modelo de universidade a ser adotado no Brasil; a Organização da Universidade do Rio de Janeiro foi, por um lado, a primeira aplicação do modelo organizacional previsto no decreto, por outro, a definição dos “moldes” para o ensino nas diversas faculdades; e a “criação do CNE” aponta para a instalação de um “conselho técnico” com a atribuição de um órgão consultivo do Ministério” (Rothen, 2006, p.1).*

Para fins deste estudo, que tem como recorte a formação de nível superior, a importância deste período concentra-se, prioritariamente, em dois pontos: (1) na adoção do regime universitário; e (2) na atribuição dada à União de traçar as diretrizes da educação nacional. Estava esboçada a prerrogativa do Ministério da Educação de regulamentar o ensino no Brasil, tendo as Universidades autonomia, ainda que bastante limitada neste período inicial, para desenvolverem suas ações.

Ou seja, junto com os grupos da saúde pública e da medicina previdenciária e de outros que serão vistos adiante, as Universidades passam a compor o rol de protagonistas de um campo que se constituirá mais a frente, num momento em que os Ministérios da Educação e da Saúde já estavam separados<sup>14</sup>, por mais contraditório que isso possa parecer.

O fato narrado é que, na segunda República, faltava conhecimento sobre a realidade do país, para que o governo federal, centralizador, pudesse definir suas ações. Em função disso, elaborou-se, em 1937, a proposta de realização da 1ª Conferência Nacional de Educação e da 1ª Conferência Nacional de Saúde, efetivadas em 1941, cujo propósito era *“facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo país, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do*

---

<sup>14</sup> A Educação e a Saúde Pública estiveram juntas, num mesmo Ministério (MESP) de 1930 até 1953, quando o MESP transformou-se em Ministério da Educação e Cultura (MEC) e foi criado o Ministério da Saúde, ao qual ficaram “afetos os problemas atinentes à saúde humana” (Brasil, 1953). Esse processo pode ser melhor compreendido a partir da leitura do texto ‘Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953’, de Wanda Hamilton e Cristina Fonseca, publicado em 2003, pela Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702003000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300002&lng=pt&nrm=iso)

*auxílio e da subvenção federais.*" (Brasil, 1937)<sup>15</sup>. Para tanto, foram aplicados questionários, um da educação e outro da saúde, a fim de viabilizar o levantamento da situação sanitária e assistencial dos estados. A preocupação com a formação dos trabalhadores que atuavam na saúde se limitava à oitava questão do questionário da saúde: *"teem sido realizados cursos especiais para médicos, enfermeiros ou visitadoras sanitárias, técnicos de laboratório, guardas, etc.?"* (Brasil, 1941).

Já na 3ª Conferência Nacional de Saúde (3CNS), em 1963, a "formação de pessoal" é claramente apontada como assunto relevante nas discussões acerca da formulação de políticas públicas voltadas para a área da saúde, que giravam em torno, principalmente, das questões relativas ao planejamento da administração e do desenvolvimento do país. A perspectiva de se fixar um Plano Nacional de Saúde, a partir da melhor compreensão da situação sanitária da população, da distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, com ênfase na municipalização dos serviços de saúde, aproximou a problemática da formação dos interesses do Ministério da Saúde.

A municipalização, pensada com uma conotação diferente da adotada nos anos 1970, propunha a descentralização da execução dos programas e estava diretamente relacionada com a proposta de implantação de programas de extensão de cobertura (PEC), mantendo o papel dos estados como ordenadores do conjunto de serviços, no âmbito regional. Os PEC, amplamente incentivados pelas agências e fundações internacionais de apoio ao desenvolvimento, traziam para o sistema formador algumas demandas específicas, que mais adiante foram explicitadas como sendo a descentralização e flexibilidade de ações na preparação de pessoal, principalmente da categoria auxiliar, dando ênfase à distribuição regional das atividades de saúde e as variações do mercado de trabalho bem como a congregação de esforços, tanto das esferas federal, estadual e municipal quanto das instituições privadas e semi-oficiais, para estender as ações em âmbito macro e micro regional.

O interesse pela formação, por parte do Ministério da Saúde, se expressou no Relatório final da 3CNS, que visava o *"adestramento de pessoal técnico, o aperfeiçoamento e a especialização de profissionais que se dedicam ao trabalho*

---

<sup>15</sup> Dessas 1ªs Conferências não foram publicados Relatórios nem Anais. A análise foi realizada com base nos Decretos, exposições de motivos e questionários aplicados para o levantamento de informações.

*sanitário*” e propunha “*a revisão dos currículos, com o objetivo de ajustar a formação técnica aos níveis de demanda efetiva dos programas*”. Para tanto, pressupunha “*um alargamento da colaboração com as instituições universitárias e de educação básica*”, que se dedicavam especificamente à preparação dos técnicos necessários à administração de saúde (CNS, 1963, p.24/25).

Tal colaboração, que foi imprescindível tendo em vista que nesta época, “*toda a parte de recursos humanos era manejada pelo Ministério da Educação*”, conforme apontado por José Roberto Ferreira (2012)<sup>16</sup>, ocorre e é pauta da 4ª Conferência Nacional de Saúde (4CNS).

Intitulada “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”, essa Conferência expressou a entrada da problemática da ‘*formação*’ na agenda do governo federal brasileiro e pode ser considerada como um importante marco da conformação do campo da ‘*formação*’. O Ministério da saúde passou a valorizar esse debate e assumiu a responsabilidade por promovê-lo apoiado na racionalidade do Planejamento, que, conforme aponta Borges (2012), desponta como interface para o diálogo entre a saúde e a economia no modo discursivo predominante dos anos 1960 para os 1970.

Porém, é importante destacar que a entrada da formação na agenda do governo federal, no sentido de preparação de recursos humanos, não se restringia à área da saúde. Conforme aponta Nunes (1998), no final da década de 1960, as Reformas Administrativa e Universitária, expressas pelo Decreto Lei 200, de 1967, e pela Lei 5.540, de 1968, respectivamente, revelavam os esforços do governo brasileiro para alcançar a “*modernização do aparelho estatal*”, impulsionando uma “*nova ordem*” à vida das Instituições.

Neste contexto, o ensino superior era visto como investimento prioritário pela sua alta rentabilidade econômica, a longo prazo, bem como pela valorização dos recursos humanos. Mostrava-se necessário “*um movimento renovador capaz de conduzir a universidade brasileira à sua posição de liderança cultural no processo de desenvolvimento do País*” (Brasil, 1983, p.18).

---

<sup>16</sup> Em entrevista concedida exclusivamente para este estudo, ele afirma isso ao contar que foi convidado, bem no início da década de 1960, pelo Diretor do Ensino Superior do MEC, Dumerval Trigueiro Mendes (nomeado, por Anísio Teixeira) para criar a Comissão de Planejamento da Formação dos Médicos, do MEC, no intuito de desenvolver uma política que orientasse as universidades no processo de formação médica. Por um lado, tentativa de definir os princípios básicos da formação, de outro, busca por promover a ampliação da rede que era muito pequena (29 faculdades de medicina).

A 4CNS ocorreu em 1967, às vésperas do período considerado mais duro da ditadura militar, "com a finalidade de formular sugestões para uma política permanente de avaliação de recursos humanos, tendo em vista a formação dos contingentes de pessoal de que o país carece para o desenvolvimento de suas atividades de saúde<sup>17</sup>" (CNS, 1967, p.11). Contou com a intensa participação das Universidades e outras personalidades da área da educação – como pode ser verificada no Anexo 4, que mostra quem foram os expositores da Conferência e os assuntos abordados por eles – e foi fortemente influenciada pelas agendas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da OPAS, expressadas no Simpósio Internacional, ocorrido no escopo da 4CNS, no qual estiveram presentes, também, representantes das Associações Venezuelana e Colombiana de Faculdades de Medicina.

Junto com a OMS, a OPAS passou a ser um protagonista importante<sup>18</sup> no campo da 'formação', no Brasil. As agendas destas Organizações para a América Latina, na década de 1960, de acordo com Paiva (2004), encontravam-se pautadas pela 'Carta de Punta del Este', documento assinado pelos países membros da Organização dos Estados Americanos (OEA), em agosto de 1961, durante a Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social, realizada em Punta del Este, no Uruguai.

Num cenário internacional de Guerra Fria no qual a Revolução Cubana, iniciada em 1959, produz o alinhamento de Fidel Castro à causa soviética, os EUA, a partir de 1961, passam a se ocupar especialmente do afastamento da América Latina dos ideais comunistas, implicando o alinhamento dos vizinhos do sul às propostas e aos interesses norte-americanos. Como estratégia política, o governo norte-americano implementa a *Aliança para o Progresso*, que se expressa na Carta de Punta del Este e que, grosso modo, procurava estimular reformas sociais e estruturais nos países vizinhos americanos (Paiva, 2004).

Segundo o autor, essa Carta é apontada como o marco político-institucional e simbólico da mudança no entendimento do papel das políticas públicas de saúde e dos

---

<sup>17</sup> O sentido atribuído à avaliação, no documento, é a organização de informações que serviriam para que se determinassem as relações entre demanda e a oferta de trabalhadores para as atividades de saúde na época e as referentes ao período de projeção ("técnicas de projeção do potencial humano"). O documento aponta a dificuldade enfrentada naquele período de obter informações confiáveis.

<sup>18</sup> A ideia da OPAS como protagonista é apresentada por Janete Lima de Castro no livro "Protagonismo silencioso. A presença da OPAS na formação de recursos humanos no Brasil", publicado em 2008.

profissionais deste campo, no desenvolvimento social e econômico das nações latino-americanas. Através do *'Plan Decenal de Salud Publica de la Alianza para el Progreso'*,

*“parece ter lançado as bases de todo um movimento de vanguarda no campo da saúde pública no Brasil e América Latina, especialmente no que se refere à discussão acerca do planejamento em saúde, do aumento de cobertura dos serviços e da reforma dos currículos médicos, que serão pautas importantes de congraçamento e tensão dos campos médicos nacionais no continente”* (p.2).

Independente de toda a discussão política que se possa travar sobre o direcionamento deste *“movimento de vanguarda no campo da saúde pública no Brasil e América Latina”*, o que vale destacar aqui é o foco que se coloca a partir de então na perspectiva do planejamento nacional de saúde em países em desenvolvimento e a prioridade que a formação de recursos humanos ganha neste contexto.

O ideal de “planificação” associado à imagem de que a América Latina possuía problemas sanitários próprios, distintos dos quais sofriam os países centrais, na Europa ou Estados Unidos, gerou a necessidade de atenção à produção de conhecimento acerca dos males especificamente latino-americanos. O conhecimento e compreensão das especificidades exigiam a formação de pessoal altamente qualificado, somada à necessidade de formação de pessoal auxiliar para a atenção aos problemas de saúde pelos quais passavam o continente, que se entendia de antemão como de natureza eminentemente primária (Paiva, 2004).

Nessa ótica, a formação de recursos humanos tornou-se questão-chave em todo o processo, que visava, em última instância, produzir condições mínimas de saúde capaz de viabilizar o desenvolvimento econômico. De acordo com Paiva (2004), tornou-se primordial tanto sob uma perspectiva quantitativa, pois se considerava reduzido o número de profissionais de saúde, especialmente os quadros auxiliares, como também do ponto de vista qualitativo, pois se procurava redesenhar o perfil do profissional de saúde, tornando-o mais atento às circunstâncias epidemiológicas nacionais ou regionais.

Além disso, na esteira do final da II Guerra Mundial e da emergência do desenvolvimento como ideia orientadora das políticas públicas e do planejamento como umas das suas formas de realização, o surgimento da ‘Economia da Educação’ e, como parte do seu acervo teórico, das teorias do capital humano colocavam os trabalhadores e a sua capacidade de trabalho como um dos recursos-chave a serem mobilizados na empreitada desenvolvimentista (Paiva, 2010, p. 68). Passou a ser adotada a concepção produtivista da educação, que a considerava como investimento e tornava sua função formar indivíduos aptos a contribuir para o aumento da produtividade da sociedade.

No que se refere à realidade brasileira, tal conjunto de questões parecem ter sido inspiradoras da “meta-homem” (o homem como meta principal para o desenvolvimento do país), elemento estruturante do programa estratégico do Governo Costa e Silva, que atribuía dupla importância à formação de recursos humanos na área da saúde. Por um lado, um profissional que precisava se desenvolver e ampliar seus conhecimentos para produzir mais e melhor, colaborando para construção de um sistema de saúde mais eficiente (corpo técnico competente e em número suficiente). Por outro, um profissional que, ao produzir um sistema de saúde mais eficiente, gerava recursos para cuidar dos outros homens que precisam estar integrados ao processo de desenvolvimento (saúde como um recurso para a vida produtiva, sendo considerada como uma das “*vigas mestras da infra-estrutura social*”) (CNS, 1967, p.315).

Contudo, apesar do foco no desenvolvimento econômico do país, a ênfase não recaía sobre as condições de trabalho destes recursos humanos. Ao considerarmos os dois sistemas fundamentais de uma política de recursos humanos, apontados por Fonseca e Seixas (2002), o ‘sistema de produção dos recursos humanos’ (formação/preparação para o trabalho) e o ‘sistema de utilização dos recursos humanos’ (trabalho em saúde), podemos afirmar que o foco da 4CNS estava praticamente todo voltado para o primeiro, servindo o segundo apenas como dado de realidade para a estruturação da preparação de pessoal. De acordo com o discurso de encerramento do Presidente Costa e Silva, a melhoria da qualificação do pessoal profissional e intensificação da formação de pessoal de nível médio e auxiliar eram



compreendidas como *“meios para o aumento de produtividade e ampliação da cobertura dos serviços de saúde”* (CNS, 1967, p.315).

A busca por alcançar a melhoria da qualificação do pessoal profissional e intensificação da formação de pessoal de nível médio e auxiliar, entretanto, exigia, pelo menos, a integração entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação e Cultura (MEC), que foram apontados como tendo *“responsabilidades solidárias”* (CNS, 1967, p.91). Essa integração encontrava-se, também, inserida na perspectiva do planejamento, que preconizava a elaboração de planos para preparação de pessoal visando satisfazer as necessidades regionais e delimitar os espaços de preparação, eliminando multiplicação de atividades para o mesmo fim e o estabelecimento de áreas de atrito.

A necessidade de produzir tal integração foi revelada no conjunto de tópicos para debate que compuseram as atividades referentes ao tema central da 4ª Conferência: o profissional de saúde que o Brasil necessitava; pessoal de nível médio e auxiliar; responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar; e responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde.

A expectativa, expressada no discurso de abertura do então Ministro da saúde, Leonel Miranda de Albuquerque, era de que o entrosamento entre educadores e médicos promovido pela 4CNS, para melhor desenvolvimento da Política de saúde, tornasse os educadores *“mais sanitaristas e os sanitaristas mais educadores”* (CNS, 1967, p. 26).

Tal expectativa evidencia uma questão importante, já mencionada parcialmente: até esse momento, o processo de formação dos profissionais da saúde estava localizado na esfera da educação, que estava passando por um momento de revisão e reforma. Assim, os sanitaristas precisavam se apropriar deste processo para desenvolver o sistema de saúde, da mesma forma que os educadores, diante das mudanças que vinham sendo propostas na área da saúde desde a 3CNS, precisavam se apropriar da realidade sanitária do país para garantir uma formação mais adequada para seus educandos.

Contudo, revela também outra questão fundamental colocada no campo da ‘formação’ até então: os assuntos pertencentes à 4CNS são os que estão na agenda do

Ministério da Saúde, responsável nesse momento pela coordenação apenas das ações consideradas de saúde pública (entendidas como práticas sanitárias).

Conforme afirma Escorel (2008), ainda que a Reforma Administrativa de fevereiro de 1967, expressa no Decreto-Lei 200, atribuísse ao Ministério da Saúde a competência para formular a Política Nacional de Saúde, subordinando a assistência médica previdenciária a essa política (Art.156), tal atribuição conflitava com a concentração de recursos na esfera da previdência social e com o orçamento precário do Ministério da Saúde, que não chegava a 2% do PIB, apontando o quanto a saúde pública estava relegada a um segundo plano.

Durante a primeira década do regime militar (1964-1974), que compreende o período de 'milagre econômico' brasileiro, o processo de modernização autoritária estava subordinado aos interesses do grande capital multinacional e nacional e trocou o modelo de 'substituição de importações' pela prioridade às exportações. Promoveu uma grande reestruturação do aparelho de Estado por meio das reformas financeira e fiscal de 1964 e 1965, previdenciária em 1966 e tributária e administrativa em 1967. *"Os investimentos na infra-estrutura econômica aumentaram enquanto diminuíram os gastos com as políticas sociais"* (Escorel, 2008, p.388).

A unificação dos IAPs, que prestava assistência médica previdenciária pela rede própria de serviços, composta por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos, no INPS, em 1966, caracterizou-se como uma medida de racionalização administrativa. Visava a expansão dos serviços de assistência médica e cobertura previdenciária, ampliando a abrangência das ações e incorporando outros segmentos de trabalhadores com carteira assinada (Escorel, 2008).

Para tanto, foi priorizada a contratação de serviços de terceiros, conforme a diretriz estabelecida na Constituição Federal de 1967 e consubstanciada no Decreto-Lei 200/1967 (Reforma Administrativa), que preconizava a restrição das atividades, em cada ministério, ao nível normativo, deixando as ações executivas a cargo do setor privado. *"O INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde e, dessa forma, estimulou um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro"* (Escorel, 2008, p.391).

Nos hospitais e laboratórios, a contratação de serviços privados se dava por meio de credenciamento e era remunerada por Unidades de Serviço. Além disso,

passou a existir a chamada ‘medicina de grupo’, na qual as empresas empregadoras ficavam responsáveis pela assistência médica dos seus empregados e deixavam de contribuir para o INPS. Pagavam a cada mês, antecipadamente, um valor fixo por trabalhador para uma determinada empresa médica, contratada para prestar serviços de saúde aos seus trabalhadores (Escorel, 2008).

Este novo mercado de trabalho em saúde, que surgia, era absolutamente compatível com a medicina curativa e especializada que vinha sendo ensinada nas instituições de ensino superior e fortemente criticada, sob influência do movimento da medicina preventiva que emergiu na década de 1950, nos EUA, e que ganhava, neste momento, força no Brasil.

Apesar da Medicina Preventiva ter se propagado a partir de um movimento produzido no interior da educação médica, nos EUA, nas décadas de 1930 e 1940, para afastar a ameaça da intervenção estatal em função da crise deflagrada pelos altos custos da atenção médica (Arouca, 2003), ela era apontada, no Brasil, como ferramenta ideal para tal sensibilização<sup>19</sup> dos estudantes, submetidos a uma formação voltada para a clínica individualizada.

De acordo com Donnangelo (1983), os departamentos de Medicina Preventiva e/ou social, implantados no Brasil desde meados da década de 1950, proporcionaram uma entrada da questão do ‘coletivo’ nas escolas médicas brasileiras também como elemento pertinente à assistência médica individual. Tais departamentos, sob inspiração do movimento da medicina integral e preventiva norte-americana, encontravam-se *“parcialmente engajados, por via de investigação epidemiológica e das chamadas ciências de conduta, na tarefa de proporcionar os necessários elementos integrativos para a recomposição, a nível da prática clínica da medicina, do todo biopsicossocial”* (p.20).

Ao ser compreendido, no entanto, desde o cenário internacional, que a mudança no ensino médico representava a estratégia fundamental para o aprimoramento de uma atitude preventivista, realizou-se, no escopo do desenvolvimento latino-americano e no âmbito da OPAS, uma série de eventos como

---

<sup>19</sup> *“Sensibilização entendida como a soma de conhecimentos e fatos que levam em conta os contextos sócio-econômico-cultural-psicológicos das comunidades para as quais os ensinamentos se destinam”* (CNS, 1967, p.185)

seminários, encontros e conferências que se desdobraram em iniciativas nacionais, para debater o assunto<sup>20</sup>. Todos esses eventos acabaram por produzir um movimento social, que “*espraia-se em uma rede, em uma dinâmica de influências*”, a partir do reconhecimento de uma situação problemática na área da saúde e de um conjunto articulado de conceitos capazes de fundamentar teoricamente e justificar alternativas de mudanças. (Arouca, 2003, p.134).

Conforme aponta Arouca (2003), a relação da medicina preventiva com a saúde pública passou a ser uma relação de continente-conteúdo, dependendo do discurso assumido, que tanto podia advogar a favor da reorganização do conhecimento da saúde pública de forma que pudesse ser incorporado à prática liberal da medicina preventiva quanto defender a saúde pública como função estatal exercida de modo integrado e cooperativo com a medicina preventiva, porém, mantendo a autonomia das áreas. A produção do movimento em torno de todo esse debate possibilitou que alguns departamentos de medicina preventiva passassem a adotar uma posição crítica, potencialmente inovadora, da realidade médico-social e da prática da medicina, fundamentada num modelo de medicina social deslocado do modelo original de medicina preventiva (Silva, 1973, *apud* Arouca, 2003).

As dicotomias saúde individual *versus* saúde coletiva e medicina preventiva *versus* curativa marcavam, então, o campo da ‘formação’, desde o início. Refletiam o olhar problematizador daqueles que atuavam nas práticas sanitárias no Brasil desde seus primórdios sobre qual era a missão da saúde pública. Estavam claramente presentes nas análises e críticas feitas com relação ao ensino médico, que caracterizava-se pela orientação voltada para a cura das doenças e não para a defesa e preservação da saúde, bem como para ações com foco nos indivíduos, nos padrões da medicina previdenciária, no lugar da ênfase nas maiorias e no coletivo, embora a saúde individual fosse apontada como mais uma função do indivíduo que da coletividade e a saúde coletiva como responsabilidade direta e indireta do governo.

Marcava o campo desde o início, também, a perspectiva epistemológica da Medicina Social, que começava a despontar no Brasil nos finais dos anos 1960 e “*que*

---

<sup>20</sup> São considerados como importantes marcos deste processo os ‘Seminários sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva’ ocorridos em Vinã Del Mar, no Chile, e em Tehuacan, no México, em 1955 e 1956, respectivamente.

*desenvolvia a lógica da determinação social da doença e a determinação econômica da organização dos serviços de saúde” (Rodríguez Neto, 2003, p.14)*

Vale destacar, conforme apontado por José Paranaguá de Santana (2012), em entrevista concedida para este estudo, que

*“Falava-se em educação médica como uma forma de entender recursos humanos em saúde, em geral. Naquela época se discutia o modelo de preparação médica. Era como se todos os outros trabalhadores ou todas as outras especialidades que atua(va)m na prestação de serviços em saúde fossem pautados pelo médico”.*

O debate em torno da educação médica, de acordo com Ferreira (2012), se fortaleceu no início da década de 1960, com a criação da ‘Comissão de Planejamento da Formação de Médicos’ pelo Diretor do Ensino Superior do Ministério da Educação, Durmeval Trigueiro Mendes. Essa Comissão atuava, ao mesmo tempo, em duas frentes: a tentativa de definir alguns princípios básicos, uma política, que orientasse o trabalho da universidade na área da formação médica e a promoção de uma ampliação do número de Escolas Médicas, que na época eram apenas 29.

A criação da Universidade de Brasília (UnB)<sup>21</sup>, por meio da Lei nº 3.998 em dezembro de 1961, com Plano Diretor pautado nos ideais de Darcy Ribeiro e Anísio Teixeira, e da Faculdade de Ciências Médicas da UnB, que teve seu primeiro vestibular para Medicina realizado em dezembro de 1964, ainda sem curso estruturado, parecia viabilizar um espaço institucional profícuo para o debate sobre uma nova proposta de política que orientasse o trabalho da universidade na área da formação médica. Porém, conforme apontado por Rodríguez Neto (2003), a primeira tentativa, em meados de 1965, de se discutir um modelo de faculdade fracassou em virtude da crise da UnB deflagrada pela intervenção do governo militar e pela demissão coletiva de

---

<sup>21</sup> A criação da Universidade de Brasília foi considerada por Fávero (2006) como ápice de um movimento pela modernização do ensino superior no Brasil e por Anísio Teixeira<sup>21</sup> (1989), como um agravante da crise universitária ao produzir um modelo administrativo e de atividade docente completamente novo e diferenciado, com uma estrutura para o desempenho de sua função radicalmente diversa da estrutura tradicional da escola superior brasileira, para o qual se voltou a universidade tradicional em suas veleidades de transformação.

mais de 300 professores, fazendo com que a Universidade entrasse em recesso até janeiro de 1966.

A retomada da construção de um projeto para a Faculdade de Medicina da UnB, em 1966, foi orientada por um grupo convidado pela Reitoria, envolvido com a discussão da educação médica nos primórdios da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). De acordo com Rodriguez Neto (2003), esse grupo vinha produzindo algumas novas ideias de 'modernização curricular', assentadas fundamentalmente sobre a doutrina da Medicina Integral, e carecia de espaço para sua experimentação.

Assim como a Medicina Preventiva, as origens do movimento da Medicina Integral remontam às discussões sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Criticava a atitude cada vez mais reducionista e fragmentária dos médicos diante de seus pacientes, que tendia a recortá-los analiticamente, atentando apenas para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram, considerando as dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais. Para a Medicina Integral, tais atitudes eram produzidas nas escolas médicas, através de um currículo que priorizava o laboratório e o hospital como *locus* privilegiado de aprendizagem. A crítica se voltava, portanto, para os currículos escolares, fazendo com que as propostas de mudanças se estruturassem em torno de dois eixos básicos (Mattos, 2001):

*“De um lado, tratava-se de modificar radicalmente a acepção do que era básico, quer pela introdução de outros conhecimentos relativos ao adoecimento e à relação médico-paciente, bem como relativos à sociedade e aos contextos culturais, quer pela valorização da integração desses conhecimentos básicos na prática médica. De outro, tratava-se de enfatizar o ensino nos ambulatórios e nas comunidades, lugares que, ao contrário das enfermarias, permitem mais facilmente o exercício de apreensão do contexto de vida dos pacientes. E lugares que, quando comparados a um hospital de clínicas, talvez sejam menos plasmados pelos recortes das especialidades. (p.45)”*

A exercitação das novas ideias na Faculdade de Medicina da UnB se deu em torno do projeto ‘Sobradinho 66’, que é o nome de uma cidade satélite de Brasília. Nela se instalou, em 1966, a ‘Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho’ (UISS), que conforme aponta Rodriguez Neto (2003, p.15), foi implantada “*na condição de hospital geral, nas quatro clínicas básicas, emergência e área de saúde da comunidade*”, que incluía educação para a saúde, vigilância epidemiológica e sanitária. Utilizada como espaço de ensino profissional para os estudantes, a UISS integrava uma proposta de Medicina Integral, que deveria proporcionar ações globais de promoção, proteção e recuperação da saúde de toda a comunidade local.

Repleta de contradições e conflitos de interesses nos seus processos, a proposta de ‘modernização curricular’ acabou reproduzindo, no ambiente da Universidade, as disputas entre a medicina especializada, altamente dependente de caros recursos tecnológicos e voltada para o tratamento de doenças específicas (educação médica tradicional) e a medicina integral, que envolvia a atenção primária à saúde e estruturava uma educação médica vinculada aos problemas da saúde pública<sup>22</sup>.

Para o escopo deste estudo, a importância de todo esse processo encontra-se, principalmente, no fato dele ter congregado um grupo de pessoas preocupadas com os caminhos da preparação dos profissionais para atuarem na saúde pública. Esse grupo passa a integrar, a partir de então, uma rede de articulações interpessoais e institucionais que se mostrará, mais adiante no campo da ‘formação’, ampliada, forte e poderosa. Os diversos nodos desta rede, associados a outros, conectados a partir de experiências similares que aconteciam em várias universidades brasileiras, com todos os conflitos e dissensos pertinentes a um período político extremamente turbulento, produziram a orquestração de novos projetos que viriam a ser implementados no Brasil, em meados da década de 1970, contribuindo para que a problemática da ‘formação’ alcançasse, finalmente, a agenda decisória do governo federal.

---

<sup>22</sup> Para entender melhor esse processo, indicamos a leitura do artigo ‘A Faculdade de Ciências da Saúde da UnB em busca de atualização de sua missão: um breve histórico crítico, à guisa de informação e reflexão, escrito para a comemoração dos 25 anos da formatura da primeira turma de 1970’, de Eleutério Rodriguez Neto, publicado em Julho de 2003 na Revista ‘Divulgação em Saúde para Debate’ nº28, p. 12-16.

Antes de avançarmos, no entanto, no estudo destas produções, vale nos determos a alguns aspectos importantes da Reforma Universitária.

No âmbito do ensino superior brasileiro, de um modo mais geral, a criação da Universidade de Brasília, em 1961, encontrava-se no escopo de uma reforma universitária imaginada que colocava o problema da universidade sempre articulado com as reformas de base e questões políticas mais globais. Contudo, a Reforma Universitária que se efetivou decorreu de um conjunto de atos legislativos promulgados a partir de 1966<sup>23</sup> e se expressou na Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, sofrendo ainda uma série de alterações posteriores.

Embora muito diferente daquela imaginada, a reforma efetivada produziu algumas mudanças consideradas radicais que introduziu institucionalidades relevantes para o campo da ‘formação’. Dentre elas, cabe destacar a adoção do sistema departamental e a institucionalização da pós-graduação.

A importância de ambos para o campo da ‘formação’ está vinculada, principalmente, à consolidação, em meados da década de 1970, de um lócus dentro das universidades no qual se viabilizaria a propagação de uma teoria social da saúde no Brasil. Conforme apontado por Castro (2008), a abordagem médico-social para a análise dos problemas de saúde passa a ser reconhecida academicamente e difundida nos departamentos de medicina preventiva das Universidades.

Dessa forma, podemos entender que o processo de formação dos profissionais de saúde pública, consolidado por intermédio de uma pós-graduação, passa a ser sujeito e objeto de uma discussão travada em torno de um conjunto de ideias que vinha se conformando em relação às mudanças e transformações necessárias ao sistema de saúde brasileiro.

Isso reforça dois importantes argumentos do nosso estudo, já mencionados. Primeiro, o argumento de que o campo da ‘formação’ emerge da interação entre os agentes da educação envolvidos com as questões da saúde e os agentes da saúde envolvidos com os processos educacionais / formativos, num arranjo de tal forma

---

<sup>23</sup> Segundo Anísio Teixeira (1989), a partir de 1966, promulgaram-se 21 atos legislativos sobre a Universidade e o ensino superior, além dos 39 outros de legislação correlata. Destes 21, 12 foram sobre a Universidade e o ensino superior, 3 sobre o seu magistério, 4 sobre finanças e recursos e 2 sobre estudantes e vida estudantil. Para o autor, esse conjunto de atos fragmentários e dispersos revela que as modificações ocorridas estão baseadas “*mais em um estado de espírito reformista do que em plano estudado e refletido de reconstrução orgânica da universidade*”.



imbricado, que inviabiliza a distinção de um grupo do outro. Segundo, o de que a AES foi um elemento fundamental para a própria construção da reforma sanitária brasileira, realizada no final da década de 1980.

Dito isto, vamos adiante, buscando compreender os rumos e marcos deste campo, assim como os limites e possibilidades estabelecidos para a AES.

### **1.1. Assuntos/problemas em pauta na 4ª Conferência Nacional de Saúde**

Após o reconhecimento, mesmo que parcial, da rede de relações complexas presente no processo de conformação do campo e da identificação de alguns aspectos das institucionalidades que compõem esse campo, partimos para uma segunda etapa do estudo: o levantamento dos assuntos e questões em pauta na 4CNS, que não surgiram nessa Conferência, mas foram aglutinados de alguma forma por ela.

Esse esforço se justifica pela possibilidade de vislumbrar, a partir daí, o movimento do campo. A AES, como conjunto de relações, ocorre motivada por questões que permeiam os contextos da prática, da influência e da produção de textos. Identificar e entender essas questões, perceber como elas são colocadas e como se transformam a partir das interações produzidas nas específicas conjunturas históricas, que se apresentam ao longo do tempo, é crucial para a compreensão da própria articulação educação-saúde. Ou seja, se justifica por acreditarmos que a AES acontece das mais variadas maneiras e nos diferentes momentos a partir e por causa da mobilização dos agentes envolvidos para lidarem com os assuntos e questões em pauta e para atuarem sobre eles.

Assim, a indagação que se coloca é: que assuntos e questões são esses; que diferentes perspectivas se têm sobre eles; e como eles se modificam com o passar do tempo, com a ação dos agentes e com as transformações nos projetos políticos gerais.

A leitura minuciosa dos Anais da 4CNS nos permitiu destacar, classificar e organizar todas as questões postas, e estabelecer três grandes categorias temáticas que envolvem os diversos assuntos em pauta nessa Conferência: (1) planejamento; (2) qualificação do pessoal de saúde pública; e (3) integração/cooperação educação-saúde.

Dentro de cada uma dessas categorias, foram, mais uma vez, organizadas e sistematizadas as questões, a fim de consolidar um material sobre o qual pudéssemos nos debruçar para tentar entender com clareza o debate sobre a ‘formação’ que se colocava no final dos anos 1960. Esse material configurou-se como o pontapé inicial para a compreensão de como esse debate avançou nas décadas seguintes.

Antes de aprofundarmos na apreciação das questões e debates apontados, no entanto, é importante frisarmos duas considerações.

A primeira é a constatação de que os diversos assuntos estão relacionados entre si e a categorização criada é apenas uma tentativa de organizá-los para conseguirmos aprofundar alguns pontos específicos. Sendo assim e levando em conta que as questões não são produzidas pela 4CNS, mas expostas por ela, nos demos a liberdade de ir, no processo de aprofundamento, para além do que está colocado nos relatórios e Anais das Conferências, utilizando-nos, quando conveniente, das questões encontradas na literatura afim pesquisada.

Finalmente, não há, ao listar as questões apontadas na 4CNS que se enquadram nas categorias, a intenção de construir um discurso uníssono da Conferência em relação às temáticas, mas sim mostrar pontos abordados nas mais variadas apresentações que ocorreram ao longo do evento, a fim de produzir um corpus que expresse o que estava em pauta naquele momento específico, independente de serem ou não opiniões unânimes ou da maioria das pessoas presentes<sup>24</sup>. Vale lembrar, conforme já mencionado anteriormente, que participaram dos debates desta conferência, apresentando suas questões e pontos de vista, além de membros do Governo Federal brasileiro, Ministério da Saúde e das Universidades, a OMS, a OPAS e representantes da Venezuela e Colômbia.

## **Planejamento**

Antes de adentrarmos nas questões específicas desta categoria, faremos uma breve exposição do que estava sendo compreendido, na época, como Planejamento e qual o contexto no qual ele estava inserido.

---

<sup>24</sup> Na conferência foram realizados grupos de debates. As questões discutidas pelos diversos grupos foram apontadas nos Anais da Conferência. Não foi desenvolvido para essa pesquisa um trabalho de análise de discurso nem nada que o valha. Apenas foram destacadas as questões apontadas.

Conforme aponta Carlyle Guerra de Macedo, em sua exposição na 4CNS (CNS, 1967), intitulada “Planejamento da saúde e a importância da estatística”, desde o final da 2ª Guerra Mundial estávamos num contexto histórico no qual o subdesenvolvimento econômico era entendido como causa das condições de vida consideradas, universalmente, insatisfatórias, tais como: a pobreza, as doenças, a fome, o analfabetismo, as habitações precárias, etc. Para se atingir o desenvolvimento econômico era necessário um processo de mudança social, através da qual parcelas crescentes das necessidades humanas fossem satisfeitas pelo aumento e distribuição do produto social, com modificação estrutural do sistema produtivo.

Com isso, ainda que dentro de uma perspectiva econômica capitalista, os anseios e reivindicações coletivas de maior bem-estar se expressavam na determinação dos povos para aumentar a riqueza comum e distribuir socialmente os frutos do progresso. E, como consequência, a preocupação central dos governos passava a ser a luta contra o subdesenvolvimento, com o objetivo de elevar os níveis de vida das populações.

De acordo com Carlyle, no mesmo texto, havia, naquela época, um contraponto aos modelos liberais de desenvolvimento, que deixavam de ser vistos como os mais convenientes para a promoção do desenvolvimento dos países subdesenvolvidos, fazendo com que as exigências da racionalidade, antes referidas, dessem lugar à criação de processos dirigidos, adequados às novas circunstâncias. Segundo o autor,

*“o desenvolvimento econômico deixou de ser o subproduto da conjugação aleatória de atividades individuais, em função do lucro, para constituir-se em conjunto de objetivos e metas definidas e quantificadas, a serem alcançadas com medidas e atividades determinadas, integrantes, umas e outras, de um processo consciente, ordenado e dirigido. (CNS, 1967, p.293)”*

Tal conceito coloca a satisfação das necessidades dentro de um processo de mudanças estruturais que visam o aumento da produção e sua apropriada distribuição. Os relacionamentos entre os elementos apresentados no conceito têm como fundo

principal a busca de eficiência, que significa o *“aumento dos resultados por recurso utilizado”* (CNS, 1967, p.292).

Residia neste ponto a justificativa para a adoção do planejamento como *“instrumento global”* (p.294) a fim de promover o desenvolvimento econômico: o seu potencial para a racionalização de atividades *“segundo critérios de eficiência e produtividade, desde o aumento da produção – através de maior conhecimento, organização e utilização dos fatores e melhor adequação do produto às necessidades segundo as prioridades definidas – até a utilização final desse produto”* (p.293). Ao considerar as necessidades a satisfazer sempre muito superiores aos recursos disponíveis, o problema básico, de todo o processo econômico, consistia em utilizar melhores recursos escassos ante necessidades inumeráveis. Isso implicava, necessariamente, na busca por maximização dos resultados com minimização dos custos e na seleção das necessidades a atender, ordenando-as segundo critérios de prioridade.

Neste contexto, o planejamento emerge como um conjunto de métodos e técnicas que permite decisões racionais sobre situações diversas. *“Como método ou como técnica, não traz implícita nenhuma conotação de ordem ética e se subordina, em sua eficácia e características, às ordens políticas tomadas”* (CNS, 1967, p.293). Exige um contínuo fluxo de informações apropriadas e oportunas, tendo em vista que as escolhas, que garantem a racionalidade, a objetividade e a utilidade do processo, são necessariamente feitas a partir de comparações.

No que se refere ao contraponto aos modelos liberais de desenvolvimento no período pós 2ª Guerra Mundial, vale ressaltar que o foco da ação do Estado na área social modifica-se em função dos processos de reconstrução nacional iniciado pelos diversos países.

No intuito de reerguer suas economias, os países europeus adotaram, durante as décadas de 1950 e 1960, sob forte influência da teoria econômica de John Maynard Keynes, um padrão de desenvolvimento fundamentado no financiamento público da economia capitalista. Nele, o Estado financiava tanto a acumulação de capital (por intermédio de subsídios à produção, criação de setores estatais produtivos, financiamento da pesquisa e tecnologia, entre outros) quanto a reprodução da força de trabalho. Desta forma, as ideias keynesianas alargaram as funções econômicas e

sociais do Estado propondo uma atuação em prol da inclusão social e da garantia dos direitos de cidadania. Inauguravam, assim, um tipo específico de proteção social que passa a ser conhecido como “Welfare State” ou “Estado de Bem-Estar Social”.

Conceder benefícios sociais através de políticas públicas passa a ser compreendido como um dever do Estado para proporcionar à população um padrão mínimo de qualidade de vida e condições de contribuir para o crescimento econômico. Conforme apontado por Draibe (2007), a tese de que a política social constitui condição do desenvolvimento econômico destaca e impulsiona a dimensão sistêmica e a ‘perspectiva histórica de longo prazo’ da proteção social, que para além da fragmentada visão de um ou outro programa social, começa a ser examinada como um todo, no tempo, em função dos efeitos dinâmicos no bem-estar das pessoas.

A adoção do Welfare State marca uma etapa específica de desenvolvimento capitalista, no qual é aumentada a importância do papel do Estado e sua capacidade administrativa, expandindo sua atuação na organização e implementação das políticas sociais. Dentro da necessidade de aprimorar e ampliar essa ‘capacidade administrativa’ é que encontra-se a importância da adoção do planejamento como *instrumento* para a promoção do desenvolvimento econômico.

No que se refere à área da saúde, retomando a linha de argumentação de Carlyle (CNS, 1967), a adoção do planejamento justificava-se pelo fato de que a cada nível de produção (que determina a oferta de bens e serviços) corresponde um determinado nível sanitário factível, face os recursos e o conhecimento técnico disponíveis. No entanto, sendo também escassos os recursos disponíveis no setor, há que decidir-se por alternativas mais produtivas de sua aplicação, inseridas sempre no contexto geral de desenvolvimento de cada país. A seleção dessas alternativas somente pode ser racionalmente conseguida através do planejamento setorial, que deveria estar integrado ao processo de planejamento da economia nacional.

Uma importante abordagem para o planejamento setorial, na América Latina, foi apresentada pelo ‘Centro de Estudios Del Desarrollo’ (CENDES/OPS), em 1965, no documento “Problemas conceptuales y metodológicos de La Programación de La Salud”.

Sem se ocupar da questão do crescimento ou desenvolvimento econômico, de acordo com Mattos (1993), o que justificava o esforço de elaboração de tal

documento, que pretendia desenvolver uma proposta para a adoção integral da programação<sup>25</sup> no setor saúde, era a busca da eficiência na utilização dos recursos. Tal eficiência só poderia ser maximizada com o uso de critérios racionais no processo de tomada de decisão quanto à utilização dos recursos.

Segundo o autor, ao afirmar que a única maneira de julgar a eficiência de um recurso em determinado uso é por comparação com outros possíveis usos alternativos para o mesmo recurso, o documento desqualifica, de certa forma, as decisões que não emanam do planejamento. Ou seja, as decisões que não resultam da aplicação dos critérios racionais de eficiência são consideradas “*decisões tomadas com base e critérios arbitrários*” (p.11). O objetivo geral da adoção integral da programação era, então, reduzir a arbitrariedade das decisões, pois só assim seria possível maximizar a eficiência no uso dos recursos.

Neste mesmo contexto, porém completamente imbricada com a perspectiva do desenvolvimento econômico e com a agenda das agências internacionais, a 4CNS tinha como finalidade oferecer sugestões para a formulação de uma política permanente de avaliação de recursos humanos, compreendendo a avaliação como a organização de informações que servirão para que se determinem as relações entre demanda e a oferta de trabalhadores para as atividades de saúde da época e as referentes ao período de projeção. Ao que tudo indica, a determinação destas relações entre demanda e a oferta de trabalhadores ajudaria a garantir a definição dos tais ‘critérios racionais de eficiência no uso dos recursos’, fazendo com que a avaliação fosse considerada como “*requisito básico para um planejamento equilibrado*” (CNS, 1967, p.85)

Sendo assim, consideramos os aspectos da própria política permanente de avaliação de recursos humanos como um primeiro grupo de questões da categoria planejamento, que subdividimos em dois grupos. O segundo grupo refere-se às necessidades gerais dos serviços de saúde no tocante à formação do pessoal, que deveriam de alguma forma orientar as ações da política de avaliação.

---

<sup>25</sup> Programação, planificação e planejamento parecem ser utilizados como sinônimos.

## 1. Aspectos da política permanente de avaliação de recursos humanos

Encontram-se neste grupo justificativas para adoção de tal política, objetivos da política, recursos necessários e dificuldades a serem enfrentadas para o seu desenvolvimento, bem como recomendações para o bom desempenho da mesma.

Foram consideradas como justificativas:

- ✓ A necessidade de uma reforma da mentalidade dominante na gestão dos negócios públicos, para que se concebesse o processo de desenvolvimento como um todo, integrado;
- ✓ A carência de pessoal para o desenvolvimento das atividades de saúde do país e a importância de estimar adequadamente a quantidade de profissionais necessária ao planejar o desenvolvimento dos programas;
- ✓ O potencial da Política para auxiliar: na definição de áreas prioritárias de formação profissional<sup>26</sup> e da melhor adequação dos currículos de graduação; no conhecimento sobre disponibilidade e rendimento de pessoal auxiliar e na melhor utilização dos recursos potenciais de treinamento deste pessoal. Enfim, na definição dos recursos humanos e materiais necessários para que os objetivos do Plano Nacional de Saúde fossem plenamente alcançados;
- ✓ A necessidade de aumento de produtividade e ampliação da cobertura dos serviços de saúde, a ser obtido por intermédio da melhoria da qualificação do pessoal profissional<sup>27</sup> e intensificação da formação de pessoal de nível médio e auxiliar.

Vale frisar, conforme aponta o Presidente Costa e Silva em seu discurso de encerramento da 4CNS, que a expansão da rede de unidades locais de saúde constava do Programa Estratégico do seu governo. E essa era uma pauta importante, que começava a ganhar peso no final dos anos 1960.

A implantação de programas de extensão de cobertura (PECs), no Brasil, foi incentivada por agências internacionais (Fundações Kellogg e Ford), ainda na década de 1960, e visava ampliar o acesso aos serviços de saúde, principalmente em locais pouco

---

<sup>26</sup> O termo 'profissional' estava associado ao trabalhador que possuía nível superior. Assim, era considerada formação 'profissional' aquela proporcionada na graduação.

<sup>27</sup> Vide nota anterior (20).

ou nada privilegiados de recursos nesta área. Eram formulados principalmente pelos departamentos de medicina preventiva e pelas secretarias estaduais de saúde, em muitos casos havendo convênio entre duas ou mais instituições, e constituíam-se em modelos alternativos ao padrão dominante na política de saúde naquele momento (medicina previdenciária). Passaram a ocupar o espaço de ação governamental e tornaram-se os principais mecanismos de veiculação dos programas de Atenção Primária em Saúde (APS) nos anos 1970 (Fausto e Matta, 2007).

Para auxiliar no cumprimento do Programa Estratégico do governo, a política permanente de avaliação de recursos humanos tinha como objetivo determinar as relações daquele momento e as previsíveis entre a necessidade e a oferta de pessoal especializado, tanto quantitativamente quanto qualitativamente. Desta forma, identificar o profissional de saúde de que o Brasil necessitava, nos setores universitário, médio e auxiliar, *“com vistas ao desenvolvimento de uma Política Nacional de Saúde, para fazer frente à realidade brasileira”*. (CNS, 1967, p.25)

Assim, eram apontados como recursos necessários para o desenvolvimento da política de avaliação:

- ✓ O levantamento, a organização e avaliação de dados essenciais sobre os recursos humanos, não devendo haver dissociação entre a educação universitária e a pesquisa, tendo em vista a dinâmica dos dados e informações;
- ✓ A elaboração de “técnicas de projeção do potencial humano”, que permitissem prever a futura demanda de recursos humanos, especialmente de pessoal de alto nível e trabalhadores qualificados, para evitar-se a carência destes elementos;
- ✓ Assegurar a continuidade de todo o processo de avaliação por intermédio de sucessivas correções da projeção das necessidades, a serem realizadas periodicamente, devido à natureza das metas estabelecidas e da ordem de grandeza delas, que eram vistas como intimamente presa a um contínuo processo de planejamento e controle.

Contudo, foram apontados também dificuldades a serem enfrentadas para o desenvolvimento da política e feitas algumas recomendações. Dentre elas, podemos destacar:



- ✓ As grandes diferenças existentes, quanto às fontes de informação, de um país ao outro, o que gerava dificuldade de utilização de qualquer método padronizado;
- ✓ A precariedade do intercâmbio, entre países, de critérios resultantes de experiências, em função da variação de resultados encontrados em relação a atividades iguais exercidas em meios econômico e socialmente diversos;
- ✓ Necessidade de estudar, em profundidade, a exatidão dos dados estatísticos e demais informações disponíveis, determinadas através de análises internas, cotejando-as com as condições vigentes e as informações específicas e pormenorizadas recolhidas no local; e
- ✓ Carência de sistemas práticos para calcular o pessoal de formação universitária necessário para a área de engenharia sanitária.

Como recomendações:

- (a) Constituição de equipes “ecléticas” para realização de assessorias técnicas, *“com vistas ao desenvolvimento de técnicas adequadas e eficientes, que servirão ainda para manter o programa de avaliação de recursos humanos firmemente vinculados à realidade local”* (CNS, 1967, p.86);
- (b) Participação da educação no processo do planejamento, promovendo a atuação interdisciplinar dos administradores e planejadores de saúde, com a dos educadores, *“especialmente aqueles ligados ao ensino das ciências biomédicas”* (CNS, 1967, p.49).

## 2. Necessidades dos serviços no tocante à formação

Esse segundo grupo de questões da categoria refere-se ao que era entendido como sendo as demandas para a formação de pessoal de saúde, que podem ser considerados como elementos orientadores para o processo de planejamento.

Numa perspectiva ampla, a ‘preparação de pessoal’ era preconizada como *“essencialmente importante nos planos e programas de saúde, para que estes assumam uma feição concreta e produtiva”* (op.cit., p.107). Pela análise do material da 4CNS foi possível inferir que era considerada como ‘preparação de pessoal’ todos os

processos relativos à formação daqueles que trabalhavam na saúde, incluindo os de nível superior, médio e auxiliar.

A título de esclarecimento, tendo em vista que a terminologia utilizada no documento examinado diferencia-se da terminologia atual, 'pessoal da saúde' era um termo utilizado para se falar de modo genérico daqueles que trabalhavam na saúde. Com raríssimas exceções, 'profissionais de saúde' era utilizado para referir-se aos profissionais de nível superior e, conseqüentemente, 'formação profissional' significava aquela dedicada aos profissionais de saúde.

No que se refere ao planejamento da preparação de pessoal, foram apontadas as seguintes necessidades:

- ✓ Associar a formação e o exercício das responsabilidades dos recursos humanos ao processo geral de desenvolvimento;
- ✓ Elaborar planos para preparação de pessoal que levem em consideração a relação entre estrutura dos serviços e condições nosológicas, políticas e administrativas de cada região brasileira;
- ✓ Diversificar os tipos e categorias de pessoal da saúde para atender as necessidades mais urgentes das populações;
- ✓ Estruturar equipes "pluriprofissionais" (CNS, 1967, p.277) cuja composição variará em função dos aspectos predominantes dos problemas de saúde, da influência dos fatores sócio-econômicos e da evolução científica e tecnológica;
- ✓ Ter disponível, nos serviços de saúde, pessoal dos níveis superior, médio e auxiliar, preparado na natureza e quantidade suficientes a que sejam atendidas as necessidades do país.
- ✓ Atuar na formação não só das pessoas que irão assumir responsabilidades técnicas ou administrativas, junto aos serviços de saúde, mas também das que irão exercer funções docentes;
- ✓ Treinar planejadores da saúde;
- ✓ Dispor de pessoal adequado em número e preparo para ampla e permanente ação educativa, no lar, na escola e no meio da coletividade, para que seja criada uma consciência nacional de referência ao problema da saúde, quanto à sua importância e magnitude.

Para tanto, foram propostas as seguintes diretrizes:

- ✓ Incentivar o estudo dos recursos humanos;
- ✓ Medir os recursos humanos existentes e correlacionar esses dados com as medidas que o país propõe tomar para reduzir progressivamente a incidência dos problemas de saúde através da prevenção e do tratamento;
- ✓ Utilizar estudos e informações sobre recursos humanos para organização do ensino, adaptando-o à avaliação científica dos resultados desses estudos, às necessidades apontadas pela realidade e às desigualdades regionais observadas no país;
- ✓ Promover uma distribuição “judiciosa de funções” entre pessoal médico e paramédico de um lado, e os respectivos auxiliares do outro;
- ✓ Fixar com nitidez a qualidade do pessoal auxiliar de que precisa a saúde pública para que suas tarefas tenham alcance capaz de lhes mostrar o sentido da própria responsabilidade e da dignidade de seu emprego, assegurando, no serviço, uma consideração pessoal bem definida;
- ✓ Promover a regulamentação profissional e uniformização da terminologia correspondente;
- ✓ Descentralizar a execução dos programas de formação, principalmente da categoria auxiliar, com o fim de estender a ação em âmbito macro e microrregional;
- ✓ Adequar a preparação de pessoal da saúde para atuar sobre os problemas sanitário-assistenciais da população rural dispersa;
- ✓ Formar pessoal universitário e seus auxiliares em número suficiente, tendo por base o melhor conhecimento da evolução da saúde e das doenças, para alcançar determinados objetivos sociais com respeito a cada problema;
- ✓ Focar no ensino especializado de saúde pública, congregando esforços das esferas federal, estadual e municipal, juntando-se a ação das instituições privadas e semi-oficiais;
- ✓ Flexibilizar a ação na preparação dos vários tipos de profissionais considerando-se as variações do mercado de trabalho;

- ✓ Preparar o pessoal intimamente associado com seu aproveitamento no setor público ou privado, assegurando-se status funcional adequado e retribuição salarial compatível com o nível das exigências para o exercício da função;
- ✓ Estudar e experimentar, com novos métodos e equipes conjuntas, o treinamento de especialistas quanto aos aspectos do desenvolvimento nacional relativos à saúde e de planejadores da saúde nos aspectos econômicos do planejamento nacional;
- ✓ Dispor da ajuda das nações desenvolvidas, em caráter prioritário, garantindo maior provisão de capital, orientação do talento e maior intercâmbio de experiência e conhecimentos. (Destaque das bolsas para cursos de aperfeiçoamento dentre os métodos de colaboração internacional com maior projeção).

É importante reparar que, durante a 4CNS, diferente dos tempos atuais, o foco das ações de saúde não estava sobre as necessidades de saúde das populações, mas sim nas necessidades do país. Para além da vinculação da saúde ou mesmo da educação ao processo de desenvolvimento econômico, tal foco é conveniente para a rigorosa Ditadura Militar que estava em curso. Quando o foco das ações de saúde recai sobre as necessidades de saúde das populações, torna-se crucial ouvir essas populações para garantir eficiência na utilização dos recursos. Porém, se o foco são as necessidades do país, o governo pode se colocar como o elemento mais preparado para ter a visão do conjunto e assumir para si a responsabilidade de determinar o que melhor atende às necessidades essenciais da maioria dos brasileiros.

Neste contexto, a diretriz que propunha descentralizar a execução dos programas de formação, com o fim de estender a ação em âmbito macro e microrregional, podia ser justificada pela compreensão de que *“a espécie e o número de profissionais de saúde são função das necessidades regionais, que se mostram variadas em face das condições vigentes”* (op.cit., p.103). Sendo assim, se justificava também a diretriz de utilizar estudos e informações sobre recursos humanos para organização do ensino, adaptando-o às necessidades apontadas pela realidade e às desigualdades regionais observadas no país.

Quanto à necessidade de estruturar equipes, o argumento utilizado era de que os programas de saúde não podiam ter por base o médico, ainda que altamente

qualificado, pois o médico não poderia cuidar sozinho dos problemas de saúde de sua comunidade. As equipes deveriam ser compostas dos denominados “profissionais da saúde”, considerando dentre eles: médico, enfermeira, dentista, engenheiro sanitário, veterinário de saúde pública e terapeutas ocupacionais, com seus respectivos elementos auxiliares, em seus diversos tipos e capacidades. A lista de profissionais envolvidos para compor uma equipe multiprofissional foi debatida nos grupos de trabalho da Conferência e dentre as diversas possibilidades, ficou apontado que deveria existir uma relação da composição das equipes com os programas a serem implantados. Ou seja, a lista deveria crescer *“na medida com que a complexidade social e tecnológica aumenta(sse)”*. (CNS, 1967, p.51)

Outra questão, para a qual vale a pena abrir um parêntese nesse momento, é a promoção da ‘distribuição judiciosa de funções’ entre pessoal da saúde. O que estava em jogo era a definição do trabalho das profissões denominadas principais porque se considerava que o médico exercia atividades que poderiam ser delegadas a pessoal auxiliar. Acreditava-se que o ato de delegar resultaria em economia, tanto de pessoal profissional qualificado quanto do tempo gasto em seu treinamento, *“pois importaria em reduzir a um mínimo o número de pessoas cuja formação é mais demorada e complexa”* (CNS, 1967, p. 53). Porém, parece que estava em jogo, também, um processo de delimitação de mercado de trabalho, pois havia a indicação da diretriz de se *“estudar o emprego de pessoal paramédico e auxiliar para realização de diagnóstico e tratamento, de modo a produzir recomendações sobre o nível educacional requerido e os programas de treinamento”* (p. 24).

Embora fosse apontada a importante contribuição dos demais profissionais de saúde nas equipes e notadas as carências de enfermeiros qualificados e engenheiros sanitários preparados, a problemática trabalhada na 4CNS em relação ao pessoal de nível superior girou, principalmente, em torno das questões da educação médica.

As preocupações, no que se referia aos ‘profissionais de saúde’, para além da estruturação das equipes e da melhor definição da atuação dos profissionais nas atividades de saúde pública, incidiam sobre os seguintes pontos:

- (a) Carência de profissionais, que produzia as necessidades de informações sobre a disponibilidade quantitativa e qualitativa deles; de organização do ensino superior

e da pós-graduação para aumentar o número de diplomas; e de organização dos currículos para repensar a adequação da formação às necessidades imediatas e futuras do país;

- (b) Diferença entre profissional de saúde e profissional de saúde pública, requerendo pós-graduação para preparar o profissional para os problemas de saúde pública<sup>28</sup>;
- (c) Demanda de profissionais de nível superior tanto para a fase de planejamento quanto de execução dos serviços de saúde, situando-os principalmente na primeira e colocando sua presença na fase de execução na dependência da localização da equipe.

Dada a constatação da carência de pessoal de nível médio e auxiliar e da baixa qualidade das enfermeiras auxiliares existentes na América Latina (“apenas 26% receberam educação formal” - *op.cit.*, p.37), defendia-se amplamente a maior ênfase no preparo e emprego de pessoal auxiliar nos serviços de saúde no Brasil e nos demais países em desenvolvimento, através da criação de corpos de auxiliares para programas prioritários de saúde. A justificativa para tal ênfase encontrava-se embasada nos seguintes argumentos:

- ✓ O alto custo da formação profissional, tanto pelo tempo que demora quanto por necessitar de instituições e equipamentos caros;
- ✓ A dificuldade de expansão rápida da formação de pessoal profissional para os programas de saúde pública que, quando muito acelerada provoca rebaixamento do nível do ensino;
- ✓ A experiência de países adiantados, que comprovava que o aumento do pessoal profissional não diminuía o emprego de auxiliares, compreendidos como pessoal multiplicador do impacto dos profissionais, treinados rápida e economicamente;
- ✓ A resistência dos profissionais a trabalhar nas zonas rurais, sem comodidades e atrativos.

---

<sup>28</sup> Isso irá ocorrer em meados dos anos 1970 com a institucionalização, no Brasil, do campo científico da Saúde Coletiva. Nessa época, se amplia o imbróglio conceitual entre Saúde Pública e Saúde Coletiva, que vai permanecer por bastante tempo. O artigo ‘A *Physis* da Saúde Coletiva’, de Joel Birman, publicado em 2005, ajuda a limpar esse campo, mas não resolve a confusão.

O treinamento de pessoal auxiliar para exercer tarefas médicas delegadas, particularmente em áreas mais carentes de serviços de saúde, era visto, principalmente, como solução para o problema de escassez de médico e de aplicação adequada de recursos, tendo em vista os problemas de saúde que precisam ser resolvidos e que podiam ser resolvidos por pessoas com menor qualificação. Contudo, o emprego de pessoal auxiliar era apontado como subordinado ao princípio de supervisão, que tinha, dentre outras, a perspectiva de tornar este corpo de trabalhadores parte de uma instituição. *“A implicação é que eles oper(ass)em como assalariados dentro de uma organização de saúde, em vez de por iniciativa privada”* (CNS, 1967, p.145).

Após sistematizar todo esse conteúdo que foi admitido neste estudo como pertencente à categoria planejamento, ficou evidente que o planejamento configurava-se, também, como um instrumento para viabilizar a adequada qualificação do pessoal de saúde pública. Foram propostos estudos científicos diversos para que a análise de seus resultados produzisse insumos para a adaptação e organização progressiva do sistema formador e do próprio ensino, tanto no nível superior quanto técnico e auxiliar.

Passemos, então, para o detalhamento da categoria ‘qualificação do pessoal de saúde pública’, que abrange três grupos de questões: quem era o pessoal que atuava na saúde pública, qual deveria ser a ênfase da sua formação e como deveria se organizar o sistema formador para isso.

### **Qualificação do pessoal de saúde pública**

- Quem era o pessoal que atuava na saúde pública?

Embora isso já pareça estar claro, vale explicitar que a classificação do pessoal que atuava no campo da saúde pública distinguia dois grandes grupos: profissionais de saúde, de nível superior, e auxiliares de saúde, de nível médio e elementar. A divisão se estabelecia conforme o nível de instrução, geral e especializada.

No âmbito dos profissionais de nível superior, graduados, é bem marcada a distinção entre profissional de saúde e profissional de saúde pública. A formação em saúde pública caracterizava-se como uma pós-graduação; uma especialização para

profissionais oriundos de várias profissões, constituindo “*uma nova profissão social*”, o sanitarista, justificada frente à “*complexidade das realidades do mundo moderno*” (CNS, 1967, p.185).

Curioso perceber que a atribuição ao sanitarista do status de ‘nova profissão social’ refere-se a uma aspiração, tendo em vista que não encontrava correspondência com a realidade da época. A categoria funcional de ‘Sanitarista’ foi estabelecida somente dez anos depois, por intermédio da Lei Nº 79.456 de 1977, que dispunha sobre o Grupo-Saúde Pública do Serviço Civil da União e o termo ‘sanitarista’ para profissionais que atuavam na saúde pública já vinha sendo empregado há muito tempo. Osvaldo Cruz, conhecido como o médico sanitarista que enfrentou as epidemias da passagem do século XIX para o século XX no Brasil é um bom exemplo disso.

Em todo caso, tal especialização podia caracterizar-se como uma pós-graduação completa, básica ou especializada, uma pós-graduação abreviada – que inclui as várias formas de cursos de atualização em saúde pública – e/ou uma preparação complementar, envolvendo a ministração de conhecimentos que podiam estender a ação dos profissionais a certas áreas (CNS, 1967, p.105)

A expressão ‘pessoal auxiliar’ era utilizada para designar os trabalhadores que colaboravam com os profissionais e atuavam sob sua direção, sem possuir os títulos profissionais exigidos em uma especialidade determinada. Com tipos muito variados, os auxiliares possuíam instrução exigida para sua formação técnica: pessoal auxiliar de nível médio correspondia ao primeiro e segundo ciclos do curso secundário e incluía auxiliares administrativos, práticos de laboratório, de saneamento, de visitação domiciliar, de fiscalização bromatológica, de estatística, etc.; e pessoal auxiliar de nível elementar correspondia à escolaridade primária, com um mínimo de informação e treinamento que os habilitava para a execução de tarefas específicas.

Por essa lógica, eles eram considerados ‘técnicos’. Porém, em algumas situações, eram chamados técnicos aqueles que possuíam o conhecimento aprofundado obtido por intermédio de uma preparação profissional de nível superior. Na análise do material isso fica um pouco confuso e acaba sendo esclarecido, em cada situação (palestra ou fala específica), pelo sentido do texto.



- Qual deveria ser a ênfase da formação desse pessoal?

Como falado anteriormente, considerando: o tempo prolongado e o alto custo de formação de um sanitarista; a necessidade de associar o preparo do profissional com seu aproveitamento, assegurando-se status funcional adequado e retribuição salarial compatível com o nível das exigências para o exercício da função; a extensão do território nacional; a complexidade tecnológica dos problemas de saúde da população brasileira; e o processo de desenvolvimento do país, foi apontada a necessidade de maior ênfase no preparo de pessoal auxiliar.

Porém, em relação a esse preparo, foi identificada a divergência existente entre duas correntes distintas de posicionamento. Uma delas advogava o treinamento em serviço ou em instituições de ensino especializado, de preferência nas regiões onde deveriam ser empregados os trabalhadores, sem dar maior importância à sua instrução básica. Caracterizava-se como uma orientação tecnológica, face às necessidades imediatas e urgentes de pessoal auxiliar de todos os níveis, para os programas de saúde, e o alto custo de uma relativamente longa formação completa do pessoal técnico (nível médio). A outra defendia a formação regular de técnicos (nível médio) conforme prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1961, abrindo ao pessoal auxiliar as possibilidades de uma futura formação superior. Nada impedia, contudo, que as duas modalidades fossem postas em prática simultaneamente.

Essa divergência expunha uma disputa que esteve presente no setor educação desde o início da década de 1940, com as Reformas Capanema, que apresentava uma concepção dualista de ensino. Tal política separou o ensino secundário do técnico, direcionando o ensino secundário para a formação das elites e preparação para o ensino superior e trabalho intelectual e o ensino técnico para o treinamento dos trabalhadores, que por necessidades financeiras, precisavam ingressar diretamente no mercado de trabalho. Desta forma, essa política reproduzia o quadro de desigualdade social por intermédio das diferentes perspectivas profissionais futuras ofertadas para as distintas classes sociais e foi fortemente questionada pelos defensores de uma reconstrução educacional, que conseguiram, na LDB de 1961, *“o tratamento igualitário conferido aos diversos ramos do ensino médio, abolindo a discriminação contra o*

*ensino profissional que marcou as leis orgânicas do ensino herdadas do Estado Novo”*  
(Saviani, 2008, p.307)

Sem aprofundar, muito menos resolver essa divergência no desenrolar da conferência, foram apontadas as seguintes diretrizes para a formação de pessoal auxiliar:

- ✓ Proporcionar, em cada etapa educacional (primário-elementar, ginásial-auxiliar e colegial-técnico) uma capacitação para o trabalho;
- ✓ Efetuar, em curso de tempo integral de ensino com duração de poucos meses, a preparação básica do pessoal de nível médio, podendo alcançar o equivalente ao segundo ou ao primeiro ciclo secundário;
- ✓ Formar não apenas para a execução mecânica de tarefas específicas, mas também para aquisição de um mínimo de conhecimentos básicos que capacitem o trabalhador a ter a consciência atribuída que lhe é dada;
- ✓ Formar para o trabalho específico de apoio aos programas de saúde;
- ✓ Os próprios órgãos interessados deveriam preparar os auxiliares de nível elementar, ao mínimo possível, dada a grande diversidade de pessoal exigido;
- ✓ Preparar pessoal auxiliar de nível médio e elementar, de forma descentralizada, nas próprias áreas de trabalho (integração ensino-serviço);
- ✓ Assegurar adequada situação e condição do pessoal auxiliar em relação à comunidade onde operam e aos profissionais, na hierarquia dos serviços;
- ✓ Formar para atuar sobre os problemas sanitário-assistenciais da população rural dispersa, em regiões isoladas e carentes de assistência, articulados com a rede de serviços locais de saúde;
- ✓ Formar pessoal auxiliar da saúde para exercer função de educador, potencializando o contato mais direto com a população para ajudar a melhorar a situação em matéria de higiene pessoal e do meio, saneamento, nutrição, etc.

No tocante à formação do sanitarista, era visada a preparação de pessoal de alto nível, principalmente, para a elaboração dos programas de saúde, supervisão e coordenação das atividades e análise de sua execução. Era apontada a necessidade de

modificação do ensino universitário, de forma a tornar possível sensibilizar o alunado para as tarefas de saúde pública e para a realidade e necessidades do país.

A diretriz apontada na 4CNS, visando lidar com a dicotomia medicina preventiva – curativa, apontava a necessidade de distinção entre os aspectos assistencial e preventivo da medicina pública para que se pudesse, do ponto de vista administrativo, estruturar programas voltados para uma e outra dessas expressões da medicina (CNS, 1967, p.98).

As outras diretrizes apontadas para a formação desses profissionais, de nível superior, foram:

- ✓ Elevar o conteúdo cultural ao ensino técnico e profissional, assegurando o desenvolvimento da personalidade, do caráter, das faculdades de compreensão, de julgamento, de expressão e de adaptação do estudante, ultrapassando a simples preparação para o exercício de uma profissão determinada, que visa exclusivamente a dotá-lo das competências e conhecimentos teóricos estritamente necessários para este efeito;
- ✓ A partir das complexidades do ambiente e da compreensão da ecologia, introduzir no processo de formação outras disciplinas que vão além daquelas voltadas para as ações diretas de prevenção e tratamento, colaborando para a saúde individual e coletiva;
- ✓ Ensinar os princípios de medicina comunitária;
- ✓ Redefinir os propósitos da especialidade, identificando seus métodos ou determinando-os através de investigação científica, para nortear o ensino acadêmico e prático;
- ✓ Permitir, nos cursos de pós-graduação, a aquisição de conhecimentos específicos que capacite o profissional de saúde a lidar com os problemas de saúde comunitários em seus múltiplos aspectos;
- ✓ Flexibilizar a estrutura curricular, de modo a orientar a formação profissional para a solução dos problemas do país e ajustar-se à demanda quantitativa de recursos humanos;
- ✓ Reavaliar constantemente os programas e currículos flexíveis no ensino especializado em saúde pública.

- ✓ Preparação e adequação do corpo docente para o ensino especializado em saúde pública;
- ✓ Preparar profissionais para atender não somente as necessidades imediatas nos serviços de saúde, mas, sobretudo, para treinar multiplicadores no nível estadual;
- ✓ Desenvolver o ensino no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, vinculado a todas as formas de pesquisa e, sobretudo, a prática diária;
- ✓ Estimular o convívio dos estudantes universitários, desde cedo na sua formação, com o pessoal técnico auxiliar;
- ✓ Ênfase aos cursos de atualização para o pessoal de nível superior já em exercício nos programas de saúde ou com alguma experiência em atividades de saúde pública, sem, contudo, fechar as portas aos vocacionalmente dotados;

Sobre a utilização dos espaços de trabalho para o processo de ensino-aprendizagem, também preconizada para a preparação de pessoal auxiliar, significava um entrosamento da formação de pessoal às atividades práticas que estava diretamente vinculada à interinfluência produzida pela relação entre as organizações de ensino e as comunidades, nas quais e para as quais se produzia a assistência à saúde. Conectava-se à crença de que as universidades precisavam participar diretamente de diferentes aspectos do desenvolvimento comunitário, lançando os olhares para fora do ambiente escolar a fim de identificar corretamente as situações merecedoras de atenção mais prontamente na escala de prioridades dos trabalhos universitários.

Como será visto mais adiante, essa destacada necessidade de relação entre ensino e serviços de saúde vai produzir avanços importantes para o campo da 'formação' a partir da década de 1970 principalmente através dos projetos de 'integração docente-assistencial'. Apresentava-se, naquele momento, no entanto, como uma proposta integrada de alguma forma à proposição de reforma do currículo, considerado pouco flexível das escolas médicas, a fim de orientar a formação profissional para as necessidades e solução dos problemas de saúde do país.

De modo coerente com a perspectiva hegemônica do planejamento, preconizou-se a utilização de estudos e informações sobre as disponibilidades das várias categorias profissionais e as atividades desenvolvidas por elas para organização

do ensino e modificação dos currículos. Destacou-se a importância deste planejamento universitário como uma ação das universidades para auxiliar no desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. Pretendia-se que tal reformulação permitisse ao futuro médico não só o aprendizado relativo à problemática de saúde da população, mas também e, principalmente, a inspiração capaz de motivá-lo para as carreiras sanitárias.

Vale destacar que a proposta de organização e flexibilização da estrutura curricular, 'adequando a formação às necessidades imediatas e futuras do país' visava o redesenho do perfil do profissional de saúde, tornando-o mais atento às circunstâncias epidemiológicas nacionais ou regionais, cujos problemas eram considerados graves em função do cenário de subdesenvolvimento. Aqui estava em jogo a produtividade do profissional e a sua capacidade de responder à ampliação da cobertura dos serviços, que estava no projeto do governo federal de expansão da rede de unidades locais de saúde.

Havia, também, a preocupação com as especificidades dos males latino-americanos, considerados de antemão como de natureza eminentemente primária. Tal preocupação, além de produzir a crítica a prática corrente das universidades copiarem os tipos tradicionais de educação médica estabelecidos nos países desenvolvidos, levava à defesa do intercâmbio das experiências que estavam sendo realizadas, em matéria de educação, por algumas escolas médicas, em sua maioria situadas em países em desenvolvimento, consideradas como 'instituições-chave'. Acreditava-se que essas instituições estavam acumulando isoladamente e com repercussão limitada um grande acervo de experiências e modos de abordar o problema da organização do ensino das ciências da saúde, que poderiam ser utilizados na transformação das "*obsoletas estruturas educacionais das instituições tradicionais*" (CNS, 1967, p.53).

Outra crítica que começava a aparecer estava relacionada ao modelo utilizado para preparação clínica dos futuros profissionais, que se concentrava nos Hospitais Universitários de Ensino (HUE). Elas referiam-se basicamente à ausência de integração dos HUE à rede regional de unidades sanitárias, tornando-se lócus exclusivo para o treinamento da prática médica dos estudantes.

O argumento principal utilizado para defender a integração à rede de serviços, por intermédio dos planos de saúde de âmbito estadual ou regional, era o de que, na ausência dessa integração, ficavam os serviços universitários sujeitos à solicitação

premente de doentes que ali apareciam espontaneamente, sem nenhuma triagem anterior, que não podiam ser considerados de particular interesse para o ensino e a pesquisa, tampouco se incluíam entre os mais indicados para atendimento em unidades tão caras e complexas. Disso resultava considerável baixa no rendimento dos serviços, atravancados de pacientes que seriam seguramente melhor atendidos se frequentassem unidades na própria vizinhança, onde a assistência necessária seria mais simples e barata.

Com base nesse argumento, a integração significava fazer com que os HUE passassem a se ocupar quase exclusivamente com o atendimento de pacientes que necessitassem dos recursos altamente especializados e custosos ali concentrados, deixando as situações clínicas mais frequentes e menos complexas para serem experimentadas pelos estudantes em unidades sanitárias do estado, devidamente organizadas, onde se instalariam dispositivos didáticos sob a orientação da escola.

Por outro lado, era proposto que, obedecendo ao princípio da regionalização dos serviços, o hospital de ensino atendesse, além dos pacientes necessitados de cuidados mais complexos e para lá remetidos após triagem em outras unidades, à primeira consulta por parte de habitantes de zona adjacente cuidadosamente demarcada. Assim, caberia no próprio espaço do hospital a existência de um centro de saúde que servisse, no plano de regionalização, à área integrada dos serviços comunitários.

Esse conjunto de propostas demandava a redefinição dos objetivos dos HUE, que esbarrava no fato de serem os serviços prestados nestes hospitais totalmente financiados pelos recursos governamentais destinados à educação. Tal realidade orçamentária fazia com que os serviços neles prestados respeitassem critérios de atendimento primordialmente subordinados aos interesses das universidades.

A integração dos hospitais universitários à rede regional de unidades sanitárias, dessa forma, exigia uma articulação dos interesses das universidades com os interesses dos órgãos responsáveis pela saúde da população. Justamente neste aspecto localizava-se o segundo argumento utilizado para defender tal integração.

As faculdades de medicina, desde o início da década de 1960, vinham acolhendo turmas de alunos cada vez mais numerosas com dificuldades financeiras para aumentar o número de leitos mantidos pelas próprias dotações orçamentárias,

de modo a situar a proporção aluno-leito em nível satisfatório e permitir as oportunidades de aprendizado que vinham sendo oferecidas em muitas escolas na época. Para sustar a queda gradual dos padrões de ensino, cabia examinar a possibilidade de se ampliar os dispositivos didáticos a partir da utilização dos serviços comunitários de saúde constantes no plano de regionalização, permitindo aumento considerável da capacidade docente das escolas mediante pequeno acréscimo de despesa. Além disso, os estudantes teriam contato direto com a realidade do sistema de assistência no qual boa parte deles iria exercer a profissão. Em contrapartida, a universidade poderia contribuir de modo regular e sistemático para a política de saúde a ser implantada na região onde se situava.

- Como deveria se organizar o sistema formador para isso?

A proposta de integração dos HUE à rede de serviços de saúde encontra-se estreitamente relacionada com a perspectiva de organização do sistema formador para a melhor qualificação do pessoal de saúde pública. Além dos argumentos já apresentados, existe outro: como elemento que atende aos ‘cursos regulares de formação’, os hospitais universitários carregam, conseqüentemente, a demanda por integração aos outros mecanismos de preparação do pessoal necessário às atividades de saúde. De acordo com o material da 4CNS, são eles: (1) ‘cursos de adequação’ – rápidos e intensivos; e (2) ‘Aprimoramento’ – realizados com o pessoal já em serviço, retirando-o momentaneamente da atividade para receber instrução e treinamento complementar – por exemplo, os cursos de atualização, que transmitem novos conhecimentos adquiridos e familiarizam com novas práticas.

A utilização da capacidade já instalada para treinamento de pessoal foi uma das diretrizes identificadas para a organização do sistema de formação, como um todo. Foram apontadas, também:

- ✓ Estabelecer, conforme a necessidade, a criação ou ampliação dos centros de ensino;
- ✓ Elaborar planos para delimitar os campos de preparação de pessoal, eliminando multiplicação de atividades para o mesmo fim e o estabelecimento de áreas de atrito;

- ✓ Juntar a ação das instituições privadas e semi-oficiais à congregação de esforços das esferas federal, estadual e municipal;
- ✓ Anunciar sob forma precisa as finalidades das organizações de ensino – preparar pessoal para um determinado objetivo e para servir uma específica comunidade, viva e atuante;
- ✓ Readaptar a educação às características da morbidade e da mortalidade, de modo que o pessoal da saúde se forme para resolver, sobretudo, o que é frequente, não o excepcional;
- ✓ Estabelecer e manter os padrões acadêmicos dos corpos docentes por intermédio de contatos científicos internacionais;
- ✓ Expandir a capacidade de atuação do MS no programa de preparação de pessoal, por intermédio da diversificação e ampliação das ações.

Especificamente voltadas para a formação do pessoal de nível superior, foram destacadas as seguintes diretrizes para a organização do sistema de formação:

- ✓ Universidade com autonomia, local de liberdade para o professor e para o estudante, onde possam pensar e debater; duvidar e investigar; analisar problemas e questionar valores (vale ressaltar que essa recomendação estava presente no discurso da OPAS e pode ser interpretada como uma crítica à ditadura militar que estava interferindo nos processos formativos);
- ✓ O ensino de pós-graduação em saúde pública, quando feito nas universidades, deveria integrar uma Escola Autônoma e sua ministração ser feita através dos Institutos de Medicina Preventiva, desde que abertos a todos os graduados das várias Faculdades das Universidades;
- ✓ Preparação local dos quadros docentes das instituições de ensino das ciências da saúde, distribuindo os elementos a serem preparados por uma rede de centros de treinamento de professores, constituída por instituições já existentes;
- ✓ Garantir que o estudante frequentasse serviços hospitalares de bom padrão para viabilizar o aprendizado da medicina clínica, com a devida eficiência;



- ✓ Proporcionar ao aluno a vivência em serviço de saúde pública, orientado corretamente e adequado às condições sócio-econômicas regionais, para que ele aprendesse os princípios de medicina comunitária;
- ✓ Debater a preparação do profissional da medicina como sanitarista, nos vários aspectos e graus dessa especialização, de par com a formação complementar desejada, mesmo clínica; e
- ✓ Em caráter de emergência, se deveria ministrar a formação complementar desejada na própria área de atuação aos médicos policlínicos.

E para a formação dos auxiliares, tanto de nível médio quanto elementar, as diretrizes para a organização do sistema de formação eram:

- ✓ Ser responsabilidade dos serviços de saúde e entidades educacionais na área da saúde, contando, quando necessário, com a assistência das Escolas de Saúde Pública;
- ✓ Ser descentralizada, realizando-se em pontos estrategicamente situados, em função das necessidades regionais;
- ✓ Contar com a participação das universidades, a fim de criar melhores condições de treinamento, trabalho e remuneração;
- ✓ Observar as normas gerais estabelecidas em nível nacional;
- ✓ Caracterizar-se como capacitações rápidas; e
- ✓ Priorizar o recrutamento do pessoal local.

Ao examinar as questões contidas nessa categoria, podemos verificar a existência, já nesta 4CNS, do esboço de uma disputa importante, presente no campo da 'formação', relativa à própria compreensão do conceito de formação. Nos extremos, a formação vista primordialmente como elemento preparador dos recursos humanos necessários para execução de uma política de saúde, qualquer que seja ela, *versus* a formação entendida como processo de produção de sujeitos críticos, ativos e implicados com a construção da política de saúde e da própria sociedade.

Considerando o aspecto técnico das decisões racionais do planejamento que o subordinam, em sua eficácia e características, às ordens políticas, independente das escolhas políticas feitas, depreende-se que a perspectiva de uma Avaliação

Permanente de Recursos Humanos para a Saúde poderia vir a produzir uma agenda que buscasse traçar o perfil dos profissionais necessários para o sistema e, conseqüentemente, pensar a formação de pessoal como parte de um processo de adequação da mão-de-obra ao perfil traçado. E isso aconteceu. O tensionamento com essa perspectiva, provocado por outra, capaz de pensar a qualificação do profissional/trabalhador como sujeito apto a atuar politicamente na transformação social, somente viria a acontecer bem mais à frente, já no escopo do SUS.

### **Integração / cooperação educação-saúde.**

A devida integração/cooperação educação-saúde se impunha como mecanismo para viabilizar a necessária qualificação profissional. Assim, embora as questões relativas a esse debate possam ser consideradas como elementos relacionados à organização do sistema de formação, encaixando-se bem na categoria anteriormente trabalhada, é de tal forma importante para o foco deste estudo que mereceu ser destacada numa categoria à parte.

Diante da proposta de expandir a capacidade de atuação do Ministério da Saúde no programa de preparação de pessoal, por intermédio da diversificação e ampliação das ações, tornou-se forçoso uma melhor definição das atribuições de ambos os Ministérios, da Saúde e da Educação e Cultura – este último representado pelas universidades e escolas superiores –, considerados como tendo responsabilidade solidária na formação dos recursos humanos requeridos para as atividades de saúde.

Da mesma forma que se via a necessidade de uma maior participação dos órgãos encarregados das atividades normativas e executivas da saúde na preparação dos recursos humanos, considerava-se importante a participação ativa dos educadores no enfrentamento dos problemas de saúde, seja nas ações diretas ou através da contribuição no processo de elaboração do Plano de Saúde.

No Quadro 1, organizamos as atribuições distribuídas, no intuito de facilitar a visualização e compreensão das propostas.

**Quadro 1: Responsabilidades atribuídas, na 4CNS, ao MEC e Ministério da Saúde**

Responsabilidades do Ministério da Saúde	Responsabilidades das Universidades e Escolas Superiores
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incumbir-se da adequação e aprimoramento dos recursos humanos para as atividades de saúde;</li> <li>✓ Estimular o desenvolvimento de recursos humanos de acordo com as necessidades do país;</li> <li>✓ Atuar de forma descentralizada, cooperando com os estados na programação e realização de ensino e treinamento de saúde pública.</li> <li>✓ Dar assistência técnica e financeira aos órgãos educacionais e de saúde (locais e regionais), capazes de organizar centros de treinamento;</li> <li>✓ Partilhar com o MEC os encargos da formação de profissionais de nível médio e superior;</li> <li>✓ Expandir a cooperação com as universidades;</li> <li>✓ Franquear todos os seus serviços, especializados ou não, inclusive Fundações vinculadas, a todas as instituições de ensino no campo da saúde, oferecendo amplas possibilidades para treinamento em áreas urbanas e rurais, em diferentes regiões do país;</li> <li>✓ Promover convênios com a Previdência Social e instituições estaduais, municipais e particulares de saúde, num esforço conjunto de integração das atividades médico-sanitárias, para obter melhores condições para o aprendizado;</li> <li>✓ Fixar, por intermédio da Escola Nacional de Saúde Pública, conforme preceito legal, os requisitos mínimos para a estruturação dos cursos de pós-graduação, especialização e atualização nas Universidades;</li> <li>✓ Elaborar normas de treinamento para a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O ensino de graduação;</li> <li>✓ O ensino de pós-graduação em Saúde Pública;</li> <li>✓ Desenvolver cursos de especialização e de atualização para pessoal de nível superior;</li> <li>✓ Trazer para si o ensino técnico, dirigido à formação de pessoal auxiliar para atividade de saúde, diversificando-o na inclusão de novas modalidades;</li> <li>✓ Desenvolver programas de treinamento em serviço, adequados às necessidades do meio e perfeitamente articulados com os órgãos de saúde;</li> <li>✓ Sensibilizar os estudantes quanto aos magnos problemas de saúde que afligem as populações, e informá-los devidamente sobre como encaminhar a solução desses problemas em termos de coletividades;</li> <li>✓ Formular e reformular os currículos, compatibilizando-os com o mercado de trabalho em Saúde Pública;</li> <li>✓ Criar novos cursos, quando necessário;</li> <li>✓ Mobilizar professores e alunos para participarem ativamente do desenvolvimento da Política Nacional de Saúde;</li> <li>✓ Atuar no planejamento das ações de saúde;</li> <li>✓ Integrar-se com os órgãos estatais de saúde e participar diretamente nos conselhos estaduais e nacionais de saúde, no intuito de assegurar o pleno conhecimento da realidade sanitária nacional e dos compromissos internacionais no setor da saúde;</li> <li>✓ Produzir análises sobre os recursos humanos para as atividades de saúde;</li> <li>✓ Produzir dados e informações úteis para a</li> </ul>

<p>qualificação adequada de pessoal auxiliar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Expandir sua capacidade de preparar e treinar pessoal;</li> <li>✓ Diversificar as atividades de preparação e treinamento;</li> <li>✓ Preparar pessoal de alto nível para tarefa de planejamento;</li> <li>✓ Formar elementos capacitados para o treinamento de pessoal auxiliar;</li> <li>✓ Estimular a realização de cursos de pós-graduação, especialização e atualização em Saúde Pública, a serem ministrados pelas escolas especializadas;</li> <li>✓ Proporcionar às universidades pessoal capacitado ao ensino de noções básicas de saúde pública que deve possuir todos aqueles que sejam egressos de uma faculdade.</li> </ul>	<p>elaboração de planos de ação e planejamento em saúde através da realização de pesquisas, estudos e avaliações;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aprimorar métodos de trabalho e tecnologia adaptada à problemática regional;</li> <li>✓ Participar dos programas de desenvolvimento comunitário, entendendo as ações para fora do ambiente escolar;</li> <li>✓ Criar centros de desenvolvimento comunitário;</li> <li>✓ Executar trabalhos de assistência médica;</li> <li>✓ Integrar as atividades assistenciais aos programas de ação governamental, em consonância com a realidade econômica do país;</li> <li>✓ Promover a integração dos hospitais universitários à rede regional de unidades sanitárias.</li> </ul>
--	--

**Fonte:** Elaborado pela autora a partir da análise dos Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde

As responsabilidades atribuídas, na 4CNS, ao MEC e MS, no processo de preparação do pessoal de saúde, corrobora o argumento afirmado no início deste capítulo de que o campo da 'formação' começa a se consolidar a partir do momento em que o setor saúde assume essa problemática como de sua alçada. Podemos considerar que a atribuição ao Ministério da Saúde do encargo *“da adequação e aprimoramento dos recursos humanos para as atividades de saúde”* é um embrião da proposta acatada na Constituição Federal de 1988 de que compete ao Sistema Único de Saúde, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (Art.200, Inciso III).

Essa era uma lógica nova e diferenciada que era forjada naquela época a fim de obter maior controle da situação e, conseqüentemente, melhor êxito no planejamento das ações e serviços de saúde. Mas não era um projeto pequeno, muito menos simples.

Por um lado, envolvia ampliar a atuação do Ministério da Saúde nos processos educativos. Exigia uma atuação de forma descentralizada, cooperando com os estados

na coordenação dos trabalhos de planejamento, que deveriam envolver a participação dos órgãos federais, estaduais e municipais (incluindo a previdência social), das organizações paraestatais e dos serviços particulares institucionalizados nos diversos territórios em apreço. Demandava, também, uma colaboração mais estreita e permanente com as instituições de ensino no campo da saúde.

Por outro, envolvia a atuação das Universidades e Escolas superiores no planejamento das ações de saúde. Ou seja, colocava para as instituições formadoras uma série de desafios ao afirmar que, para além de formar e subsidiar a saúde com estudos sobre a realidade sanitária nacional, o que não era pouca coisa, precisavam se integrar aos processos de desenvolvimento da Política Nacional de Saúde, explicitando claramente uma proposta de integração da educação com um projeto político para a saúde pública.

Em suma, era uma proposta ousada que carecia de mobilização de administradores, planejadores, reitores e dirigentes, professores e alunos, bem como de uma reestruturação organizacional, que criasse um espaço institucional capaz de suportá-la. Carecia de mecanismos de gestão compartilhada que viabilizasse a participação e as interações necessárias.

Porém, o país atravessava um momento político de restrição muito complicado. Mobilização e participação não estavam na ordem do dia. E também não se criou de pronto uma estrutura no âmbito dos Ministérios para que esse processo fosse desencadeado. Algo parecido com isso começa a acontecer em meados da década de 1970, quando a OPAS assumiu, conforme colocado por Castro (2008), o protagonismo desse processo, em boa parte pela imunidade que tinha em relação à Ditadura Militar. Vejamos a seguir.

## Capítulo 2: A entrada da ‘formação’ na agenda decisória do governo federal

Após o debate produzido na 4CNS, foi firmado, em 1973, o ‘Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil’, entre a OPAS e o governo federal brasileiro, representado, no primeiro momento, pelos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura. Como apontado por Nunes (1998) *“a 4CNS abordou as questões que estavam presentes na visão de planejamento do setor naquele momento, antecipando uma problemática ligada ao planejamento de recursos humanos que seria tratada na década seguinte pelo Governo, na elaboração do Plano de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde-PPREPS”* (p.10), que foi a forma como o tal ‘Acordo’ se expressou e ganhou reconhecimento nacional.

Embora nos pareça evidente a conexão entre esses dois acontecimentos, que nos leva a inferir que a 4CNS, de alguma forma, preparou o terreno para que o ‘Acordo’ viesse a ocorrer alguns anos mais tarde, curiosamente, essa perspectiva analítica não é corrente. Quase nada se fala sobre a 4CNS nos documentos analisados, nas produções bibliográficas que abordam a temática e nem nas entrevistas com os agentes engajados nesse período da política e que participaram intensamente da implementação deste ‘Acordo’.

Existem pistas para se tentar compreender esse apagamento em relação à 4CNS. Algumas delas se apresentam, também, como elementos que contribuíram para a entrada da problemática da ‘formação’ na agenda decisória do governo federal, por intermédio do Acordo.

Uma primeira pista é o fato, já mencionado anteriormente, da Conferência ter ocorrido em plena ditadura militar, no Governo Costa e Silva, às vésperas do Ato Institucional nº 5 (AI-5), que representou o período mais repressivo do autoritarismo brasileiro, dando poder de exceção aos governantes para punir arbitrariamente os que fossem considerados inimigos do regime. Sem dúvida, essa é uma razão bem justificada para que as pessoas que vivenciaram esse inaceitável momento de repressão e violência desconsiderassem e ignorassem completamente o lado positivo de qualquer ação daquele governo, fazendo com que o acontecimento, por falta de projeção, acabasse sendo ocultado da trajetória histórica do campo da ‘formação’.

Outra é a vinculação da Conferência com o Plano Nacional de Saúde, lançado em 1968 e batizado de Plano Leonel Miranda – referência ao então ministro da área, responsável também pela realização da 4CNS –, que recebeu, na época, pesada crítica por parte da Revista de Saúde Pública a partir de uma apreciação feita pelos docentes da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Como pode ser verificado na matéria do site “Rede Brasil Atual” (2012), tal Plano ficou marcado como a consagração do tema do *“mercado unificado”*, que indicava *“caminhos de favorecimento da privatização de recursos geridos pelo Estado no setor”* e que foi apontado como *“alçado ao centro das atenções naquele mesmo ano por conta da IV Conferência Nacional de Saúde”*.

As críticas feitas ao Plano Leonel Miranda deviam-se à crença de que sua implementação implicaria:

*“(1) no agravamento da injustificável e obsoleta dicotomia entre as atividades de medicina preventiva e curativa; (2) na eliminação de estruturas estatais de saúde, cuja privatização para fins puramente assistenciais exclui a possibilidade de sua utilização com finalidade também preventiva; (3) no estabelecimento de uma estrutura especificamente destinada a canalizar recursos do setor público para o privado, este fiscalizado pelos próprios executores do serviço; (4) numa tentativa de fortalecer o setor privado, visivelmente em crise devido a fatores ligados à estrutura sócio-econômica do País; (5) no desvio, para toda a população, de fundos da Previdência Social que, de direito, pertenciam apenas a empregado e empregador; (6) no retardo cada vez maior do avanço da tecnologia médica, que será contida por verdadeira camisa-de-força econômica, representada pela compartimentação de gastos em saúde; (7) na dissolução de muitas das equipes médicas especializadas já existentes e na concentração das demais nas ‘áreas de saúde’ maiores; (8) no surgimento de grupos indevidamente privilegiados não somente entre os segurados como entre os fornecedores de serviços; (9) na perpetuação da desigualdade regional que se registra nos padrões de vida da população brasileira, posto que favorece as áreas mais*

*desenvolvidas, em detrimento das mais pobres; e (10) em nítida colisão dentro de suas próprias normas”. (USP, 1968, p. 109-110)*

A vinculação com a 4CNS, que parece estar mais no campo simbólico do que nos conteúdos efetivamente trabalhados na Conferência, pode ter favorecido tal apagamento, principalmente, se considerarmos o Acordo como uma estratégia de luta em prol da mudança dos rumos que a política sanitária brasileira estava tomando; luta para a qual o Plano Leonel Miranda não contribuía.

Desde a década de 1950, a ideologia desenvolvimentista havia recolocado em discussão o padrão de política de saúde pública existente no Brasil (Braga e Paula, 1981). A associação entre saúde e desenvolvimento passou a marcar os espaços institucionais no campo da saúde pública, no qual as divergências e conflitos ocorriam em torno da compreensão sobre as relações causais e sobre as estratégias de superação da doença e do subdesenvolvimento.

Ao adotar o projeto desenvolvimentista cepalino<sup>29</sup>, que preocupado com o atraso econômico e a impossibilidade da industrialização espontânea na América Latina “*propunha um programa de indução à modernidade que deveria ter na indústria a sua locomotiva e no Estado o seu planejador e impulsor*” (Fiori, 1995, p.123), o Brasil passou a vivenciar, na década de 1950, um processo ambíguo. Nele, “*anseios estatizantes e nacionalistas convivem com um projeto de industrialização apoiado no estímulo ao capital estrangeiro*” (Vieira e Farias, 2007, p.104). O país passou por um acelerado processo de industrialização, atraindo o capital privado, nacional e estrangeiro, para investir pesadamente em obras de infra-estrutura. Deslocou o pólo dinâmico da economia para os grandes centros urbanos e ampliou pouco a pouco o contingente populacional a ser atendido pelo sistema previdenciário.

A legislação, no âmbito da previdência social, começou a desmontar gradualmente as medidas de cunho contencionista, adotadas inicialmente com o objetivo de reduzir as despesas públicas e enfrentar a crise econômica herdada do governo provisório (1930 – 1934) e, posteriormente, como um instrumento de acumulação financeira (capitalização) nas mãos do Estado para arrecadar recursos e

---

<sup>29</sup> Relativo à CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e Caribe), uma das cinco comissões econômicas regionais das Nações Unidas (ONU), criada em 1948 pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) (Fonte: <http://www.eclac.org/default.asp?idioma=PR>).



apoiar a industrialização do país. Passou a adotar, no lugar da noção de ‘seguro social’, a de ‘seguridade social’, fundamentada na concepção de um Estado que possui obrigações “naturais e inalienáveis” com seus cidadãos, implicando uma intervenção ativa. (Escorel e Teixeira, 2008, p. 368).

Tal caminho percorrido produziu, dos finais da década de 1950 até 1966, duas ordens importantes de mudança no âmbito da Previdência social: o crescimento da prestação de assistência médica (“substancial expansão”) e grave crise na situação econômico-financeira do sistema previdenciário. Isso levou a adoção de medidas de racionalização, que culminaria na unificação, no INPS, em 1966/67, configurando “o setor de atenção médica no Brasil” da seguinte forma (Braga e Paula, 1981, p.74):

- ✓ Financiamento baseado na arrecadação previdenciária, em volume cada vez maior;
- ✓ Prestação dos serviços de assistência feita, cada vez mais, por instituições privadas;
- ✓ Padrões centrados no sistema hospitalar, com grau elevado de utilização de equipamentos e fármacos e com crescente tecnificação e especialização da mão-de-obra utilizada;
- ✓ Importância crescente da indústria de equipamentos e farmacêutica, aumentando a dependência externa, sob as formas de controle do capital, da tecnologia empregada, da importação de equipamentos e de matérias primas;
- ✓ Uso de tecnologia de ponta, tanto na prestação do ato médico como na produção dos insumos;
- ✓ Altas taxas de crescimento do setor, muito acima das taxas de crescimento do restante da economia.

Com essa configuração, apresentando-se autofinanciável e crescendo sua disponibilidade financeira diretamente com o aumento do emprego, bem como agregando, aos seus objetivos, forças políticas consideráveis das empresas de serviços médicos (clínicas e hospitais particulares) e das empresas industriais (farmacêutica, de equipamentos e aparatos médicos), a assistência médica previdenciária foi reforçada e privilegiada como política social governamental na área da saúde (Braga e Paula, 1981).

Conforme será visto adiante, seu enfrentamento tornou-se uma das disputas importantes presente no processo de formulação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), em 1975, que se constituiu no “*programa de ação fundador*” (Pires-Alves et al., 2010, p.69) do ‘Acordo’.

Há, ainda, uma terceira pista para a compreensão do apagamento da 4CNS do processo de consolidação do campo da ‘formação’: a força da influência das agências e organizações internacionais no direcionamento das políticas internas brasileiras, em função de um cenário mundial de Guerra Fria e da decorrente necessidade de promover o desenvolvimento do “Terceiro mundo”, buscando alinhá-lo aos interesses do bloco capitalista; o que fazia com que as pautas e ações internas ficassem de alguma maneira submetidas aos acontecimentos externos.

Segundo o próprio documento no qual é firmado, o Acordo se justificava pela necessidade de planejar a formação e utilização do pessoal do setor saúde apontada no II Plano Decenal de Saúde para as Américas, aprovado na III Reunião Especial de Ministros da Saúde, realizada em outubro de 1972, no Chile (Brasil, 1973).

De acordo com Santana (2012), o ‘Acordo’ foi a resposta do Ministério da Saúde como parte da comunidade de países latino-americanos às recomendações e metas sobre recursos humanos estabelecidas pelo II Plano Decenal de Saúde para as Américas.

*“É uma conferencia que disse o seguinte: para que a America Latina tenha saúde, ela precisa formar tantos médicos, formar tantos enfermeiros, formar tantos dentistas, formar tantas parteiras, formar tantos agentes comunitários de saúde (com o nome que tinha lá, que não é esse exatamente). Era um projeto de metas para a formação de recursos humanos. E o Brasil, que tinha uma grande deficiência, decidiu tomar uma iniciativa arrojada nesse sentido.”* (Santana, 2012)

Tais recomendações e metas encontravam-se inseridas na proposta de planejar o decênio 1971-1980, pautados na abordagem da atenção médica integral e na perspectiva de organização do processo de ensino-aprendizagem com base em problemas e não em disciplinas. Voltavam-se para a formação de médicos,

odontólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, pessoal complementar de diagnóstico e tratamento, pessoal especializado em saúde pública, pessoal especializado em saúde ambiental, pessoal especializado em saúde pública veterinária e pessoal especializado em administração de atenção médica e hospitalar. Buscavam solucionar, principalmente, os seguintes problemas: a carência de profissionais nas áreas urbanas pobres e regiões rurais; o grande e persistente déficit de pessoal da enfermagem e insuficiência dos níveis médios, cuja preparação não contava com estruturação, organização e reconhecimento adequados, sendo na maioria das vezes, circunstancial; a má distribuição dos profissionais existentes e mau aproveitamento do tempo do médico; e a formação de nível superior separada do setor saúde e sujeita às decisões do setor educação (OPAS, 1973).

Como pôde ser verificado, a proposta de desenvolver projetos de preparação estratégica do pessoal de saúde era para além do Brasil.

Segundo José Paranaguá de Santana, na mesma entrevista, o Brasil estava inserido num contexto maior de planejamento e desenvolvimento que envolvia movimentos sociais de transformações e influências da geopolítica mundial Norte-Sul, Leste-Oeste,

*“que era o que vigorava naquele momento, e que fermentou um caldo de desenvolvimento que foi singular naquele momento em toda a America Latina, que foi a chamada cooperação Sul-Sul. Os países da America Latina começaram a intercambiar experiências sobre formação de seus recursos humanos, de forma muito intensa”.*  
(Santana, 2012)

Além disso, como apontado por Carlyle Guerra Macedo<sup>30</sup> (2005), o Brasil naquele momento estava na época do milagre econômico<sup>31</sup>:

*“[...] então tinha dinheiro pra burro e o ministério estava cheio de dinheiro e não sabia como aplicar. E um dos projetos, plano de*

---

<sup>30</sup> Coordenador do grupo técnico diretivo do PPREPS, dotado de considerável autonomia, inclusive financeira, ao qual coube as principais responsabilidades, inclusive de condução política do Programa.

<sup>31</sup> O ‘Milagre econômico’ designa o elevado patamar de crescimento econômico obtido no período de 1968-1973.

*desenvolvimento que tinha, era desenvolvimento de recursos humanos para saúde. Então, se estabeleceu um acordo entre o Ministério da Educação, o Ministério da Previdência e o Ministério da Saúde, de criar um grupo pra elaborar uma proposta pra utilizar esse dinheiro que estava sobrando.”*

Embora o investimento do governo brasileiro neste Acordo tenha sido realmente bastante “arrojado” (para usar as palavras de José Paranaguá), não parece ter sido dessa maneira que as coisas aconteceram.

O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) só passa a integrar o Acordo em 1980, quando já havia passado há muito tempo o período de ‘milagre econômico’ e a previdência social encontrava-se envolvida numa grave crise financeira. Nessa fase inicial da proposta, o Instituto Nacional de Previdência Social tinha outro projeto de articulação com o MEC, que passava pela integração entre a previdência e os hospitais universitários e de ensino, que se concretizou com o chamado convênio global MEC-MPAS assinado em outubro de 1974.

Desde 1968 estava prevista essa integração, que começou a se efetivar a partir de 1971, quando foram realizados os primeiros convênios. Entre 1971 e 1974 estabeleceu-se uma luta por mudanças na relação dos hospitais universitários e de ensino com a previdência social, que se expressava em propostas que se contrapunham tanto aos interesses privatizantes hegemônicos do INPS quanto aos interesses privatizantes e/ou pessoais dos próprios hospitais de ensino (Escorel, 1998).

As duas finalidades básicas desses primeiros convênios eram a expansão de cobertura e a formação de recursos humanos para a saúde, tendo em vista que o INPS “concentrava a maior parcela de recursos, controlava a maior rede de serviços de saúde e empregava o maior número de profissionais” (p.53). No entanto, o cumprimento desses objetivos não se contrapunha à lógica predominante (Escorel, 1998).

O convênio global MEC-MPAS, de 1974, segundo a autora, foi resultado de um movimento produzido por um grupo numericamente reduzido de pessoas, que no interior do INPS defendiam o fortalecimento do setor público num posicionamento contrário à aliança instituída entre os interesses privados e a burocracia estatal, que

estava no comando da instituição e *“tornara-se uma bandeira de luta”* desse grupo. Contemplava, por outro lado, os anseios dos setores racionalizadores dos hospitais universitários e de ensino, que passavam a ter prioridade absoluta para efeito de contratos e convênios do INPS bem como um padrão diferenciado de convênio em relação àqueles estabelecidos com a iniciativa privada, tendo em vista que incluíam nos parâmetros de avaliação e controle não apenas as atividades assistenciais, mas também as atividades didáticas e de pesquisa.

Segundo Quadra e Cordeiro (1977, p.22), a interação previdência-universidade proposta por tal convênio alterou significativamente a estrutura da demanda do hospital universitário, que se encontrava tradicionalmente voltado à produção de ações curativas *“para um segmento populacional hipoteticamente definido como sem direitos e sem exigências”*, os chamados ‘indigentes’, ou para os portadores de enfermidades raras, *“entendidas em termos anacrônicos de ensino médico como valiosas para a pesquisa e para o aprendizado”*. Permitiu uma clientela maior, mais diversificada e exigente, tendo considerando que o paciente previdenciário contribuía para ter um seguro e mostrava-se disposto a reivindicar mais e melhor atenção à sua saúde e de seus dependentes. Além disso, o *“setor da formação de recursos humanos para a saúde”* passou a dispor da rede própria da previdência para a formação de pessoal de nível médio e para o treinamento de internos e residentes.

Para os autores, a expectativa era de que o hospital universitário progressivamente se dinamizasse, racionalizasse a utilização do pessoal docente, estabelecesse novas formas de vinculação do estudante com a prestação de serviços, modificasse radicalmente seus planos de estudos e suas concepções sobre o ensino e a prática da medicina, abrindo uma perspectiva de ensino mais aproximada do perfil epidemiológico regional, com ênfase nos ambulatórios de medicina integral, especialmente voltados para um nível de atenção primária e organizados em termos de regionalização. A expectativa era, portanto, de formar um novo tipo de médico que substituiria o médico de consultório, da prática liberal, isolada, pelo médico previdenciário, assalariado, vinculado à instituição de saúde, com seu trabalho regularizado por normas técnicas e administrativas, avaliado em termos qualitativos e quantitativos.

Porém, a nova proposta de organização da atenção médica e as expectativas produzidas a partir dela, de pronto geraram conflitos com a postura tradicional no interior da própria universidade, *“ensejando um desejável debate nos corpos docente e discente sobre as conveniências e conseqüências da vinculação dos programas assistenciais da universidade ao projeto assistencial previdenciário”* (Quadra e Cordeiro, 1977, p.22).

Essa resistência ajuda a revelar uma característica importante do campo da ‘formação’ que se expressa nesse momento em que as políticas começam a ser pensadas e formuladas: a existência de distintos grupos com diferentes perspectivas dentro das instituições, tanto formadoras quanto utilizadoras dos recursos humanos; tanto ligadas à saúde individual quanto à saúde coletiva. Havia, no interior da previdência social, assim como no Ministério da Saúde e nas Universidades, grupos que batalhavam pela transformação da racionalidade predominante, da mesma forma que existiam os defensores dela. E dentro dessa arena de prós e contras, uma variedade enorme de posicionamentos.

O debate citado acima se somou, no âmbito das universidades, aos que já existiam sobre a reforma da educação médica e as experimentações de mudanças curriculares que vinham ocorrendo nos diversos estados desde a década de 1960. O campo da ‘formação’ estava fertilizado pelo que Donnangelo (1983, p.25) apontou como sendo *“a penetração da questão do “coletivo” como pertinente também à assistência médica individual através de sua introdução sistemática, na escola médica, pelos Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social”*, que tinham sido tornados obrigatórios pelo novo currículo mínimo das escolas médicas, em 1969.

Nesse cenário e respaldado pelo Acordo, o Ministério da Saúde assumiu o PPREPS como seu projeto para preparação de pessoal da saúde. Alguns trechos da entrevista concedida por José Roberto Ferreira, na época Diretor de Recursos Humanos e Investigação da OPAS e corresponsável pelo PPREPS, ao grupo do Observatório História e Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, em março de 2005, nos ajudou a ter dimensão e entender um pouco da dinâmica desse processo.

*“[...] a proposta inicial foi de vinte e cinco milhões, vinte e cinco milhões, inclusive na época foi considerado uma coisa assim que*

*nunca iria ser aprovado, o Brasil não tinha condições de botar vinte e cinco milhões, para um projeto desses. [...]*

*[...] Desde o princípio, a importância do povo brasileiro no programa, tinha mais brasileiro do que qualquer outra nacionalidade e, sempre pensando na possibilidade de criar um programa nacional que cobrisse globalmente o Brasil, havia programas isolados, trabalhava com cada uma universidade do ponto de vista de cada uma, então tinha essa idéia de criar o PPREPS.[...]*

*[...] Então, eu [que estava na PAHO, em Washington], Ernani Braga [que tinha acabado de chegar da OMS, de Genebra] e [Carlos]Vidal, juntos, começamos a pensar o quê que a gente poderia fazer, oferecer ao governo, como uma solução integral de desenvolvimento de recursos humanos. Estava funcionando na época, não sei se tinha sido recém-criado, acho que sim, mas estava funcionando no IPEA [Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada], onde tinha um núcleo de recursos humanos no IPEA<sup>32</sup>, estava o Pantoja e o Nelson Moraes, e isso é uma oportunidade de se fazer um projeto grande, quem vai ter que decidir e aprovar a idéia, então vamos fazer um projeto. Então, começou-se a trabalhar nisso. [...]*

*[...] Cheguei aqui [no Rio de Janeiro] numa sexta-feira, fui direto pra Escola Nacional de Saúde Pública, o Vidal tinha escritório aqui na ENSP, e o projeto estava praticamente pronto e ele fez seu orçamento milionário aí, que obviamente todo mundo achava que não ia ser aprovado. Mas em todo o caso, terminamos e entregamos o projeto. [...]*

*[...] Passaram-se esses seis ou oito meses, não me lembro exatamente quanto, o Vidal me chama, e diz, "Olha, aquele projeto que nós apresentamos, que é uma loucura e tal, foi aprovado, aparentemente*

---

32 No IPEA, vinculado à recém-criada SEPLAN (Secretaria de Planejamento da Presidência da República, com status de Ministério), o Centro Nacional de Recursos Humanos (CNRH) abrigava os chamados 'setores' sociais (saúde, educação e trabalho) e, sob a denominação de 'política de valorização dos recursos humanos', agrupava projetos envolvendo educação, treinamento profissional, saúde e assistência médica, saneamento e nutrição, coerentes com a estratégia de desenvolvimento social do II PND. (Escorel, 1998).

*na íntegra e tal, está com dinheiro", e então fui lá, conversar com Dr. Oswaldo Costa, que então era o diretor da escola [ENSP/FIOCRUZ], e Oswaldo definitivamente não aceitava o projeto. Porque a proposta inicial do projeto, o projeto seria, uma vez aprovado pelo IPEA, seria coordenado pela ENSP para o Brasil inteiro. O Oswaldo Costa não aceitou. Disse que não, naquela época, o projeto tinha um orçamento que era várias vezes maior que o orçamento da Escola de Saúde Pública. (COC, 2005)*

Diante do impasse, o projeto foi, então, inicialmente desenvolvido pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, com base na própria OPAS, subordinado ao Ministério. Somente mais tarde, quando foi oficializado o "Programa de Trabalho" do PPREPS, em 1976, a FIOCRUZ passou a integrar o grupo condutor do Programa.

No início do processo, foi necessário bolar um "esquema", que segundo José Roberto Ferreira (COC, 2005), consistiu em se criar um "trust fund". Ou seja, o dinheiro brasileiro era transferido a OPAS e "ela absorvia na sua contabilidade, transformava em dólar, e contratava o pessoal do projeto pagando em dólar como um funcionário internacional normal".

Acordo firmado, dinheiro disponível, o próximo passo era, então, implementar o projeto. Porém, antes de avançar no estudo do que foi o PPREPS e quais caminhos o campo da 'formação' tomou a partir daí, vale a seguinte pergunta: e o MEC? Qual sua participação nesse processo?

De acordo com Ferreira (2012), assinar o convênio foi pura formalidade. Depois de assinado, a responsabilidade passou a ser da OPAS e "o que houve foi uma articulação já a nível operacional com o Ministério da Saúde."

Para Santana (2012), a participação do MEC foi considerada essencial logo no início do processo por causa dos hospitais universitários de ensino.

*"O Ministério da Saúde não tinha hospitais. Tinha uma meia dúzia de hospitais muito especializados, muito específicos. Eram hospitais de tuberculose, de doentes mentais (Pinel no Rio e sanatórios espalhados em diversos lugares do Brasil) ou de Lepra. Pra*



*mexer com um projeto desses tinha que envolver o MEC”. (Santana, 2012).*

Sendo assim, por conta dos hospitais universitários de ensino, o MEC assinou tanto o Acordo com o MS quanto o convênio com o MPAS, ambos em 1974.

Interessante perceber que a atuação do MEC parecia caracterizar-se por medidas normativas para responder, quando conveniente, as demandas da área da saúde, tanto coletiva quanto individual, embora atendessem a racionalidades bastante diferenciadas entre si. Conforme apontado pela Comissão Médica em seu relatório “Hospitais de ensino – diretrizes para seu funcionamento”, produzido em 1979, havia a falta de definição política do MEC em relação aos hospitais de ensino, o que impedia que fossem definidas com mais critério as diretrizes para seu funcionamento (Brasil, 1989).

Isso conduzia a área de educação a assumir responsabilidades pontuais em programas específicos, abrindo mão de um envolvimento estratégico nos processos de formulação e condução das políticas voltadas para a formação dos profissionais de saúde.

No documento estereante do Acordo, com vigência até dezembro de 1978, a definição de atribuições se dá por meio das “Obrigações da OPAS” e “Obrigações do Governo”, que estão mais voltadas para estrutura e recursos necessários para o desenvolvimento do Acordo do que para a operacionalização do seu “Plano de Ação”. No item ‘Administração do Programa’ fica estabelecida da seguinte forma a articulação entre as instituições envolvidas (Brasil, 1973, p.75):

*“9 – O Governo com o assessoramento técnico da OPAS, assumirá a responsabilidade global do presente Acordo. A responsabilidade imediata de sua execução e administração estará a cargo de uma Comissão de Coordenação. As Universidades e outras instituições vinculadas a este projeto assumirão a responsabilidade que corresponda nos programas específicos.*

*10 – A Comissão de Coordenação referida no item anterior estará constituída por um representante da Assessoria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, um representante do*

*Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura e o representante da Organização Pan-Americana de Saúde. Esta Comissão poderá convidar representantes de outros setores em caráter permanente ou temporário quando o julgue conveniente, especialmente das associações de ensino profissional existentes na área.”*

Não parecia haver muita clareza do que se tinha que fazer naquele primeiro momento e a Comissão de Coordenação tinha que trabalhar para viabilizar “o desenvolvimento progressivo das ações previstas no Acordo” (Brasil, 1973). Uma distribuição mais bem definida e detalhada de atribuições para o MEC, MS e OPAS apareceu no próprio documento do PPREPS (‘Programa de Trabalho’), em 1976, e no Acordo Complementar, de agosto de 1979, que tinha como objetivo assegurar a continuidade da cooperação estabelecida no Acordo inicial.

Para entender o desenrolar do Acordo e a AES produzida, que se estende pelas décadas de 1970 e 1980, é interessante mencionar um conjunto de acontecimentos que contribuíram para a melhor definição e detalhamento de atribuições a que se chegou.

Em junho de 1974, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 271, foi instituído um Grupo Interministerial de Trabalho (GIT) para estudar a situação e perspectivas dos recursos humanos para a saúde e propor soluções a serem incorporadas no II PND, que seria lançado, em 1975, pelo Governo Geisel. De acordo com Castro (2008), a instituição deste grupo contou com a participação da OPAS e teve como base o ‘Acordo’. Os dados apresentados no seu Relatório Final, em novembro de 1974, foram ao encontro do diagnóstico apresentado na III Reunião especial de Ministros da Saúde das Américas, realizada no Chile em 1972.

Tal Relatório propôs um Plano/Programa com projetos destinados a cobrir três grandes áreas de ação sob a responsabilidade direta do Ministério da Saúde: (1) a do planejamento de recursos humanos, propriamente dito; (2) a de preparação direta de pessoal para saúde; e (3) a de apoio ao desenvolvimento do programa nacional de preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde. (Brasil, 1976)

Em função disso, em agosto de 1975, foi assinado o primeiro Acordo complementar ao celebrado em 1973, cujo objeto era implementar a terceira área

prevista no Plano elaborado pelo GIT. Para tanto, indicou a criação de um Grupo Técnico sediado em Brasília, por convenção entre o Ministério da Saúde e a OPAS, que deveria ser orientado e coordenado pela Comissão de Coordenação, criada no Acordo de 1973 (Brasil, 1975). A partir de setembro de 1975, a OPAS designou um grupo de consultores, contratados *ad hoc* no país, para iniciar as atividades da organização do Grupo Técnico e da implementação inicial do PPREPS (Brasil, 1976).

Antes de mergulhar numa discussão um pouco mais aprofundada do PPREPS, porém, vale destacar que, em 1974, o Brasil entrou numa fase de mudanças importantes com o início do governo Geisel. Embora o Acordo tenha sido assinado no governo anterior, é neste novo contexto que o 'Programa' deveria ser implementado.

O Governo Geisel (1974-1979) caracterizou-se pela ruptura do autoritarismo do regime ditatorial ao propor um processo de abertura política no país, a ser concretizada sob total controle do Estado e sem a destituição da ordem imposta pelos militares. Tal proposta de abertura emergiu em função da crise mundial do Petróleo, em 1973, que alterou o relacionamento político-econômico entre os países e afetou sobremaneira o Brasil, cuja estabilização econômica e crescimento estatal haviam sido estruturados com base num grande endividamento com o capital internacional, provocando forte concentração de renda pelas elites e a acentuação das desigualdades sociais.

Na perspectiva de manter a ordem com respaldo social e dar continuidade ao patamar de crescimento obtido no período "milagre econômico" (1968-1973), o Estado brasileiro respondeu à crise internacional buscando dar um "grande salto para frente", intervindo pesadamente nas instituições endividadas. A dívida privada, multiplicada pelas altas taxas de juros, foi sendo contraída pelo Estado numa estratégia que visava manter o nível de investimento do capital privado no país (Baptista, 1996/1997).

Com o objetivo de completar o processo de substituição das importações e efetivar o salto definitivo da industrialização pesada, o governo Geisel criou o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), financiado também com empréstimos internacionais. Constava deste plano, além da busca por consolidar uma economia moderna, integrada internamente e com a economia mundial, e por ajustar o país às novas realidades desta economia, a idéia de que o desenvolvimento efetivo do Estado

dar-se-ia a partir do desenvolvimento econômico, político e social, atribuindo caráter especial à política social.

Segundo Baptista (1996/1997), as principais políticas sociais desenvolvidas no escopo deste II Plano foram: (1) o Plano de Pronta Ação (PPA) em 1974, que consistiu numa medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde a partir deste período; (2) a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais; (3) o Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, que consistiu no primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, compondo ineditamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo; (4) o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país; e (5) o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no MPAS.

Entretanto, de acordo com a autora, o fato inédito neste plano estava acima de tudo na integração e interdependência das políticas a serem implementadas pelos diversos setores estatais, sob o comando do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), diretamente ligado à Presidência da República. Isso permitiria que o desenvolvimento social do país fosse obtido, por um lado, através da conjugação de uma política de empregos com uma política de salários, resultando na criação progressiva de uma base para o mercado de consumo de massas; e, por outro lado, na qualificação de mão-de-obra a partir da educação, treinamento profissional, programas de saúde, saneamento e nutrição.

Criado em 1974, o CDS tinha como incumbência *“assessorar o Presidente da República na formulação da política social e na coordenação das atividades dos Ministérios interessados, segundo a orientação geral definida no Plano de Desenvolvimento Nacional”*. No exercício desta atribuição, o CDS, presidido pelo Presidente da República e integrado pelos Ministros da Educação e Cultura, do Trabalho, da Saúde, do Interior e da Previdência e Assistência Social<sup>33</sup>, deveria examinar a política nacional de saúde, formulada pelo Ministério da Saúde, bem como

---

<sup>33</sup> De acordo com o Parágrafo 1º do Art. 3º da Lei, outros Ministros de Estado poderiam ser convocados a participar das reuniões do Conselho de Desenvolvimento Social.

os planos setoriais dos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Educação e Cultura, referentes à assistência médica e formação profissional médica e para-médica, bem como fixar diretrizes para sua execução (Brasil, 1974).

Além disso, o Centro Nacional de Recursos Humanos, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (CNRH/IPEA), vinculado à SEPLAN (Secretaria de Planejamento da Presidência da República), criada em 1974 com status de Ministério, abrigava os chamados 'setores' sociais (saúde, educação e trabalho) e, sob a denominação de 'política de valorização dos recursos humanos', agrupava projetos envolvendo educação, treinamento profissional, saúde e assistência médica, saneamento e nutrição, coerentes com a estratégia de desenvolvimento social do II PND (Escorel, 1998, p.45)

Sem dúvida, estava na agenda decisória do governo federal estabelecer uma política voltada para a formação de recursos humanos para a saúde, e estava estabelecida uma lógica diferenciada de atuação interinstitucional que favorecia a articulação não apenas da educação com a saúde, mas também com as outras áreas interessadas e diretamente envolvidas no processo de desenvolvimento social.

O PPREPS, embora vindo de um processo iniciado desde antes do Governo Geisel, foi construído a partir do parecer do GIT, publicado no final de 1974, e acaba assumindo o lugar dessa nova política de preparação de recursos humanos para a saúde, focada na saúde coletiva. As décadas de 1970 e 1980 serão marcadas pelo desenvolvimento dessa política, representada pelos seus diversos projetos, que terá contribuição importante para o movimento de reforma sanitária brasileira. Porém, serão marcadas, também, pelo investimento pesado do Governo Federal na expansão de um amplo mercado nacional no âmbito da formação dos recursos humanos para a saúde, pautado pela política previdenciária. Visado pelos investidores, tal mercado acabou sendo ocupado pelo setor privado aliado ao grupo do complexo médico-industrial estabelecido e, ao se expandir, fortaleceu e favoreceu o modelo assistencial que o PPREPS buscava enfrentar, voltado para a saúde do indivíduo e o desenvolvimento de alta tecnologia.

Alguns dos meandros desses processos políticos aparecem a seguir, a partir da nossa busca por tentar compreender um pouco melhor as apostas feitas no PPREPS, bem como os seus desdobramentos.

## 2.1. O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS)

Há uma particularidade no PPREPS que é preciso ser explicitada para que se possa entender o seu significado político: ele era considerado um “Programa-Sistema” (Brasil, 1976, p.5) e, ao mesmo tempo, um “programa específico” desse Programa-Sistema (p.22).

Como “Programa-Sistema” tinha três objetivos principais, definidos de forma separada, mas pensados para tender, no médio e longo prazo, a um único propósito:

*“adequar progressivamente a formação de recursos humanos para a saúde aos requerimentos de um sistema de serviços com cobertura máxima possível e integral, regionalizado e de assistência progressiva, de acordo com as necessidades das populações respectivas e as possibilidades das diversas realidades que o país apresenta” (Brasil, 1976, p. 5)*

Os três objetivos principais eram:

1. Preparação em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar, para cobrir os déficits existentes e esperados e permitir a extensão da cobertura e a melhoria da prestação de serviços;
2. Apoio à constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente-assistenciais de saúde, para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes;
3. Apoio ao estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, em cada estado da União, integrado aos sistemas de planejamento setorial correspondentes.

A implementação deste Programa e a concretização dos objetivos em ações demandava ampla articulação e cooperação entre as diversas instituições corresponsáveis além de estratégias bem definidas. Os objetivos 2 e 3, inclusive, dependiam de redefinição estrutural e organizacional de algumas dessas instituições.

Entra aqui o PPREPS como ‘programa específico’, cujas responsabilidades eram: (a) promover a participação das diversas instituições integrantes do “Programa-Sistema” e estimular a realização das atividades pelas quais elas se responsabilizavam; (b) Promover a coordenação entre as instituições participantes; (c) apoiar técnica e

financeiramente as instituições executoras; e (d) realizar atividades para o melhor cumprimento das responsabilidades a, b e c.

Nesse sentido, o PPREPS configurava-se como uma “entidade”, cuja “*função básica*” era o “*estímulo e apoio às instituições participantes*”, vinculadas aos serviços de saúde e à educação, responsáveis pela execução das atividades substantivas do Programa (p.22). Caracterizava-se como “*um instrumento criado por e a serviço dos Ministérios correspondentes (Saúde, Educação e Cultura, etc.) para promover e apoiar projetos específicos em relação com os objetivos propostos, através das diversas instituições operacionais de saúde e educação no País*” (p.23). Não possuía, assim, funções normativas no que se referia ao processo educativo nem à prestação de serviços de saúde (Brasil, 1976).

Entendido isso, partimos para o exame dos documentos da época, do material bibliográfico disponível sobre o assunto e das entrevistas realizadas, por nós e pelo grupo da Casa de Oswaldo Cruz (COC), que criou o Acervo de Depoimentos Orais, no escopo do Observatório História da Cooperação Técnica OPAS-Brasil em RH para Saúde, no intuito de compreender o significado político da formulação dessa Política, apoiados no seguinte questionamento: O que estava em jogo nesse processo de formulação; que grupos estavam agindo; quais as estratégias pensadas e utilizadas; e quais os desdobramentos desse processo para o campo da ‘*formação*’ e para a AES.

Conforme explicitado, o propósito maior era adequar progressivamente a ‘*formação*’ aos requerimentos de um sistema de serviços que se pretendia com ampla cobertura, regionalizado e de assistência integral e progressiva, de acordo com as necessidades das populações (Brasil, 1976, p. 5). Isso era o que estava sendo chamado de “*preparação estratégica*”.

Obviamente, isso era uma escolha política cujo foco não estava no processo de ensino-aprendizagem nem nos sujeitos deste processo, mas na possibilidade de viabilizar uma organização e estruturação do sistema de saúde capaz de ofertar à população melhores resultados. Era, também, uma marca de uma política pensada por pessoas da área da saúde envolvidas com questões educacionais e não por pessoas originariamente da área da educação que, provavelmente, provocariam uma tensão neste sentido, produzindo um encaminhamento diferenciado.

Contudo, como não possuía funções normativas no que se referia ao processo educativo, a política não impedia formulações diversas em relação a esse processo nos *lôcus* onde ele se concretizaria, apesar de carregar em si a perspectiva do trabalhador como mais um recurso a ser utilizado em prol da consecução de um objetivo.

De pronto, podemos afirmar que essa perspectiva estava totalmente coerente com a concepção produtivista da educação, predominante na época em todo o bloco ocidental democrático<sup>34</sup> e fortemente combatida pelos grupos defensores de uma pedagogia nova, que propunham o “aprender a aprender” no lugar do “aprender a fazer”. Porém, talvez por isso mesmo, o projeto tenha conseguido “passar” pelas diversas instâncias decisórias do país, naquele momento, e tornar-se a política de formação vigente.

No Brasil, a concepção produtivista da educação tinha sido incorporada ao sistema de ensino brasileiro pelas iniciativas de reforma que começaram com a ‘Reforma Universitária’, passaram pela instalação e regulamentação da pós-graduação pelo Parecer CFE n.77/69, que tinha como objetivo a formação de quadros de alto nível, no campo científico e tecnológico, para impulsionar o desenvolvimento do país, e chegaram à Lei 5692 de 1971, que instituiu as diretrizes e bases do ensino de 1º e 2º graus, reformando o antigo ensino primário e médio. Traduzida como ‘pedagogia tecnicista’, tinha como pano de fundo a Teoria do Capital Humano, constituída a partir da formulação inicial de Theodore Schultz, que com base no pressuposto da neutralidade científica e inspirada nos princípios da racionalidade, eficiência e produtividade, advogava a reordenação do processo educativo tornando-o objetivo e operacional. Atribuía à educação a função de *“proporcionar um eficiente treinamento para a execução de múltiplas tarefas demandadas continuamente pelo sistema social”* (Saviani, 2008, p.383).

Por outro lado, a política abria espaço para que se ampliassem e desenvolvessem as diversas vivências de integração docente-assistencial (IDA), com tamanhos e conotações diferentes, que vinham sendo experimentadas nos diversos estados brasileiros desde meados da década de 1960. A perspectiva apontada era a de que a realização das regiões docente-assistenciais, pensadas enquanto projetos

---

<sup>34</sup> Países aliados aos EUA durante o período da Guerra Fria, no qual o mundo foi dividido em dois blocos antagônicos, sendo o segundo bloco o oriental, comunista.



ampliados de IDA, por envolver um sistema regional de serviços de saúde, se constituísse como eixo central do próprio PPREPS, incorporando progressivamente as ações relativas à preparação em massa do pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar, bem como o estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde em cada estado do país, integrados aos sistemas de planejamento setorial correspondentes (Brasil, 1976).

Nessas regiões, a interação entre as instituições formadoras e as responsáveis pelos serviços possibilitava, não sem disputa, repensar os processos educativos e reformular currículos com base nos princípios, ainda que com restrições, da autonomia universitária. Configuravam-se, assim, como arenas de conflitos que precisavam ser enfrentados, nas quais outra forma de articulação educação-saúde era viável.

Para Rodriguez Neto (2003a), esse era o ponto no qual localizava-se a potencialidade transformadora da IDA. Para o autor, *“resguardados os limites estruturais e conjunturais”*, ela dependia de transpor a idéia de uma estratégia de articulação interinstitucional ou programática, simplesmente, e implicar uma *“real aproximação”* dos agentes e dos seus efetivos objetos de trabalho, entendendo que esses objetos são também agentes do processo – professores, alunos, profissionais de serviços, pacientes, população. *“Só, portanto, de uma prática real, isto é, em condições reais, com propósitos concretos, objetivos e democráticos, se poderá compreender, conhecer o objeto de trabalho; e conhecer no sentido do poder intervir sobre ele, transformá-lo”* (p.31/32). Do contrário, a IDA poderia ser considerada, em suas articulações com os Programas de Extensão de Cobertura, como mais um movimento de ‘reforma médica’ na perspectiva racionalizadora, que se propunha a modificar parcialmente a prática médica, sem intervir nas suas tendências e determinantes fundamentais. Isso, pelo fato dela IDA não atingir os *“reais determinantes”* do quadro social e sanitário, mas apenas propor uma ‘nova’ lógica de planejamento integrado (ou coordenado) intersetorial.

Outra disputa importante presente no processo de formulação do PPREPS, já mencionada neste capítulo, dizia respeito à própria estrutura e organização do sistema de serviços de saúde.

Isso fica bem nítido na afirmação de José Roberto Ferreira, citada por Melo (1978, p. 36): *“é a própria estrutura do sistema de assistência médica que exerce uma*

*ação preponderante sobre o processo de formação de recursos humanos, principalmente através da estrutura do mercado de trabalho e das condições do exercício da prática médica".* Melo utilizou essa frase, em seu artigo, para defender a necessidade de modificação nos rumos privatizantes da assistência previdenciária da época, que valorizava as especializações, para que se pudesse reformular, em escala significativa, a orientação do ensino médico. Segundo o autor, era identificado pelos estudiosos dos problemas de saúde e do ensino médico um desacordo entre os interesses de saúde da população e os modelos médico-assistencial e de formação vigentes.

Obviamente que caberia, numa apreciação aprofundada desse desacordo, a problematização sobre a população da qual se está falando e os interesses envolvidos. Porém, para não perdermos o foco da pesquisa, seguiremos na perspectiva de que o desacordo apontado fazia parte da crítica que o grupo que estava pensando a medicina integral fazia à dicotomia da saúde existente naquele momento no país: saúde coletiva e saúde individual.

O Sistema Nacional de Saúde, instituído pela Lei 6229/75, havia consolidado a “reforma de estruturas” na área da saúde, anunciada no II PND (1975-1979) e que já vinha acontecendo na prática há algum tempo, destinando a ‘saúde coletiva’ ao Ministério da Saúde e a ‘saúde individual’ ao Ministério da Previdência.

*“Nas áreas da Saúde Pública e Assistência Médica da Previdência, cuidar-se-á da reforma de estruturas, para dar capacidade gerencial a esses setores [...]. A competência do estado para organizar a ação social, com vistas à proteção e recuperação da saúde da população, justifica uma estratégia que visa, primordialmente, à clara definição institucional de setor, com base em mecanismos de coordenação que anulem imprecisões ou superposições de âmbitos de atuação. Dois grandes campos institucionais são definidos, prioritariamente: O do Ministério da Saúde, de caráter eminentemente normativo, com ação executiva preferencialmente voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; O do Ministério da*

*Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado.” (Brasil, s/d., p.55/56)*

O modelo médico assistencial previdenciário, que esteve submetido à Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde, não estava mais, desde a criação do CDS, por intermédio da Lei 6118/74. Nessa Lei, foi revogado o Parágrafo 3º do Art. 156 do Decreto-lei 200, de 1967, que determinava essa submissão. No SNS, a assistência médica da Previdência Social passou a compor um “*subsistema de prestação de serviços de saúde às pessoas*” (Brasil, 1975a).

Tal modelo de assistência vinha sendo consolidado no Estado brasileiro desde a Era Vargas, quando as CAPs foram transformadas em IAPs, e fez parte dos projetos de desenvolvimento, industrialização e urbanização do país. Tendo passado por uma série de transformações, expandiu-se junto com a previdência social na década do milagre econômico no Brasil. Em 1974, tornou-se, com a criação do MPAS, “*o segundo maior orçamento da União, apenas superado pelo da própria União*” (Escorel, 2008, p.402). Conforme apontado por Jouval Jr. (2003), tornou-se assim a grande fonte financiadora da atenção médica, financiando um grande número de modalidades assistenciais por todo o país, tanto para o setor público quanto para o privado.

Com recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), foram financiados projetos e programas da área social, tanto do setor público, a fundo perdido, quanto do setor privado, através de subsídios, garantindo, dentre outras coisas, o aumento da rede de hospitais e de escolas médicas. O intuito era aumentar a capacidade instalada, viabilizando a disponibilidade de serviços para a compra por intermédio de convênios, de modo a contribuir para a expansão das ações de saúde.

Ou seja: a ampliação do mercado de trabalho médico, naquele momento, decorria basicamente da assistência médica previdenciária, tanto na amplitude quanto em suas características, e a formação – fundamentada na medicina científica ou biomedicina e com foco nas especializações – encontrava-se adequada para disponibilizar trabalhadores para aquele modelo. O citado desacordo aparece quando olhamos para a trajetória que vinha sendo traçada pela Saúde Coletiva, sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

Desde a 3CNS, em 1963, que vinha sendo discutida, no escopo da fixação de um Plano Nacional de Saúde, a municipalização dos serviços. A vinculação do desenvolvimento econômico e social com as condições de saúde da população e a aspiração de sair da condição de país subdesenvolvido faziam com que fosse defendida a concentração de esforços no sentido de sanar problemas médico-sanitários das áreas desprovidas de recursos. Já se defendia, também, que a revisão dos currículos da educação médica fosse uma das preocupações fundamentais da nova política a ser implementada, a fim de ajustar a formação técnica aos níveis de demanda efetiva dos programas.

Durante as décadas de 1960 e 1970, o encontro nos Departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social das proposições das medicinas preventiva e comunitária, das ideias de extensão de cobertura, das críticas aos modelos explicativos do processo saúde-doença uni e multicausais e da articulação da realidade sanitária com diferentes dimensões da vida, considerando os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos, viabilizou a produção de reflexões densas e de distintas propostas alternativas ao padrão dominante da medicina previdenciária para os serviços de saúde e para a formação de pessoal. Segundo Escorel (1998), esse encontro e suas produções configuraram as “bases universitárias” do movimento pela reforma sanitária brasileira.

O PPREPS se somou a essas produções. Por ser uma política federal e ter apoio institucional da OPAS, pôde se associar e contribuir de maneira importante para tal movimento. Tanto no apoio logístico e na mobilização de agentes com participação ativa no processo de luta – a partir de sua rede de agentes implicados com a mudança do sistema de saúde e bem posicionados no que se refere ao poder institucional – quanto no tocante aos seus aspectos conceituais e programáticos.

*“Nos documentos de referência do programa [PPREPS] e das suas ações mais importantes foi manifesta a preocupação de concebê-los [aspectos conceituais e programáticos] como parte da agenda da reforma e componente estruturante no processo de implantação do SUS. Considerada esta dimensão programática, afirmava-se a utilização do sistema de saúde, em sua dimensão*

*assistencial, como um recurso pedagógico; o estímulo a uma melhor integração multiprofissional, de forma a permitir uma maior integralidade das ações de saúde; a reorganização das instituições docentes e prestadoras de serviços, bem como o desenvolvimento de uma estrutura curricular e técnico-pedagógica mais afinada com a idéia de integração entre docência e serviço.” (Pires-Alves et al., 2010, p.72)*

Pode-se dizer que a formação de uma ‘rede de agentes implicados e bem posicionados’ foi consequência da maneira como o PPREPS foi pensado e estruturado.

Para o funcionamento do PPREPS foi preciso operar a partir do que Pires-Alves et al. (2010, p.72) chamaram de “*um arranjo institucional peculiar*”: além de ter de considerar a natureza centralizadora do regime vigente e combiná-la com as três esferas de governo que caracterizam o Estado brasileiro (federal, estadual e municipal), era preciso, ainda, mobilizar estruturas e trafegar por áreas de competência de diversas pastas ministeriais. Isso, tendo em vista que, conforme preconizado pelo Programa (Brasil, 1976, p. 11/12), para o cumprimento das suas orientações estratégicas era “*de importância essencial*” comprometer e aproveitar possibilidades dos diversos programas e atividades promovidas pelo MEC, Ministério da Saúde, MPAS, Ministério do Trabalho, Ministério do Interior e Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN).

Assim, foi constituído um colegiado multi-institucional para orientação do programa e um grupo técnico diretivo, designado pela Opas e as pastas ministeriais mais diretamente envolvidas e dotado de considerável autonomia, inclusive financeira, ao qual coube as principais responsabilidades, inclusive de condução política do Programa (Pires-Alves et al., 2010). Segundo esses autores,

*“Desta forma foi permitido ao programa assumir uma identidade institucional algo ambígua: ora investindo-se de autoridade, na medida em que era parte das estruturas da administração direta e vinculado aos seus centros de decisão; ora assumindo a condição de programa conduzido por uma organização*

*intergovernamental, desvinculada do governo, quando mais conveniente.” (p.72)*

O funcionamento do PPREPS implicava a produção de uma grande articulação política para compor arranjos institucionais sofisticados, que envolviam múltiplos setores e instituições nos diversos estados e regiões do país. Para ampliar a sua capacidade de ação, conformou uma atuação em rede que, de acordo com Pires-Alves et al. (2010, p.72), *“tendeu a se tornar um estilo de ação e uma espécie de imagem objetivo da cooperação em recursos humanos no tocante aos seus aspectos organizacionais”*.

A cooperação era amplamente valorizada, tendo em vista que uma linha de ação estratégica pensada e adotada pelo PPREPS foi *“o aproveitamento da capacidade instalada e das iniciativas ou idéias já em implantação, [...] que poderia ser promovido com vistas a sua integração progressiva em sistemas e programas regionais e/ou estaduais, âmbito necessário para adequada articulação ‘serviços-formação’”*. (Brasil, 1976, p.10)

É fundamental para este estudo destacar que as estratégias de mudança apostavam nessa articulação serviços-formação, que se concretizavam no âmbito regional e/ou estadual. Nessa direção, o PPREPS alcançou alguns efeitos importantes, que podem ser considerados como bastante positivos para o contexto da época: o posicionamento da AES como elemento-chave para a produção de mudanças no sistema de serviços e a capilarização de estruturas e grupos profissionais locais conectados entre si e implicados com a temática da formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

O PPREPS caracterizou-se como uma política de formação, que surgiu de uma articulação OPAS-MS-MEC, impulsionada em boa parte pelas críticas à formação médica – que servia de referência para as demais profissões –, propondo uma relação diferenciada dos profissionais com o sistema de saúde e com as necessidades de saúde da população. Viabilizou uma articulação possível entre educação e saúde, fortalecendo: o campo da ‘formação’, o movimento da reforma sanitária e as estruturas de desenvolvimento de recursos humanos em saúde nas secretarias estaduais e no nível central do governo. Contudo, como veremos a seguir, a agenda da

reforma sanitária brasileira acabou por produzir uma virada importante no campo da 'formação' e na própria AES.

### Capítulo 3: A AES no contexto da Reforma Sanitária Brasileira

Em meados da década de 1970, começou a se consolidar a agenda da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), num movimento cuja perspectiva de reforma centrava-se nas questões da área da saúde, mas não se atinha a elas.

Conforme apontado por Fleury (2009), a RSB estava orientada em quatro princípios: (1) princípio ético normativo, que insere a saúde como parte dos direitos humanos; (2) princípio científico, que compreende a determinação social do processo saúde-doença; (3) princípio político, que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; e (4) princípio sanitário, que entende a proteção à saúde de forma integral – desde a sua promoção, que envolve ações capazes de interferir na qualidade de vida das pessoas e comunidades, prevenindo as doenças, passando pela ação curativa até a reabilitação. Segundo a autora, *“o movimento que impulsionou a reforma sanitária brasileira colocou-se como projeto a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público”* (p. 748).

Ainda que parte do movimento que formulou e produziu a reforma tivesse como perspectiva apenas uma ‘reforma parcial’, que se caracterizasse por um conjunto de atividades que visava transformações na área, Paim (2008) defende a tese de que a RSB foi concebida como uma ‘reforma geral’; que se propôs a transformação de toda a sociedade mediante reformas parciais, tendo como horizonte utópico a ‘revolução do modo de vida’. Nesse caminho, ela representava um projeto de ‘reforma social’ e as bases do movimento se alargavam, envolvendo estratos cada vez mais amplos da população, com uma transformação da vida cotidiana das pessoas.

Ao analisar a RSB com o objetivo de contribuir para a sua compreensão crítica, Paim (2008) a representa através do ciclo ‘ideia – proposta – projeto – movimento – processo’.

Partindo do conceito de ideia como algo *“que se expressa em percepção e representação de um fenômeno; como pensamento inicial”*, o autor argumenta que ela pode ser identificada mesmo sem a denominação de Reforma Sanitária. A teoria social da medicina, que adota como conceitos básicos a determinação social da doença, a



historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico, a medicalização da sociedade e a consciência sanitária, adquiriu status de pensamento reformista, delimitou teoricamente o campo da Saúde Coletiva e construiu uma nova agenda para a saúde brasileira.

Ganhou força a concepção do direito à saúde e a percepção da necessidade de organizar a prestação de serviços de saúde nessa nova perspectiva. Teve início a elaboração da Reforma Sanitária enquanto proposta, cujo marco é apontado por Paim (2009) e Escorel et al.(2005) como sendo o documento “A questão democrática na área da saúde”, apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) durante o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979. A proposta da RSB era resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde que ficou conhecido como ‘movimento da democratização da saúde’, ‘movimento sanitário’ ou ‘ movimento da reforma sanitária’.

Enquanto movimento, como *“articulação de práticas ideológicas, política e culturais que tomam a saúde como referente fundamental”* (Paim, 2008, p.172), perpassou todas as etapas do processo político da reforma, incluindo a concepção das idéias iniciais. Mostrou-se capaz de produzir fatos político-institucionais e certas acumulações de experiências que repercutiram, posteriormente, no desenho de estratégias-ponte para a concretização do projeto da RSB. Teve como elemento chave a ocupação dos espaços da burocracia estatal e o exercício da militância pela democratização da saúde no interior dos aparelhos de Estado, a partir da segunda metade da década de 1970.

O projeto da RSB, enquanto consolidação das propostas numa síntese contraditória de políticas, foi legitimado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8CNS) e encontrou-se sistematizado no seu Relatório Final (Paim, 2008; Escorel, 2008). A 8CNS foi convocada, em 1986, para solucionar o impasse gerado no setor saúde a partir da proposta de unificação do sistema de saúde com a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde (MS) e gerar elementos a serem debatidos na futura Assembléia Nacional Constituinte. A fim de proporcionar uma discussão aberta sobre a reforma do sistema de saúde, foram convocados para participar, além de técnicos e gestores do setor, os usuários dos

serviços, inaugurando uma nova forma de organização, deliberação e representação das conferências nacionais de saúde.

As proposições políticas da RSB expressaram-se no Relatório Final da 8CNS, em um complexo projeto composto de um conjunto de questões que pautaram o processo de luta no setor saúde a partir de então. As questões abordadas foram divididas em três grandes grupos (CNS, 1986): ‘saúde como direito’, ‘reformulação do sistema nacional de saúde’ e ‘financiamento do setor’.

Como desdobramento, aprovado em plenário da 8CNS, foram realizadas diversas Conferências em sequência à 8CNS, para tratar de questões específicas, como a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1CNRHS), que aconteceu em outubro de 1986, após a realização de pré-conferências em 23 Unidades da Federação (CNS, 1986a).

O processo de consolidação da Reforma Sanitária iniciou-se logo após a 8CNS, no momento em que a institucionalização das deliberações dessa Conferência tornou-se o novo desafio. Foram criadas a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e a Plenária Nacional de Saúde. A CNRS, de composição paritária entre governo e sociedade civil, ficou responsável por elaborar a proposta constitucional para o capítulo de saúde e a Plenária se fez representar intensamente no processo constituinte, obtendo vitórias que culminaram na aprovação, na Constituição de 1988, de um capítulo sobre saúde que, segundo Escorel (2008), refletiu o pensamento e a luta do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira.

Em entrevista, Luiz Odorico Monteiro de Andrade (2012) aponta que o SUS, embora carregue valores importantes para a sociedade brasileira como o acesso universal à saúde, como um dever do Estado e um direito do cidadão, e o “*conceito abrangente de saúde*”, ele é fruto de uma “*acomodação razoável*”, possível naquele momento de elaboração da Constituição, no qual havia uma “*tensão paradigmática*” entre o modelo de sistema universal estatal e o modelo liberal privado que vinha se fortalecendo e continua hegemônico, “*ainda hoje*”.

Vale destacar que nos anos 1980, período em que o Brasil encontrava-se caminhando na direção da construção de um sistema de saúde público, universal, preocupado com a garantia dos direitos sociais como parte da condição de cidadania, o cenário internacional, com destaque para a América Latina, era marcado pela

hegemonia política neoliberal e por uma agenda reformista que buscava mudar o paradigma da intervenção estatal no campo social, baseado na afirmação da inerente ineficiência do estado na prestação de serviços (Almeida, 2008).

Assim, a criação do SUS, como resultado do movimento de reforma sanitária, que se estendeu da segunda metade dos anos 1970 por toda a década de 1980, e a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8080 e nº 8142), em 1990, apresentaram marcas e trouxeram elementos importantes para o campo da 'formação', produzindo mudanças significativas na AES que estava estabelecida e colocando novos desafios para o processo de formulação das políticas.

Algumas pistas sobre esses novos desafios nos foram possível identificar a partir das entrevistas realizadas, do estudo pormenorizado dos Relatórios Finais/Anais das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências específicas de Recursos Humanos para a Saúde, bem como das pesquisas documental e bibliográfica complementares. Ao apresentar as pistas encontradas, pretendemos mostrar também o percurso histórico de algumas características com as quais o campo da 'formação' se apresentou no processo de institucionalização do SUS e a partir de então.

### **3.1. Os caminhos até o SUS**

A 5CNS aconteceu em 1975, ano em que foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, através da Lei 6229, que dispôs sobre a organização do Sistema e atribuiu responsabilidades a outros Ministérios, envolvendo-os no desenvolvimento da política de saúde. De acordo com essa Lei, que apresentava uma lógica de atuação interinstitucional, ficou o Ministério da Educação e Cultura incumbido de "*Orientar a formação do pessoal de saúde para atender às necessidades prioritárias da área, em quantidade e em qualidade*". Estava no escopo de sua ação a formação e habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde (Brasil, 1975a).

Diante disso, coube ao MEC, na 5CNS, proferir a exposição especial "Política de formação de recursos humanos para o setor saúde". As questões abordadas, expostas no Quadro 2, foram sistematizadas e organizadas por temas.

**Quadro 2:** Temas e questões sobre formação de recursos humanos abordados na 5CNS

Tema	Questão
Ensino superior	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Investimento para aumentar o número de profissionais;</li><li>✓ Criação de novas categorias profissionais: os tecnólogos. Formados em menor tempo e detentor de perfil profissiográfico acentuadamente operacional para cobrir lacuna ocupacional existente entre técnico de nível médio e superior tradicional</li></ul>
Nível técnico e auxiliar	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Explorar ensino supletivo profissional, pela sua flexibilidade.</li></ul>
Currículos	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Aprovar currículos para modalidades de cursos de formação de técnicos e auxiliares;</li><li>✓ Adequar currículos às reais necessidades do país e, particularmente das suas regiões fisiográficas. Superar situação de ter profissionais mais voltados para o atendimento individual, complexo e de alta especialização do que para a Saúde Pública e os serviços de maior alcance e abrangência social;</li><li>✓ Novas tecnologias educacionais para reorientação do processo ensino-aprendizagem</li></ul>
Integração ensino-serviço	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Hospital universitário integrado ao sistema assistencial da comunidade;</li><li>✓ Hospitais gerais e especializados da rede disponíveis para uso para fins de ensino;</li><li>✓ Plano de extensão universitária: introduzir as instituições de ensino no seio da coletividade e trazer esta para o campus universitário num processo recíproco de retroalimentação.</li></ul>
Pós-graduação	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Preparação de especialistas voltados para as tarefas de administração e planejamento (administradores hospitalares);</li><li>✓ Criação do Conselho Nacional de Pós-graduação e aprovação do Plano Nacional de Pós-graduação;</li><li>✓ Transformar cursos de mestrado e doutorado em núcleos efetivos de formação de pessoal qualificado para o ensino superior e a pesquisa.</li></ul>

Fonte: Elaborado pela autora com base nos Anais da 5CNS

Pautada no II Plano Decenal de Saúde para as Américas (Santiago/Chile, 1972), tal exposição apenas tangenciou o ‘Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil’, assinado pelo MEC, junto ao MS e a OPAS, ao mencionar “o trabalho que ora vem sendo desenvolvido conjuntamente com os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, visando configurar uma orientação comum para racionalizar a formação de recursos humanos para a saúde, em todos os níveis e tipos” (CNS, 1975, p.288). Ao citar o MPAS, referiu-se ao protocolo assinado viabilizando a incorporação dos hospitais

universitários na rede de prestação de serviços e “concretizando uma antiga aspiração” (p.289).

Conforme pôde ser ratificado, a partir das questões abordadas na 5CNS, a preocupação maior do MEC na área da saúde, há muito tempo, era com a Educação Médica. Desde julho de 1971, o MEC havia designado uma ‘Comissão de Ensino Médico’, no âmbito do seu Departamento de Assuntos Universitários (DAU), que deveria, em seus trabalhos, observar o seguinte roteiro (Brasil, 1989, grifo nosso):

- ✓ Proceder à avaliação da situação do ensino médico no país, suas características e perspectivas, seus aspectos positivos e negativos, a fim de propor medidas para elevar-lhe o padrão e corrigir distorções. Neste propósito, deverão ser sugeridas medidas de maior apoio e orientação às escolas necessitadas e, eventualmente, poderá ser recomendada a suspensão do funcionamento daquelas incapacitadas para suas tarefas;
- ✓ Propor às autoridades superiores na área de educação, medidas julgadas necessárias para o aprimoramento do ensino médico, começando pelos requisitos para criação de novas escolas e para o ensino efetivo do funcionamento das existentes;
- ✓ Promover estudos para a definição dos objetivos do ensino médico, em função das exigências da realidade brasileira na área da saúde, e sugerir medidas para a conveniente adequação desse ensino, inclusive aquelas que dependeram de entendimentos com outros representantes dos setores públicos e privados, para efeito de formulação de planos gerais e integrados;
- ✓ Atender às eventuais consultas das entidades e órgãos superiores do Ministério da Educação, em matéria de ensino médico.

De acordo com Ferreira (2012), essa Comissão era uma continuação, com outro nome e com a mudança de alguns dos seus membros, inclusive ele, da ‘Comissão de Planejamento da Formação de Médicos’, estabelecida no início da década de 1960

pelo Ministério da Educação, quando *“o Ministério da Saúde não tinha nada a ver com isso e não tinha nem departamento de recursos humanos”*.

No período de 1972 a 1987, a ‘Comissão de Ensino Médico’ produziu seis documentos (‘Documentos do Ensino Médico’), sendo que a partir do 5º, em 1979, o Departamento de Assuntos Universitários já havia se transformado em Secretaria da Educação Superior (SESu) e, no 6º, a Comissão havia se tornado ‘Comissão de Especialistas do Ensino Médico’ (Brasil, 1989):

- Documento Nº1 (1972) – Expansão da Rede Escolar;
- Documento Nº2 (1974) – Ensino Médico e Instituições de Saúde;
- Documento Nº3 (1976) – Internato e Residência;
- Documento Nº4 (1977) – Aspectos Atuais do Ensino Médico no Brasil;
- Documento Nº5 (1979) – Hospital de Ensino: Diretrizes para seu Funcionamento;
- Documento Nº6 (1987) – Ensino Médico: Bases e Diretrizes para sua Reformulação.

Essa ‘Comissão de Especialistas’ parece ser, inclusive, a citada por Feuerwerker, em entrevista exclusiva para este estudo, como aquela que vai recolher, a partir de 1997, as propostas enviadas ao MEC para a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação e elaborar a primeira versão das ‘Diretrizes Curriculares Nacionais’ (DCNs) para a área da saúde, *“que tinham bastante consonância com movimentos internacionais que falam de especialização”*.

*“Quem num primeiro momento recolheu as sugestões e fez a primeira versão das Diretrizes Curriculares foram as velhas comunidades de especialistas do MEC. Eles se surpreenderam, na verdade, com a assimilação que houve na área da saúde. Mas, como especialistas, pegaram aquele monte de sugestões e ignoraram. Foi um negócio horroroso!”* (Feuerwerker, 2012)

Todo esse processo acaba marcado por um amplo debate, que será estudado de modo mais aprofundado adiante, ao discutirmos a AES na década de 1990, já no contexto do SUS. Por agora, é importante registrar o conflito de interesses entre MEC e MS, que começava a ficar evidente.

No campo da 'formação', as preocupações do MS, cada vez mais permeado pelo pensamento da medicina social, iam muito além da Educação Médica e se afastaram progressivamente dela ao longo da trajetória do movimento reformista, à medida que se estruturava o espaço científico da Saúde Coletiva.

A valorização e atualização da pesquisa, apontada pelo Presidente Geisel, em seu discurso de abertura da 5CNS, como *“traço de união com a Política Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico para a indispensável modernização do aparelho produtor de serviços de saúde”* (CNS, 1975a, p.4), se por um lado ajudou a medicina científica a desenvolver suas ferramentas de atuação e intervenção clínica, por outro permitiu o estabelecimento das bases teóricas responsáveis pelo fortalecimento do movimento de reforma sanitária.

De acordo com o Relatório Final da 5CNS, a 'Infra-estrutura técnico-científica para embasamento das ações de saúde Pública' foi uma das áreas de investimento do governo federal na qual combinavam-se a dinamização da investigação médico-científica, a mobilização experimental de tecnologias inovadoras para o combate de doenças e a capacitação de alto nível de recursos humanos especializados.

Um dos resultados desse processo de estímulo ao desenvolvimento científico e tecnológico foi a institucionalização da Saúde Coletiva no Brasil como campo específico de investigação e formação de recursos humanos em saúde que, segundo Ribeiro (1991), ocorreu através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Social (PROSOCI/FINEP), no período de 1975-1978.

De acordo com a autora, na tentativa de criar um novo campo de investigação em saúde, o PROSOCI definiu duas linhas de financiamento a serem desenvolvidas: uma para a área de epidemiologia e outra para a área de ciências sociais em saúde. Foram organizados, então, os primeiros programas de investigação voltados para a produção de estudos nos marcos da 'abordagem médico-social' da situação sanitária brasileira: o Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES) e o Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológica (PEPPE), realizados na ENSP/FIOCRUZ, e o Programa de Apoio ao Mestrado em Medicina Social, utilizado para colaborar com a consolidação do Curso de Mestrado do IMS/UERJ. Todos eles, interagindo com as várias outras instituições que desenvolviam trabalhos na mesma linha, favoreceram a institucionalização do *“projeto científico original da Saúde*

*Coletiva*” (p.106), ou seja, de uma política científica específica para essa área de produção de conhecimentos.

Conforme apontado por Lima e Santana (2006, p.11), a base acadêmica dessa abordagem começava a se consolidar com os cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva que, naquele momento, encontravam-se nos campi de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e acabou produzindo a organização, em 1979, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Nessa nova área, em lugar das tradicionais dicotomias – saúde pública/assistência médica, medicina curativa/medicina preventiva, e mesmo indivíduo/sociedade – buscava-se uma nova compreensão na qual a perspectiva interdisciplinar e o debate político em torno de temas como universalidade, equidade, democracia, cidadania e, mais recentemente, subjetividade emergiram como questões principais (Lima e Santana, 2006). Nela, instituída como projeto acadêmico e de reformulação do modelo de política de saúde, a interlocução com as ciências sociais caracteriza-se como

*“permanente e interessada nos seus produtos, tanto quanto o recurso aos seus conhecimentos permeiam os campos disciplinares relacionados ao planejamento e gestão dos serviços de saúde, à Epidemiologia, saúde ambiental e do Trabalho, além de outras temáticas específicas suscitadas por estes saberes de intervenção ou pelos processos sociais e culturais mais amplos, atravessando direta ou indiretamente a problemática médica e sanitária, tensionando permanentemente as vertentes acadêmicas menos afeitas às relações entre as ciências sociais e os saberes de intervenção, procurando garantir-lhes perspectivas heurísticas.”* (Canesqui, 2011, p.13)



Apresentava-se, no bojo de um projeto reformista, bastante diferenciada tanto da medicina preventiva quanto da medicina integral. Conforme apontado por Canesqui (2011), ambas buscavam aprimorar e corrigir as distorções da medicina individualizada, procurando reordenar a prática médica, no nível da clínica, concomitantemente às tentativas de recomposição do ato médico, traduzidas em projetos de reforma médica, de caráter educativo, no âmbito das escolas médicas, tendo o médico como agente de mudança. Utilizavam tanto a via das ciências da conduta quanto a da investigação epidemiológica, que acompanhavam, respectivamente, a medicina integral e a medicina preventiva. Descentraram o enfoque estritamente biológico do processo saúde-doença, de tal forma que a complexidade bio-psico-social do indivíduo e sua inclusão nas relações familiares (na medicina integral) ou o processo saúde-doença no seu campo ecológico e social, detectado por meio de uma história natural (na medicina preventiva), conduziram à incorporação de dimensões sociais e culturais. Porém através de concepções ainda restritas.

Diferente disso, a concepção de Saúde Coletiva, de acordo com Birman (2005), pretendia ser uma leitura crítica do projeto médico-naturalista, estabelecido historicamente com o advento da sociedade industrial. *“Seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina”* (p.12). Para o autor,

*“o reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede sua representação como apenas uma máquina anátomo-funcional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos. [...] A constituição do discurso teórico da Saúde Coletiva, com a introdução das Ciências Humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólica, ética e política, de forma a relativizar o discurso biológico.* (p. 13)

*[...] Nessa perspectiva, a noção de saúde coletiva representa uma inflexão decisiva para o conceito de saúde. Um dos seus efeitos certamente é o de reestruturar o campo da saúde pública, pela*

*ênfase que atribui à dimensão histórica e aos valores investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte.”*  
(p. 13/14)

A multidisciplinaridade torna-se, assim, a marca da Saúde Coletiva, tendo em vista que sua problemática demandava diferentes leituras e permitia a construção de diferentes objetos e discursos teóricos, sem reconhecer na relação entre eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa (Birman, 2005).

Nesse caminho, o campo da ‘formação’ modificou sua relação de interesse pela temática da educação médica. Munido também do discurso da Atenção Primária em Saúde (APS), focou na dicotomia profissional especialista versus generalista. Passou a buscar internamente propostas alternativas, multiprofissionais, para viabilizar o projeto bastante complexo de reforma da saúde.

A Saúde Coletiva, se abriu, então, para outros campos de saberes. Porém, acabou se estabelecendo como uma especialização. Ficou restrita a uma atuação na lógica da especialidade, como se mais uma fosse, não conseguindo ocupar o espaço de uma concepção de saúde capaz de atravessar todo o processo formativo das profissões da área. Ou seja, conquistas importantes foram alcançadas, sem, entretanto, modificar o cenário de hegemonia do modelo pautado pela biomedicina.

Em relação a esse quadro de dominância da medicina assistencialista individual, pautada pela biomedicina, Donnangelo (1983) afirmou que se apresentava como produto de articulações econômicas e políticas suficientemente demonstradas e presentes no quadro da sociedade brasileira de tal forma que não era afetada pelas tendências de ampliação e recomposição do espaço de intervenção da Saúde Coletiva ou do seu campo de saber e de prática.

Contudo, esse é um cenário que se pôde ver com clareza mais adiante. Nas décadas de 1970 e 1980, a luta era constante: por mudanças na formação, no sistema de saúde e na própria sociedade brasileira. O novo Sistema Nacional de Saúde, da época, começava a permear os espaços institucionais e buscava alternativas para os problemas que surgiam ou permaneciam e o movimento de reforma sanitária trabalhava na perspectiva de formar quadros de profissionais para viabilizar os processos de transformação almejados.

A questão da especialização se revela na Lei Nº 79.456, de março de 1977, debatida na 6ª Conferência Nacional de Saúde (6CNS), realizada nesse mesmo ano, que criou o Grupo-Saúde Pública, do Serviço Civil da União, e instituiu suas categorias funcionais de 'sanitarista', de nível superior, e 'agente de saúde pública', de nível médio. Tal Lei considerava "*em extinção*" as categorias funcionais de 'Médico de Saúde Pública' e de 'Agente de Saúde Pública', existentes até então e apresentava como possíveis integrantes da categoria funcional de Sanitarista os profissionais de nível superior de algumas profissões específicas, que possuíssem grau de mestre em Saúde Pública (Nível 7), curso de especialização em Saúde Pública (Níveis 5 e 6) ou aperfeiçoamento em área de Saúde Pública compreendida na competência legal do Ministério da Saúde (Nível 4).

Para exercer as atividades de saúde pública como sanitaria era exigida conclusão de um dos seguintes cursos superiores ou habilitação legal equivalente: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia e Bioquímica (habilitação em Análises Clínicas e Toxicológicas e Bioquímica de Alimentos), Serviço Social, Psicologia, Pedagogia, Estatística, Administração, Arquitetura e Urbanismo, Direito, Ciências Econômicas, Comunicação Social (habilitação polivalente, Relações Públicas e Jornalismo), Ciências Sociais (habilitação em Sociologia e Antropologia), Engenharia (habilitação em Engenharia Civil e Engenharia Sanitária) ou Medicina Veterinária (Brasil, 1977).

Uma das diferenças entre os diversos níveis, correlacionada com o grau de formação, era a abrangência das atividades de saúde pública pelas quais o sanitaria era responsável (Brasil, 1977):

- ✓ Nível 7 - abrangência nacional;
- ✓ Nível 6 - abrangência regional;
- ✓ Nível 5 - abrangência de unidade federada;
- ✓ Nível 4 - abrangência de micro-regional ou local.

De acordo com os Anais da 6CNS (CNS, 1977), a criação do Grupo-Saúde Pública e a instituição de suas categorias funcionais, "*ambas de caráter multiprofissional e com exigência de aperfeiçoamento contínuo*" (p.203), representou "*um instrumento de*

*reajustamento do sistema de absorção de recursos humanos em saúde*". Segundo João Yunes, conferencista responsável por abordar, na Conferência, o assunto "instituição do Grupo-Saúde Pública: Importância na Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde", a criação desse Grupo configurava-se como uma medida que assumiu posição estratégica para uma melhor utilização dos profissionais da área. Fazia parte do esforço empenhado, na época, pelo Ministério da Saúde de promover uma adequada utilização da força de trabalho egressa do sistema formal de ensino ou qualificada dentro do próprio setor como contrapartida ao ajustamento da formação de recursos humanos às peculiaridades da saúde.

Estava no escopo dessa medida o planejamento de um mercado de trabalho, de caráter multidisciplinar, que permitisse a implementação do Sistema Nacional de Saúde e da política de interiorização dos serviços de saúde e de expansão da cobertura de ações de saúde-saneamento que estava sendo trabalhada e que tinha no 'Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento'(PIASS) um modelo programático para sua concretização. Um mercado de trabalho que fosse capaz de fazer frente à oferta de serviços em áreas especializadas, com atendimentos cada vez mais caros, sofisticados, distanciado dos problemas prevalentes da população e voltados para uma faixa reduzida de usuários que pudessem pagar pelos bens e serviços disponíveis; que viabilizasse a absorção de um grande contingente de trabalhadores que precisavam ser capacitados aceleradamente para garantir a implantação do PIASS<sup>35</sup> em tempo reduzido.

Embora questões sobre mercado de trabalho tenham aparecido na 7ª Conferência Nacional de Saúde (7CNS), não houve continuidade no debate sobre o Grupo-Saúde Pública. Na 7CNS, que aconteceu em 1980, após a Conferência de Alma-Ata (Cazaquistão) sobre Cuidados Primários em Saúde, as questões abordadas relacionadas ao trabalho em saúde foram:

- ✓ A necessidade de enfrentar a realidade do mercado de trabalho na área da assistência médica, que favorecia claramente as especialidades e a hegemonia

---

<sup>35</sup> De acordo com Escorel (1998), o PIASS caminhou muito próximo ao PPREPS, tendo em vários momentos suas atividades articuladas, somadas e mesmo confundidas. Considerado um programa marcador da área da saúde desenvolvido no escopo do CNRH/IPEA/SEPLAN, o PIASS produziu significativo impacto nas secretarias estaduais de saúde do Nordeste através da criação de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

médica, em contraponto às equipes multiprofissionais, necessárias aos serviços básicos de saúde;

- ✓ A crítica às condições de emprego e trabalho e a indicação para que fossem criadas condições que permitissem desempenho eficiente;
- ✓ As mudanças nas formas e condições de trabalho do médico em função das mudanças na sociedade (aumento do número de assalariados, empregados de empresas particulares ou funcionários de serviços estatais e redução do número de profissionais que trabalhavam em consultório próprio), bem como a relação desproporcional entre oferta e procura;
- ✓ A necessidade de se estabelecer um Plano de Cargos e Salários, estabelecendo contratos em regime integral e dedicação exclusiva, em função da alta rotatividade de pessoal por baixa remuneração e desnível salarial (CLT e estatutários; INAMPS e Secretarias de saúde);
- ✓ Questionamento em relação às metas quantitativas de recursos humanos da enfermagem e à legislação para o exercício dessa profissão, que não levava em conta a existência de técnicos e atendentes de enfermagem;
- ✓ A necessidade de ampliação de oferta de empregos, para além dos hospitais, atendendo a demanda por serviços básicos de saúde.
- ✓ A necessidade de supervisão, que não deveria ser área de atuação privativa de nenhuma categoria profissional, e de debate sobre a perspectiva a ser atribuída à supervisão.

Apesar de acreditarmos que as discussões em torno da problemática do trabalho em saúde, ocorridas nos mais variados espaços, possam ter sido amplas e mesmo acaloradas, não está no escopo deste estudo aprofundar nessa questão. Trouxemos à tona esse item apenas para ilustrar como essa temática começava, aos poucos, a entrar na agenda da saúde como desdobramento dos movimentos que estavam sendo produzidos, não apenas no Brasil.

*“Fiz a residência e em 94 fui para OPAS. Fiquei um ano em Washington na área de recursos humanos. [...] E lá, um dos temas que era quente era essa história... Quer dizer, a OPAS sempre se*

*preocupou muito com educação, com a reforma da educação, também trabalhamos isso, mas eles já estavam começando a mudar um pouco o foco para impactos das reformas setoriais no trabalho e tal. [...] A gente começou a trabalhar mais no eixo de, enfim, impacto das reformas, relações de trabalho, as formas de contratação, as formas de vinculação; a trabalhar um pouco mais esses eixos.”*  
(Seixas, 2012)

No cenário nacional, é na 8CNS e, em continuidade, na 1CNRHS, que o movimento de reforma sanitária consegue emplacar, de fato, essa problemática na agenda da saúde. Por se estabelecer junto ao processo de luta pela redemocratização da sociedade brasileira, que tem uma pauta forte dos movimentos sociais, sindical e partidário, de busca por participação no processo decisório, redução das desigualdades sociais e luta por melhores condições de vida, de trabalho e salário, tal movimento acabou conferindo prioridade, no debate político dentro da área de desenvolvimento de recursos humanos, às questões relacionadas ao trabalho em saúde.

A montagem do Quadro 3, a partir dos princípios relacionados com a política de recursos humanos apontados no Relatório Final da 8CNS como aqueles que deveriam reger o novo sistema nacional de saúde, nos permitiu perceber a virada significativa que ocorreu na área, fazendo com que as questões em torno do trabalho em saúde passassem a ter maior peso do que as relacionadas à formação.

**Quadro 3: Princípios relacionados com a política de recursos humanos apontados como aqueles que deveriam reger o novo Sistema Nacional de Saúde na 8CNS**

Trabalho em saúde	Formação
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente e imediato de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS);</li> <li>2. Admissão através de concurso público;</li> <li>3. Estabilidade no emprego;</li> <li>4. Composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formação dos profissionais de saúde integrada ao sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado;</li> <li>2. Capacitação e reciclagem permanentes;</li> <li>3. Inclusão do currículo de ensino em saúde do conhecimento de práticas alternativas.</li> </ol>

<p>estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Compromisso dos servidores com os usuários;</li> <li>6. Cumprimento de carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;</li> <li>7. Direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde;</li> <li>8. Incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários.</li> </ol>	
---	--

**Fonte:** Elaborado pela autora a partir dos dados contidos no Relatório Final da 8CNS.

A necessidade dessa virada é afirmada no trecho abaixo, destacado da ‘Apresentação’ do Relatório Final da 1CNRHS, buscando imputar ao desenvolvimento de recursos humanos um novo cenário, bastante distinto do que vinha acontecendo até então.

*“De fato, a Conferência nos mostra que, não obstante a grande importância das questões referentes ao preparo do pessoal para que sua capacitação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira, os órgãos de recursos humanos devem transcender esse âmbito e incorporar o estudo e o trabalho de temas como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefias entre outros, na procura de soluções apropriadas e transformadoras. A integração com os departamentos de pessoal foi proposta e torna-se indispensável. Não há como se pensar um novo sistema de saúde sem passar por estas questões.”*  
(CNS, 1986a)

O tema central da 1CNRHS, fórum privilegiado de debate da problemática, foi “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária” e a discussão ocorreu em torno de cinco grandes eixos temáticos (CNS, 1986a, p.39):

1. Valorização do profissional
2. Preparação de recursos humanos

3. Órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde – as estratégias de integração interinstitucional
4. A organização dos trabalhadores de saúde
5. A relação do trabalhador de saúde como usuário do sistema

Esse novo cenário na área de desenvolvimento de recursos humanos foi uma marca importante da agenda da saúde no início do processo de consolidação do SUS, tendo em vista que esse novo sistema de saúde foi criado na contramão de uma agenda de Reforma do Estado de cunho neoliberal, que buscava reduzir a intervenção estatal no campo social, acarretando, dentre outras graves conseqüências, o aumento da precarização das condições e relações de trabalho. Para que se pudesse garantir qualidade na atenção à saúde e mesmo incentivar e motivar as pessoas a trabalharem na Saúde Pública, diversas conquistas nesse âmbito eram consideradas como necessárias. No entanto, entrar na agenda da saúde não significava entrar na agenda do governo e essa tem sido, até os dias atuais, uma grande luta, cheia de difíceis batalhas.

Outra marca bastante relevante na agenda da saúde, no período pré-SUS, com implicações diretas no campo da ‘formação’, foi a aproximação progressiva entre MS e o MPAS, favorecida pela ocupação estratégica dos espaços institucionais da saúde por parte de lideranças do movimento sanitário, que vinham sendo formadas nas diversas instituições de pós-graduação espalhadas pelo Brasil e que se mobilizavam a partir de alguns fóruns qualificados como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a ABRASCO.

Iniciada em 1980, tal aproximação ocorreu, de acordo com Jouval Jr. (2003), num contexto que envolvia a “crise da Previdência”, a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), o Conselho Nacional de Assistência à Saúde da Previdência Social (CONASP) e o PREVSAÚDE, projeto de programa elaborado para ampliar e otimizar a rede de serviços básicos de saúde, que não chegou a se concretizar.

Segundo o autor, a CIPLAN, composta pelos secretários gerais dos Ministérios da Saúde, Previdência, Educação e delegados de nível decisório de diversas outras instituições, fazia parte do conjunto de iniciativas do então Ministro da Previdência (Jair Soares) e do Ministro da Saúde (Waldyr Arcoverde), ambos do Rio Grande do Sul,



que vinham com o antecedente de atuar em parceria na Secretaria de Saúde do estado.

No cenário da crise da Previdência, esse assunto era polarizado. De um lado os Ministérios da Fazenda e Planejamento, que defendiam a tese de que a crise era 'estrutural' e propunham como solução um modelo de capitalização que acarretaria uma *"inevitável privatização futura dos fundos da Previdência Social"* (p.49). Do outro, os Ministérios da área social, que por entender a crise como 'conjuntural', devido à retração econômica que consideravam momentânea, defendiam que, para resolvê-la *"bastava gerenciar melhor e racionalizar os gastos com a assistência médica"* (Jouval Jr., 2003, p.49).

A 7CNS, realizada em 1980 e totalmente permeada pelo discurso da Atenção Primária em Saúde, tinha como finalidade *"promover amplo debate de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), sob a égide do MS e MPAS e, ao mesmo tempo, coligir subsídios para seu aperfeiçoamento"* (CNS, 1980, p.3)<sup>36</sup>. Dentro do Painel "Recursos humanos para os serviços básicos de saúde", foi realizada a exposição "O INAMPS na formação de recursos humanos para os serviços básicos de saúde".

Nessa exposição, o Presidente do órgão apontou a necessidade de hierarquização das ações de saúde e de constituição de equipes multiprofissionais, ainda que lideradas pelo médico; a necessidade de se desenvolver uma consciência médica voltada para o trabalho em grupo e dirigida para a assistência elementar e primária. Afirmou o conceito integral de medicina compreendendo a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de pacientes e defendeu uma formação ampla para os médicos, em contraponto aos conhecimentos altamente especializados, a partir da revisão dos currículos das faculdades, que deveriam propor uma sólida preparação científica e técnica que proporcionasse a compreensão do ser humano como uma unidade biológica, psíquica e social. Apresentou as ações do INAMPS desenvolvidas nessa nova perspectiva, voltadas para a formação dos recursos humanos: (1) estágios para estudantes de medicina em assistência ambulatorial nas unidades de emergência e postos de assistência médica, a partir do 4º ano curricular; (2) limitação da residência médica em hospitais do INAMPS. Ao invés de admitir

---

<sup>36</sup> O estudo do conteúdo da 7CNS sobre formação de recursos humanos encontra-se no Anexo 5.

médicos de todas as especialidade como era feito anteriormente, a partir de 1980, passou-se a admitir médicos apenas em 5 áreas básicas “*como uma etapa intermediária à definição de um currículo para formação de um médico generalista*” (p.95); (3) criação dos programas de residência em medicina social (em colaboração com a ENSP/FIOCRUZ); (4) participação na formulação das diretrizes que regem a formação em nível de pós-graduação dos médicos; (5) Atuação na formação de pessoal paramédico, através de sua escola de auxiliares de enfermagem; e (6) estabelecimento de centros de estudos em seus serviços para possibilitar, a seu pessoal técnico e administrativo, reciclagem continua de seus conhecimentos (CNS, 1980).

No momento em que era grande o déficit da previdência, tal posicionamento, que aproximava o INAMPS da perspectiva apresentada pela medicina preventiva, é construído a partir da necessidade de redução dos altos custos da assistência médica e hospitalar. Foi estruturado a partir do olhar crítico para as ações da previdência social, que estavam centralizadas em ações curativas, utilizando-se dos recursos humanos disponíveis, altamente especializados.

Contudo, ainda que esse posicionamento do INAMPS, em comparação com o modelo da medicina curativa adotado anteriormente, estivesse mais próximo da perspectiva da Saúde Coletiva que vinha se fortalecendo no Ministério da Saúde, apresentava diferenças substanciais que produziram tensões importantes ao longo de todo processo de construção e consolidação do SUS.

As tensões se mostraram como um dado de realidade e a aproximação como uma estratégia importante.

Na arena política em que competiam os dois grandes desenhos – o modelo de capitalização, sustentado pelo Ministério do Planejamento, *versus* o PREVSAÚDE, fortemente estatizante e de característica universal, regionalizada e organizada por níveis crescentes de complexidade, promovido pela área sanitária –, o Plano do CONASP “*acabou por se tornar uma terceira opção, viável e oportuna*” (p.50). Dele derivaram as Ações Integradas de Saúde (AIS), produzidas a partir dos convênios trilaterais MPAS/MS/Secretaria Estadual de Saúde (SES) e que começaram a ser implantadas em 1983 (Jouval Jr., 2003; Kwitko, 2003).

Além das AISS, outra ação importante no escopo dessa aproximação MS-MPAS (INAMPS) foi o apoio aos Núcleos de estudo de saúde pública no interior das universidades.

De acordo com Jouval Jr. (2003; 2012), na época Diretor do Departamento de Planejamento de Saúde do INAMPS e, em seguida, Secretário de Planejamento do órgão, a ideia de atuar sobre os Núcleos surgiu em função do aprendizado com o não avanço do 'Plano de Santa Catarina'. Esse Plano, pensado como um projeto piloto na implantação do Plano CONASP, constituía-se como *“um plano único integrado de ações de saúde a ser executado, coordenadamente, entre a Secretaria de Saúde do estado, a Superintendência do INAMPS e a Delegacia Federal do Ministério da Saúde”*, supondo-se *“que seria uma versão mais nova e completa do convênio trilateral, em prática no Rio Grande do Sul”* (2003, p.50).

*“A crítica foi pelo seguinte: não tem cabimento a gente montar dentro da estrutura do INAMPS uma super escola nova de planejamento ou uma super escola da saúde pública, tendo no Brasil um montão de gente que está trabalhando com isso. O que a gente tem que fazer é fortalecer esses núcleos ou essas pessoas para que essas pessoas ajudem a negociar, formular, planejar, tecnificar, enfim, a fazer. Dar sustentação técnica ou formativa aos estados e aos municípios aonde as coisas têm que ser modificadas e têm que ser racionalizadas. E aí, nessa configuração, a gente esbarrava numa coisa: a maioria, com raras exceções, mas a maioria dos departamentos que estavam ou que tinha pessoas com essas inquietações, com essas diretrizes, com essa vontade, com essa movimentação, estavam dentro do departamento de medicina preventiva das universidades, das faculdades de medicina. Então, era o cara dizer que o departamento da faculdade da medicina daqui, de não sei aonde, vai agora virar um instituto de medicina social. Não ia virar! Aqueles lugares, pela natureza deles, dentro da faculdade de medicina, o poder da faculdade de medicina, formando médico, formando especialista... e tinha um exército de Brancaleone lá dentro*

*que brigavam para não... Então, vamos fazer uns núcleos que possam ser, extra faculdades de medicina, financiados pelo INAMPS e que se constituam lugares de planejamento, de pensamento, de não sei o que... assegurando, participando, abrindo para quem quisesse. Dai nasceu essa idéia dos núcleos. E aí, foram feitos vários deles, vários deles logo brotaram.” (Jouval Jr., 2012)*

De acordo com José Paranaguá de Santana (2012), então Diretor do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos do INAMPS, a ideia dos Núcleos *“era uma espécie de atualização do projeto PPREPS, em outra dimensão, em outro contexto” e “não era um projeto isolado da Previdência social; era um projeto do movimento sanitário e, portanto, dos dirigentes também do Ministério da Saúde”*. Eles faziam parte *“de um projeto desenhado, consubstanciado na primeira infância da Nova República, num momento em que se redemocratizou, estava se preparando a Constituição; o movimento sanitário se organizando para defender as teses na Constituinte”*. Significavam *“um modelo de gestão das políticas de formação e trabalho em saúde que fosse compartilhado pelas universidades e pelas autoridades sanitárias”*.

*“Com certo exagero, eu diria que as Universidades, a área de saúde das Universidades foi uma espécie de útero para a gestação da reforma sanitária brasileira. Agora, foi uma gestação que não foi única. A Universidade brasileira gestou outros projetos simultaneamente. Enquanto nós estávamos trabalhando o pessoal de RH da área de saúde pública, trabalhando com essa concepção de política de RH na educação médica, odontologia, enfermagem, etc, com uma visão de tentar formar médicos, enfermeiros e demais profissões de saúde para o atendimento na lógica das necessidades epidemiológicas, tinha um projeto da própria universidade pública de formar de acordo com o mercado; com a oferta cada vez mais atraente para contratos de mercado de trabalho no setor privado.” (Santana, 2012)*

Ou seja, uma parte da universidade se incorporou à luta e outra não.

Tendo a função de orientar a formação do pessoal de saúde, de acordo com a Lei 6229/75, o MEC esteve presente em todo o processo de construção do caminho traçado pela formação e preparação de pessoal de saúde a partir de meados dos anos 1970 e ao longo da década de 1980. Integrou a CIPLAN, cuja Comissão de Recursos Humanos foi a Comissão de Coordenação da 1CNRHS, e assinou, de acordo com Jouval Jr. (2012), todos os documentos referentes às Ações Integradas de Saúde, juntamente com os Ministérios da Saúde, da Previdência e as Secretarias de Saúde dos estados.

Porém, como pode ser verificado na fala enfática de Jouval Jr. (2012), uma das críticas estabelecidas é pela falta de protagonismo do MEC: *“um dos lugares que nunca forçou, nunca mandou ver, nunca se comprometeu, nunca puxou brasa, foi a área de recursos humanos pelo Ministério da Educação. Nunca foi!”*.

Outra crítica que aparece na entrevista com Jouval Jr. (2012) está relacionada à autonomia das universidades, que fazia com que não necessariamente as coisas acontecessem como previstas ou pensadas, mesmo quando o MEC e a SESu estavam formalmente aderidos às propostas, tendo em vista o conservadorismo das faculdades de medicina e da formação médica.

Apesar da autonomia ser defendida no Relatório Final da 1CNRHS, que afirmava que as Instituições de Ensino Superior (IES) deveriam *“ser autônomas em relação aos orçamentos, sendo financiadas pelo Estado e permitindo autonomia administrativa e política”* (CNS, 1986a, p.26), a crítica é corroborada por Jaeger (2012), quando declara que a autonomia da universidade, criada na reforma universitária *“acaba sendo a criação de vários feudos dentro da universidade, em qualquer um dos cursos; e [produzindo] uma falta de relação da formação com o cotidiano, com a realidade”*, o que acabava acarretando um isolamento entre as áreas.

Ceccim e Feuerwerker (2004) aprofundam essa crítica ao afirmar que *“o entendimento da autonomia universitária tem exorbitado de seus limites diante da natureza pública ou de responsabilidade social da educação das novas gerações profissionais do país”*. Para defenderem que *“a universidade não pode ser independente da regulação e direção política do Estado, e [que] é papel dos governos, particularmente do governo federal, desenvolver políticas que induzam explicitamente as universidades ao cumprimento de seu papel social”*, os autores argumentam que *“a universidade exerce um mandato público, socialmente outorgado, e não uma*

*soberania acadêmica como se a formação profissional superior, a produção de conhecimento, a produção científica e tecnológica ou a promoção da informação, da arte e da cultura pudessem ser independentes dos interesses da sociedade ou da sua relevância pública” (p.1402/1403).*

De acordo com os autores, a relevância pública da saúde, definida na CF88, deveria ser razão suficiente para que o setor da educação, em função de suas prerrogativas autorizativas e normativas e dos seus deveres de Estado, considerasse a necessidade de acoplar, neste caso, a autonomia universitária à gestão das políticas públicas de saúde, impondo restrições a essa autonomia.

Contudo, o teor desse discurso, que foi sendo construído ao longo da trajetória da Saúde Coletiva, parece não ter ajudado até os dias atuais a produzir empatias necessárias a um processo de cogestão com o MEC, nem mesmo de uma maior aproximação com as Universidades. Ao contrário, parece provocar distanciamento e objeção aos processos de mudança almejados.

A importância da autonomia para as Universidades, ou parte considerável delas, pode ser ilustrada a partir do trecho destacado da fala de Francisco Eduardo Campos (2012), em entrevista:

*“Quando o Frederico Simões Barbosa, que era presidente da ABEM, publicou um artigo meu e do Eleutério Rodriguez Neto sobre uma proposta de cogestão dos hospitais universitários no Brasil. [...] Isso deve ter sido 1989, mais ou menos. [...] A minha leitura de como a ABRAHUE [Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino] foi criada, foi criada como uma reação. Ou seja, os hospitais universitários antes estavam dentro da ABEM. Eles criaram uma associação própria porque, eu ouvi essa palavra lá em Manaus, eles se revoltaram contra o Frederico Simões Barbosa ter publicado um artigo que defendia uma cogestão dos hospitais universitários com o serviço. Ou seja, que o gestor metesse o bedelho dentro do hospital universitário, porque segundo as pessoas disseram – e eu ouvi isso de pessoas que eu posso dizer para vocês que são muito representativas –, isso significaria uma ruptura da autonomia universitária. Ou seja,*

*que nós de certa maneira estávamos, inclusive me acusaram disso, dedo em riste: “Você como professor universitário é um traidor da universidade porque está admitindo a hipótese de que a autonomia universitária seja quebrada com o gestor de serviço de saúde vir meter a colher de pau dentro dessa coisa que é o hospital universitário.”*

Contudo, independente da forma como a educação participou dos processos da saúde, as discussões da formação na Comissão Nacional da Reforma Sanitária foram intensas, de acordo com Maria Luiza Jaeger, que foi representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) na 8CNS e nessa Comissão. *“Tanto na educação formal, graduação, curso técnico, quanto na formação dos trabalhadores que estão na rede”,* por considerarem que não adiantava propor integralidade da atenção e direito à saúde sem mexer nessa questão.

*“Isso é uma discussão que aparece... [...] Todas as atas, todas essas reuniões da Comissão da Reforma foram feitas, em todas as capitais do país, todas elas são gravadas em fita. [...] Essa discussão ela vai aparecer.”* (Jaeger, 2012)

Como resultado desse movimento, se consegue trazer para o SUS, no Art. 200 da CF88, a atribuição de *“ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”* (Brasil, 1988).

De acordo com Machado (2005), ao analisar os verbos utilizados nas várias funções atribuídas à direção do SUS, que conferem diferentes pesos ao seu papel, o verbo ‘ordenar’ expressa uma maior responsabilidade da autoridade sanitária sobre a direcionalidade de uma dada política. Assim, de todos os desafios apontados até agora para o campo em estudo, esse nos parece o maior, principalmente considerando que continuava e continua até hoje com a área da educação a atribuição da regulamentação de boa parte dos processos formativos.

A década de 1980 caracterizou-se por mudanças na economia e nas relações econômicas; pela forte crise do projeto desenvolvimentista que sustentava a saúde e a previdência, as Universidades e as demais políticas sociais. Ficou marcada pela

necessidade de rearranjos políticos, econômicos e institucionais que começaram a ser produzidos nas diversas áreas. Parte significativa da saúde, que lutava pela reforma sanitária, buscava se consolidar enquanto setor, rompendo a separação que havia sido estabelecida entre saúde individual e coletiva, saúde preventiva e curativa. Apostava no rearranjo político e na reorganização do modelo de atenção por dentro do setor público, acreditando na sua imposição sobre o setor privado, que acabou se mostrando com bastante habilidade para adaptar-se e aproveitar brechas.

A busca do movimento de reforma sanitária de fazer uma revolução pela saúde fez com que a saúde assumisse a missão da intersectorialidade, como se a partir da saúde pudessem ser geradas as políticas capazes para promover qualidade de vida das pessoas, em função de um conceito ampliado de saúde. O problema é que isso implicava dois movimentos muito grandes e onerosos: um para dentro e um para fora. Para dentro, a própria estruturação do setor saúde, com a assimilação da medicina previdenciária e com todas as disputas internas que isso produzia, e para fora, a edificação de um diálogo com os demais setores da sociedade para tentar viabilizar o projeto civilizatório que se buscava, que também envolvia muitos interesses de grupos distintos e conflitantes.

Muitos avanços foram produzidos, sem dúvida, principalmente no movimento para dentro. Dois resultados importantes num primeiro momento foram a consolidação do projeto científico da Saúde Coletiva e a instituição do SUS na Constituição Federal de 1988, com suas leis Orgânicas (8.080 e 8.142) aprovadas em 1990. Porém, a institucionalização do SUS e o peso atribuído por ele à participação social na saúde<sup>37</sup> aumentaram o desafio da produção de espaços de diálogos e construção coletiva, tanto com os outros setores governamentais quanto com a sociedade de forma mais ampla. Um conjunto de estratégias e mecanismos foram, então, pensados e estruturados. Como passou a ser a AES a partir daí, com as marcas adquiridas e os desafios colocados; que políticas foram formuladas no campo da 'formação' no âmbito do Sistema Único de Saúde; e quais desafios surgiram em função

---

<sup>37</sup> O novo peso à participação social na saúde é conferido pela legislação do SUS que passou a exigir a formação de conselhos de saúde nas três esferas de governo, condicionando a transferência de recursos federais a essa existência; afirmou o caráter permanente e deliberativo dos conselhos; e definiu sua composição paritária entre representantes dos usuários (50% dos membros) e membros do governo, prestadores e profissionais de saúde. (Machado, 2005, p88).



destes novos movimentos constituem as questões que embasaram este estudo a partir deste ponto.

### **3.2. A Década de 1990 e a NOB/RH-SUS**

A década de 1990 mostrou-se altamente desafiadora para a área de recursos humanos em saúde. Além da tarefa de ordenar a formação – que embora tivesse sido uma conquista na CF88 ninguém parecia saber muito bem o que significava –, os vetos do Presidente Collor à Lei 8080/90 reforçaram a luta que vinha sendo travada em relação às questões trabalhistas dos profissionais de saúde.

Os caminhos propostos por aqueles ligados ao campo da formação, que estavam atuando nas instâncias participativas decisórias da saúde, vinculados ao movimento de reforma sanitária e também, de alguma forma, à burocracia institucional da saúde, para atuar sobre as questões em jogo naquele momento, acabou produzindo tensões e divisões na área que parecem ter contribuído para a configuração, em 2003, da organização institucional da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2 departamentos distintos: o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). Para nos auxiliar na compreensão da AES ao longo deste percurso, buscamos identificar as escolhas que foram feitas para lidar com os desafios postos e algumas das tensões geradas a partir delas.

Uma primeira escolha importante foi a tentativa de estabelecer a relação com a educação pelo caminho normativo.

Após a criação do SUS, iniciou-se o seu processo de regulamentação. Duas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) foram criadas formando, junto com a Constituição, a base legal do sistema: a Lei 8.080 e 8.142, ambas de 1990.

A LOS nº 8.080, de setembro de 1990, abordou desde os objetivos e diretrizes da política de saúde até estratégias para a concretização do SUS. Ao regulamentar a implementação do Sistema Único de Saúde, procurou explicitar e diferenciar as competências e atribuições de cada esfera de governo em maior profundidade; e

definiu o Ministério da Saúde como autoridade executiva da política de saúde no âmbito nacional (Machado, 2005).

Em relação à política de recursos humanos na área da saúde, a Lei propunha que ela fosse *“formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo”*, em cumprimento a quatro objetivos (Brasil, 1990, Art 27):

*“I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;*

*II – instituição, em cada esfera de governo, de planos de cargos e salários e de carreiras para o pessoal do Sistema Único de Saúde – SUS, da administração direta e indireta, baseados em critérios definidos nacionalmente; (Vetado)*

*III – fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional, sem prejuízos de adoção pelos estados e municípios de remuneração complementar para atender às peculiaridades regionais; (Vetado)*

*IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).”*

O segundo e o terceiro objetivos foram vetados pelo Governo do Presidente Collor. A justificativa para ambos os vetos era o Projeto de Lei<sup>38</sup> que tramitava *“há bastante tempo no Congresso Nacional, de iniciativa do Governo, instituindo o Sistema de Carreira do Serviço Civil da União”* cujo objetivo era *“estabelecer o equilíbrio entre as diferentes carreiras no Serviço Público, levando em conta a complexidade, a especialização e a qualificação profissional exigida para cada uma”*. Assim, o inciso II não deveria prosperar, considerando a necessidade de se aplicar à questão, *“tratamento sistêmico e sob comando único”* dado que o enfoque setorial tenderia *“à exagerada valorização da própria área, em detrimento do conjunto”*. Quanto ao veto

---

<sup>38</sup> Podemos considerar que justificar um veto a uma Lei aprovada com um Projeto de Lei, que pode tramitar anos no legislativo sem sair do lugar nem produzir resultados, é um indício claro de que aquele governo não estava interessado na regulamentação da questão daquela maneira e que, portanto, dificilmente aquela pauta avançaria na direção apontada.

ao Inciso III, acrescentou-se a justificativa da inconstitucionalidade do dispositivo, alegando-se que feria o §1º do Art.39 da CF88, "*que assegura isonomia de vencimentos, para cargos de atribuições iguais, entre servidores do mesmo poder e, até, entre aqueles lotados no Executivo, Legislativo e Judiciário*". (Brasil, 1990<sup>a</sup>).

Além destes vetos, houve vários outros relacionados aos diversos assuntos abordados pelo documento. Os pontos de veto referentes ao papel da participação social na política de saúde e condições/critérios para a transferência automática de recursos para estados e municípios foram retomados pela Lei 8.142/90, sancionada dois meses depois. Os demais foram deixados de lado nos processos de negociação dessa segunda Lei (Machado, 2005).

Diante da constatação de que "*o arcabouço jurídico-legal do SUS, contido na Constituição e nas Leis 8.080 e 8.142 de 1.990, não seria suficiente para estabelecer os parâmetros operacionais necessários ao pleno funcionamento do sistema de saúde em cada conjuntura política*", as Normas Operacionais do SUS (NOBs) representaram, no período de 1990 a 2002, instrumentos importantes de regulamentação (Machado, 2005, p.89).

Nesta lógica, foi determinada na 10CNS, realizada em 1996, a elaboração de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), "*com ampla negociação com os interessados e suas entidades representativas e com discussão e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde*", apresentando os princípios reguladores da ação e a relação das esferas de governo no que dizia respeito aos trabalhadores no âmbito do SUS, incluindo uma 'agenda de prioridades' para a implantação desta política. Relacionadas com tal determinação, foram apontadas as necessidades do Ministério da Saúde, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, implantarem: uma Política de Recursos Humanos para a Saúde, permanentemente rediscutida e deliberada com os conselhos de saúde; as Mesas Permanentes de Negociação para dispor sobre o trabalho em saúde; e Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos (CIRH) para subsidiar os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e as Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs) nas questões relativas aos trabalhadores de saúde (CNS, 1998).

Vale destacar que, em 1990, com as mudanças em suas atribuições e composição tratada pelo Decreto nº 99438 e pela Lei 8142, o Conselho Nacional de

Saúde (CNS) passou a ser uma instância com poder deliberativo, considerando a homologação das suas decisões pelo Ministro da Saúde, e tornou-se uma instituição importante na formulação de diretrizes e estratégias da política de saúde bem como no controle de sua execução (Machado, 2005). Diante disso, assumiu, por meio da CIRH/CNS e da Mesa Nacional de Negociação do SUS, o protagonismo no processo de formulação da NOB/RH-SUS.

Tal processo atravessou a segunda metade da década de 1990, produzindo versões preliminares do documento "Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS", a partir de um amplo debate nacional, até chegar à versão aprovada na 21.<sup>a</sup> Reunião Extraordinária do CNS, realizada em fevereiro de 2002, aplicada como 'Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS' pela Resolução CNS 330, de novembro de 2003, homologada pelo Ministro da Saúde. Do debate, ocorrido por intermédio de Oficinas, Seminários Macrorregionais, mesas de negociação dos trabalhadores com os gestores nas três esferas de governo, Conferências Estaduais e Municipais de Saúde e na 11.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, participaram juristas, entidades de trabalhadores, lideranças e estudiosos do assunto, Universidades e escolas de saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Bipartite (Brasil, 2005).

A criação das 'comissões intersetoriais' subordinadas ao CNS havia sido determinada pela Lei 8080/90 em seu capítulo III, "Da Organização, da Direção e da Gestão" do sistema, Art.12, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolvesse áreas não compreendidas no âmbito do SUS. Em outubro de 1991, a Resolução CNS Nº 011 instituiu a "Comissão Intersetorial de Recursos Humanos para a Saúde", que deveria ser composta por representantes de órgãos governamentais de âmbito nacional e seus centros de referência e de entidades civis relacionadas à temática e dirigida por coordenadores indicados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde e designados pelo Ministro da Saúde. Diante da determinação da elaboração da NOB/RH-SUS, a 65.<sup>a</sup> Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em maio de 1997, reinstalou a

CIRH/CNS, assim como a Mesa Nacional de Negociação do SUS<sup>39</sup>, e aprovou a Minuta de Portaria que criava a Comissão Interministerial MEC-MS.

Em sua reinstalação,

*“Ficou definido propor para esta Comissão Intersetorial a missão inicial de definir nos aspectos conceitual e de articulações intersetoriais, as obrigações legais de ordenação da formação de recursos humanos de saúde (Lei 8.080/90, Art. 6º), de criação Comissões Permanentes de Integração Serviço-Ensino (Lei 8.080/90, Art. 14), participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (Lei 8.080/90, Art. 15), e aplicação dos objetivos da formalização e execução da política de recursos humanos, critérios de preenchimento dos cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, e a regulamentação das especializações na forma de treinamento em serviço (Lei 8.080/90, Título IV), assim como elaborar proposta de plano de trabalho a ser apreciada e aprovada pela plenária do Conselho Nacional de Saúde.” (CNS, 1997, Ata da 65ª Reunião Ordinária)*

Contudo, o foco da ação dessa Comissão, no sentido da ordenação da formação, se tornou a análise dos pedidos de autorização dos cursos de graduação em saúde, posicionando-se e emitindo pareceres acerca da criação de novos cursos no aspecto das necessidades sociais<sup>40</sup>. Nessa matéria, de acordo com a Resolução CNS nº 230, de julho de 1997, a CIRH/CNS deveria remeter para a Comissão Interministerial

---

<sup>39</sup> A Mesa Nacional de Negociação do SUS foi instituída em maio de 1993, através da Resolução CNS nº 052, com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS sobre todos os pontos pertinentes a força de trabalho em saúde. Na 65ª reunião do CNS, em maio de 1997, houve a reinstalação da Mesa, juntamente com a da CIRH.

<sup>40</sup> O Decreto 1.303 de 08/11/94, promulgado depois da extinção do Conselho Federal de Educação (CFE) e da criação do Conselho Nacional de Educação (CNE), no seu artigo 7º determinava que cabia ao Conselho Nacional de Saúde a análise da necessidade social da criação de novos cursos de graduação de profissionais na área da saúde, incluindo a Medicina, Odontologia, Enfermagem, Psicologia, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Educação Física (Brasil, 1994. Fonte: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/112803/decreto-1303-94>).

MEC-MS o equacionamento das pendências, mantendo-se, junto com o Plenário do CNS, como instâncias recursais.

Há aqui presente outra escolha, que foi optar por esse viés da ordenação.

Considerando, conforme apontado por Amâncio Filho e Vieira (2006), as mudanças provocadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional<sup>41</sup>, de 1996 (LDB/96), que favoreceram “*uma desenfreada expansão das faculdades e universidades privadas*”(p.20), principalmente a partir de 1997, num cenário de grande concentração geográfica da oferta com enorme iniquidade na distribuição das graduações pelas regiões do país, a ação de controlar a abertura de novos cursos configurava-se como necessária. E, de acordo com Tânia Celeste Matos Nunes (2012), em entrevista, continuou sendo uma atividade importante.

*“E existe outro espaço que é dentro do Conselho Nacional de Saúde, que é a Comissão de Integração de Recursos Humanos, a CIRH, que trabalha com a validação e revalidação de cursos da área de saúde no conteúdo, e essa foi uma conquista do setor saúde na questão da ordenação da formação, que do mérito social é a saúde quem dá o parecer. Então a CIRH ultimamente trabalha muito com esse conteúdo. Eu disse isso lá, que eu fiz parte dela, no dia que eu me despedi: que eu achava que a CIRH devia procurar um leito para que essas coisas pudessem se estruturar melhor dentro do próprio Ministério e levar para lá somente as sínteses, o gerenciamento de inspeção, dentro da CIRH, que fazem essa avaliação. É um trabalho hercúleo. Termina que a temática global e outras questões que a gente podia estar organizando, como fóruns, a CIRH não tem feito. Mas é um espaço que poderá ser mais explorado porque integra trabalhadores de vários setores, representantes da ABRASCO, enfim...*

---

<sup>41</sup> O debate em torno da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB nº 9394/96), também conhecida como Lei Darcy Ribeiro, começou antes mesmo da CF88 ser promulgada, com a entrada do primeiro projeto de Lei (Projeto nº1258/88) na Câmara dos Deputados, e se estendeu até 1996, quando foram explicitados os rumos da política educacional brasileira (Vieira e Farias, 2007). De acordo com Silva e Netto (2007), as alterações no ensino acadêmico, assim como a reconfiguração da educação superior, integram o processo de regulamentação dessa Lei (Lei nº 9.394/96), que prevê mudanças na organização, na estrutura e no funcionamento das universidades e redefinem o papel do ensino universitário brasileiro.

*E tem uma possibilidade de convocação enorme ligado ao Conselho Nacional de Saúde.” (Nunes, 2012)*

Contudo, um debate maior sobre a formação e as mudanças almejadas, além do próprio significado da função atribuída à Saúde de ordenar a formação, não estava na agenda do CNS, muito menos do governo federal. O “amplo debate nacional” citado anteriormente, no que se refere ao processo de formulação da NOB/RH-SUS caracterizava-se como uma discussão em torno dos encaminhamentos necessários para se viabilizar uma formação adequada ao novo modelo de assistência proposto pelo SUS. Um olhar mais apurado para o significado dessa formação e da ordenação dessa formação teve que correr paralelamente, no escopo de organizações internacionais como a Fundação W.K.Kellogg e dos movimentos sociais.

A perspectiva de formação trazida pela NOB/RH-SUS, que a localizava como um item da política de desenvolvimento do trabalhador do SUS era mais uma escolha, que tinha uma trajetória histórica. Vinha sendo trabalhada desde a entrada da formação na agenda decisória do governo federal na década de 1970, por um grupo dedicado a essa problemática e ligado à OPAS. E isso fica bastante claro na fala de Francisco Eduardo Campos (2012), destacada abaixo.

*“Eu acho que... Você sabe que lá na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, se você pegar os grupos de recursos humanos, já dizia... Eu acho que são variações sobre o mesmo tema. Eu acho que provavelmente se você pegar os três componentes do PPREPS, ou o que foi discutido na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, no grupo de recursos humanos, que eu coordenei, o que vai sendo discutido no Ministério da Saúde da nova República, era isso! [...] O que acontece na década de 90? É isso! Você continua esse processo que vai gerar depois, inclusive a questão... [...] Se você pensar bem o que chega nas diretrizes curriculares, é esse, que eu acho que são diretrizes curriculares. Provavelmente, não existe nenhum país do mundo que tenha diretrizes curriculares em medicina tão avançado quanto o Brasil tem. Que é o acúmulo dessa reflexão que acontece lá*

*na UnB [referindo-se à experiência de Sobradinho em 1966]. Essa coisa é um mantra que vai se repetindo, vai mudando de acordo com o tempo, que toma potência, mas que continua numa reverberação com a própria OPAS, vai e volta, vai e volta. Então, o que está acontecendo na década de 90? Você tem a aprovação das leis, a 8080 e 8142, que são aí por volta do início, mas ainda no governo conservador do Collor, a pessoa que está na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde é o Cândido. E o Cândido vem de onde? João José Cândido da Silva. Ele vem também da integração docente assistencial; vem também da direção do INAMPS; é também um professor da Federal de Santa Catarina. E é uma pessoa que favorece de maneira... [...] Ele, o Cândido, que era a principal autoridade da saúde da própria transição conversadora, digamos assim, do início do governo Collor, ele próprio é uma pessoa que tem esse ideário da integração docente assistencial. Ele vem desse ideário também. Então eu acho que na verdade, nisso, não tem solução de continuidade.”*

O espaço para a problematização, reflexão e construção de mudanças, a partir do olhar crítico para as experiências de IDA ou, de uma forma mais ampla, de integração ensino-serviço, foi ocupado pela Rede UNIDA, que em função da sua atuação viabilizou uma AES de outra natureza e ganhou destaque no processo de formulação de políticas voltadas para a formação de nível superior.

A Rede UNIDA, inicialmente denominada Rede UNIIDA, surgiu a partir da associação da Rede IDA com os Projetos UNI, em um processo iniciado em 1996, cujo evento marcador pode ser considerado a realização de um Seminário Nacional sobre a Formação de Recursos Humanos em Saúde, na cidade de Salvador/BA, com o conselho consultivo da Rede IDA e representantes dos seis projetos UNI que estavam sendo desenvolvidos no Brasil. “*Convidados expressivos, política e tecnicamente, discutiram a política educacional de saúde e as estratégias inovadoras de mudanças na formação de RHS [recursos humanos em saúde] a partir das experiências IDA e UNI*” (Barbieri, 2006, p.73).



A Rede de Integração Docente Assistencial (Rede IDA) havia se constituído no país em 1985, por incentivo da OPAS e da Fundação W.K.Kellogg, financiadora de vários destes projetos, a partir da articulação de diferentes experiências de IDA em andamento nas diversas localidades (Marsiglia, 1995).

Desde meados da década de 1960, vinham sendo realizadas experiências de integração ensino-serviço que buscavam aproximar as escolas médicas da rede assistencial e das necessidades de saúde da população, como foi o caso de Sobradinho/Brasília, em 1966. Nos anos 1970, no escopo do PPREPS, foi desenvolvido o ‘Sub-programa Integração Docente-Assistencial’ no qual alguns poucos projetos foram implantados ou continuados, como por exemplo, Montes Claros. Outras iniciativas começaram a surgir a partir de 1981, quando a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura (SESu/MEC) publicou o documento ‘Programa de Integração Docente-Assistencial’, que visava estimular o desenvolvimento dos Projetos IDA como parte da operacionalização do PREVSAÚDE, em função das sugestões e recomendações do ‘Acordo’ (OPAS, MEC, MS, MPAS), que havia sido renovado.

No documento da SESu/MEC (Brasil, 1981, p.16), o conceito de Integração Docente Assistencial era resumido como *“União de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e de serviços de saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação de recursos humanos necessários, em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e ensino”*. Compreendia todas as categorias profissionais de saúde e todos os níveis de formação de recursos humanos e prestação de serviços; requeria a participação ativa da comunidade; e carregava um conceito diferente do tradicional no que se referia ao processo de ensino-aprendizagem, centrando-se em torno de vivências práticas. Era entendido como um processo social *“centrado na prestação de serviços, da qual flui a identificação de necessidades de recursos humanos e as oportunidades para sua preparação”* (p.17).

Os projetos UNI, que começaram a operar no Brasil de 1993 a 1996, foram construídos com base em uma análise crítica das experiências anteriores de integração docente-assistencial e das reformas de saúde então vigentes no continente. Fundamentavam-se na construção de parcerias entre universidades, serviços de saúde

e população organizada de determinada área geográfica (Feuerwerker et al, 2000; Feuerwerker, 2000). Elaborado pela Fundação Kellogg em 1991, o Programa UNI, que apoiava a construção e consolidação dos Projetos UNI, significava 'uma nova iniciativa em educação nas profissões de saúde: União com a comunidade'. Trazia novas dimensões para a Integração Docente Assistencial, tais como equipe multiprofissional e enfoque familiar, estreitando relações com a comunidade, que deveria ser vista não apenas como destinatária das ações, mas também como protagonista delas (Marsiglia, 1995).

Em novembro de 1997, em Salvador/BA, realizou-se o III Congresso Nacional da REDE UNIIDA, no qual se consolidou a união efetiva, passando a rede a denominar-se Rede UNIDA. A partir deste evento, incorporaram-se ao seu conselho consultivo representantes de segmentos comunitários, pólos de capacitação em saúde da família e serviços de saúde. Foi identificado o ideário comum da Rede, em três planos: formação de recursos humanos, transformação do modelo assistencial e participação social (BOLETIM INFORMATIVO: Rede UNIDA, nº1, 1998 *apud* Barbieri, 2006).

Contudo, de acordo com Feuerwerker et al. (2000), para além de uma associação formal entre os dois conjuntos de projetos, foi necessário um processo de reconstrução da identidade da rede. Dentre as atividades realizadas nesta direção, construiu-se um 'mapa de atores estratégicos' para identificar outras forças e experiências que poderiam se juntar à Rede; estudou-se em profundidade os trabalhos desenvolvidos pelos seus integrantes a fim de conhecer suas abrangências e naturezas; e foram estabelecidos mecanismos de funcionamento da Rede, tais como o estabelecimento de agenda comum, de canais e dinâmicas de comunicação. Tais ações permitiram a construção de uma compreensão conjunta acerca de quais eram os principais problemas e oportunidades do contexto e de como se devia, respectivamente, enfrentá-los e aproveitá-las em prol do fortalecimento do movimento de mudança não só nos modelos de atenção à saúde e de ensino em saúde, mas também nas formas de participação social, coerentes com os princípios do SUS (Feuerwerker et al., 2000).

A Rede UNIDA passou a ser concebida como um espaço onde se podiam trocar e divulgar experiências de articulação entre universidade, instituições de ensino e pesquisa, serviços de saúde e organizações comunitárias, tendo como temática central

a formação e capacitação de recursos humanos em saúde. A tese defendida, segundo Feuerwerker et al. (2000) era a de que os atores sociais desses três segmentos eram capazes de cumprir um papel relevante na transformação da formação e do modelo de atenção à saúde. E para fortalecer essa tese, a Rede passou a articular-se com todos os setores e segmentos que procuravam incluir a questão da formação e da capacitação dos profissionais na agenda política dos distintos atores estratégicos da saúde e da educação. Procurou, também, fortalecer os espaços de discussão que favorecessem a articulação entre as instâncias de definição das políticas de saúde e educação – Ministérios da Saúde e da Educação, Conselhos Nacionais de Saúde e de Educação, CONASS, CONASEMS, entre outros.

Um elemento que vale a pena destacar neste caminho de buscar explicitar como a Rede Unida ganhou destaque no processo de formulação de políticas voltadas para a formação de nível superior, conforme citado anteriormente, é a constatação de que esse processo de articulação, na maioria das vezes, era bastante complicado.

Diversas questões apontadas no Relatório Final da 2CNRHS, realizada em 1993, explicitaram a tensão existente na relação com o MEC e com as Universidades no tocante ao processo de formação de nível superior. Podemos destacar (CNS, 1994):

- ✓ Inadequada participação do MEC no processo de discussão da formação;
- ✓ Pouca aderência da Universidade à realidade de saúde da população brasileira e aos projetos da reforma sanitária e do SUS;
- ✓ Afastamento da Universidade do contexto social, apresentando-se sucateada, elitizada, desarticulada, curativista, centrada na doença, na hospitalização e na figura do médico;
- ✓ Redução, na maioria das vezes, da cooperação entre Universidades e Secretarias de saúde à assinatura formal de convênios.

A opção pelo caminho normativo por parte do Executivo Saúde para gerar proximidade nos diferentes projetos institucionais, sem mecanismos mais incisivos de indução, se mostrava pouco efetiva. E a relação que a Saúde, no escopo do SUS, a nível federal, estava propondo estabelecer com a educação se apresentava pouco atraente.

*“E acho que o Ministério da Saúde conversa muito pouco na lógica das políticas prioritárias para a educação. [...] Qual foi o*

*diálogo que o Ministério da Saúde fez com as políticas que o MEC considerava prioritárias? Zero! [...] O MEC está fazendo várias coisas e o Ministério da Saúde quer que o MEC venha nas coisas que têm a lógica que a gente cria. E não faz o discurso inverso. O MEC sempre vem a reboque. E o MEC tem uma história, por incrível que pareça, muito mais forte de... Algumas dessas corporações nacionais têm voz mais ativa no MEC do que no Ministério da Saúde.” (Feuerwerker, 2012)*

Se de algum modo essa postura surtia efeito com o MEC, em função de um compromisso com um determinado projeto de governo ou com a política de Estado, o mesmo não acontecia com as Universidades, que contavam com a prerrogativa da autonomia reafirmada pela LDB/96.

Além disso, como elemento dificultador do diálogo e do afinamento de interesses com as Universidades, é preciso considerar a expansão do setor privado – prestadores de serviços, instituições de ensino e as indústrias de medicamentos e equipamentos, entre outros – cujos interesses, conforme apontado por Baptista (2003, p.306), embora não transparecessem no processo decisório da saúde, sempre estiveram presentes no processo da reforma sanitária, inclusive apoiando o SUS.

De acordo com a autora, o setor privado não apresentava resistências quanto à universalização do sistema e a integralidade das ações, mas resistiam à sua regulamentação, nas regras da descentralização e na política de financiamento. As propostas de reforma sanitária não afetavam diretamente os interesses dos grupos do setor privado, contratado nem autônomo. Ao contrário, a defesa da universalização se tornou uma “valiosa estratégia” tendo em vista que, para o setor contratado, significou o aumento da demanda e, portanto, da produção de serviços, enquanto que para o setor privado autônomo representou a saída de muitos usuários do setor público e o aumento da demanda por serviços particulares. Ou seja, o SUS como demandante potencial de serviços, tecnologias e insumos, não apenas não colidia com os interesses privados como os fortalecia.

Diferente da expansão que houve, no escopo das reformas previdenciária (1966) e administrativa (1967), de um setor privado prestador do Estado que dialogava

e estava inserido no sistema, com o advento do SUS, fortaleceu-se um segmento privado autônomo, com outra agenda e com grande capacidade de pautar a formação para esse outro projeto. Uma formação em saúde com alto grau de tecnicismo e especialização e sem capacidade de diálogo com o projeto interdisciplinar e, quiçá, transdisciplinar da Saúde Coletiva, que buscava, e continua buscando, inserir as ciências humanas e sociais na formação dos profissionais para que eles consigam compreender a complexidade do sistema e da problemática de saúde a partir deste enfoque.

Diante dessas visões de mundo tão distintas e das resistências produzidas de ambos os lados, a tarefa de ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde caracterizou-se, praticamente, como uma missão impossível. O cenário expressado no Relatório Final da 11CNS, realizada no ano 2000, aponta o nulo ou quase nulo avanço nessa direção ao longo da década de 1990.

*“As universidades não estão cumprindo o seu papel na formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o Controle Social. A formação dos trabalhadores da saúde não se orienta pela leitura das necessidades sociais em saúde. É conduzida sem debate com os organismos de gestão e de participação social do SUS, resultando em autonomização do Ministério da Educação, das universidades e das sociedades de especialistas nas decisões relativas às quantidades e características políticas e técnicas dos profissionais de saúde a serem formados. Dessa forma, cristalizam-se barreiras para o SUS exercer o seu preceito constitucional de ordenar os recursos humanos para o Sistema e persistem as inadequações dos profissionais para sua implantação e desenvolvimento efetivos, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção, queda na qualidade dos serviços de saúde e interiorização de recursos humanos”.* (CNS, 2001, p.42-43)

Contudo, movimentos relevantes de mudança foram produzidos no campo da ‘formação’ nos anos 1990. Um bom exemplo é o processo de construção das propostas

para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos na área da Saúde, capitaneado pela Rede UNIDA, que acabou se configurando como uma rica experiência de AES.

A necessidade de construção dessas propostas surgiu a partir da noção de flexibilização curricular adotada pela LDB/96 que, de acordo com Silva e Netto (2007, p.194), caracterizou-se como *“elemento determinante”* da reforma do ensino superior proposta pelo MEC na década de 1990. Segundo os autores, *“para garantir o princípio da flexibilização como forma de romper com a rigidez dos ‘currículos mínimos’, todos os cursos deveriam ter suas diretrizes curriculares específicas reformuladas e aprovadas pelo Ministério da Educação e pelo Conselho Nacional da Educação”* (p.196).

Ao incorporar a Lei nº 9131/95, através do seu artigo 92, a LDB/96 manteve sob competência da Câmara da Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE) *“deliberar sobre as diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação e do Desporto, para os cursos de graduação”* (Brasil, 1995, Art.9, §2º). Isto posto, a CES/CNE, em 3/12/97, aprovou o Parecer 776/97, com o propósito de servir de orientação para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação e, na mesma época, a Secretaria de Educação Superior (SESu/MEC) publicou o Edital 4, de 4/12/97 (Brasil, 2003). Através deste edital, tornou público e convocou as instituições de ensino superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, que seriam elaboradas pelas Comissões de Especialistas da SESu/MEC (Brasil, 1997)

Conforme apontado por Feuerwerker et al. (2000), a convocação para apresentação de propostas para as DCNs *“ampliou a visibilidade da Rede, favorecendo seu reconhecimento como interlocutora para as questões de formação e capacitação de profissionais de saúde, trazendo legitimidade ao movimento e criando possibilidades para continuar a mobilização em favor das mudanças”* (p.15).

*“Foi uma oportunidade que vários que pensavam na importância de produzir transformações na formação, considerando o sistema de saúde que estava sendo construído, aproveitaram para criar algum... eu diria, assim, algum marco legal que legitimasse de*

*algum modo determinados movimentos. Porque até então éramos ‘aqueles caras malucos que querem mudar’. Enfim, não tínhamos nenhum respaldo em relação a isso” (Feuerwerker, 2012)*

Para elaborar, com base nas experiências dos projetos inovadores, uma proposta de Diretrizes que se constituísse numa perspectiva para os processos de mudança almejados na formação dos profissionais de saúde, a Rede iniciou um processo de mobilização de seus membros. Mobilizou também outros atores potencialmente interessados no tema, incentivando sua participação ativa no processo, de modo a se configurar uma definição democrática em torno do tema (Feuerwerker et al., 2000).

*“Tinha todo um contingente de pessoas, de maior ou menor apropriação do que significava o SUS e as várias coisas, a achar que tinha que existir essa aproximação. Era o denominador comum de quem se mobilizou. Por isso eu acho que o centro das Diretrizes era propor essa aproximação. Mas não foi assim nas outras áreas. O MEC achava muito esquisito quando a gente ia lá conversar com eles. Eles não entendiam. [...] Era muito esquisito. Então você ia falar com... Enfim, não tinha interlocutor. Eles olhavam para a sua cara assim: ‘Que é isso?’ Aí quando a gente falava: ‘Não, a saúde...’ Eles diziam: ‘Não. A gente não pode fazer pra saúde, senão todas as áreas vão querer ficar fazendo a discussão pra tudo’. [...] Enfim... Até hoje esse interesse é uma coisa meio esquisita.” (Feuerwerker, 2012)*

De acordo com Feuerwerker et al. (2000), a Rede UNIDA foi um ator ativo nesse processo, buscando a construção do consenso entre as várias entidades e movimentos. Ao considerar que o SUS não vinha cumprindo o papel de ordenar a formação, a Rede, junto com outros atores significativos, como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), pressionaram insistentemente o CNS e a Coordenação de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, dentre outros atores importantes da saúde, para que se posicionassem no debate, apresentando suas sugestões a respeito do perfil do profissional de saúde.

*“A gente numa oficina da Rede Unida viu o edital do MEC [...] ‘Quem quiser pode se mobilizar para apresentar proposta’. E a gente foi fazer isso: se organizar, criar fóruns, articular vários setores. Fizemos oficinas, consultas públicas, consultamos... A gente começou a se mexer e ir ao Conselho.” (Feuerwerker, 2012).*

A entrada do CNS no processo mostrou-se decisiva após a comissão de especialistas não ter levado em conta as contribuições dos debates coletivos na construção de suas propostas. Quando isso ocorreu, os atores já estavam mobilizados e o Conselho Nacional de Saúde convocou uma audiência conjunta com o Conselho Nacional de Educação para problematizar e trabalhar a questão. Houve recuo e mudanças na composição da comissão de especialistas, fazendo com que as propostas nas áreas de Medicina e Enfermagem, submetidas mais tarde à apreciação do Conselho Nacional de Educação, correspondessem às expectativas dos movimentos de mudança da formação profissional na área da saúde (Feuerwerker et al., 2000; 2012).

Entretanto, em relação aos resultados dessas experiências, algumas considerações de Feuerwerker et al. (2000; 2012) merecem ser destacadas:

1. Dada a variedade de *“entidades e mentes”* e a heterogeneidade nas formulações, bem como a tentativa de juntar todo mundo naqueles processos, o que acabou se fazendo *“foi um certo saco de gatos mesmo”*; uma grande mistura de um monte de coisas. Porém, *“o bacana das diretrizes foi ela explicitar: ‘Olha, a formação em saúde no Brasil tem que contar com o Sistema Único de Saúde’. Não dá para essa formação ignorar a existência do SUS.”* (2012)
2. A não utilização das diretrizes como uma referência imediata para proposição de ações. *“Num primeiro momento, era muito mais uma bandeira que a gente usava, porque o MEC demorou muito tempo para considerar que as diretrizes existiam e que precisava fazer alguma. [...] Mesmo no governo do Lula nos primeiros anos, toda a discussão do SINAES [Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior], por exemplo, passou ao largo completamente das Diretrizes Curriculares. Não usava isso como uma referência para propor avaliação dos cursos, das instituições e tal.”* (2012)



3. A ausência de tematização adequada em relação à formação dos profissionais de saúde nos espaços de discussão e de decisão das políticas de saúde e de construção do SUS, constatada ao longo do trabalho de aproximação e articulação produzido pelas DCNs.

Uma das hipóteses explicativas para tal ausência, apontada por Almeida (1999, *apud* Feuerwerker et al., 2000), que segundo ele predominava na concepção defendida por gestores do sistema de saúde e por atores das próprias instituições formadoras e de acordo com Feuerwerker ia de encontro aos preceitos da Rede, era de que as mudanças na formação profissional seriam antecedidas e determinadas pelas mudanças na organização do sistema de saúde, em função do poder de pressão e conformação do mercado advindos dessa organização.

A determinação das mudanças na formação a partir da reorganização do sistema de serviços é uma construção que estava presente no PPREPS, está relacionada com a própria perspectiva de 'preparação estratégica', que visava adequar progressivamente a formação aos requerimentos de um sistema de serviços, e estava pautando boa parte das formulações mais recentes pelos caminhos oficiais, inclusive a NOB/RH-SUS. Sendo assim, a hipótese apontada ajuda a evidenciar a coexistência, dentre os grupos formuladores das políticas voltadas para a formação de recursos humanos para a saúde, de compreensões distintas sobre o processo de produção da mudança na formação e sobre a própria noção de formação.

Embora ambos os grupos compartilhassem a mesma fonte – a integração ensino-serviço e, conseqüentemente, os Projetos IDA –, seguem caminhos diferentes. Um pregando a continuidade revisitada e o outro defendendo a construção do novo.

O grupo da continuidade vinha garantindo a permanência da questão da formação e do enfoque nas necessidades de saúde em pauta na agenda da Saúde, mesmo em momentos difíceis como foi o governo Collor, por exemplo, apresentando resistência a um movimento pesado de reforma e desmantelamento do Estado brasileiro. Pactuado com a OPAS, vinha carregando em si as institucionalidades da saúde e grande permeabilidade na administração pública, o que viabilizava a negociação com as diferentes agendas do governo federal nos mais diferentes cenários macropolíticos. Por dominar os modos de fazer política enraizados nas instituições

brasileiras desde os tempos de regime militar, permitiram a sustentação de um espaço para o campo da formação que foi ocupado, inclusive, pela produção de movimento e de reação contrária às suas ações.

Se a mobilização em rede era difícil e perigosa num cenário de ditadura, no processo de redemocratização do país ela surge como uma inovação necessária. Dentre os efeitos do que foi feito surge o novo; algo que se produz e reproduz em função da reflexão crítica sobre o que estava posto. Gera estranhamento e dinamismo para o campo, que como um sistema vivo se renova.

É com essa complexidade, tensão e ainda mais disputas que vai ser produzida a AES a partir de então, no contexto de implementação da 'Saúde da Família', assumida pelo Ministério da Saúde como estratégica para a edificação de um novo modelo assistencial e de cuidado à saúde no âmbito do SUS; e que trouxe a problemática da formação de volta a agenda decisória do governo federal.

Apesar deste retorno à agenda ter ocorrido ainda nos anos 1990, vamos aprofundar essa questão no próximo capítulo, tendo em vista que os novos movimentos gerados com a Saúde da Família ajudaram a promover uma reviravolta no campo. Na nova década que começava, os anos 2000, a 'formação de recursos humanos para a saúde' ganhou novo nome, que carrega em si a articulação que estamos trabalhando, 'Gestão da Educação na Saúde', e um importante espaço institucional. Passou, ao lado da 'Gestão do Trabalho' a fazer parte de uma Secretaria, no alto escalão do Ministério da Saúde.

#### Capítulo 4: O retorno da ‘formação’ para a agenda decisória do governo federal

O retorno da formação dos profissionais de saúde à agenda decisória do governo federal no Brasil está vinculado à institucionalização do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para reverter a forma hegemônica de prestação da assistência à saúde, na edificação de um novo modelo de atenção. O PSF surgiu no Brasil em 1994, a partir da experiência do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), implantado em 1991, e como parte de uma trajetória histórica internacional e nacional de APS.

Internacionalmente, a concepção de cuidados primários em saúde, juntamente com o fundamento para a regionalização e hierarquização dos serviços e dos sistemas de serviços de saúde organizados em bases populacionais, apareceram no *“Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines”*, submetidos ao Ministério da Saúde da Grã-Bretanha, em 1920, pelo Conselho Consultivo Serviços Médicos e Afins<sup>42</sup>. Depois disso, muitas discussões e experimentações ocorreram até que a determinação e abrangência da atenção primária à saúde fossem adotadas como doutrina universal, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata/Cazaquistão/URSS, a partir da qual foram acordadas metas e traçadas estratégias para operacionalizá-las.

Dentre os itens contidos na ‘Declaração de Alma-Ata’<sup>43</sup>, estava a responsabilização dos governos pela saúde de seu povo, que só poderia ser cumprida pela provisão adequada de medidas sociais e de saúde. Segundo tal documento, a principal meta social dos governos, organizações internacionais e toda a comunidade mundial nas décadas seguintes, até o ano 2000, deveria ser a consecução, para todos os povos do mundo, de um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Tendo sido os cuidados primários de saúde, *“como parte do desenvolvimento e no espírito de justiça social”*, apontados como elemento-chave

---

<sup>42</sup> INFORME DAWSON sobre EL FUTURO DE LOS SERVICIOS MEDICOS Y AFINES. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organizacion Mundial de la Salud. Washington, D. C. Traducción al castellano por la Oficina Sanitaria Panamericana. Publicado con el permiso de H.M. Stationery Office, Londres. Publicación Científica No. 93. Febrero de 1964

<sup>43</sup> Documento produzido na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, que visava expressar a necessidade urgente de ação de toda a comunidade mundial, em específico os governos e os trabalhadores da saúde e em prol do desenvolvimento, para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo.

para a consecução de tal meta (OMS, 1978), estabeleceu-se um cenário de pressão internacional nesta direção, fazendo com que os diversos países começassem a produzir ou expandissem suas experiências de APS.

No estímulo à produção destas experiências, havia uma disputa de interpretações possíveis para o conceito de APS que, grosso modo, podemos dividir em dois grupos:

1) APS seletiva. Caracteriza-se como um programa focalizado para populações empobrecidas, com baixa incorporação tecnológica, utilização de força de trabalho pouco qualificada e pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde das populações. Pressupõe uma atenção de baixo custo, descontinuada e sem articulação com os outros níveis do sistema de saúde.

2) APS integral. Funciona como um modelo de organização dos sistemas de saúde. Implica a sua articulação com os outros níveis do sistema, concebido como uma rede integrada de serviços de atenção à saúde que funcionam de forma articulada na promoção de uma atenção continuada.

Embora na Declaração de Alma-Ata os cuidados primários de saúde tenham sido considerados como parte de um sistema de saúde nacional abrangente, que se pretendia mais eqüitativo, apropriado e efetivo para responder às necessidades de saúde apresentadas pela população e coordenado com outros setores, a partir de 1979, quando foi realizada a Conferência de Bellagio/Itália<sup>44</sup>, a atenção primária seletiva foi apresentada como ‘uma nova perspectiva’, que significava um pacote de intervenções técnicas de baixo custo para enfrentar os principais problemas de doenças dos países pobres (Cueto, 2004). Assim, uma concepção de APS baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza ganhava força em função *“da crítica feita à concepção de APS presente na Declaração de Alma-Ata, interpretada como uma concepção idealizada, muito ampla e com poucas chances de aplicabilidade”* (Baptista e col., p.1011).

---

<sup>44</sup> Conferência de pequeno porte realizada no Centro de Conferência de Bellagio/Itália, patrocinada pela Fundação Rockefeller e intitulada ‘Health and Population in Development’ (Cueto, 2004).

A crise econômica dos anos 1980 e a emergência dos governos neoliberais nos países desenvolvidos, que apoiavam projetos de ajuda ao desenvolvimento de países pobres, foram fatores que colaboraram para a disseminação de programas seletivos de APS, amplamente apoiados por agências internacionais, que propunham o uso de recursos de baixa densidade tecnológica, sem interface direta com os demais recursos em saúde. As políticas de ajuste estrutural e as idéias sobre reforma do Estado que tinham como alvo a redução de gastos públicos influenciaram na escolha de projetos de mais baixo custo e de curto prazo a serem financiados. O objetivo era a extensão de cobertura com base na oferta de ações de saúde simples, principalmente em áreas rurais onde a população não tinha acesso ao sistema de saúde existente. (Fausto e Matta, 2007)

No Brasil, foram desenvolvidas diversas experiências relacionadas aos cuidados primários de saúde e aos programas de extensão de cobertura, até que se chegasse ao PACS e PSF, coexistindo com eles, inclusive, em vários lugares. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), na segunda metade dos anos 1970, e as Ações Integradas de Saúde (AIS), implantadas a partir de 1983, caracterizam-se como bons exemplos disso.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) surgiu como programa de investimentos para a expansão da Rede de Atenção Primária de Saúde em municípios do interior dos estados da Região Nordeste do país. Caracterizava-se como uma política focalizada e tinha o objetivo de fazer chegar à população historicamente excluída de qualquer acesso à saúde um conjunto de ações médicas simplificadas (Matta e Morosini, 2009).

As AIS, realizadas no escopo do Plano CONASP, foram tomadas como estratégia no primeiro governo da Nova República e buscavam definir uma ação no nível local que integrasse o sistema de saúde pública e de assistência previdenciária e envolvesse as três esferas de governo. Visava a organização de um primeiro nível de atenção, no qual as unidades básicas de saúde eram responsáveis por ações de caráter preventivo e assistência médica, de forma a prestar atenção integral a toda a população, independente de contribuição financeira à previdência social (Giovanela e Mendonça, 2008).

Em relação ao PSF, se por um lado a existência desta disputa conceitual e discursiva entre atenção seletiva e atenção integral à saúde dificultou sua aceitação e gerou críticas e restrições tanto de alguns grupos do movimento sanitário quanto do movimento internacional de APS<sup>45</sup>, por outro, garantiu certa flexibilidade ideológica e estrutural ao Programa, viabilizando sua adoção nos 16 anos seguintes. Tanto como projeto prioritário do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), de 1995 a 2002, que trabalhava a Reforma do Estado na perspectiva do Estado mínimo, quanto como ‘Estratégia Saúde da Família’ (ESF), elemento central da Política Nacional de Atenção Básica, com lugar de destaque na agenda do Ministério da Saúde durante o governo Luiz Inácio Lula da Silva (Lula), de 2003 a 2010.

Ao longo de toda essa trajetória, os pontos apontados como base para alcançar o objetivo geral do Programa no documento do Ministério da Saúde de 1994, que estabeleceu oficialmente o PSF, puderam ser bastante trabalhados. Eram eles (Souza e Sampaio, 2002, p.10): (1) modelo voltado para a proteção e promoção da saúde; (2) área de abrangência com adscrição de clientela; (3) composição mínima da equipe de profissionais; (4) residência da equipe na comunidade de atuação; (5) participação comunitária através de ações de educação e promoção da saúde; (6) atenção integral e contínua; (7) integração ao sistema local de saúde; (8) impacto sobre a formação de recursos humanos; (9) remuneração diferenciada; e (10) controle social.

Em torno de todos esses pontos, muitas questões surgiram e muitas coisas foram feitas seguindo diferentes caminhos durante os governos FHC e Lula. Nosso foco manteve-se sobre o debate produzido e as ações realizadas no que se refere ao ‘impacto sobre a formação de recursos humanos’. Para o desenvolvimento deste capítulo, fomos guiados pelo seguinte questionamento: porque o PSF trouxe a formação para a agenda do governo federal; quais as principais diretrizes referentes a essa pauta nos governos FHC e Lula; que estratégias de AES foram realizadas por estes governos; e qual a relação dessas estratégias com a formulação da PNEPS.

---

<sup>45</sup> Souza e Sampaio (2002, p.11) destacam que as críticas ao PSF na época de sua adoção como programa prioritário para a APS no Brasil “*eram reforçadas pelo contexto internacional, no momento em que era feita a publicação, pelo Banco Mundial, do documento ‘World Development Report: Investing in Health’ (World Bank, 1993).*” Segundo os autores, tanto internamente quanto para fora do país, pairava a dúvida se o Brasil estava adotando um Programa vertical e focalizado.

#### 4.1. Os desafios do PSF e a AES no Governo FHC

Para avançar na consolidação do PSF mostrava-se fundamental produzir mudanças nos processos de trabalho, cuja complexidade concentrava-se na forma como se estabeleciam as relações entre profissionais e usuários em situações de busca ativa, de acolhimento (atrair e receber o usuário na unidade para tornar-se a porta de entrada) e humanização do cuidado, entre outros. O bom funcionamento do Programa dependia: de equipe multiprofissional com atuação em tempo integral, buscando estabelecer vínculo com os indivíduos, famílias e comunidades de um território claramente delimitado e incorporando sua participação nos processos de planejamento; de um olhar integral do profissional para os problemas de saúde, considerando outros saberes em saúde, para além dos biomédicos; e um perfil generalista com conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes com a proposta.

Produzir tais mudanças implicava desfazer a “distorção na formação universitária”, afirmada na 1CNRHS e causada pelas exigências do mercado profissional liberal, que provocava a falta de capacidade de resposta dos egressos às demandas do setor público e da ação coletiva.

Além disso, por ter o propósito explícito de expansão da cobertura por todo o país, o PSF aumentava o desafio da disponibilidade de profissionais. Com a Norma Operacional Básica para a Saúde de 1996 (NOB/96) e as Portarias Ministeriais responsáveis pela sua operacionalização, foram estabelecidas novas formas de financiamento da Atenção Básica<sup>46 47</sup>, incentivando a adesão dos municípios e a ampliação do número de equipes e, conseqüentemente, o crescimento do mercado de trabalho. Não apenas eram necessários profissionais com um novo perfil, mas em

---

<sup>46</sup> Atenção Básica é a forma como a APS foi incorporada e integrada ao SUS.

<sup>47</sup> A NOB/96, aprovada e publicada através da Portaria GM 2203, de novembro de 1996, após ter sido desenhada pelo MS, CONASS e CONASEMS, passar pelo crivo do CNS e ser debatida na 10CNS, foi o documento que propôs a indução na reorientação do modelo assistencial do SUS, priorizando a atenção Básica e dando incentivos à implantação do PACS/PSF através da definição de condições de gestão do sistema por parte dos municípios e de mecanismos específicos de transferências regulares e automáticas de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para as SES e SMS. Contudo, conforme explicita Baptista (2003), resistências de outros órgãos do governo, como por exemplo o Ministério de Reforma do Estado (MARE), acabaram impedindo sua implementação no ano seguinte à sua aprovação e produziram uma regulamentação, a partir de 1997, através de Portarias, com teor diferenciado da proposta original em diversos aspectos importantes, tornando necessário fazer essa ressalva ao atribuir as mudanças à NOB/96.

quantidade elevada, capaz de acompanhar a elevação rápida do número de equipes e de municípios adotando a estratégia.

Outra necessidade era estimular a interiorização dos profissionais, considerando-se a histórica concentração das boas oportunidades do mercado de trabalho e das faculdades/universidades nos grandes centros urbanos das regiões sul e sudeste do país, atuando na lógica da assistência curativa e hospitalar, individualizada e especialista.

O enfrentamento destes desafios, no âmbito das políticas nacionais voltadas para a formação dos profissionais de nível superior, exigia que se encaminhasse a reestruturação, não apenas dos conteúdos e processos de ensino aprendizagem da graduação, mas também da própria organização do sistema formador, com uma revisão dos cursos disponíveis, sua distribuição e número de vagas em todo o território nacional.

Durante o governo FHC, as principais diretrizes para a formação dos profissionais de saúde foram apontadas na Portaria Nº 1.886, de dezembro de 1997, que aprovou as Normas e Diretrizes do Programa de Saúde da Família com vistas a regulamentar sua implantação e operacionalização. De acordo com tal documento, cabia ao Ministério da Saúde:

- Promover a articulação entre as instituições de ensino superior e as instituições de serviço para capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários ao modelo de saúde da família.
- Assessorar os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para as equipes de saúde da família no que se refere a elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações.
- Articular com as instituições de ensino superior para a iniciativa de introduzir inovações curriculares nos cursos de graduação e ou implantação de cursos de especialização ou outras formas de cursos de pós-graduação “*sensu latu*”.

A reinstalação da CIRH/CNS (1997) e o processo capitaneado pela Rede UNIDA de construção das propostas para as DCNs, a partir da aprovação da LDB/96 e do Edital SESu/MEC (1997), mencionados no capítulo anterior, inauguraram importantes espaços de articulação entre as instituições de ensino superior, corporativas e de



serviços para promover a discussão da formação dos recursos humanos e encaminhar a introdução de inovações curriculares nos cursos de graduação. Esse processo sobressaiu-se de tal forma que contribuiu para que fosse lançado o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), como pode ser verificado na fala de Paulo Henrique D'Ângelo Seixas, Diretor Técnico da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos da Secretaria de Política de Saúde do Ministério da Saúde (CGPRH/SPS/MS), nos anos de 2001 a 2002:

*“Esse processo de construção das diretrizes curriculares e, depois, pela primeira vez o Ministério passar a ser um agente financiador de inovação curricular, foi um avanço tremendo. Tremendo! Histórico! Não teve tanto impacto assim em termos de volume, mas foi a primeira vez que você articulou uma proposta de diretrizes curriculares que foi feita essencialmente pelos caras que trabalhavam isso dentro da Saúde. Isso foi aceito pelo MEC. E depois você tem uma proposta de formação que foi feita pela Saúde; de inovação na formação feita pela saúde. O projeto era da Saúde. O MEC andava junto. Não me lembro bem como que era a formalidade desse processo. Quer dizer, era copartícipe desse processo.” (Seixas, 2012)*

Instituído pela Portaria Interministerial n.º 610, de março de 2002, o PROMED tinha o propósito de *“incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, baseadas nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina, aprovadas pelo Ministério da Educação”*. O acompanhamento e avaliação da sua execução ficava a cargo de uma Comissão constituída por representantes do Ministério da Saúde (Secretaria de Políticas de Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde), do MEC (SESu e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais), ABEM, União Nacional dos Estudantes (UNE), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

(CONASEMS), Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e OPAS, cabendo ao MS a coordenação da Secretaria Executiva (Brasil, 2002).

Para Seixas (2012), as DCNs e o PROMED foram os projetos que conseguiram estruturar e expandir a relação entre o MEC e o Ministério da Saúde, estabelecendo “um longo tempo de um relacionamento bastante próximo”.

*“E tinha uma questão importante da articulação com o MEC. O MEC fazia a costura. E aí, enfim, era como conseguia fazer as costuras para poder viabilizar essa relação com o MEC, que não era fácil! [...] Mas tinha outra costura, quer dizer, que era com o pessoal da Rede Unida, que vinha costurando muito a história das diretrizes curriculares, vinha elaborando, essas coisas. E tinha uma pessoa que também foi quem acabou coordenando o Programa de Interiorização [PITS], que era a professora Stella [Regina Celes da Rosa Stella]. Ela era uma historiadora importante do Ministério. Estava no Ministério da Saúde e tinha toda uma vinculação com o Ministério da Educação. Naquela época ajudou muito a fazer a ponte MEC - Ministério da Saúde, certo? [...] Ajudava a fazer a ligação e a articulação. Enfim, fez isso com muita habilidade na verdade. Era o jeito da gente conseguir fazer aprovar as diretrizes curriculares. Então aí tinham dois movimentos. [...] Bom, um era aprovar as diretrizes e aí o PROMED, que era o Programa de Incentivo às Mudanças que casava com a proposta de... Enfim, face às diretrizes curriculares da área da saúde, você tem um projeto de intervenção na formação, que conseguisse induzir essa transformação.” (Seixas, 2012)*

Apesar do foco da agenda do governo ser nas demandas do PSF, coadunando com as questões da Saúde Coletiva, que ampliava a pauta da formação e trazia para dentro dela a problemática das diversas profissões de saúde, questionando, inclusive, a centralidade do médico nas equipes de saúde da família, a mudança na formação médica voltou a ganhar papel de destaque nas ações do governo com o PROMED. Tal destaque, apesar das inúmeras críticas rendidas, favorecia essa nova aproximação

entre educação e saúde, tendo em vista o peso histórico dessa discussão dentro do MEC.

De acordo com Seixas (2012), a exclusividade da ação para a formação médica foi uma das brigas no processo de implementação do Programa. Havia um forte questionamento em relação a não realização de iniciativas semelhantes para outras profissões, principalmente a enfermagem<sup>48</sup>. Porém, o argumento utilizado era a necessidade de experimentar o processo em uma escala reduzida num primeiro momento.

*“Então eu ia dizendo que nós temos que aprender a fazer. Nós vamos começar com 25 [projetos de escolas médicas], que é o que eu acho que a gente consegue acompanhar. Está certo? Aí se aprende a fazer e depois vai conseguir disseminar mais.” (Seixas, 2012)*

Outro elemento, na linha da educação médica, que também favoreceu a reaproximação entre educação e saúde foi a sintonia com o movimento que vinha sendo realizado desde 1991 pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), cujos objetivos eram (Radis, 2002; ABEM, 2013):

- (1) Obter informações sobre a estrutura política e econômico-administrativa das instituições, infra-estrutura, recursos humanos, modelo pedagógico, atividades de extensão e pesquisa e sobre os graduandos (primeira fase);
- (2) Discutir, a partir dos resultados obtidos na primeira fase, a possibilidade de construção coletiva de novos métodos, técnicas e instrumentos para a avaliação da educação médica (segunda fase); e
- (3) Construir as transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico, a partir das propostas de mudança apresentadas pelas escolas (terceira fase).

Tal Comissão era composta por diversas entidades representativas ligadas à comunidade acadêmica, universitária e da classe médica, que “*chamavam atenção*

---

<sup>48</sup> Gil e Col. (2002, p. 121) citam a proposta semelhante para os cursos de enfermagem (Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares nas Escolas de Enfermagem – PROENF) que estava sendo estruturada. Porém, é um projeto que parece não ter avançado, considerando que não é mencionado em nenhum documento oficial e que em 2003 houve mudança no governo federal.

*para a relação entre o contexto social, o contexto sanitário e a crise no ensino médico, se propondo a avaliar os componentes que pudessem melhorar a qualidade e transformar a realidade do ensino médico no Brasil” (Radis, 2002, p.15). De acordo com Laura Feuerwerker (2012), a Rede UNIDA participou diretamente da CINAEM.*

*“Na segunda fase da CINAEM, todas as oficinas da CINAEM foram feitas nas cidades onde tinha projetos, e os projetos financiaram as oficinas. Então a gente coordenava, participava dessas coisas, não era fácil. Enfim, a gente participava de todas as modificações, a gente ia produzindo... Tinha briga, tinha problemas, claro! Não era tudo liso, mas ia produzindo aproximações.”*

Vale destacar que na agenda do MEC, cumprindo determinação da LDB/96<sup>49</sup>, constava a proposição de um conjunto de mecanismos de avaliação, visando produzir dados que permitissem pressionar as IES a realizarem melhorias na qualidade de ensino. Dentre eles, estava o Exame Nacional de Cursos de Graduação (Provão), instituído em 1996, com o objetivo de alimentar os processos de decisão e de formulação de ações voltadas para essas melhorias e que funcionava apenas como um dos indicadores que constituíam o Sistema de Avaliação da Educação Superior. Os outros eram o Censo da Educação Superior, a Avaliação das Condições de Ensino e a Avaliação Institucional, que envolviam a qualificação do corpo docente, a organização didático-pedagógica e as instalações físicas.

O foco do “Provão” era o desempenho do aluno. Os objetivos, o perfil desejado para o formando, as habilidades e conteúdos programáticos que o estudante precisava dominar ao fim da graduação eram definidos pelas comissões que elaboravam os exames para cada curso. Na área da saúde, os alunos de Odontologia foram os primeiros a serem avaliados, ainda em 1997. Para a Medicina, o exame foi realizado pela primeira vez em 1999 e para a Enfermagem em 2002. O conteúdo do Exame para cada curso foi definido por comissões específicas, compostas por especialistas atuantes na área e constituídas após consulta às Comissões de Especialistas de Ensino

---

<sup>49</sup> TÍTULO IV. Da Organização da Educação Nacional. Art. 9º, Inciso VI: A União incumbir-se-á de assegurar processo nacional de avaliação do rendimento escolar no ensino fundamental, médio e superior, em colaboração com os sistemas de ensino, objetivando a definição de prioridades e a melhoria da qualidade do ensino (Brasil, 1996).

da SESu, ao Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (Crub) e aos conselhos federais e associações nacionais de ensino de profissões regulamentadas (Radis, 2002).

O Provão e a Avaliação das condições de Ensino, que podem ser considerados precursores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), criado em 2004, segundo Feuerwerker (*apud* Radis, 2002, p.16), “*converteram-se em combustível para acelerar e alimentar os movimentos de mudanças na graduação*”.

Contudo, se por um lado a LDB/96 provocou uma espécie de “Reforma Universitária<sup>50</sup>” no país, ao criar a obrigatoriedade de um sistema de avaliação e possibilitar as DCNs, entre outras coisas, fortalecendo com isso o movimento de mudança nas graduações e, principalmente, da formação médica, que serviu de estímulo para a reaproximação entre educação e saúde, por outro, conforme apontado por Amâncio Filho e Vieira (2006) e já mencionado no capítulo anterior, favoreceu a expansão das faculdades e universidades privadas com grande concentração geográfica da oferta ampliando a iniquidade na distribuição das graduações pelas regiões do país.

Junto à ausência de um atrativo mercado de trabalho no interior do país e nos municípios de pequeno porte, isso apenas agravava um cenário de carência de profissionais de saúde nessas áreas, o que levou o Ministério da Saúde a instituir o Programa de Interiorização do Trabalhador de Saúde (PITS), por intermédio do Decreto 3745, de fevereiro de 2001, buscando intervir na regulação da oferta de profissionais.

O PITS buscava atender, por meio da interiorização de equipes do PSF, municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e do norte de Minas Gerais, que apresentassem comprovada carência sanitária e médica, com prioridade para aqueles de até 50 mil habitantes, com alto índice de mortalidade infantil, tuberculose, hanseníase, malária e outros indicadores de situação de saúde. Os profissionais recebiam treinamento prévio em Atenção Básica, que se complementava com um curso de especialização em Saúde da Família, oferecido por alguma Instituição de Ensino Superior conveniada com o Ministério da Saúde (Radis, 2002).

---

<sup>50</sup> Esse termo é utilizado por diferentes autores para caracterizar a fase de importantes mudanças pelas quais passavam as Universidades com a nova legislação vigente. Por exemplo, <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N20/especial.htm> e Silva e Netto (2007)

De acordo com Gil et al.. (2002), esses cursos eram ofertados pelas instituições de ensino que estavam participando dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família' (Pólos de Saúde da Família), com acompanhamento e avaliação por equipes coordenadoras do Programa no Ministério da saúde. Disso podemos concluir que, embora o PITS não fosse uma ação dirigida diretamente para a graduação, ele contribuía para o envolvimento e comprometimento das IES na problemática do SUS, que passava a ampliar consideravelmente a oferta de trabalho.

Apenas recordando, assessorar os Pólos de Saúde da Família no que se refere à elaboração, acompanhamento e avaliação de seus objetivos e ações tinha sido função atribuída ao MS na Portaria Nº 1.886, de 1997 e foi reafirmado na Agenda Nacional de Saúde de 2001, aprovada pela Portaria Nº 393, em março daquele mesmo ano.

Financiados com recursos do Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (Reforsus), a implantação dos Pólos começou em novembro de 1997, com um primeiro processo seletivo no qual foram acreditados dez Pólos: seis projetos de capacitação e quatro projetos de cursos (Radis, 2002). Em junho de 2001, já haviam 30 Pólos em todo o país, congregando cerca de 104 instituições de ensino superior (Brasil, 2001).

Concebidos como espaços de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior que se consorciavam ou celebravam convênios com SES e/ou SMS, os Pólos tinham objetivos a curto, médio e longo prazo. Os objetivos a curto prazo eram: (1) ofertar treinamento introdutório para equipes de Saúde da Família e cursos de atualização destinados às abordagens coletivas e clínica individual, visando a permanente melhoria da resolutividade das equipes; (2) apoiar o processo de acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes. A médio e longo prazos: (1) implantar programas de educação permanente destinados aos profissionais das equipes, utilizando cursos curtos presenciais, educação a distância ou modalidades associadas; (2) implantar cursos de especialização em Saúde da Família e outras formas de pós-graduação para os profissionais; (3) introduzir conteúdos referentes à Saúde da Família e desenvolver

iniciativas destinadas a promover inovações curriculares nos cursos de graduação da área de saúde (Brasil, 2001).

De acordo com Faria e Viana (2002), as diretrizes divulgadas pelo Ministério da Saúde no Edital para seleção dos primeiros projetos, lançado em 1996, revelaram o conhecimento dos problemas usualmente enfrentados “no circuito oficial de ensino” para capacitar pessoal para a Saúde da Família. Com o objetivo de solucioná-los, os projetos apresentados deveriam preencher o seguinte conjunto de requisitos (p.131):

- ***“Integração entre ensino, serviço e instâncias de representação – o conjunto articulado de instituições proponentes deveria incluir instituições de ensino coordenadas com secretarias estaduais e municipais de saúde, devendo o projeto ser aprovado na Câmara Intergestores Bipartite;***
- ***Perfil educacional – o conjunto de instituições deveria comprovar experiência em educação permanente, detalhando o perfil do egresso, as metas de impacto em cursos de graduação e a integração com programas de residência, internato e estágios curriculares;***
- ***Integração entre ensino e pesquisa – os projetos deveriam apresentar abordagem metodológica indutora de integração entre docência e investigação, contemplando treinamento em serviço;***
- ***Inovações gerenciais – integração, articulação e estabelecimento de parceria com instituições afins e com a administração municipal, sendo controle social e avaliação alguns dos procedimentos gerenciais inovadores;***
- ***Aumento da capacidade resolutiva – o projeto pedagógico deveria considerar níveis de aplicação em serviço capazes de reduzir os exames complementares desnecessários, a referência desnecessária a especialistas e a quantidade de internações.”***

Contudo, apesar do reconhecimento da importância da linha de ação dos Pólos, o impacto que eles estavam exercendo sobre a formação de graduação vinha sendo

considerado “*muito baixo*” (Radis, 2002). Em reportagem especial intitulada “*Formação profissional em saúde. Mudanças na graduação dependem de políticas de educação e saúde*”, publicada na Radis 5, em dezembro de 2002, alguns dos fatores citados como responsáveis por isso eram:

- A inércia das universidades;
- A concentração na área de Saúde Coletiva da participação nos Pólos de Saúde da Família, tradicionalmente pouco influente em relação aos outros segmentos das faculdades de saúde;
- Pouco conhecimento sobre o SUS dentro das escolas, gerando resistência e desconfiança sobre o Sistema e sobre a seriedade e a possibilidade de continuidade política da própria estratégia de Saúde da Família; e
- A centralidade do trabalho dos Pólos nos cursos introdutórios<sup>51</sup> para responder às demandas reprimidas do Sistema.

De acordo com Naomar de Almeida, então reitor da Universidade Federal da Bahia (UFBA), na mesma reportagem, era preciso considerar que a permanência e credibilidade da Universidade, considerada uma instituição tradicional e autônoma devia-se a essa “inércia” e que o tempo de adaptação da Universidade acabava parecendo maior diante da ‘*velocidade espantosa*’ com que as mudanças ocorriam na atualidade, tornando as demandas sempre urgentes. Para ele, se a Universidade era inerte em seu substrato, ela não era monolítica e nem retrógrada. E, paradoxalmente, ao mesmo tempo em que “resistia” a mudanças, acabava abrigando os movimentos de vanguarda.

Para José Paranaguá de Santana, em entrevista realizada por Viana e Silva (2002), a demanda por um novo tipo de profissional criada pelo PSF precisava tornar-se “*suficientemente importante para reordenar o sistema educacional, que inclui, além das próprias escolas, os estudantes e suas famílias*”. Segundo o entrevistado, enquanto pairasse dúvida a respeito da perenidade da política, o sistema educacional não se

---

<sup>51</sup> Os cursos introdutórios tinham a função de capacitar os profissionais para lidar com os principais procedimentos e requisitos do PSF. Dentre eles: trabalhar em equipe; realizar atendimento mais humanizado; identificar comunidades que necessitem de atenção especial, definindo áreas prioritárias; oferecer atendimento integral e contínuo; identificar as ações necessárias para a análise da situação do município; determinar as ações essenciais de uma equipe de Saúde da Família (Radis, 2002)



reorientaria. Além disso, era *“necessário associar atrativos de ordem material ou interesse corporativo ao novo perfil profissional, além daqueles relacionados aos valores éticos e políticos de resgate do direito à saúde”* (p.407).

Dizer que o PSF precisava tornar-se suficientemente importante para produzir a reordenação, nos lembra a afirmativa de Donnagelo (1983) apresentada no terceiro capítulo dessa pesquisa, que fala do quanto a medicina assistencialista individual pautada pela biomedicina estava consolidada no interior das escolas médicas em função de articulações econômicas e políticas suficientemente demonstradas e presentes no quadro da sociedade brasileira, de tal modo que o campo de saber e prática da Saúde Coletiva não conseguia afetá-la.

Isso remete a outra questão, apontada por Marcio Almeida, então coordenador da secretaria executiva da Rede UNIDA, na reportagem da Radis citada acima, que era *“o ‘divórcio’ entre os segmentos da clínica médica e os da saúde coletiva”* (p.13). Esses dois segmentos não conseguiram estabelecer uma relação dialógica.

Desde que a Saúde Coletiva se estabeleceu como especialidade, o fez a partir do enfrentamento do modelo médico assistencial e estabeleceu um padrão de provocação e convite que funcionou e continua funcionando apenas com um pequeno grupo de estudantes e profissionais, mas que se mostrou insuficiente para mudar a forma de promover e cuidar da saúde no Brasil. Um padrão que não atraiu os clínicos para participarem de suas propostas; que produzia o distanciamento dos núcleos de poder das escolas; que não seduziu grande parte dos professores e, principalmente, por incrível que pareça, por sua dimensão ética e social, que não encantava a maioria dos alunos e de suas famílias.

Sem dúvida, o padrão de provocação e convite da Saúde Coletiva é apenas mais um elemento num conjunto de complicadores da relação entre o processo de formação dos profissionais e as demandas do SUS. Mas eles ajudam a ilustrar a complexidade de lidar com os desafios da ordenação da formação de recursos humanos, determinada na CF88.

Cláudio Duarte Fonseca e Paulo Henrique D`Angelo Seixas, respectivamente Secretário de Política de Saúde e Diretor Técnico da CGPRH/SPS/MS, no ano de 2002, expressaram um outro aspecto dessa complexidade ao tecerem considerações sobre o

desenvolvimento da capacidade institucional para o planejamento e a regulação na Política de Recursos Humanos em Saúde.

*“Em que pese o mandato constitucional previsto pelo Art.200, é necessário considerar que este mandato não se institui automaticamente. A dificuldade de intervenção efetiva nesse campo não se dá por uma insistente omissão do setor saúde, mas fundamentalmente pelo conjunto de externalidades relacionadas que atuam sobre o campo de recursos humanos em saúde. Assim, no campo da preparação, o mandato de regulamentar boa parte do processo de formação e capacitação de pessoal é por excelência do Ministério da Educação. É nesse Ministério que são definidas as diretrizes e normas dos processos formadores, bem como os critérios para autorização de funcionamento das instituições formadoras. No campo da utilização, ainda que seja intrínseca ao setor a definição sobre a organização e o ordenamento do trabalho, todo o processo de regulamentação das relações de trabalho e de como conduzir as negociações entre prestadores e financiadores é definido e acompanhado externamente, pelas leis trabalhistas, pelo Ministério do trabalho e pelo Ministério Público do trabalho. Finalmente, o campo de regulação profissional tem toda a sua regulamentação estabelecida inicialmente por leis que instituem e definem os campos autorizados de exercício profissional, e seu acompanhamento e fiscalização são realizados pelos Conselhos Profissionais, os quais passam a disputar entre si os campos específicos de prática. [...] Assim, a capacidade de ser efetivo na regulação dos recursos humanos depende, por um lado, da capacidade de adaptar essas externalidades às necessidades do sistema, mas também de ampliar as articulações para fora do setor, no sentido de influir sobre estes condicionantes. Entretanto, para que esta capacidade de interlocução externa seja mais efetiva, é necessário reduzir a fragmentação interna, no sentido não de promover uma unificação de iniciativas*

*dirigidas por um único órgão, o que seria muito difícil técnica e operacionalmente, mas de propiciar a ação de uma instância articuladora para contribuir na consistência, coerência e potencialização das ações realizadas”. (Fonseca e Seixas, 2002, p.294/5)*

Começava a ficar clara a necessidade de agrupar as questões relacionadas à Política de Recursos Humanos que vinha se estabelecendo no escopo da NOB/RH-SUS num espaço institucional dentro do Ministério como estratégia, inclusive, para ampliar a capacidade de decisão e ação, considerando a especificidade da ação nesta área.

A fragmentação era importante e parecia comprometer a efetividade da intervenção, tendo em vista o grau de imbricamento dos Programas desenvolvidos. A formação de nível técnico, que envolvia o Programa “Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem” (PROFAE), um dos projetos prioritários do governo, estava sob responsabilidade do ‘Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem’, na Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Os Pólos de Saúde da Família estavam junto com a gestão do próprio Programa Saúde da Família no Departamento de Atenção Básica (DAB), dentro da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e a Coordenadoria Geral de Políticas de Recursos Humanos/SPS, segundo Seixas (2012) atuava em quatro frentes: as reformas curriculares, a formação para a gestão, o PITS e a constituição da Rede de Observatório de Recursos Humanos<sup>52</sup>.

O rearranjo institucional ocorreu no Governo Lula, que trouxe a política de recursos humanos para o alto escalão do governo federal, garantindo um espaço permanente na agenda do governo para as questões envolvidas nessa política. O campo da ‘formação’ passava a ter, a partir de então, um lócus institucional dentro do aparato estatal, que favorecia o processo de formulação de políticas e ampliava as possibilidades de AES. Contudo, como veremos a seguir, quanto maior o poder associado, maiores e mais aguerridas as disputas.

---

<sup>52</sup> Pensada em função da necessidade de desenvolvimento e disseminação de conhecimento e informação, através do estímulo à constituição de grupos de investigação que trabalhem em rede, potencializando esse processo, permitindo a ampliação e incorporação de agentes descentralizados na discussão e na construção da agenda de RH para o país (Fonseca e Seixas, 2002)

## 4.2. A 'formação' e as estratégias de AES no Governo Lula

O campo da 'formação', no Governo Lula, foi marcado por alguns acontecimentos importantes, que precisam ser destacados para o desenvolvimento deste estudo.

Em primeiro lugar, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), logo no início da primeira gestão, a partir da reorganização do organograma do Ministério da Saúde, que produziu uma importante reestruturação das áreas técnicas e políticas, inaugurando um espaço institucional de destaque para o campo da 'formação' dentro do aparato estatal.

Em segundo, a divisão da direção da Secretaria no que podemos chamar de dois momentos políticos bastante diferenciados entre si. O primeiro momento se estendeu da sua criação, em 2003, até junho de 2005 e corresponde à gestão Humberto Costa, do Partido dos Trabalhadores (PT), no Ministério da Saúde. O segundo momento, que começou em seguida e foi até o final do Governo Lula, em 2010, iniciou-se com a passagem do Ministério para o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), por intermédio, inicialmente, do ministro Saraiva Filipe<sup>53</sup>, que modificou a composição dos cargos da SGTES, alterando consequentemente os encaminhamentos técnicos e políticos das ações.

Interessante perceber que essa divisão na direção política da Secretaria é, na prática, a mesma que se apresentou na década de 1990, quando ficou evidenciada a coexistência de dois grupos, vinculados ao movimento da reforma sanitária, que atuavam no campo da 'formação'. Embora ambos buscassem mudanças para a formação de recursos humanos no intuito de aproximá-la das necessidades de saúde da população, possuíam concepções de mudanças e propunham caminhos bastante distintos. Pela forma como se auto-apresentaram nas entrevistas realizadas para essa pesquisa, podemos classificá-los, na relação com o movimento de mudança na formação que vinha sendo produzido desde a década de 1960, como aqueles que buscavam a construção do diferente, do novo no que se referia à própria ideia de

---

<sup>53</sup> O Ministério da Saúde ficou sob a gestão do Ministro Saraiva Filipe de julho de 2005 a março de 2006. Passou, então, para Agenor Álvares que ficou até março de 2007, quando assumiu o José Gomes Temporão, mantendo-se até o final do Governo Lula.

formação, e aqueles que apontavam a continuidade revisitada, ou seja, revista em função da nova conjuntura da saúde e realidade do país.

A passagem desses dois grupos pela SGTES produziu estratégias de AES com lógicas e por caminhos completamente diferenciados.

O terceiro acontecimento que marcou o período do Governo Lula, relevante para o objeto de estudo desta pesquisa, foi a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que acompanhando os dois momentos políticos da SGTES apresentou-se em versões distintas (2004 e 2007), com teor bastante diferenciado.

Esses três acontecimentos vão permear as investigações a seguir. Sendo assim, para dar conta do questionamento apresentado anteriormente como aquele que guiou a construção deste capítulo, foi preciso acrescentar as seguintes questões: qual foi a aposta para a criação da SGTES; e que elementos caracterizaram os dois momentos referidos de gestão da Secretaria, em termos de investidas e desafios.

### **A SGTES e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)**

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), logo no início da primeira gestão do governo Lula, foi uma construção importante que, segundo Maria Luiza Jaeger<sup>54</sup> (2012), responsável pela pasta neste momento inicial, fazia parte de uma aposta tanto de valorização dos recursos humanos quanto de reestruturação da forma de se pensar as ações educativas em saúde.

*“Quando a gente vai discutir o programa do governo Lula... O programa quando ele se elege a primeira vez, que foi uma discussão... Uma das discussões é essa: a gente tinha colocado na lei orgânica a questão da ordenação da formação, mas isso não era feito no sistema. O que o sistema vinha fazendo o tempo inteiro, desde os velhos tempos era: chegava trabalhador dentro do sistema: “Ah, esse cara não está formado para trabalhar aqui.” Então, fazia um cursinho*

---

<sup>54</sup> Maria Luiza Jaeger foi também membro integrante da Coordenação do Setorial Nacional de Saúde do PT e da Comissão de Redação Final da proposta sobre a qual foi trabalhado o Programa de Saúde do Governo Lula “Saúde Para a Família Brasileira”.

*qualquer para resolver o seu problema. Ou, então, determinado programa, baixava de Brasília até o Oiapoque o que tinha que ser feito. [...] [...] A outra coisa é essa do conceito de recursos humanos. Isso é uma coisa que desde o início... Por exemplo, a gente não chamou a secretaria de 'Secretaria de Gestão de Recursos Humanos'. Se partia do princípio de que não era mais um recurso, mas sim... Saúde se faz com gente, que era o principal. O sujeito de fazer saúde era o trabalhador da saúde. Não adianta dinheiro, equipamento, etc. e tal, sem esse sujeito. E tu tinha que entender esse sujeito como sujeito e aí a discussão do trabalho e a discussão da formação.”*  
(Jaeger, 2012)

Dada a relevância atribuída à mudança da organização dessa área dentro do MS, a estratégia utilizada para viabilizá-la desde o início do governo Lula foi aprovar a nova estrutura regimental do Ministério da Saúde por meio do Decreto nº. 4.726 da Secretaria de Vigilância em Saúde, de junho de 2003.

*“E aí durante a época da transição entre o governo Fernando Henrique e o governo Lula, há toda uma discussão, na comissão de transição, de que precisava entrar no Ministério já mudando a estrutura. Porque a estrutura do Ministério da Saúde, por exemplo, não tinha a ver com as necessidades e o papel dele. [...] E principalmente a questão da formação e da gestão do trabalho era um negócio espalhado por todo o Ministério. Toda e qualquer caixinha no Ministério... Era um Ministério de caixinha, não era um Ministério único. Todas elas faziam um processo de formação. A vigilância fazia o seu; todo mundo fazia o seu. Então, a proposta foi que a gente ia entrar, mesmo que no Decreto. Se a reestruturação de todo o Ministério demorasse a sair, a gente já ia entrar com a nova forma de organização do Ministério. Apesar de eu ter assumido como Secretária de Política de Saúde, na realidade eu já entrei como Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde na prática,*

*não no papel, tá? Daí sai o Decreto da nova estrutura e se começa a discutir duas coisas: uma política de gestão da educação e uma política de gestão do trabalho.” (Jaeger, 2012)*

Nessa nova estrutura, a SGTES foi considerada um dos ‘órgãos específicos singulares’ do Ministério, composto por dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Dentro do DEGES foram criadas, num primeiro momento, três coordenações: a Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde, responsável pelas ações voltadas para a Educação Superior; a Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde; e a Coordenação-Geral de Ações Populares de Educação na Saúde, que segundo Morosini (2010), foi transferida em 2005 para a Secretaria de Gestão Participativa e Estratégica (SGEP) do Ministério da Saúde<sup>55</sup>.

Contudo, de acordo com Jaeger (2012), a organização da SGTES com essa estrutura não foi um movimento simples. Houve resistência de outros Ministérios, em especial da educação, por entenderem que a saúde tentava trazer para si competências externas a ela, fazendo com que o processo de instituição da Secretaria passasse por importantes negociações.

*“Houve, quando se fez a estrutura, uma resistência imensa do Ministério do Planejamento de falar em Educação e o Ministério da Saúde: “Que isso não é função do Ministério da Saúde; isso é função do Ministério da Educação...” [...] Então, havia uma grande resistência de fazer isso. E, principalmente, em relação à educação superior. Tanto é que a proposta que a gente tinha era um Departamento de Gestão do Trabalho e outro Departamento de Gestão da Educação e dentro da educação teria a educação popular, a educação profissional e a educação superior. Eles não deixaram passar a palavra ‘educação superior’ e ficou Coordenação de Ações Estratégicas e Educação em Saúde, que a Laura coordenou. Que na*

---

<sup>55</sup> O DEGERTS subdividiu-se na Coordenação-Geral da Gestão do Trabalho em Saúde e na Coordenação-Geral da Regulação e Negociação do trabalho em Saúde.

*realidade mexia com toda a questão da formação de educação superior. Então, essa resistência havia dentro do Planejamento e, principalmente, da SESu, que é a Secretaria de Ensino Superior do MEC. Não o pessoal da Secretaria do Ibañez, que era ex-reitor da UnB e que era o Secretário de Educação Profissional do Ministério [MEC]. Com ele não tinha problemas, mas em relação a Secretaria de Educação Superior do MEC teve vários problemas desse aí.” (Jaeger, 2012)*

Feitas as concessões necessárias e criada a Secretaria, iniciou-se o trabalho no sentido de fazer valer a aposta inicial de reestruturação da forma de se pensar as ações educativas em saúde.

Como ‘papel fundamental’, o DEGES assumiu propor e implementar uma política de educação para o SUS, buscando dar conta “*tanto do ordenamento da formação dos profissionais de saúde (missão constitucional) como da adequação de perfil e qualificação permanente dos trabalhadores em inserção no sistema*”. No processo de afirmação da potência dessa política foi preciso enfrentar dois desafios: (1) superar a fragmentação, a centralização e a ineficiência das práticas no tocante ao desenvolvimento dos profissionais; e (2) buscar a efetiva integração com a área da educação na condução da política para a formação dos profissionais de saúde no País (Brasil, 2004, p.17).

Como fica evidente a partir das entrevistas realizadas com Maria Luiza Jaeger, Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker, Secretária da SGTES, Diretor do DEGES e Coordenadora Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde no período de 2003 a julho de 2005, respectivamente, o trabalho a ser feito nessa área precisava ir muito além daquele que vinha sendo desenvolvido no governo anterior, centrado na formação para o PSF, ainda que essa continuasse sendo uma agenda prioritária do governo federal e houvesse, inclusive, o empenho em expandí-la, tornando-a ‘Estratégia Saúde da Família’.

Havia um deslocamento da perspectiva da relação da formação com o sistema de serviços de saúde. Se antes, conforme apontado por Almeida (1999, *apud* Feuerwerker et al., 2000) predominava entre gestores do sistema de saúde e atores



das instituições formadoras a concepção de que as mudanças na formação profissional seriam antecedidas e determinadas pelas transformações na organização do sistema de saúde, a aposta dessa primeira gestão do DEGES era de que pelo movimento em torno da formação seria possível mudar o modelo de atenção e a lógica da hierarquização instituída no sistema. E isso envolvia mobilizar toda a “cadeia de cuidado”. A fala de Ricardo Ceccim, em entrevista, ajuda a revelar isso.

*“A aposta que eu fiz no âmbito da DEGES foi: a gente vai mudar o modelo médico centrado; vai mudar o modelo centrado em procedimentos; vai mudar o modelo centrado em técnicas ou distante do usuário. Vai trabalhar com a noção de trabalho vivo; vai trabalhar com a noção da equipe; vai trabalhar de maneira Interprofissional; vai trabalhar com acolhimento; vai trabalhar com conceito de rede de saúde que seja rede mesmo, que seja uma cadeia de cuidado, e não em níveis hierárquicos. Odeio níveis hierárquicos, odeio cada curso que as pessoas ensinam aquela pirâmide: nível primário, secundário, terciário. Eu tive que desmontar esse tipo de lógica e entendia que eu precisava colocar todo mundo numa mesma árvore, no mesmo lugar, no mesmo fórum de conversa: que fosse usuário, que fosse estudante, que fosse docente. Por isso a ideia dos pólos de educação permanente tem esse tipo de natureza.” (Ceccim, 2012)*

Embora pretensiosa a aposta, considerando a complexidade e a quantidade de variáveis envolvidas em todo esse processo, vale destacar que quando eram pensadas ações de formação em saúde, nesta nova perspectiva, não se tratava do *modus operandi* tradicional do Ministério da Saúde, que Cavalcanti descreve tão claramente:

*“Até a política de Educação Permanente (e também após julho de 2005), a maior parte das ações de educação em saúde eram formuladas quase exclusivamente no âmbito “central” dos governos (Ministério da saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde), sendo então pactuadas ou aprovadas nas instâncias representativas e colocadas em execução pela “periferia” do sistema. A maior parte*

*dessas iniciativas era de âmbito nacional, sendo que as prioridades de formação eram então definidas quase exclusivamente pelos técnicos do ministério da saúde ou a partir de ofertas prontas das instituições formadoras. Outra característica dessas ações é que a formulação ocorria de maneira isolada no âmbito de cada secretaria ou departamento do MS, geralmente vinculadas a uma política/programa de saúde, havendo pouca ou nenhuma articulação entre elas. Essas ações nacionais no campo de educação aconteciam através da abertura de editais por parte do MS, aos quais as instituições de ensino concorriam para receber os recursos e executar a ação ou ainda através de convênio direto do MS com instituições formadoras. Esta última via é também conhecida como “balcão”, em alusão a um balcão de negócios. As universidades ou outros órgãos formadores (escolas técnicas, núcleos de educação das secretarias, etc.) submetiam projetos ao MS que podia ou não aprová-los.”*  
(Cavalcanti, 2010)

A aposta da DEGES vinha associada a uma noção de política de educação na saúde que, segundo Ceccim (2012), não se tratava de curso ou de didática, mas de preparar um perfil institucional subjetivo, não normativo, de maneira educativa, considerando educativo aquilo que se produz coletivamente, a partir da troca e da produção de cultura.

Sendo assim, foi um processo de mudança cuja radicalidade exigiu atenção especial da nova equipe de gestão em relação aos processos formativos que estavam em andamento, produzindo movimentos que a equipe, em seu relatório do primeiro ano de gestão (Brasil, 2004), denominou de ações de ‘continuidade linear’, de ‘continuidade mediante repactuação’, de ‘interrupções’ e ‘inovações’.

A criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), no relatório publicado (Brasil, 2004), foi considerada como uma ação “*completamente inovadora*”, não guardando relação com as ações existentes anteriormente no MS. Apesar disso, o próprio relatório afirmava que a iniciativa havia nascido do aprendizado com a experiência dos Pólos de Saúde da Família, cujos resultados interpretados e a

acumulação de recomendações provenientes de um roteiro de oficinas realizadas com as coordenações de projetos serviram de base à conformação sugerida aos PEPS.

Independente do grau de continuidade entre as distintas concepções de Pólos, os PEPS constituíam-se como espaços de condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), na sua versão de 2004, e podem ser considerados como a principal estratégia de articulação daquela gestão, não apenas da educação com a saúde, mas também das diversas instâncias da área da saúde entre si.

A proposta para os Pólos era a de que se constituíssem, para além de núcleos executores de ações de formação e desenvolvimento relacionadas à Saúde da Família, num espaço para negociação e pactuação de políticas no qual deveriam ser: identificados problemas, estabelecidas prioridades, construídas alternativas de enfrentamento de acordo com a realidade locorregional e acompanhados os projetos em suas execuções através de monitoramento e avaliação. Supunham a integração ensino e serviço bem como entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social. Para tanto, configuravam-se como dispositivos de articulação interinstitucional capazes de reunir representantes de gestores estaduais e municipais, dirigentes de hospitais de ensino, escolas de ensino superior, escolas técnicas, organizações estudantis e conselhos de saúde. (Brasil, 2004; Brasil 2004a).

A articulação interinstitucional e a integração das ações de formação dos distintos atores, inclusive estabelecendo relações cooperativas entre os diversos PEPS, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais, eram fundamentais para que os Pólos pudessem cumprir suas funções de induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação na saúde e formular políticas de formação e de desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas. Sendo assim, eram fundamentais também para que se pudesse produzir a intensificação dos processos de mudança na formação de graduação dos profissionais de saúde.

Conforme é apontado no relatório de gestão supracitado, *“o movimento para a constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde provocou ampla mobilização nacional de gestores estaduais e municipais do SUS, das instituições formadoras (de educação superior e técnica), dos estudantes, dos representantes dos movimentos sociais e do controle social no SUS”* (Brasil, 2004, p.13). Um elemento

importante a ser considerado nesse processo de mobilização para constituição dos PEPS é o encaminhamento dado aos projetos selecionados pelo PROMED. De acordo com o relatório, no movimento de continuidade repactuada as IES participantes foram estimuladas a tomar parte ativa no processo de constituição dos PEPS e a ampliar seus compromissos de cooperação com o SUS, passando a debater a condução dos seus projetos conjuntamente com os seus demais cursos na área da saúde, tanto internamente na instituição quanto no espaço dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. A perspectiva era de ampla incorporação dos projetos aos PEPS, numa ação que *“requereu o debate inicial com as escolas médicas selecionadas e as concorrentes ao Edital de 2002 e o debate com a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), com a presença do Deges em inúmeros encontros regionais e nacionais deste segmento”* (p.8).

Para a inscrição do PROMED no novo contexto político do MS, foi proposta sua transformação em um projeto de intervenção pela mudança da formação do conjunto dos profissionais de saúde, integrado à política de educação permanente em saúde, ampliando o esforço para todas as profissões. A estratégia, anunciada em maio de 2003 e denominada ‘AprenderSUS’ a partir de 2004, apresentou como proposta a adoção da integralidade<sup>56</sup> como eixo da mudança na formação de graduação (Brasil, 2004).

Foram indicadas três ações para operacionalização do AprenderSUS: (a) curso de educação a distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação; (b) implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e processos de mudança; e (c) apoio à produção de conhecimento que desse suporte aos processos de mudança (Brasil, 2004).

O curso de especialização (modalidade EAD) ‘Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde’, foi lançado em 2005, em

---

<sup>56</sup> De acordo com o grupo responsável pela formulação da proposta, *“a integralidade da atenção à saúde envolve, dentre outras coisas: (1) a idéia da “clínica ampliada”, segundo a qual o centro da atenção se desloca do profissional isolado para a equipe responsável pelo cuidado; e da doença para a pessoa que corre o risco de adoecer, para os modos como ela adoecer e para a realidade em que ela vive; (2) o trabalho em equipe multiprofissional (formada por profissionais de diferentes áreas) e transdisciplinar (com conhecimento em várias áreas do saber); (3) a ação intersetorial; (4) o conhecimento e a capacidade de trabalhar com as informações epidemiológicas, demográficas, econômicas, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas de impacto regional, estadual e nacional.”* (Brasil, 2005a).

parceria com o Ministério da Saúde, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz (EAD/ENSP/FIOCRUZ) e a Rede UNIDA, cujos resultados, em todas as regiões do país, “*revelaram diversos coletivos de tutores e especialistas organizados para além do curso propriamente dito, caracterizando-o como curso/movimento de ativação*” (EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2006).

As inscrições para o processo seletivo dos alunos aconteceram em julho e agosto de 2005 e no meio deste processo houve a mudança de Ministro da Saúde e das equipes de direção da SGTES e do DEGES. Tendo em vista a opção do novo grupo de gestores por retomar, em grande parte, experiências anteriores de incentivo às mudanças na formação como o PROMED, o AprenderSUS passou a ter suas estratégias reavaliadas. Isso gerou forte repercussão e desgaste da organização e desenvolvimento do curso que, após uma ampla reorganização orçamentária devido ao corte de financiamento, finalmente aconteceu (González, 2008).

A segunda ação estabelecida para operacionalização do AprenderSUS, que era a implementação das oficinas regionais, realizadas por profissão e entre profissões, tinha como objetivos o compartilhamento das experiências em desenvolvimento no país e a análise crítica do papel docente e a relação com as entidades de trabalhadores das profissões da saúde bem como da articulação de docentes e estudantes no debate da formação profissional (Brasil, 2004b). Para tanto, o DEGES precisou construir um relacionamento de cooperação e trabalho conjunto com as principais associações de ensino das profissões da área da saúde.

O Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), criado em julho de 2004 no escopo deste processo, congregava as associações brasileiras de ensino das profissões<sup>57</sup> e procurava atuar sobre as situações e temas que

---

<sup>57</sup> Atualmente o FNEPAS é composto pelas seguintes entidades: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico (ABENFAR), Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional (RENETO), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Rede UNIDA, e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO. Fonte: [http://www.fnepas.org.br/sobre\\_fnepas.htm](http://www.fnepas.org.br/sobre_fnepas.htm)

pudessem contribuir para a construção de cenários institucionais mais favoráveis às mudanças necessárias, expressas em linhas gerais nas DCNs (Site FNEPAS<sup>58</sup>).

Outra iniciativa do DEGES/ SGTES voltada para as mudanças na graduação, considerada inovadora, foi o 'Vivências e Estágios na Realidade do SUS' (VER-SUS/Brasil), cujo projeto piloto foi implementado nos meses de janeiro e fevereiro de 2004 em dez municípios de todas as regiões do país. Construído para dar vazão a uma agenda de compromissos com o movimento estudantil nacional da área da saúde e organizado em conjunto com uma representação desse movimento, o VER-SUS tinha como principal objetivo aproximar os estudantes universitários dos desafios inerentes à implantação do sistema de saúde, contribuindo para a formação de profissionais críticos e sensíveis às necessidades da população brasileira ao proporcionar a eles 15 a 20 dias de vivências e estágios em unidades de saúde municipais (Brasil, 2004).

Embora partilhasse com o antigo Projeto Rondon a vocação para a mobilização massiva de universitários e sua adesão às necessidades sociais do país, o VER-SUS se propunha à ruptura com o caráter de política compensatória, inaugurando uma vivência com caráter crítico, reflexivo e propositivo de debates com gestores e docentes da área da saúde. Com a colaboração dos gestores estaduais e municipais do SUS, eram oferecidas oportunidades para que os estudantes conhecessem os mecanismos e a lógica envolvidos na configuração do sistema de saúde e na organização das práticas, levando-se em consideração as estratégias para a gestão setorial, a atenção à saúde e o controle social, os caminhos populares e as práticas profissionais para organizar o cuidado e o tratamento ou a promoção da saúde (Brasil, 2004).

Aconteceu, ainda, durante esse primeiro momento político do MS e da SGTES, porém não vinculado a essa Secretaria, o processo de certificação e o Programa de reestruturação dos hospitais de ensino, diretamente relacionados com a problemática da formação dos profissionais de saúde. Ambos tiveram suas origens com a criação de uma Comissão Interinstitucional, cujo objetivo era avaliar e diagnosticar a então situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor (Portaria Interministerial nº 562, de maio de

---

<sup>58</sup> Sobre o FNEPAS. Disponível em <[http://www.fnepas.org.br/sobre\\_fnepas.htm](http://www.fnepas.org.br/sobre_fnepas.htm)>. Acessado em 18 fev 2013

2003). Em abril de 2004, considerando as contribuições dessa Comissão e a determinação das DCNs de que as IES, na área de saúde, contemplassem o sistema de saúde vigente no País na formação dos profissionais, a Portaria Interministerial nº 1.000, de abril de 2004<sup>59</sup>, resolveu certificar como ‘Hospital de Ensino’ as instituições hospitalares que servissem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, podendo ser elas hospitais gerais e/ou especializados, de propriedade de IES, pública ou privada, ou formalmente conveniados com elas. Resolveu, também, que a certificação dos Hospitais de Ensino era competência conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde. A partir daí, foi possível elaborar o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, criado através da Portaria Interministerial nº 1.702, de agosto de 2004, considerando a necessidade de reorientar e reformular a política para esses hospitais.

É interessante frisar que, todas as ações do DEGES/SGTES voltadas para a graduação foram tratadas, nesta primeira gestão, como parte de uma política de educação permanente em saúde, cuja institucionalização, aconteceu em dois momentos. Primeiro, por meio da ‘Política Nacional para Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde’, aprovada pela Resolução N° 335 do Conselho Nacional de Saúde, de 27 de novembro de 2003. Em seguida, pela adoção da ‘Política Nacional de Educação Permanente em Saúde’ como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, através da Portaria No 198/GM/MS, de fevereiro de 2004.

Embora não esteja no escopo deste estudo discutir os diferentes significados atribuídos à Educação Permanente em Saúde (EPS) nem a historicidade e construção deste conceito, é relevante marcar a diferença que havia entre a maneira como a equipe DEGES daquele momento encarava a EPS e a definição acolhida pela NOB/RH-SUS em sua 2.ª edição revista e atualizada, de 2003. Atribuímos a importância desse registro ao seu potencial de ajudar a evidenciar o que esse grupo busca expressar quando se auto-afirma trazendo o novo para o campo da ‘formação’.

Ao explicitar os conceitos utilizados no documento, a NOB/RH, na versão referida acima que foi revisada apenas em 2005, após a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, define a EPS tal como a educação continuada; como um processo

---

<sup>59</sup> Essa Portaria foi substituída, em outubro de 2007, pela PORTARIA INTERMINISTERIAL N° 2.400.

voltado para o trabalhador de saúde, ou seja, para aquele que já está no mercado de trabalho, excluindo deste grupo os estudantes de graduação.

*“Educação Permanente ou Continuada: constitui-se no processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento, por meio de escolarização formal ou não formal, de vivências, de experiências laborais e emocionais, no âmbito institucional ou fora dele. Compreende a formação profissional, a qualificação, a requalificação, a especialização, o aperfeiçoamento e a atualização. Tem o objetivo de melhorar e ampliar a capacidade laboral do trabalhador, em função de suas necessidades individuais, da equipe de trabalho e da instituição em que trabalha.”* (Brasil, 2003a, p.28/29)

Partindo de uma concepção radicalmente diversa, Ceccim (2012) afirma que a EPS marca a inexistência de uma fronteira muito delimitada entre o que é o trabalho e o que é a Escola.

*“A escola tem que formar para o trabalho, mas não é porque ela forma um prático. Ela forma para o trabalho porque ela está implicada com o desenvolvimento do processo de trabalho; ela é implicada com a capacidade de respostas do ambiente do trabalho. [...] Por isso que a gente não vê tanta fronteira entre o espaço da escola e o espaço de serviço. Pensar que o curso é um curso que se resolve por si mesmo... Se o curso não traz como questão o trabalho... Sempre a acusação que a gente tem é que, então, eu estaria formando um prático, um técnico, alguém tecnicista, porque é só o trabalho. Mas eu entendo o trabalho... Encaro como produção subjetiva, como produção cidadã, como produção política. Eu não entendo trabalho como uma operação de técnicos. [...] Eu consigo ver educação permanente que é o desenvolvimento dos trabalhadores e ao mesmo tempo o desenvolvimento do próprio trabalho. É o desenvolvimento do sistema de saúde como um todo. **A educação***



***permanente compõe um modo de pensar gestão de trabalho. [...]***  
*Consigo ver na graduação quando eu digo que a graduação vai expor, tão precoce quanto possível e ao longo do curso inteiro, os estudantes ao cenário de trabalho ou aos cenários da rua; cenários onde as necessidades sociais e de saúde podem ser detectadas. E, isso interfere também no seu processo formativo; se dá nessa exposição.”(Ceccim, 2012) – grifo nosso*

A afirmativa de que essa compreensão de educação permanente compõe um modo de pensar gestão de trabalho nos remete à reflexão sobre a forma como a própria SGTES foi dividida (DEGES – DEGERTS). Como mencionamos no capítulo anterior deste estudo, a divisão tal como foi feita parece estar relacionada à disputa de agenda que se constituiu na década de 1990 no âmbito do CNS entre o que hoje podemos chamar de Gestão do Trabalho e Gestão da Educação. Algumas pistas da divisão política dos grupos que povoavam cada uma dessas áreas são dadas por Cavalcanti (2010) ao sinalizar, inclusive, o maior peso atribuído pela Direção da SGTES, nesse primeiro momento da Secretaria, aos problemas enfrentados pelo DEGES.

Vale notar que esse desequilíbrio parece se manter no segundo momento político da Secretaria, porém com peso maior para a problemática da ‘Gestão do Trabalho’, que volta a ganhar maior destaque. Isso pode ser visto a partir dos temas abordados nos Cadernos RH Saúde, volume 3, de março de 2006 (Anexo 6), que embora se apresente com o título “3ª Conferência Nacional de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde”, *“sistematiza um conjunto de reflexões que são apresentadas para consolidar o trabalho realizado pela SGTES na implementação das políticas”* (Campos et al., 2006).

Se pode parecer que a criação da SGTES aproximou essas duas áreas de atuação e que a divisão DEGES – DEGERTS é natural e otimizada, nos cabe lembrar que ela foi construída a partir das relações que se estabeleceram naquela circunstância e conjuntura histórica e deve ser repensada à luz das mudanças circunstanciais e conjunturais tanto existentes quanto almejadas. Cremos que essas relações devam ser melhor investigadas, pois nos parece que o que se conseguiu foi estruturar um espaço institucional 'arrumadinho' no qual as áreas pudessem desenvolver suas ações

separadamente, sem atrapalhar uma a outra. A questão que persiste é buscar entender qual avanço das duas áreas essa divisão permite.

Contudo, são apenas considerações a serem apontadas e não aprofundadas nesta pesquisa. Por aqui, vamos seguir tentando compreender a trajetória da AES no processo de formulação das políticas de ‘formação’ neste segundo momento do Governo Lula.

### **A nova versão da PNEPS e a parceria com o Ministério da Educação**

O novo Secretário da SGTES, Francisco Eduardo Campos, assumiu a Secretaria em 2005 com uma agenda para a ‘formação’ que, segundo ele, era marcada pela continuidade de um movimento que vinha acontecendo desde o PPREPS, na década de 1970. Em entrevista, afirmou que a própria criação da SGTES fazia parte de um processo anterior, que estava sendo construído desde a Nova República.

*“Olha, na verdade a gente sempre tinha se preocupado com essa história de elevar a um nível alto no Ministério da Saúde essa questão dos recursos humanos. Quer dizer, na verdade se você pensar bem, como era recursos humanos antes? Eu fui o primeiro Secretário de Recursos Humanos da Nova República no Brasil em 85, 86. Eu estava na 8ª Conferência, tinha acabado de sair do que seria o embrião antológico da SGTES, arqueologicamente, que precedeu a SGTES. Mas, basicamente, o que aconteceu na Secretaria Geral naquele momento do Ministério da Saúde era porque o secretário era uma pessoa extremamente vinculada a essa área, que era especificamente o Eleutério Rodriguez Netto. [...] E daí para a frente você teve uma sequência de pessoas... Logo depois de mim veio a Tânia Celeste, em seguida veio a Joana, logo em seguida esteve o Cordone, esteve o Roberto Nogueira, esteve o Paranaguá, esteve o Rômulo Maciel, o Paulo Seixas, quer dizer, é uma sequência virtuosa de pessoas que seguem mais ou menos com a mesma ideia. [...] ... [...] Quer dizer, já vinha lá desde a época do Eleutério, recursos humanos aumentando o status dentro do Ministério da Saúde, tendo uma*

*posição importante a ponto de... E aí eu acho que não tem que tirar o mérito das pessoas, também, que no início do governo Lula, ainda o Humberto como Ministro, que é o grupo especificamente liderado pela Maria Luiza Jaeger, do Rio Grande do Sul, que propõe e na reestruturação do Ministério da Saúde consegue fazer isso. Agora, estou dizendo que isso não aconteceu por geração espontânea. Não foi um negócio que de repente aconteceu. Isso já vinha sendo tecido e construído. É como a história da... É uma sociedade velha engravidada de uma nova. Quer dizer, essa gestação do que era a SGTES já vinha sendo feita por toda essa acumulação anterior, no meu ponto de vista.” (Campos, 2012)*

O ponto de partida para que a nova equipe de direção da SGTES retomasse o projeto para a formação dos trabalhadores do SUS estabelecido antes das mudanças produzidas pela primeira gestão da SGTES foi o documento “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS”, aplicado como “Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde” por resolução do CNS, homologada pelo Ministro Humberto Costa e reafirmada na 12ª Conferência Nacional de Saúde (12CNS), todas em 2003. De acordo com Campos *et al.* (2006, p.10), a NOB/RH-SUS era o documento que, naquela data, balizava “os indicativos da política de recursos humanos para o SUS”.

Há, contudo, um dado interessante neste processo. Tendo em vista a instituição da PNEPS pela Portaria nº 198/GM/MS, de fevereiro de 2004, a NOB/RH-SUS, em sua 3.ª edição revista e atualizada, publicada em 2005, passa a ser intitulada como ‘Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS’, deixando de fora a Gestão da Educação na Saúde. Contudo, em relação à versão de 2003, citada no parágrafo acima, nada é modificado em seu teor interno, inclusive no item que se referia ao ‘Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS’, que carregava a temática da formação. No documento mais recente, a única modificação referente às questões voltadas para esse tema, localiza-se na parte que explicita os ‘Conceitos Básicos’ utilizados nas diferentes seções do documento. Na versão 2003, o conceito é “Educação Permanente ou Continuada” (p.28), apontados

como sinônimos. Já na versão 2005, não é feita referência à ‘educação continuada’ sem, no entanto, ocorrer qualquer alteração no texto explicativo.

Com o estabelecimento do Pacto pela Saúde<sup>60</sup>, através da Portaria nº. 399/GM de fevereiro de 2006 e considerando as deliberações da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (3CNGTES)<sup>61</sup>, tornou-se necessário à equipe gestora do DEGES/SGTES definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Isso foi feito por intermédio da Portaria GM/MS nº 1.996, de agosto de 2007, que afirmou a Educação Permanente como a “aprendizagem no trabalho”, sustentando a ideia de que as ações de EPS significam a oferta de cursos e programas de especialização, aperfeiçoamento e outras espécies de qualificação dirigida aos trabalhadores do SUS.

Apesar de manter o mesmo nome da Política anterior, estabelecendo certa nebulosidade no campo da ‘formação’, a nova PNEPS, conforme apontado por Teixeira *et al.* (2012), afirmava e priorizava a integração ensino-serviço, recolocando uma dicotomia entre o espaço do saber e o mundo do trabalho que a versão anterior, de 2004, buscava suprimir.

A mudança radical na proposta, sustentando o mesmo título, produziu o esvaziamento e a conseqüente perda de potência da Educação Permanente em Saúde. A fala de Nunes (2012), em entrevista, expressa bem isso:

*“Então você tem dois modelos que não têm continuidade. O segundo modelo institucionaliza mesmo; leva para dentro do SUS. Correto. Faz isso no âmbito do Pacto pela Vida, pela Saúde, fez com uma grande concertação. Politicamente tudo correto, mas não evolui para uma discussão por dentro da matriz para assegurar as bases da*

---

<sup>60</sup> O Pacto pela Saúde, composto pelos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão – União, Estados e Municípios, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação ocorre pela adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que substitui os anteriores processos de habilitação das várias formas de gestão do sistema e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação (Brasil, 2006)

<sup>61</sup> Embora as deliberações da 3CNGTES sejam citadas na Portaria 1996/2007, não foi publicado qualquer documento oficial desta Conferência (Relatório Final ou Anais), além dos “Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação”. Elaborado em 2005 pela primeira gestão da SGTES em conjunto com o CNS. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento3\\_CNGTES.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento3_CNGTES.pdf)>

*educação permanente e descamba... Hoje em dia, o que se faz é uma série de cursos nos estados que se apresentam, novamente burocratizando uma relação de financiamento da educação permanente. E o pior é que virou agora o discurso de todo mundo dizer que formação continuada é educação permanente.”*

A condução regional da PNEPS, a partir da versão de 2007, foi transferida dos Pólos para os Colegiados de Gestão Regional (CGR), instituídos pelo Pacto de Gestão, um dos componentes do Pacto pela Saúde. Por serem considerados instâncias de pactuação permanente e cogestão 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), os CGR passaram a ficar responsáveis por instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, definindo as prioridades, responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local. Porém, com a participação, nos processos de formulação, condução e desenvolvimento da Política, das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (Brasil, 2007).

Instâncias previstas na Lei 8080/90, as CIES, respeitando as especificidades de cada região e os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde, de acordo com a nova PNEPS, deveriam ser compostas por: gestores de saúde municipais e estaduais; gestores municipais e estaduais de educação e/ou seus representantes; trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas; instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. Eram consideradas suas atribuições: apoiar e cooperar tecnicamente com os CGR para a construção dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS); articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores; incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da EPS; contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de EPS implementadas; e apoiar e cooperar com os

gestores na discussão sobre EPS, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações.

Foram tidas como atribuições do CGR, no âmbito da Educação Permanente em Saúde: (1) Construir coletivamente e definir o PAREPS para a região; (2) Submeter o PAREPS à CIB para homologação; (3) Pactuar a gestão dos recursos financeiros no âmbito regional, podendo essa ser realizada pelo Estado e por um ou mais municípios de sua área de abrangência; (4) Incentivar e promover a participação nas CIES, dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições formadoras e que atuam na área de desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde da sua área de abrangência; (5) Acompanhar, monitorar e avaliar as ações e estratégias de educação em saúde implementadas na região; e (6) Avaliar periodicamente a composição, a dimensão e o trabalho das CIES e propor alterações caso necessário (Brasil, 2007).

Contudo, apesar da construção de todo esse arcabouço de formulação participativa e descentralizada, a SGTES optou, no âmbito das graduações, por revisitar a experiência do PROMED e instituir, em parceria com a SESu/MEC, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP/MEC) e com a OPAS, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), trazendo novamente o foco da ação para a Saúde da Família.

Em sua primeira versão, instituída através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101 de 03 de novembro de 2005, o Pró-Saúde contemplou os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, tendo em vista o momento considerado “*particularmente oportuno*” para se propor um sistema de incentivos às IES que se dispusessem a participar da adequação da formação profissional para atender às necessidades da população brasileira e resolver os urgentes problemas da incorporação de profissionais à Estratégia de Saúde da Família. Havia expectativa quanto ao papel indutor do Programa na formatação do ensino em saúde no Brasil, a partir da criação de modelos de reorientação da formação que ocorressem simultaneamente em três eixos: orientação teórica, cenários de Prática e orientação Pedagógica. (Brasil, 2005b).

A construção do Projeto se deu a partir da realização do Seminário de Avaliação do PROMED, realizado no RJ, e da Oficina do Pró-Saúde realizado em Brasília, em setembro de 2005, dos quais participaram representantes do CONASEMS, OPAS,

Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Odontologia (CFO), Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e das IES que faziam parte do PROMED. A proposta formulada levava em conta as DCNs estabelecidas para essas profissões, bem como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), criado pela Lei n.º 10.861, de abril de 2004, considerado o novo instrumento de avaliação da educação superior do INEP/MEC e iniciado pelos cursos da área da saúde ainda em 2004 (Brasil, 2005b).

Estes mesmos órgãos que participaram da construção do projeto, acrescidos dos parceiros responsáveis pelo Programa (SGTES, SESu, INEP, OPAS) mais o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), a Associação Médica Brasileira (AMB), a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), a Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEEnf), a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Odontologia (DNEO), a Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais do Ensino Superior (ANDIFES) e o Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB) constituíram o Conselho Consultivo do Pró-Saúde, cuja função era acompanhar o desenvolvimento do programa (Brasil, 2005c).

Situada no movimento produzido pelo 'Pacto pela Saúde', em 2006, a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atribuiu ao Ministério da Saúde a função de articular junto ao Ministério da Educação estratégias de indução a mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica. Em seguida, por meio da publicação da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007, o Pró-Saúde foi ampliado para os demais cursos de graduação da saúde. Nessa nova versão, a participação no Conselho Consultivo do Pró-Saúde foi ampliada para todos os conselhos profissionais, associações de ensino e entidades estudantis dos cursos participantes.

A partir das mudanças curriculares e da maior integração ensino-serviço produzidas nos cursos incluídos no Pró-Saúde, decorreu a necessidade de adequação dos serviços para o desenvolvimento de práticas pedagógicas; de se criar estímulo para que os profissionais da Atenção Básica à Saúde pudessem orientar os estudantes de

graduação, tendo o serviço público de saúde como cenário de prática; e de viabilizar a formação de docentes com um novo perfil, mais adequado às necessidades do sistema de saúde. Diante disso, foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) através da Portaria Interministerial nº 1.802, de agosto de 2008. Destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família, o PET-Saúde foi pensado como *“um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área”* (Brasil, 2008)

Inspirado na experiência acumulada no Programa de Educação Tutorial - PET<sup>62</sup>, do Ministério da Educação, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial mediante a concessão de bolsas de iniciação científica a estudantes de graduação e bolsas de tutoria a professores tutores de grupos do PET, o PET-Saúde tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para estudantes de graduação (‘iniciação ao trabalho’), professores das IES integrantes do Programa (‘tutoria acadêmica’) e profissionais que realizem orientação em serviço a estudantes participantes do Programa (‘preceptoria’) (Brasil, 2008).

Inicialmente, a continuidade do financiamento das bolsas estava condicionada à instituição e manutenção de ‘Núcleos de Excelência Clínica Aplicada na Atenção Básica’, que tinham como responsabilidade: (1) coordenar a inserção dos alunos na rede de atenção básica; (2) produzir projetos de mudanças curriculares que promovessem a inserção dos alunos na rede de atenção básica; (3) desenvolver ações para a capacitação dos preceptores de serviço vinculados à Estratégia Saúde da Família; (4) incentivar e produzir pesquisa voltada para a qualificação da atenção básica; (5) coordenar a revisão de diretrizes clínicas da atenção básica, em consonância com as necessidades do SUS; e (6) incentivar e capacitar tutores acadêmicos vinculados à universidade para a orientação docente de ensino e pesquisa voltada para a atenção básica (Brasil, 2008).

Entretanto, tal condicionamento foi revogado junto com a Portaria nº 1.802/2008, substituída pela Portaria Interministerial nº 421, de março de 2010. A principal diferença entre as Portarias que instituíam o PET-Saúde estava no foco. A

---

<sup>62</sup> Instituído pela Lei nº 11.180, de 23 de setembro de 2005



Portaria de 2010 direcionava suas ações para as áreas consideradas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), deixando em aberto quais seriam. Neste caminho, abria a possibilidade de serem lançados Editais Temáticos no âmbito do PET-Saúde, conforme as necessidades e especificidades de ações das Secretarias e/ou órgãos do Ministério da Saúde. Dessa forma, ampliava o escopo das ações do PET-Saúde, sugerindo, no final dessa gestão da SGTES, um alargamento da agenda da formação para além da problemática da Atenção Básica e da Saúde da Família (Brasil, 2010)

Uma marca importante desse segundo momento político da SGTES foi a relação estabelecida com o Ministério da Educação, que em parte pode ser atribuída ao relacionamento pessoal entre a Diretora do DEGES/SGTES, de 2005 a 2010 (Ana Estela Haddad), e o Ministro da Educação neste mesmo período (Fernando Haddad), que eram casados.

De acordo com José Paranaguá de Santana (2012):

*“Isso não deve ser tomado como ponto negativo. Foi uma situação virtuosa para uma situação desejada antes e que deve ser perenizada, que é a continuidade dessa relação permanente, próxima, entre o setor do governo responsável constitucionalmente pela política de educação, que é o ministério de educação, as secretarias estaduais e municipais de educação e os três gestores do SUS.”*

Se a relação de proximidade pessoal favoreceu a sensibilização para a problemática da formação no SUS, ela também viabilizou a concretização do que Francisco Eduardo Campos chamou de “um sistema de cogestão”, que para ele é o que mudou na AES com a criação do SUS:

*“O que nós estamos falando é de fato você partir para um sistema de cogestão. Ou seja, uma coisa não apenas do interesse acadêmico nem apenas do interesse do serviço; idéia que gera uma profunda resistência no Brasil e é muito difícil fazer. [...] É quando você começa a colocar dentro da agenda interesses comuns, que são os interesses assistenciais juntamente com os de ensino e pesquisa.*

*Eu acho que essa é a diferença que a gente faz aqui no Brasil”.*  
(Campos, 2012)

Contudo, apesar das bases deste ‘sistema de cogestão’ estarem bem organizadas com os Colegiados de Gestão Regional e as CIES, o modo de estabelecer a cogestão parece ter ficado bastante apoiado na articulação das instâncias ministeriais para a produção e implementação dos Programas, que ocorreu igualmente em todo o país por meio de editais de adesão.

Oficializada por intermédio da Portaria Interministerial nº 2.118, de novembro de 2005, a parceria entre o Ministério da Educação, por meio da SESu, da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC) e do (INEP) e o Ministério da Saúde, por intermédio da SGTES, tinha os seguintes objetivos:

*“I- Desenvolver projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação superior, visando à formação de recursos humanos em saúde coerente com o Sistema Único de Saúde (SUS), com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES); II- Produzir, aplicar e disseminar conhecimentos sobre a formação de recursos humanos na área da saúde; III- Incentivar a constituição de grupos de pesquisa, vinculados às instituições de educação superior, com ênfase em temas relacionados à formação de recursos humanos da área da saúde e sua avaliação; IV- Incentivar a criação de cursos de especialização em avaliação da educação superior na área da saúde; e V- Estimular a promoção de eventos para socializar experiências e divulgar estudos e produção técnico-científica relacionados à formação de recursos humanos da área da saúde.”* (Brasil, 2005d)

Para viabilizar essas ações, essa mesma Portaria determinou a constituição de uma Comissão Técnica Interministerial, responsável por:

*“I - elaborar plano de trabalho e cronograma que contemplem as temáticas, as linhas de pesquisa, o fomento, as normas e os prazos, a serem apresentados em editais conjuntos MEC e MS; II - coordenar a cooperação técnica científica entre a SESu, o INEP e a SGTES; III - estabelecer as bases dessa cooperação técnica científica, a ser explicitada por meio de Atos Interministeriais celebrados entre as partes envolvidas; IV - propor sistemática de orientação e divulgação dos editais junto às instituições de educação superior (IES); e V - definir, acompanhar e avaliar o plano de desenvolvimento dos projetos e da produção técnico-científica que derivarem das ações.”*  
(Brasil, 2005d)

Ainda nesse movimento de institucionalização da cogestão pelo alto escalão, em junho de 2007, foi instituída, por Decreto, a ‘Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde’ no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, cujo apoio administrativo e meios necessários à execução dos seus trabalhos deveriam ser providos pela SESu e pela SGTES.

Com função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos, em conformidade com as políticas nacionais instituídas nessa área e os objetivos, princípios e diretrizes do SUS, ficou determinada para a Comissão, composta diretamente pelos Secretários da SESU/MEC, da SETEC/MEC, da Secretaria de Educação a Distância (SEED)/MEC, da SGTES e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/MS, as seguintes competências (Brasil, 2007a):

*“I - subsidiar a definição de diretrizes para a política de formação profissional, tecnológica e superior, incluindo a especialização na modalidade residência médica, multiprofissional e em área profissional da saúde; II - subsidiar a definição de critérios para a autorização, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de cursos superiores na área da saúde; III - subsidiar a definição de critérios para a expansão da educação profissional, tecnológica e superior, incluindo a pós-graduação lato sensu nas modalidades de*

*especialização, residência médica, multiprofissional e em área profissional na área da saúde; IV - identificar, periodicamente, a demanda quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde no âmbito do SUS, de forma a subsidiar políticas de incentivo à fixação de profissionais de saúde, conforme as necessidades regionais; V - identificar, periodicamente, a capacidade instalada do SUS, a fim de subsidiar a análise de sua utilização no processo de formação de profissionais de saúde; e VI - estabelecer diretrizes para a educação na promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde na rede pública de educação básica.”*

Entretanto, como afirma Francisco Eduardo Campos (2012), em entrevista, o espaço de diálogo aprofundado com o MEC não teve continuidade após sua saída e de sua equipe da SGTES: *“Essa coisa meio que morreu, meio que não foi tomada... A criação de uma comissão interinstitucional da gestão da educação, por decreto presidencial, foi deixado de lado, fez uma reunião ou duas só”*.

A descontinuidade, que precisa ser melhor investigada, está associada a uma questão apontada por praticamente todos os entrevistados para este estudo: trabalhar articulado com o Ministério da Educação não é uma tarefa fácil. Como bem expressa Santana (2012), a integração entre as áreas de educação e saúde precisa de esforço; *“é um processo de consumo de energia. Ela não é fácil nem simples. Ela é complexa e, portanto, exige disposição”*.

O que podemos inferir, considerando que o recorte da pesquisa encerra-se com essa gestão da SGTES, em 2010, e que trata-se de um período da história muito recente, difícil de ser estudado, é que um sistema de cogestão, articulado pelo topo, pelo alto escalão, através de mecanismos fundamentados em relações de cunho pessoal, sem produzir movimentos de reflexão e criação conjunta com as bases do sistema, tem pouca sustentação, mostrando-se frágil e vulnerável às mudanças de governo.

Não obstante, é a vida que segue numa trajetória não linear. Sobre as continuidades e descontinuidades identificadas e os desafios postos a partir de então, debatemos um pouco em nossas considerações finais.

## Considerações Finais

Antes de partirmos para nossas considerações finais propriamente ditas, avaliamos ser importante tecer algumas considerações sobre a implicação que vocalizamos neste estudo.

Não temos um olhar neutro nem externo. Somos do grupo da saúde pública, fazemos parte do campo da 'formação' e apresentamos um posicionamento produzido e sustentado a partir de valores e perspectivas compartilhados. No desenvolvimento desta Tese, exercitamos o reconhecimento de outros grupos e, com isso, vislumbramos novas questões e nos colocamos em discussão. Produzimos conhecimento científico, mas, acima de tudo, um maior conhecimento sobre nós mesmos.

Localizamo-nos, também, como parte de um grupo que trabalha com análise de políticas de saúde. Depois de analisarmos a AES no processo de formulação das políticas voltadas para a 'formação', tomamos essas considerações finais como uma ação política. Como tal, corroborando com a perspectiva de Rorty<sup>63</sup>, não nos preocuparemos em fundamentá-la em conhecimentos teóricos ou formulações científicas. Vamos olhar com posicionamentos pessoais para o que consideramos serem as principais contribuições deste trabalho: as continuidades e discontinuidades encontradas ao longo da trajetória do campo da 'formação'.

Em primeiro lugar, queremos abordar as continuidades e discontinuidades da própria AES, estabelecida ainda na década de 1960, passando a acontecer com momentos de maior ou menor visibilidade e intensidade, por dentro ou por fora da agenda dos governos, mais ou menos entremeada de embates, com pequenos ou maiores instantes de silêncio... Embora, todo o tempo, muito cheia de conflitos das mais variadas naturezas.

Há, no senso comum, a ideia de que essa articulação tornou-se uma questão importante com a reforma sanitária brasileira (RSB), cujo marco foi a criação do SUS, e que a educação e saúde sequer conversavam antes disso.

---

<sup>63</sup> Perspectiva apresentada no texto 'Trotsky e as orquídeas selvagens' do Livro Pragmatismo e Política, escrito por Richard Rorty e traduzido por Paulo Ghiraldelli Jr. Ed. Martins, 2005.

Apresentamos ao longo dessa Tese outra leitura. A AES, construída na forma como se estabelece (grupos que se relacionam e questões envolvidas) e como se movimenta (interação possível numa dada conjuntura), é elemento estruturante do campo da 'formação' e esteve, portanto, nele sempre presente. Inclusive, a educação teve um papel ativo importante no período pré-reforma sanitária, no processo de elaboração de uma primeira agenda do campo.

O que se apresentou como uma marca muito forte do resultado da RSB, que nos parece uma consequência impremeditada da tentativa de construir um processo civilizatório pela saúde, foi o insulamento da saúde, que fundamentada num conceito ampliado de saúde e no seu projeto de sociedade, delimitou claramente suas fronteiras e provocou ruptura na articulação com a educação que vinha sendo estabelecida anteriormente. Passou a constituir-se como um setor e trouxe para si, além de problemas que apenas em parte eram de sua alçada, a responsabilidade de conduzir o enfrentamento deles, se apoiando no discurso da intersetorialidade. Ou seja, passou a pregar a articulação com os outros setores, que de alguma forma se defendiam num espaço caracterizado mais pela disputa de poder do que pelo compartilhamento.

Para mostrar que não era uma característica da saúde apenas na relação com a educação, podemos citar os vetos referentes aos recursos humanos na Lei 8080/90, que foram justificados por 'Projetos de Lei' que estariam tramitando no legislativo sem qualquer garantia de resultados no sentido de regulamentação das questões postas. No fundo, o que parece ter sido aceitável na justificativa dada aos vetos era a denuncia de que a saúde estava querendo operar dentro de uma lei sua, específica, uma solução que envolvia os servidores públicos de um modo geral.

O questionamento que fica é: será que dá para tratar todos os assuntos que envolvem a saúde por dentro do sistema de saúde? O que significa trazer a ordenação da 'formação' para o SUS? Essa é uma proposta de apropriação e domínio sobre a problemática ou de junção de esforços em prol de um projeto comum? O que pensa a educação sobre isso? Como se ordena algo sobre o qual se tem tão pouca governabilidade? Que tipo de articulação entre duas áreas diferentes é possível se estabelecer com base em um projeto que pertence a apenas uma delas?

Contudo, ao mesmo tempo em que identificamos um discurso ensimesmado da saúde, entendemos que não devemos colocar todo o peso da dificuldade de conversa na conta dela. Há do outro lado um setor estabelecido, robusto e que também se fecha em seu domínio, que é a educação. Ao longo deste estudo foi possível ver que não foram pequenos os esforços de diálogo em algumas situações pontuais. E esse se mostra um desafio importante a ser enfrentado: conhecer melhor o outro lado que compõe a estrutura desse campo; entender mais sua lógica para tentar tornar possíveis aproximações mais amplas, menos episódicas.

Embora tenhamos descartado, na nossa construção de objeto de estudo, a possibilidade de utilizar a perspectiva da intersectorialidade para nossas análises, conforme justificamos na introdução e no primeiro capítulo, este é um ponto no qual o discurso da intersectorialidade pode ajudar: na busca por entender melhor quem é a 'Educação' nessa articulação. Que partes da educação estão conversando com a saúde e que partes são mais resistentes; que projetos de educação estão presentes nestes grupos; como eles enxergam a relação com a saúde e com que objetivos a facilitam ou geram obstáculos.

Se vale aprofundar um pouco na discussão da intersectorialidade para extrair alguns pontos de reflexão, acreditamos que olhar para o período do governo Geisel seja interessante. Não obstante às inúmeras críticas possíveis, havia naquele momento da história brasileira um projeto de governo para a saúde que buscava articular os diversos setores de alguma forma implicados. Todos eles trabalhavam em torno de um projeto central, que se pautava na divisão 'saúde coletiva' e 'saúde individual'.

Acontece que a RSB, que uniu essas duas áreas da saúde no SUS, sob a batuta do Ministério da Saúde, conseguiu estabelecer um projeto setorial denso que ainda muito novo esbarrou em um projeto de governo que passava pela Reforma do Estado e batia de frente com os ideários do movimento sanitário. Ou seja, não havia afinamento entre o projeto reformista sanitário que de alguma forma permeava o Ministério da Saúde e o projeto reformista de Estado que pautava os Ministérios, dentre eles o da Educação, também com seus conflitos internos. Acreditamos encontrar aí pistas para o distanciamento no espaço de conversa existente entre educação e saúde, no período anterior ao SUS dada a necessidade, por parte do

projeto reformista sanitário, de trazer as questões para seus espaços decisórios a fim de ganhar mais força na disputa política de projetos.

Assim, quando um movimento de atuação conjunta educação-saúde começa a reaparecer na esfera dos Ministérios, a partir de meados da década de 1990, por um lado através da CIRH/CNS e por outro impulsionado pelas DCNs e pela Rede UNIDA, já num cenário de consolidação do SUS, parece algo novo; que não existia antes. Mas diferente disso, são apenas outras possibilidades de AES que se apresentam nos contextos de influências, da prática e da produção de textos diante da nova conjuntura que se estabeleceu.

Visto o movimento da AES e apontadas algumas questões que acreditamos que possam ser aprofundadas para entender melhor tal articulação, partimos para o segundo ponto a ser abordado nestas considerações finais: as continuidades e descontinuidades da forma como é estabelecida a relação da 'formação' com o sistema de saúde, que vai se expressar, em última instância, naquelas que estamos considerando as políticas nacionais voltadas para a 'formação' formuladas no período estudado: PPREPS, NOB/RH-SUS e as duas versões da PNEPS.

Tal relação é caracterizada inicialmente e na maior parte do tempo pelo binômio ensino-serviço, que surgiu pautado no referencial teórico da medicina integral e no projeto político de expansão de cobertura da assistência a saúde no país. Sua expressão maior nas práticas formativas, experimentações e projetos, se deu pela proposta de Integração Docente-Assistencial (IDA) que foi inaugurada no PPREPS e, depois, aplicada, abandonada, recuperada e ressignificada diversas vezes no movimento das políticas.

A criação e o processo de amadurecimento da Rede UNIDA, considerada por nós como a própria incorporação da AES, que carrega a IDA no nome e a bandeira do novo, disputando no campo da 'formação' a possibilidade de uma forma de integração entre o mundo do trabalho e o espaço do saber que supere a dicotomia, é um bom exemplo dessa ruptura naquilo que é aparentemente continuidade. Como parte do movimento pela reforma sanitária, a Rede UNIDA passou toda a década de 1990 ressignificando e produzindo outro espaço de possibilidade. Pela sua característica de movimento social e de busca por uma mobilização capilarizada, se aproximou das mobilizações produzidas na ponta do sistema e se enraizou com profundidade; de um



modo que se mostrou bastante importante para a disputa traçada em torno da PNEPS um pouco mais adiante na história do país.

Na década de 1990, a Rede UNIDA correu paralela ao processo de formulação da NOB/RH, pelo Conselho Nacional de Saúde, que aproximava o discurso da medicina integral ao da integralidade do SUS, pensava e tratava da expansão da cobertura na sua nova feição – o PSF – e buscava os ajustes necessários para adequar a formação ao novo sistema de saúde. Neste cenário, a formação fazia parte de um projeto maior – o trabalhador do SUS – e o foco para os profissionais de nível superior estava na educação continuada, tendo em mente que a própria saúde pública/coletiva caracterizava-se como uma especialização.

A criação da SGTES, no início dos anos 2000, mesmo produzindo conflitos e disputa por poder com o MEC, inaugurou um espaço institucional dentro do aparato estatal para o campo da ‘Formação’ que ampliou as possibilidades de AES no processo de formulação de políticas. Neste espaço, foi formulada a PNEPS em suas duas versões.

Em sua primeira versão, de 2004, o processo de formulação era conduzido pelo grupo que vinha do movimento social, trazendo na bagagem, também, o aprendizado da Rede UNIDA e a capilarização enraizada. A AES buscada tinha essa marca. Acontecia no nível central porque não podia deixar de ser, mas privilegiava os fóruns descentralizados.

O novo, que vinha sendo carregado como bandeira lá de trás, ganhou visibilidade por intermédio da Educação Permanente em Saúde (EPS), que também já vinha sendo debatida na OPAS e nos espaços acadêmicos desde o início da década de 1990. Os Pólos de Educação Permanente em Saúde, com alguma herança dos Pólos de Saúde da Família, buscavam ampliar seu escopo para além da APS e tratar de todos os níveis de formação, com ênfase importante para a graduação. A ousadia era querer mudar o mundo da saúde pela formação e esbarrou, dentre outras coisas, num aparato estatal organizado para favorecer um modo tradicional de fazer política, que envolvia ‘pacotinhos endereçados’; ou seja, determinações centrais sobre como aplicar os recursos de forma que possam ser rigorosamente controlados, acompanhados e verificados em seus usos.

Em sua segunda versão, em 2007, a PNEPS passou por uma série de transformações significativas. Embora tenha mantido a ideia de gestão colegiada e participativa, se apoiou fundamentalmente na AES produzida no alto escalão dos Ministérios. Isso por um lado esvaziou o processo descentralizado mas, por outro, agilizou a implementação das propostas formuladas, considerando também que elas se encaixavam no modo tradicional de fazer política referido acima, facilitando a distribuição e aplicação dos recursos.

O elemento marcante desse processo de passagem de uma versão para a outra, que este estudo ajudou a esclarecer, pelo menos para nós que realizamos a pesquisa, foi o esvaziamento produzido na EPS em função de ter se mantido o mesmo nome para duas políticas com teores tão diferenciados e incompatíveis. Isso produziu confusão naqueles que estavam construindo os processos de EPS na ponta do sistema. Olhando por este ângulo, parecia estar produzindo alguma continuidade onde havia uma brusca ruptura. Paradoxalmente, olhando numa perspectiva panorâmica para o movimento das políticas de formação ao longo da trajetória do campo, a segunda versão da PNEPS trouxe continuidade (retomada da educação continuada) naquilo que aparentemente era mudança (institucionalização da educação permanente).

Essas são as contribuições produzidas por essa análise de políticas que sentimos necessidade de destacar. Acreditamos que, em torno dessas questões, muitas coisas precisam ser revisitadas para produzir outras análises consistentes, com diferentes perspectivas, enriquecendo um debate que não estamos fundando. Estamos apenas nos inserindo e dando continuidade.

Dentre as diversas limitações apresentadas por este estudo, consideramos importante não termos conseguido olhar para as graduações em saúde pública/coletiva. Elas estão sendo debatidas nos diversos fóruns do campo desde meados dos anos 1990 e já estão produzindo alguns resultados significativos, que modificam radicalmente o cenário da 'formação'. Contudo, acreditamos ser essa uma inovação que merece análises aprofundadas e estudos específicos e que seria mal tratada se passássemos por ela superficialmente, só para constar.

## Referências Bibliográficas

ABEM - Site da Internet. <<http://www.abem-educmed.org.br/cinaem.php>>. Acessado em 13 fev 2013

ANDRADE, L.O.M. *A saúde e o dilema da intersectorialidade*. (2004) 364f. (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, SP, 2004.

ANDRADE, L.O.M.. Entrevista com Luiz Odorico Monteiro de Andrade, exclusiva para este estudo, realizada em 07 de setembro de 2012

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

ALMEIDA, C. *Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados*. In: GIOVANELLA, L. et al (Ed.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 871-922

AMÂNCIO FILHO, A.; VIEIRA, A.L.S. (Org.). *Panorama das graduações em saúde no Brasil – 2003*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BALL, S.J. *What is policy? Texts, trajectories and toolboxes*. In: BALL, S. J. (Ed.). Education Reform: a critical and post-structural approach. London: Open University Press, 1994. cap. 2, p.14-27

BALL, S.J.; BOWE, R.; GOLD, A. *Reforming education & changing schools: case studies in policy sociology*. London: Routledge, 1992.

BAPTISTA, T.W.F. *Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil - vinte anos da reforma sanitária*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Brasília, 1996/1997.

BAPTISTA, T.W.F. *Políticas de saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil* (2003) 346 f. (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, UERJ. Rio de Janeiro, 2003.

BAPTISTA, T.W.F.; FAUSTO, M.C.R.; CUNHA, M.S.. *Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados*. Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2009.

BAPTISTA T.W.F; MATTOS R.A. *Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas)*. In: BAPTISTA T.W.F; MATTOS R.A.; et al (Ed.). Construindo

caminhos para a análise de políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, IMS/ENSP/EPSJV, 2011.

BARBIERI, F.B. *A Rede UNIDA e o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde*. (2006) 108f. (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina. Paraná, 2006.

BIRMAN, J.. *A Physis da Saúde Coletiva*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):11-16, 2005.

BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência*. Por uma sociologia clínica do campo científico. UNESP. 1997.

BORGES, C.F. *Um olhar arqueológico para a saúde pública brasileira: possíveis descrições do período 1950-1980*. (2012) 275 f. (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

BRASIL., s/d. *II Plano Nacional de desenvolvimento (1975-1979)*. Brasília, s/d. p.55/56. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1970-1979/anexo/ANL6151-74.PDF](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1970-1979/anexo/ANL6151-74.PDF)>. Acessado em 01mar2013.

\_\_\_\_\_. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 16 de julho de 1934). Brasília, DF, 1934.

\_\_\_\_\_. Lei N. 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Brasília, DF, 1937.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Saúde. *1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro, 1941.

\_\_\_\_\_. LEI Nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1953.

\_\_\_\_\_. DECRETO-LEI Nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Brasília, DF, 1967.

\_\_\_\_\_. LEI Nº 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Brasília, DF, 1968.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura; Organização Pan-Americana da Saúde. Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil. Brasília, DF, 1973.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 6.118 de 09 de outubro de 1974. Dispõe sobre a criação do Conselho de Desenvolvimento Social, e dá outras providências. Brasília, DF, 1974.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura; Organização Pan-Americana da Saúde. *Acordo complementar ao Acordo Para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos Para a Saúde no Brasil*. Brasília, DF, 1975.

\_\_\_\_\_. LEI ORDINÁRIA Nº 6229, de 17 de julho de 1975. Dispõe Sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1975a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura; Organização Pan-Americana da Saúde. Programa de preparação Estratégica de Pessoal da Saúde – PPREPS – Programa de Trabalho. Brasília, 1976.

\_\_\_\_\_. Decreto Nº 79.456, de 30 de Março de 1977. Dispõe sobre o Grupo-Saúde Pública, do Serviço Civil da União, e dá outras providências. Brasília, DF, 1977.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. *Programa de Integração Docente Assistencial*. (série Cadernos de Ciências da Saúde, 3). Brasília, DF, 1981.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria da Educação Superior. *Reforma Universitária. Relatório do Grupo de Trabalho Criado pelo Decreto nº 62.937/68*. 3ª ed. Brasília, DF, 1983.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Superior. Comissão de Especialistas do Ensino Médico. *Documentos do Ensino Médico*. 3ª Ed. Brasília: A Comissão, 1989.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

\_\_\_\_\_. Mensagem de Veto Nº 680 da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990a.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.303, de 8 de novembro de 1994. Dispõe sobre a criação de universidades e estabelecimentos isolados de ensino superior, e dá outras providências (Revogado pelo Decreto nº 2.207, de 1997). Brasília, DF, 1994.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. Brasília, DF, 1995.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Superior. EDITAL Nº 4/97. Convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, que serão elaboradas pelas Comissões de Especialistas da Sesu/MEC. Brasília, DF, 1997.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 1.886, de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 1997a.

\_\_\_\_\_. *Informe da Atenção Básica Nº10. Pólo de Capacitação*. Ano II. Brasília, DF, 2001. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Informe10.pdf>>. Acessado em 14 fev 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº. 610, de 26 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. PARECER N.º CNE/CES 67/2003. Assunto: Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN dos Cursos de Graduação. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS*. – 2. ed., rev. e atual., 2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004*. 1ed., 1ª reimpr. Série C. Projetos, Programas e Relatórios – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *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, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)* – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. *Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde*. Brasília: 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 2.101 de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília, DF, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 2.118 de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Brasília, DF, 2005d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996 , de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Decreto de 20 de Junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília, DF, 2010.

CAMPOS, F.E.; PIERANTONI, C.R.; MACHADO, M.H. *Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate*. In: Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 8-11.

CAMPOS, F.E. Entrevista com Francisco Eduardo Campos, exclusiva para este estudo, realizada em 13 de novembro de 2012.

CANESQUI, A. M. Ciências sociais e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2011.

CAPRA, F. *A teia da vida: uma nova compreensão dos sistemas vivos*. São Paulo: Editora Cultrix, 1996.

CASTRO, J.L.. *Protagonismo silencioso. A presença da OPAS na formação de recursos humanos no Brasil*. Natal-RN: Observatório RH-NESC UFRN; Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2008.

CAVALCANTI, F.O.L.. *Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível? Um debate a partir da experiência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - janeiro de 2003 a julho de 2005*. (2010) 168f. (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, UERJ. Rio de Janeiro, 2010.

CECCIM R.B.; FEUERWERKER L.C.M. *Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004.

CECCIM R.B. Entrevista com Ricardo Burg Ceccim, exclusiva para este estudo, realizada em 07 de setembro de 2012.

CNS. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, 09 a 14 de dezembro de 1963. Brasília: Ministério da Saúde, 1963.

\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, 30 de agosto a 04 de setembro de 1967. Brasília: Ministério da Saúde, 1967.

\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Anais da 5ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, 05 a 08 de agosto de 1975. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Relatório Final da 5ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, 05 a 08 de agosto de 1975. Brasília: Ministério da Saúde, 1975a.

\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Anais da 6ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, 01 a 05 de agosto de 1977. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, 24 a 28 de março de 1980. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, Brasília-DF, 13 a 17 de outubro de 1986. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a.



\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Ata da 65ª Reunião Ordinária. Brasília, DF, 1997. Disponível em <[conselho.saude.gov.br/atas/1997/ata65.doc](http://conselho.saude.gov.br/atas/1997/ata65.doc)>. Acessado em 01mar2013.

\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, 02 a 06 de setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, 15 a 19 de dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

COC. Casa de Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ. OBSERVATÓRIO HISTÓRIA E SAÚDE. Rede de Observatório em Recursos Humanos em Saúde do Brasil – ObservaRH. PROJETO: HISTÓRIA DA COOPERAÇÃO TÉCNICA EM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NO BRASIL. Acervo de Depoimentos Orais. Entrevista concedida por José Roberto Ferreira. FIOCRUZ, 2005.

CORCUFF, Philippe. *As novas sociologias: construções da realidade social*. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

CUETO, M. *The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care*. "Am J Public Health" 94 (11):1864-1874, 2004.

DRAIBE, S.M. *Estado de bem-estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea*. In: HOCHMAN, G. et al (Ed.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 27-64.

DONNANGELO, M.C.F. *A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70*. In: ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1983. p. 19-35.

EAD/ENSP/FIOCRUZ. *Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde*. Pagina publicada em 2006. Disponível em <<http://www.ead.fiocruz.br/curso/index.cfm?cursoid=608>> Acessado em 01mar2013.

SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 208 pp.

SCOREL, S. *História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária*. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008 p.385-434.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. *As origens da reforma sanitária do SUS*. In: LIMA, NT. *et al* (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005 p. 59-81.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. *História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista*. In: GIOVANELLA, L. *et al* (Ed.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 333-384.

FAUSTO M.C.R.; MATTA G.C. *Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas*. In: Morosini M.V.G.C.; Corbo A.D. (org.). *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FÁVERO, M.L.A. *A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968*. Educar, Curitiba, n. 28, p. 17-36. Editora UFPR, 2006.

FARIA R.; VIANA A.L.D. *Experiências inovadoras de capacitação de pessoal para Atenção Básica no Brasil: Balanço, limites e possibilidades dos Pólos*. In: Negri B, Faria R.; Viana A.L.D. *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. São Paulo: NEPP; 2002.

FERREIRA, J.R. Entrevista com José Roberto Ferreira, exclusiva para este estudo, realizada em 03 de outubro de 2012.

FEUERWERKER, L.C.M. *A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 92-103, mai/ago 2000.

FEUERWERKER, L.C.M.; COSTA, H.O.G.; BARBOSA, N.; KHALIL, M.E. *O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA*. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 92-103, mai/ago 2000.

FEUERWERKER, L.C.M. Entrevistas com Laura Camargo Macruz Feuerwerker, exclusivas para este estudo, realizadas em 29 de agosto e 08 de setembro de 2012.

FIORI, J.L. *Para uma economia política do Estado brasileiro*. In: FIORI, J. L. (Ed.). *Em busca do dissenso perdido. Ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado*. Rio de Janeiro: INsight editorial, 1995. p. 121-161.

FLEURY, S., *Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído*. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(3): 743-752, 2009.

FONSECA, C.D.; SEIXAS, P.H.D. *Agenda Nacional de Recursos Humanos em saúde: diretrizes prioridades*. In: Negri, Barjas; Faria, Regina; Viana, Ana Luiza D'Avila. *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: Unicamp, 2002. p.289-322

GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. 2ª. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GIL, C.R.R.; CERVEIRA, M.A.C.; TORRES, Z.F. *Recursos Humanos em Saúde. Pólos de capacitação em Saúde da Família: alternativas de desenvolvimento de recursos humanos para a atenção Básica*. In: Negri, Barjas; Faria, Regina; Viana, Ana Luiza D'Avila. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2002. p.103-125.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. *Atenção Primária à Saúde*. In: Giovanella, L. et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.575-625.

GONZÁLEZ, A.D. *Mudança na formação superior de profissionais de saúde: experiências de ativadores do Paraná*. (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. Paraná, 2008.

HALL, P.A.; TAYLOR, R.C.R. *As três versões do neo-institucionalismo*. Lua Nova: 193-223 p. 2003.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. *Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953*. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, dez. 2003.

INOJOSA, R.M. *Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional*. Rev Adm Pública, v. 32, n. 2, p. 14, 1998.

JAEGER, M.L. Entrevista com Maria Luiza Jaeger, exclusiva para este estudo, realizada em 06 de setembro de 2012.

JOUVAL Jr., H. *Encontros de Vida*. Divulgação em Saúde Para Debate. Rio de Janeiro, No. 28, p.40-52, 2003.

JOUVAL Jr., H. Entrevista com Henri Jouval Jr., exclusiva para este estudo, realizada em 23 de agosto de 2012.

KINGDON, J.W. *Agendas, alternatives, and public policies*. 2ª. New York: HarperCollins College, 1995.

KWITKO, M. *Nas brechas da crise: racionalizando a assistência médica previdenciária e fortalecendo o setor público – a construção do Plano CONASP*. Divulgação em Saúde Para Debate. Rio de Janeiro, Nº. 28, p.53-55, 2003.

LIMA, N.T.; SANTANA, J.P. (org). *Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006. Disponível em <[http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCO\\_25\\_ANOS/02%20Cap-apresenta.pdf](http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCO_25_ANOS/02%20Cap-apresenta.pdf)>. Acessado em 01mar2013.

LIMA, N.T. et al. *A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica*. In: LIMA, N. T. et al (Ed.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 27-58.

MACHADO, C.V. *Direito universal, política nacional: O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002*. (2005) 391f. (Doutorado) Instituto de Medicina Social/UERJ. Rio de Janeiro, 2005.

MACINKO J.; MONTENEGRO H.; NEBOT ADELL C.; ETIENNE C.; Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Rev Panam Salud Publica. 2007;21(2/3):73–84.

MARSIGLIA, R.G. *Relação Ensino/Serviços: Dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*. Ed. Hucitec. São Paulo, 1995.

MATTA, G.C. E MOROSINI, M.V.G. *Atenção primária à saúde*. Dicionário de Educação Profissional em Saúde - EPSJV/Fiocruz, 2009.

MATTOS, R.A. *O processo de construção conceitual do método CENDES-OPS*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.

MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos*. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ / IMS, 2001.

MATTOS, R.A. *Breves reflexões sobre os caminhos da pesquisa*. In MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.257-261. Online: disponível em [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps).

MELO, C.G. *A formação do médico generalista e a medicina previdenciária*. Saúde Deb, N.7/8 - abr/jun 1978.

MOROSINI, M.V. *Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agente comunitários em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

NUNES, T.C.M. *A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989*. (1998) 194f. (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ; 1998.

NUNES, T.C.M. Entrevista com Tânia Celeste Matos Nunes, exclusiva para este estudo, realizada em 05 de novembro de 2012.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde. *PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS*. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Americas. Documento Oficial No. 118. Washington, D.C., 1973.

OMS (Organização Mundial de Saúde). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR, 1978. Disponível em <[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)>. Acesso em 10/02/2013.

PAIM, J.S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J.S. *Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2009. v.33 n.81, p. 27-37.

PAIVA, C.H.A. *A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-70)*. COC/FIOCRUZ-OPAS/OMS, 2004.

PIRES-ALVES, F.A.; PAIVA, C.H.A.; SANTANA, J.P.; MEJÍA, D.V. *A cooperação técnica Opas-Brasil e o desenvolvimento de recursos humanos em saúde: trajetórias históricas e agendas contemporâneas*. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.68-77, mar., 2010.

QUADRA, A.A.F.; CORDEIRO, H.A. *Sistema Nacional de Saúde: antecedentes; tendências e barreiras*. R. Adm. públ., Rio de Janeiro, 11(3) 15-29, jul./set. 1977.

RADIS. *Graduação: é preciso mudar. Transformações dependem de políticas de Educação e de Saúde*. RADIS 5. Tema especial: Formação profissional. Dez/2002. P. 9-16. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/05>>. Acessado em 13 fev 2013.

REDE BRASIL ATUAL. *Na saúde, ditadura começou abertura ao setor privado*. Publicado em 30/03/2012.

Disponível em <<http://www.redebrasilatual.com.br/temas/cidadania/2012/03/na-saude-ditadura-comecou-abertura-ao-setor-privado>>. Acessado em 26 de dezembro de 2012

RIBEIRO, P.T. *A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil: 1975:1978*. (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro, 1991.

RODRIGUEZ NETO, E. *A Faculdade de Ciências da Saúde da UnB em busca de atualização de sua missão: um breve histórico crítico, à guisa de informação e reflexão, escrito para a comemoração dos 25 anos da formatura da primeira turma de 1970*. Divulgação em Saúde para Debate, nº28, p. 12-16. 2003.

RODRIGUEZ NETO, E. *Integração Docente-Assistencial em saúde*. Divulgação em Saúde para Debate, nº28, p. 29-32. 2003a.

RORTY, R. *Pragmatismo e Política*. Tradução de Paulo Ghiraldelli Jr. São Paulo: Martins, 2005.

ROTHEN, J.C.. *A universidade brasileira segundo o estatuto de 1931*. Documento escrito para o IV Congresso Brasileiro de História da Educação/Sociedade Brasileira de História da Educação (SBHE). Goiânia, Universidade Católica de Goiás: 2006. Disponível em <<http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe4/coordenadas/eixo06/Coordenada%>

[20por%20Jose%20Carlos%20Sousa%20Araujo/Jose%20Carlos%20Rothen%20-%20Texto.pdf>](#). Acessado em 01mar2013.

SANTANA, J.P. Entrevista com José Paranaguá de Santana, exclusiva para este estudo, realizada em 12 de setembro de 2012

SAVIANI, D. *História das idéias pedagógicas no Brasil*. 2ª. ed. Campinas: Autores Associados, 2008.

SEIXAS, P.H.D. Entrevista com Paulo Henrique D'Angelo Seixas, exclusiva para este estudo, realizada em 15 de novembro de 2012.

SILVA, S.M.; NETTO, M.B. *Reforma do estado e do ensino superior: flexibilização curricular e mundo do Trabalho*. Educ. e Filos., Uberlândia, v. 21, n. 42, p. 193-226, jul./dez. 2007. p.196.

SOUZA H.M.; SAMPAIO L.F.R. *Atenção básica: políticas, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil*. In: Negri B.; Faria R.; Viana A.L.D. (org.). Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Instituto de Economia/UNICAMP; 2002. p.9-32.

SPINK, M.J.; MENEGON, V.M. *A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos*. In: SPINK, M.J. (org). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. São Paulo, Cortez, 2004. P.63-92.

TEIXEIRA, A. *Ensino superior no Brasil: análise e interpretação de sua evolução até 1969*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getulio Vargas, 1989.

TEIXEIRA, M.; OLIVEIRA, R.G.; ARANTES, R.F. *Mudanças nas Políticas do Trabalho e da Educação em Saúde no Governo Lula*. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F; LIMA, L.D. (Org.). Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p.197-225.

USP - Editorial 'APRECIÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE' da Revista de Saúde Pública, São Paulo. 2(2):95-110, dez.1968.

VIEIRA, S.L.; FARIAS, I.M.S.D. *Política Educacional no Brasil: introdução histórica*. Brasília: Liber Livro Editora, 2007.

VIANA, A.L.D E SILVA, H.P. *Entrevista com José Francisco N. Paranaguá de Santana*. In: Negri, Barjas; Faria, Regina; Viana, Ana Luiza D'Avila. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2002. p. 289-32.

## **ANEXO 1 - Relação dos entrevistados e inserção institucional que nos fez buscá-los para contribuir para a pesquisa**

**Francisco Eduardo Campos** – Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS), de jul'2005 a 2010.

**Henri Jouval Jr.** – Quadro executivo do INAMPS/MPAS na década de 1980: Diretor do Departamento de Planejamento de Saúde de out'1982 a mar'1983; Secretário de Planejamento de mar'1983 a mar'1985; Presidente de mar-mai'1985; e Secretário de Medicina Social de jun'1985 a mar'1986.

**José Paranaguá de Santana** – Consultor de recursos humanos em saúde da OPAS/Brasil, na equipe do PPREPS, de 1979 a 1985. Diretor de Modernização Administrativa e Desenvolvimento de Recursos Humanos do INAMPS/MPAS, de 1985 até 1988.

**José Roberto Ferreira** – Diretor de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS, em Washington, de 1974 até 1995. Personagem importante na cooperação técnica para desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde estabelecida na década de 1970 entre a Opas e o governo brasileiro.

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** – Coordenadora Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS) de 2003 a jul'2005. Membro atuante da Rede Unida.

**Maria Luiza Jaeger** – Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS), de 2003 a jul'2005.

**Paulo Henrique D'Angelo Seixas** – Diretor da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos, da Secretaria de Políticas de Saúde/MS, nos anos de 2001 e 2002.

**Ricardo Burg Ceccim** – Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), de 2003 a jul'2005.

**Tânia Celeste Matos Nunes** – Secretária de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, de 1986 a 1988. Vice-presidente de Ensino e Recursos Humanos da Fiocruz, de 2001 a 2004.

**Felipe Proenço\*** – Diretor adjunto do DEGES/SGTES/MS em setembro de 2012 - atual governo da Presidente Dilma Rouseff.

**Luiz Odorico Monteiro de Andrade\*** – Membro atuante do movimento de reforma sanitária brasileira e atual Secretário de Gestão Participativa (SGEP/MS).

\* Entrevistas realizadas em função do senso de oportunidade da pesquisadora, que decidiu ouvi-los quando os encontrou na Oficina Rede Unida de setembro de 2012, na qual se discutia a agenda estratégica da instituição na gestão 2012-2014.

## ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “A articulação entre os setores educação e saúde no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais da saúde”, desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. (ENSP/FIOCRUZ), cujo objetivo é analisar a articulação entre estes dois setores no processo de formulação destas políticas, no período de 1990 a 2010.

Sua colaboração nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista e sua participação trará uma imensa contribuição para o bom desenvolvimento do estudo. Porém, não é obrigatória. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos a você ou aos pesquisadores.

Você foi selecionado para participar em função da sua atuação em processos de formulação de políticas públicas. Por este motivo, queremos poder expressar no trabalho o seu nome, a sua função e a instituição a qual está/estava vinculado. Se utilizarmos alguma citação da sua entrevista, gostaríamos de poder identificá-lo com algum ou todos os dados acima mencionados.

No entanto, abaixo você poderá escolher se deseja ou não manter o anonimato. Caso queira manter o anonimato, não divulgaremos seus dados. Processaremos e analisaremos as informações obtidas por meio da entrevista em conjunto com os outros dados levantados, sem permitir identificações a partir das citações de sua entrevista. Neste caso, seus dados pessoais são sigilosos e não serão divulgados de forma nenhuma.

A entrevista será gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Os dados serão analisados e posteriormente utilizados para fins acadêmicos e científicos, e poderão ser publicados em revistas especializadas. Destacamos, contudo, que os resultados da análise são de inteira responsabilidade dos pesquisadores.

**Desejo manter o anonimato?      ( ) Sim      ( ) Não**

Você receberá uma cópia deste termo onde constam os dados da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP para que possa tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

\_\_\_\_\_  
Mônica de Rezende  
Pesquisadora - ENSP/FIOCRUZ  
E-mail: monica.rezende@ensp.fiocruz.br  
Tels: (21) 2556-3876 / (21) 8780-5907

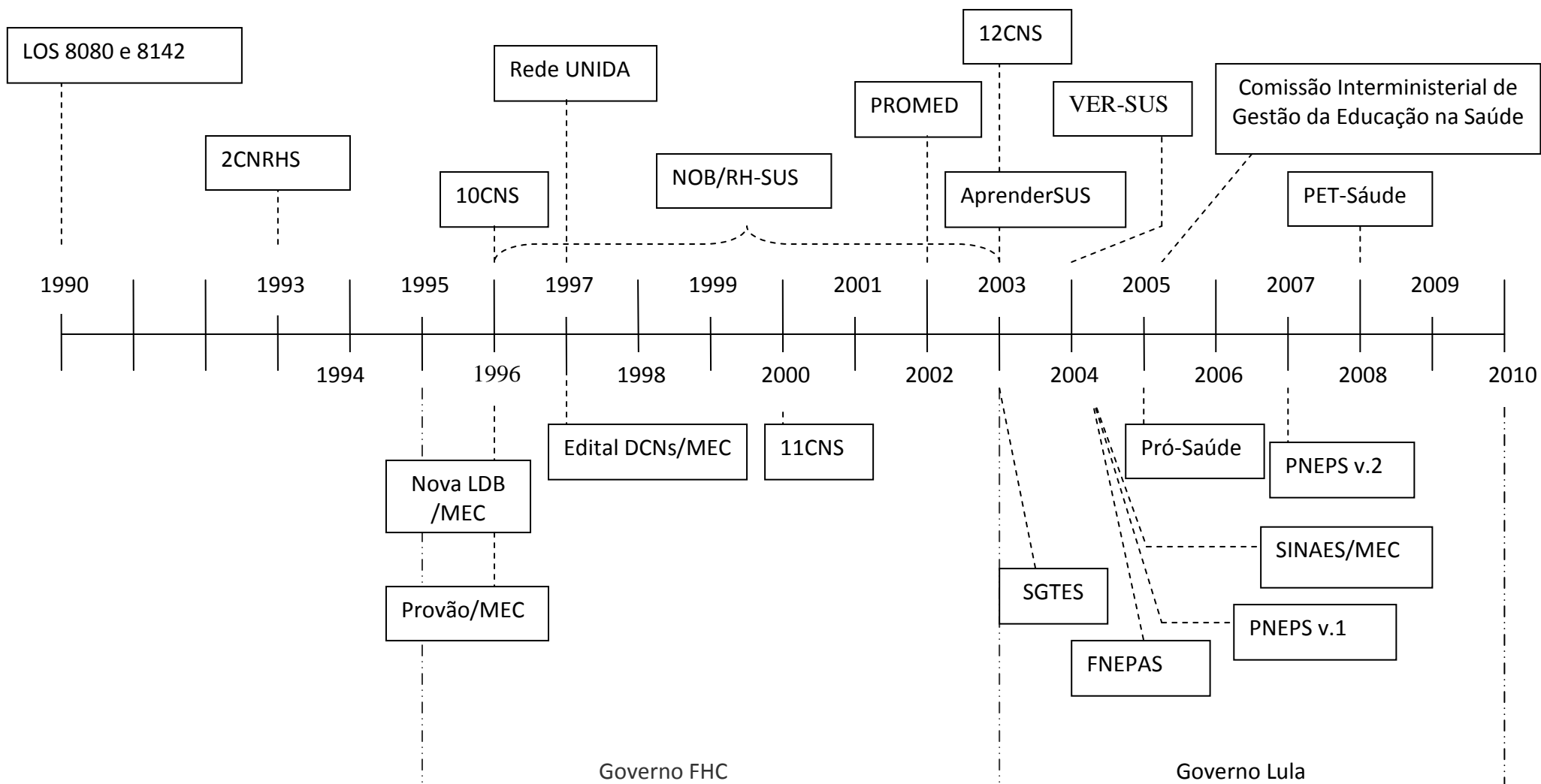
\_\_\_\_\_  
Nome completo

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2012

**Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ.** Av. Leopoldo Bulhões, 1480 – térreo. Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 21041-210. Tel e Fax: (0XX) 21- 25982863. E-mail : [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br). Site: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>



### ANEXO 3 – Linha do Tempo



#### ANEXO 4 - Listagem de expositores da 4CNS e os assuntos abordados

Exposição	Expositor	Instituição
Sessão inaugural	Leonel Miranda	Ministério da Saúde (Ministro)
Simpósio Internacional (Presidente).	Rubens Maciel	Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Simpósio Internacional – Política e realizações da OPAS e da OMS nas Américas.	Abraham Horwitz	Repartição sanitária Pan-Americana
Simpósio Internacional – Educação e treinamento de pessoal para as atividades de saúde.	Ernani Braga	Divisão de Educação e Treinamento da OMS (Chefe)
Simpósio Internacional – Atención médica de La población dispersa: experiencia de Venezuela.	Carlos Luiz Gonzalez	Associação Venezuelana de Escolas Médicas (Secretário Executivo)
Simpósio Internacional – Estudio de recursos humanos em Colômbia.	Raul Paredes Manrique	Divisão de Educação, Planejamento e Desenvolvimento (desarrollo) da Associação Colombiana de faculdades Médicas (Chefe).
Tema Central: Recursos humanos para as atividades de saúde.	Raymundo Moniz de Aragão	Universidade Federal do Rio de Janeiro (Reitor)
Tópico 1: O profissional de saúde que o Brasil necessita.	Achilles Scorzelli Jr	Departamento Nacional de Saúde (Diretor Geral)
Tópico 2: Pessoal de nível médio e auxiliar.	Sávio Antunes	Departamento de Ensino da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (Chefe)
Tópico 3: Responsabilidade do Ministério da Saúde na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e do pessoal de nível médio e auxiliar.	Edmar Terra Blois	Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (Presidente)
Tópico 4: Responsabilidade das universidades e escolas superiores no desenvolvimento de uma política de saúde.	Roberto Santos	Universidade Federal da Bahia (Reitor)
Mesa Redonda 1: O saneamento básico como fator de desenvolvimento econômico-social.	José M. de Azevedo Neto	Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Professor)
Mesa Redonda 2: Planejamento da saúde e importância da estatística	Carlyle Guerra de Macedo	Secretaria de Saúde do Piauí (Secretário)

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde, 1967.

## ANEXO 5 – Conteúdo da 7CNS relacionado à formação de recursos humanos

Em relação à formação dos recursos humanos para a saúde, a 7CNS contou com um Painel denominado “Recursos humanos para os serviços básicos de saúde”, composto por quatro exposições e um debate em plenário. Contou, ainda, com a Conferência “Educação e Saúde: por uma participação solidária na promoção social”, realizada pelo então Ministro da Educação e Cultura, Eduardo de Mattos Portella (CNS, 1980). Exposições:

- (1) “Ação integrada Ministério da Saúde/Secretarias de Saúde [estaduais] na capacitação de recursos humanos para os serviços básicos” (Lia Celi Fanuck, da Secretaria de Recursos humanos/MS);
- (2) “O INAMPS na formação de recursos humanos para os serviços básicos de saúde” (Harri Graeff – Presidente do INAMPS);
- (3) “Recursos humanos de Enfermagem e serviços básicos de saúde” (Lygia Paim – Professora de Enfermagem/UFRJ); e
- (4) “O médico e os serviços básicos de saúde” (João Carlos Serra e Guido Palmeira – Sindicato dos médicos/RJ).

Os principais pontos abordados em relação à problemática da formação na Conferência, foram organizados e dispostos no Quadro 4.

### Quadro 4: Principais pontos abordados na 7CNS em relação à política de recursos humanos em saúde.

Tema	Questão
Ensino superior	✓ Atitude ativa dos estudantes em promover, participar e avaliar programas de saúde com mobilização comunitária como fator facilitador para implantação dos serviços básicos de saúde.
Nível técnico e auxiliar	✓ Pessoal auxiliar: preparação adequada para atuar integrados às comunidades; com apropriados esquemas de apoio e supervisão; ✓ Reconhecimento efetivo e concreto, na prática, do papel desempenhado por esses profissionais, aumentando sua credibilidade junto às populações usuárias dos serviços de saúde ✓ Treinamento no nível dos regionais, utilizando os mecanismos de legalização já existentes no setor educacional
Currículos	✓ Crítica ao currículo: dissociação entre ensino e trabalho; ✓ Prever o treinamento em instituições de saúde de níveis primário, secundário e terciário, para além dos hospitais universitários, de acordo com as necessidades prevalentes na saúde da população;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Necessidade de revisão dos currículos dos profissionais da saúde em geral e dos médicos, em particular;</li> <li>✓ Evitar a fragmentação do curso médico por disciplinas e o treinamento em especialidades e subespecialidades;</li> <li>✓ Direcionar a organização curricular para o treinamento nas grandes áreas (clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia e cirurgia), com a medicina preventiva integrada e participando ativamente das áreas supracitadas;</li> <li>✓ Serviços básicos como principais conteúdos na formação proporcionada pelas faculdades de saúde;</li> <li>✓ Revisão da relação entre docentes e discentes e dos modos de aprendizagem.</li> </ul>
Integração ensino-serviço	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Caráter permanente da educação: formação articulada com a prática;</li> <li>✓ Vínculo entre a escola e a estrutura de atenção à saúde;</li> <li>✓ Necessidade de se definir uma área de integração docente-assistencial e delegar responsabilidades na integração dos serviços com o aparelho formador</li> <li>✓ Projetos de integração docente-assistencial na graduação, desde os primeiros períodos escolares;</li> <li>✓ Maior contato do aluno com a comunidade onde a escola se insere, para conhecer suas condições sócio-econômicas, seu estilo de vida, sua demanda por cuidados e características epidemiológicas</li> <li>✓ Hospitais universitários como referencia do sistema regional de cuidados primários, propiciando, além dos serviços, aprendizado nos diversos níveis;</li> <li>✓ Supervisão como uma constante pedagógica, também dirigida ao supervisor.</li> </ul>
Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Necessidade de redefinições na política de formação de recursos humanos;</li> <li>✓ Planejamento da formação dos profissionais com o propósito de encontrar soluções para os problemas de saúde;</li> <li>✓ Necessidade de definir o perfil do profissional em virtude da ênfase nos serviços básicos;</li> <li>✓ Necessidade de recursos humanos qualificados para pesquisas operacionais de saúde a fim de estudar modalidades de atenção;</li> <li>✓ Atribuir aos hospitais universitários papel fundamental em apoio aos cuidados primários;</li> <li>✓ Falta de escalonamento de prioridades na formação e na prática das atividades como fator limitante para a plena implantação dos serviços básicos de saúde.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados contidos no Relatório Final da 7CNS.

**ANEXO 6 – Temas abordados nos Cadernos RH Saúde (vol.3, mar. 2006)**

<b>Gestão do Trabalho</b>	<b>Gestão da Educação</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Introdução: Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate;</li><li>2. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária;</li><li>3. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: teoria para a prática;</li><li>4. Gestão do Trabalho no SUS;</li><li>5. Gestão do Trabalho em Saúde na Amazônia Legal;</li><li>6. Regulação do Trabalho em Saúde;</li><li>7. A Mesa de Negociação como Instrumento para a Gestão do Trabalho no SUS;</li><li>8. Situação dos planos de carreiras das secretarias estaduais e municipais de saúde;</li><li>9. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS;</li><li>10. Estudo sobre formas contratuais dos agentes comunitários de saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Os Desafios atuais para a Educação Permanente no SUS;</li><li>2. Políticas de Formação de Pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas;</li><li>3. As Escolas Técnicas do SUS: uma abordagem histórica;</li><li>4. Avaliação Formativa aplicada à Certificação Profissional: uma proposta em construção;</li><li>5. A Formação Médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos Sistemas de Saúde;</li><li>6. A Expansão da Atenção Básica nas grandes cidades e a Especialização em Saúde da Família como estratégia para sua viabilidade;</li><li>7. Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário.</li></ol>