



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE
SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE



**Célia Maria Borges da Silva Santana
Liliane Carvalho Costa
Vilma Ramos de Cerqueira**

**Estudo dos Princípios da Educação
Permanente e do Projeto da Reforma
Sanitária na Formulação da Educação
Permanente em Saúde**

RECIFE
2008

CÉLIA MARIA BORGES DA SILVA SANTANA

LILIANE CARVALHO COSTA

VILMA RAMOS CERQUEIRA

**Estudo dos Princípios da Educação Permanente e do
Projeto da Reforma Sanitária na Formulação da Educação
Permanente em Saúde**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação lato sensu em nível de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof^o Itamar Lages.

Recife

2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S232e Santana, Célia Maria Borges da Silva.

Estudo dos princípios da educação permanente e do projeto da reforma sanitária na formulação da educação permanente em saúde/ Célia Maria Borges da Silva Santana, Liliane Carvalho Costa, Vilma Ramos Cerqueira. — Recife: C. M. B. S. Santana, 2008.
xx f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Itamar Lages.

1. Educação em saúde. 2. Política de saúde. 3. Capacitação em Serviço. 4. Pessoal de saúde. I. Lages, Itamar. II. Título.

CDU 37: 61

CÉLIA MARIA BORGES DA SILVA SANTANA

LILIANE CARVALHO COSTA

VILMA RAMOS CERQUEIRA

**Estudo dos Princípios da Educação Permanente e do
Projeto da Reforma Sanitária na Formulação da Educação
Permanente em Saúde**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em : ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Mestre Itamar Lages

Faculdade Nossa Senhora das Graças/Universidade de Pernambuco

Debatedora: Mestre Bernadete Perez

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

AGRADECIMENTOS

- A Deus pela presença constante em nossas vidas e certeza do amor que dedica a cada uma de nós;
- Aos nossos familiares, **em especial marido e filhos** pelo afeto, carinho e paciência com que suportaram nossas ausências e por estarem sempre disponíveis, ouvindo e acolhendo nossas inquietações;
- Aos amigos (as), colegas e companheiros (as) do Distrito Sanitário III, 1ª Gerência Regional de Saúde e Diretoria Geral de Gestão do Trabalho pela força, paciência e solidariedade;
- A nossa debatedora Bernadete Perez pela sensibilidade, disponibilidade e contribuições ao nosso trabalho;
- Ao nosso **grande** amigo, companheiro, orientador e eterno Professor Itamar Lages pela sabedoria, paciência, generosidade e respeito às nossas inseguranças e limitações. E por ter nos guiado ao caminho das inquietações e descobertas do conhecimento, e também nos fazer compreender da incompletude do ser humano.

"A educação tem caráter permanente. Não há seres educados e não educados.
Estamos todos nos educando".

Paulo Freire

RESUMO

O SUS é o sistema formulado pelo Movimento da Reforma Sanitária na VIII CNS realizada em 1986, que se tornou, com a promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), a Política de Saúde do Estado brasileiro, e como tal, um elemento de legitimação da democracia burguesa (STOTZ, 2003). Em termos legais e normativos o SUS comporta simultaneamente orientações do Projeto da Reforma Sanitária - PRS e do Projeto Neoliberal em Saúde (PNS) (MENDES, 1995, 2001). Entretanto, mesmo com essas ambigüidades o SUS se constitui o lugar de permanente possibilidade de realização e fortalecimento dos princípios do PRS, ou seja, dos interesses públicos, contra os interesses mercantilistas do PNS. Dentre os princípios do Projeto da Reforma Sanitária destacamos o de *capacitação e reciclagem permanentes para os trabalhadores do SUS* como marco referencial para a recomendação do Estado assegurar uma Política de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores do SUS. A formulação da atual Política de Educação Permanente em Saúde – EPS foi consolidada dentro de uma conjuntura de vitórias do PNS, porém nesta conjuntura as vitórias do PNS foram arrefecidas a partir de 2003 com a inflexão do processo neoliberal. Esse acontecimento terminou por se constituir no condicionante geral de formulação da EPS, visto que, esta enquanto constituinte do SUS, e este pela necessidade de investimentos, financeiros e tecnológicos, precisava de uma ação política de governo favorável ao desenvolvimento das Políticas Sociais, dentre as quais, a de Saúde. Foi possível demonstrar neste estudo por meio da abordagem discursiva utilizada, o argumento de que a EPS é uma formulação na qual se encontram os dizeres - o interdiscurso - do PRS e da EP, propiciados por quatro condicionantes: Condicionante específico I. O desdobramento do relatório final da VIII CNS no aporte jurídico do SUS. Condicionante específico II. A ação institucional do Ministério da Saúde no período de 2003 a 2005. Condicionante específico III. Abertura à operacionalização do princípio de capacitação e reciclagem permanentes do PRS, sendo um geral e três específicos, dispostos em uma mesma conjuntura.

Palavras-chaves: Educação em saúde. Política de saúde. Capacitação em Serviço. Pessoal de saúde.

ABSTRACT

The SUS is a system formulated by the Health Care Reform activity in the VII CNS in 1986, which became, with the promulgation of the 1988's Constitution (BRASIL, 1988), the Health Politician of Brazilian State, and as such, a legislation element of the bourgeois democracy (STOTZ, 2003). In legal and prescriptive terms the SUS contains both of the Health Care Reform Project (Projeto da Reforma Sanitária – PRS) and the Project Neoliberal in Health (Projeto Neoliberal em Saúde – PNS) (MENDES, 1995, 2001). However, even with these ambiguities of the SUS consisting of a place with permanent possibility of realization and strengthening of the PNS's principles, in other words, public interests, against PNS's mercenary interests. Among the principles of the Health Care Reform Project can be highlighted the *capacitating and the permanent recycling for the workers of the SUS* as a landmark reference to the State recommendation secure a Development and Training Politician of SUS's workers. The formulation of the Permanent Education Politician in Health (Política de Educação Permanente em Saúde – EPS) was consolidated in a victory situation of the PNS, but in this situation the PNS's victories stated to go down in 2003 with an inflexibility of the neoliberal process. This knowledge ended its construction in the general conditioner of EPS's formulation, as commented it is a part of SUS, and all SUS's technologies and financial necessities needed a political government action, interested in Social Politics, among them, Health Politics. It was possible to demonstrate in this study using an approach speaking, the argument that the EPS is a formulation that can be found the saying - Interdicted - of PRS and EP, favorable to four conditioners: Specific Conditioner I. The ramification of the VII CNS's final report in the SUS's juridical docking. Specific conditioner II. The Institutional Ministry of Health actions between 2003 and 2005. Specific conditioner III. Liberalization for the operational principle of PRS's capacitating and permanent recycling, it is about three specifics, arranged in the same situation.

Key Word. Health in education. Health of politics. Service in capacitate. Health of personal.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Análise de Discurso
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
MMAF	Modelo Médico-Assistencial Privatista
MS	Ministério da Saúde
MSC	Movimento Sanitarista-Campanhista
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PEPS	Pólos de Educação Permanente em Saúde
PNS	Projeto Neoliberal da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRS	Projeto da Reforma Sanitária
SGETES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência, e a Cultura.
VIII CNS	VIII Conferência Nacional de Saúde
EC 29	Emenda Constitucional 29
MOPS	Movimento Popular de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Percurso de construção do problema.....	10
1.2 Problematização	16
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo geral.....	22
2.2 Objetivos específicos.....	22
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA, PROCEDIMENTOS E PLANO DE TRABALHO.....	23
4 INTRODUZINDO A INTERPRETAÇÃO.....	28
5 A CONJUNTURA DE DISPUTA ENTRE O PRS E O PNS PELA HEGEMONIA DO SUS.....	29
5.1 Condicionante geral. Uma inflexão do processo neoliberal no período de 2003 a 2005	33
5.2 Condicionante específico I. O desdobramento do relatório final da VIII CNS no aporte jurídico do SUS.	34
5.3 Condicionante específico II. A ação institucional do Ministério da Saúde no período de 2003 a 2005.....	36
5.4 Condicionante específico III. Abertura à operacionalização do princípio de capacitação e reciclagem permanentes do PRS.....	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE A - Banner	49

1 INTRODUÇÃO

1.1 Percurso de construção do problema

No processo de elaboração deste estudo foi possível aprender com Gadotti (1987) que a inquietação e os interesses dos pesquisadores são os motores da problematização. Neste caso, a inquietação se formou com o seguinte questionamento: será que o termo Educação Permanente em Saúde se constitui em uma paráfrase do princípio do Projeto da Reforma Sanitária brasileira (PRS) de *capacitação e reciclagem permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS)* (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986) ou deriva de uma proposta pedagógica chamada Educação Permanente?

O questionamento estava precedido do conhecimento de que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é o arcabouço central da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e que esta é a estratégia do SUS “[...] para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores [...]” (BRASIL, 2004, p. 44). Acrescente-se que neste estudo a EPS é tratada como algo que contém a PNEPS, é por conta desse entendimento que o material de análise inclui as duas portarias da política específica de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS e os textos referidos entre os parênteses (BRASIL, 2004; CECCIM, 2004, 2005a, 2005b; CECCIM; FEURWERKWER, 2004; BRASIL, 2007).

Contudo, esse conhecimento não bastou, visto que se quis conhecer os motivos para a adjetivação da Educação, o porquê do uso indiscriminado dos termos *Educação Permanente em Saúde* e *Educação Permanente*, e, repetindo a pergunta acima apresentada, se o complemento *em Saúde* procede de alguma idéia pedagógica. Para demonstrar o motivo da inquietação apresentam-se três seleções de textos constitutivos do material de análise:

[...] a **Educação Permanente** é o conceito pedagógico, no setor saúde, para efetuar relações orgânicas entre o ensino e as ações e serviços e entre a docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2004, p. 43, grifo nosso);

[...] a **Educação Permanente em Saúde** realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004, p. 43, grifo nosso);

Faço a escolha pela designação **Educação Permanente em Saúde** e não apenas **Educação Permanente** porque, como vertente pedagógica, esta formulação ganhou o estatuto de política pública apenas na área da saúde (CECCIM, 2004, p. 161, grifo nosso).

Observe-se que apenas o terceiro trecho selecionado faz uma diferenciação entre os termos *Educação Permanente em Saúde* e *Educação Permanente*. Entretanto, como se procedeu com uma investigação intensa, se pode afirmar que essa diferenciação aparece apenas no recorte apresentado. E mais: em nenhum dos textos analisados foi encontrado uma justificativa para o termo *Permanente* qualificando Educação, e nem referência sobre uma idéia pedagógica com o nome do qual a EPS seria uma derivante, ou teria apenas se inspirado quanto à denominação.

A inquietação aumentou porque, de acordo com a abordagem metodológica da Análise de Discurso que foi utilizada (PÊCHEUX, 1997), não foi possível considerar a expressão *Educação Permanente em Saúde* como uma paráfrase do dizer “capacitação e reciclagem permanentes” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p.17), visto que as palavras *capacitação* e *reciclagem* no contexto do discurso do PRS foram interpretadas neste estudo como formulações produzidas no sentido de orientar o Estado para organizar o SUS criando condições para que o trabalhador dos serviços desse sistema pudessem estar sempre revisitando os conhecimentos adquiridos, e assim, cada vez mais hábeis no manejo de tecnologias. Entende-se a reciclagem como uma contínua visita aos conhecimentos já obtidos para o aprimoramento das competências necessárias à melhoria da qualidade do trabalho em saúde. Capacitação e reciclagem permanentes exigem, mas, diferem radicalmente da Educação. Por outro lado, o estudo do material analisado produziu o efeito de que a EPS é a maneira com a qual o Estado pode assegurar a capacitação e reciclagem permanentes dos trabalhadores do SUS. Acrescente-se, no entanto, que a EPS reafirma o caráter de continuidade ressaltado no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE 1986; BRASIL, 2004). Vê-se então, como a EPS é ampla e como tal merece ser problematizada a partir do discurso do PRS.

Uma das perguntas constitutivas da inquietação, entretanto, não havia sido respondida: aquela que buscava saber da ocorrência de uma possível proposta pedagógica chamada Educação Permanente da qual a EPS poderia ser uma vertente. Decidiu-se continuar a investigação e melhorar o questionamento: em algum momento da história da Educação, foi elaborada uma proposta chamada Educação Permanente? Considerando a possibilidade de a pergunta ser positivamente respondida, essa proposta teria exercido influências sobre a EPS? De que tipo? Essas influências se contrapunham ou reforçavam os princípios defendidos pelo PRS para o SUS?

As buscas foram bem sucedidas com o achado do estudo de Gadotti (1987) a partir do qual foi possível tomar conhecimento do livro de Schwartz (1976) que trata da Educação Permanente (EP) enquanto proposta que surgiu e se desenvolveu principalmente na Europa dos anos sessenta sob os auspícios dos organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência, e a Cultura (UNESCO), a Fundação Européia de Cultura, e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Destacam-se a UNESCO que criou a Comissão Internacional sobre o Desenvolvimento da Educação que estimulou a propagação e o fortalecimento da EP, e a Fundação Européia de Cultura por ter sido responsável pelo Plano Europa 2000, no qual o relatório de Schwartz (1976) foi inserido.

Como dito anteriormente, o processo de investigação propiciou o conhecimento de que a EPS foi influenciada pelo PRS quanto aos princípios da *capacitação e reciclagem permanente dos trabalhadores, participação social e regionalização*. Esse foi um achado que exigiu pouco esforço, pois foram encontradas em todo o material de análise da EPS, diversas expressões – fragmentos discursivos – desenvolvidas no mesmo sentido do discurso do Projeto do Movimento da Reforma Sanitária. Foi possível ainda desvelar que a EPS foi influenciada pela EP no tocante às diretrizes de *organização de um sistema de ensino aberto* e marcado pela *co-gestão* nos mesmos textos submetidos à apreciação interpretativa (BRASIL, 2004; CECCIM, 2004, 2005a, 2005b; CECCIM; FEURWERKWER, 2004; BRASIL, 2007). Em suma: foram encontradas as respostas para as três perguntas. A primeira: a denominação *Educação Permanente em Saúde* busca atender ao princípio do PRS de capacitação e reciclagem permanente

para os trabalhadores do SUS. A segunda: existiu um sistema de ensino chamado Educação Permanente. A terceira: dois dos seus valores – *a construção de um sistema aberto de ensino e a co-gestão* – influenciam a EPS de um modo que reforça a contribuição desta ao fortalecimento do processo de participação social, descentralização e regionalização do SUS, postulada pelo PRS.

Contudo, o processo investigativo trouxe um achado que não havia sido demandado pelas questões anteriormente apresentadas: foi possível aprender com Gadotti (1987) e Freire (1987-a), e também com o estudo do livro de Schwartz (1976) que a EP é uma proposta pedagógica de caráter ideológico, interessada em adaptar o homem às mudanças tecnológicas do mundo do trabalho, e assim colocá-lo a serviço da economia defendida pelos grupos sociais da classe dominante. E mais: a EP não se pronuncia sobre as desigualdades sociais, e ainda assim inclui no seu sistema de valores a igualdade de oportunidades. Essas características revelam que a EP toma como pressuposto filosófico a Educação como redenção da sociedade, e que a sua concepção de ensino reúne elementos da pedagogia liberal.

O quarto achado causou preocupação, pois não é preciso muito esforço para entender que o fortalecimento do modelo assistencial do SUS pelos princípios do PRS, quando trabalhados pela prática de ensino, exige uma pedagogia progressista que se fundamente no pressuposto filosófico da educação como transformação da sociedade (LUCKESI, 1994). Frente a esse achado – o quarto – a investigação foi retomada, e se pôde constatar que a perspectiva ideológica da EP não influenciou a EPS. Esta, aliás, apresenta como um dos conjuntos de suas referências os princípios e/ou diretrizes desencadeados por Paulo Freire desde a Educação e Conscientização/Educação como Prática da Liberdade/Educação e Mudança, passando pela Pedagogia da Autonomia e Pedagogia da Indignação (CECCIM, 2005-a, p.162).

E, como é amplamente conhecida, a obra de Paulo Freire se orienta pelo pressuposto filosófico da educação enquanto transformação da sociedade e se compromete com a pedagogia progressista (FREIRE, 1979, 1987-a, 1987-b), sendo assim importante para o fortalecimento do SUS pelos princípios do PRS. Por outro lado, sabe-se também que as características aludidas da obra do educador pernambucano se desenvolvem no sentido oposto ao que é seguido pela EP.

O quarto achado não resolveu a inquietação que continuou a estimular o trabalho investigativo até alcançar o seguinte entendimento: está posto à EPS, desde a sua instituição o desafio de fortalecer algumas de suas estratégias com os valores da EP; isso exige uma leitura crítica da proposta europeia tanto do que está evidente quanto do que está oculto para não incorrer no problema de se deixar influenciar por sua ideologia e colocar no esquecimento o caráter político contra-ideológico do PRS, fragilizando-o nos confrontos contra o Projeto Neoliberal da Saúde (PNS) pela hegemonia do SUS. Essa possibilidade é concreta, principalmente neste momento que se dá muita ênfase às metodologias ativas em detrimento da reflexão filosófica sobre a educação.

Ressalte-se que o PRS mantém o interesse pelo SUS mesmo sabendo de sua condição de Política do Estado brasileiro, e como tal, legitimadora da democracia da classe dominante e discursivamente influenciada pela ideologia liberal disseminada nos conhecimentos científicos e nas produções técnicas. Por outro lado, é importante sempre reafirmar que o SUS foi produzido em grande parte pelo discurso do PRS (MENDES, 1995; MERHY, 1997; CAMPOS, 1997; STOTZ, 2003).

Quando esse entendimento foi alcançado, a angústia se deslocou para o questionamento sobre o porquê a EPS não fez nenhuma referência explícita a EP, como o fez com relação ao discurso do PRS. Com esse entendimento a inquietação foi renovada e o questionamento re-elaborado, visto que a existência da EP agora era sabida, bem como sua característica de proposta pedagógica ideológica, assim como a sua influência sobre a EPS dada a valorização do *sistema de ensino aberto e administrado pelo modelo de co-gestão*.

Antes, de apresentar o questionamento, faz-se o esclarecimento de que, a inquietação mobilizadora da problematização deste estudo nunca esteve voltada à rejeição da EPS, visto que a reconhece como uma estratégia capaz de incrementar o desenvolvimento do SUS, devido ao seu propósito de construir, a partir do Ministério da Saúde um sistema (subsistema) de ensino integrado com o Ministério da Educação para oferecer condições à formação e ao desenvolvimento do trabalho por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007). Um trecho, ou melhor, um fragmento discursivo selecionado, informa nesse sentido que:

[...] em nosso país, o setor saúde vem sendo submetido a um significativo processo de reforma de Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do Movimento de Reforma Sanitária, bem como para concretização do SUS [...] é preciso então transformar os processos formativos das práticas pedagógicas e de saúde e a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras [...] uma proposta de ação estratégica que contribua para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas [...] implicando num trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras (CECCIM, 2004, p.44).

O reconhecimento acerca da importância da EPS segundo os princípios do PRS inclui, por um lado, o entendimento de que as influências da EP sobre a EPS incrementam qualidade ao SUS, e por outro chama a atenção para uma abertura intencional e crítica aos aportes da proposta européia. Com isso este estudo defende que a EPS esteja voltada para a

[...] repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, aproximando-a dos desafios atuais do SUS; a Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito. (BRASIL, 2006, p.2).

Observe-se que a chamada à repolitização só é pertinente porque se reconhece uma situação indesejada de despolitização que incrementa fragilidade ao SUS, o qual, desde a sua criação em 1988, tem sido constantemente atacado pelos setores liberais para satisfazer seus interesses econômicos. Esses ataques e as vitórias desses grupos (algumas das quais trataremos mais à diante) acontecem mesmo com o SUS estando sob o amparo da Constituição Federal de 1988, das duas leis orgânicas e das normas pactuadas por gestores das três instâncias de governo, e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, CONSTITUIÇÃO 1988; BRASIL, LEI Nº 8080, 1990; BRASIL, LEI Nº 8142, 1990; BRASIL, PORTARIA Nº 399, 2006; BRASIL, PORTARIA Nº 648, 2006; BRASIL, PORTARIA Nº 687 2006).

A reflexão decorrente dos achados e da ausência de menção da EPS à EP, considerou por um lado que a EPS tem o desafio de oportunizar algumas influências da EP sem se deixar afetar pelas suas crenças e valores, ou melhor, pela sua ideologia de educação para amoldamento à realidade social, e por outro, a possibilidade de acrescentar explicitamente em seu *corpus* os argumentos de filiação ao pressuposto filosófico da educação como transformação da sociedade,

pois este pode fortalecer os princípios e diretrizes do PRS que se fundamentam no pressuposto contra-ideológico de crítica à produção econômica de cunho liberal, que resulta nas desigualdades no acesso ao cuidado e no processo de adoecimento e morte (BRASIL, CONFERÊNCIA 1986).

Essa reflexão foi propiciada pelo arsenal metodológico da Análise de Discurso e outros aportes teóricos que possibilitaram a aquisição dos quatro achados e da reflexão sobre o desafio e a possibilidade que se apresentam à EPS. Além disso, contribuíram com a racionalização da inquietação e do interesse, oferecendo condições de reelaborar mais uma vez o questionamento, apresentando-o agora com as seguintes perguntas-condutoras: que condicionantes favoreceram a presença dos princípios e diretrizes da EP e do PRS na formulação da EPS? Quais as características desses condicionantes? Esses condicionantes foram produzidos em que conjuntura? Que desafios e possibilidades de êxito estão postos nesse processo interdiscursivo?

Ao apresentar o questionamento considerou-se que a aparição dos princípios e diretrizes da EP e do PRS na formulação da EPS decorreu de quatro condicionantes formados na conjuntura de disputa entre o PRS e o PNS pela hegemonia do SUS.

1.2 Problematização

A angústia não foi aplacada com a formulação das perguntas-condutoras. O incômodo pela ausência de qualquer tipo de referência ou mesmo de uma simples menção a EP no material da EPS que foi submetido à análise, continuou.

Por que esse silêncio da EPS? De acordo com o estudo desenvolvido no campo da Análise de Discurso por Orlandi (1997) se pode entender o silêncio como uma condição política que interessa tanto aos que detém o comando, quanto aos subalternos. Os primeiros silenciam para impor suas crenças e valores, princípios e diretrizes aos subordinados, e estes para atacar aqueles.

De acordo com as lições aprendidas com Carnoy (1988) sobre o sistema filosófico de Gramsci (1970), se pode dizer que o silêncio dos dominantes se desenvolve no sentido da hegemonia, ou melhor, do predomínio ideológico; os que resistem, por seu turno, se movimentam no sentido contra-hegemônico, e, portanto, contra-ideológico. Aprendeu-se ainda que ideologia e contra-ideologia são constituídas por crenças e valores, princípios e diretrizes.

O aprendizado obtido com Orlandi (1997) e três considerações resultantes da reflexão desencadeada no processo investigativo propiciaram o entendimento de que o silêncio da EPS não condiz com nenhum dos dois tipos de silêncio apresentados. E mais: a EPS não precisava deixar de se pronunciar, visto que de 2003 aos meados de 2005, período do seu processo de formulação e implementação, estava sob a proteção de um governo fortalecido nos fóruns da Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde. A segunda consideração se concentrou no reconhecimento de que a EPS foi formulada e implementada em um contexto político de consolidação da democracia burguesa, e como tal favorável à exposição de idéias de qualquer matriz político-ideológica; em terceiro lugar, fez-se a consideração de que a intensa e proposital influência buscada do discurso do PRS afirmam a posição contra-ideológica da EPS que a fortalece no processo de buscar da EP os elementos técnicos que podem contribuir com o êxito do SUS a partir de uma política específica de formação e desenvolvimento de seus trabalhadores e da ordenação da formação profissional. A EPS foi intencionalmente buscar no discurso do PRS seus princípios de *capacitação e reciclagem permanentes dos trabalhadores, participação social, descentralização e regionalização do SUS* para se construir.

Por que então a EPS silencia quanto à influência recebida da EP? Por falta de conhecimento sobre esse sistema europeu de ensino? Pouco provável. Entretanto, como esse não-dito passou a ser um dado objetivo de interesse deste estudo, elaborou-se a hipótese de que as pessoas envolvidas nas atividades de formulação da EPS foram influenciadas pelas idéias de *um sistema de ensino aberto e administrado pelo modelo de co-gestão*, sem necessariamente terem refletido sobre isso. Essa hipótese terminou concorrendo para mais uma pergunta: se não houve intencionalidade (SARTRE, 1987), o que aconteceu? Em conformidade com Pêcheux (1997) e Orlandi (2001), elaborou-se a seguinte hipótese: a influência da

EP sobre a EPS aconteceu de modo inconsciente, por um movimento chamado de interdiscurso.

Considerando então, essas hipóteses como verdadeiras, pergunta-se: que problema pode decorrer da interdiscursividade do sistema europeu de ensino sobre a EPS? Embora vários constituintes do discurso contra-ideológico do PRS estejam presentes na EPS, esta não expressa um pressuposto filosófico, e nem a que tendência pedagógica está filiada. Considerando o que se aprendeu com Gadotti (1987), Freire (1987-a) e Luckesi (1994), isso é um problema, pois toda a proposta pedagógica, de maneira explícita ou oculta, se orienta por pressupostos filosóficos, e sua didática se pauta por uma pedagogia de tendência liberal ou progressista. E mais: a não-intencionalidade, ou melhor, a continuidade do processo inconsciente de interdiscursividade da EP pode favorecer o esquecimento da concepção de saúde e dos princípios do PRS, condenando esse projeto a uma condição de “letra morta”, e dessa maneira, dissociada do SUS. A Educação Permanente estaria assim favorecendo o Projeto Neoliberal da Saúde e fragilizando o Projeto da Reforma Sanitária nas disputas pela centralidade governamental do setor saúde entre o PNS e o PRS.

Disputas pelo comando político do setor saúde acontecem no Brasil, desde o início do século XX, envolvendo diferentes projetos de política social enquanto modelos tecnoassistenciais. Essas disputas foram mais freqüentes e sutis no campo da saúde pública. De acordo com Merhy (1992) no período de 1920 a 1948 foram formulados e implementados os modelos tecnoassistenciais campanhista/policial e campanhista/vertical, rede local permanente e rede local vertical, vertical permanente especializado. O autor ainda desvelou seis características de cada um desses modelos, duas das quais deveriam ser demonstradas pelos trabalhadores para o fortalecimento institucional do modelo no cotidiano da atenção à saúde: o objeto de conhecimento, e os saberes e práticas.

As características – objeto de conhecimento, saberes e práticas – foram destacadas porque são constitutivas da ideologia ou da contra-ideologia que se prestam, em uma formação capitalista, à justificativa dos interesses da economia política dos proprietários ou a economia política dos trabalhadores, respectivamente. Os grupos que compõem as classes sociais se esforçam para construir justificativas

que possam ser consensualmente aceitas pela maioria da sociedade, e dessa maneira, ao menos em um aspecto obter a hegemonia, ou melhor, o predomínio do seu sistema de valores e crenças. Essa afirmação é feita com base no aprendizado adquirido com o estudo de Carnoy (1998, p. 95):

A hegemonia compreende as tentativas bem sucedidas da classe dominante em usar sua liderança política, moral e intelectual para impor sua visão de mundo como inteiramente abrangente e universal para moldar os interesses e as necessidades dos grupos subordinados.

Retorna-se, entretanto, para ressaltar que o predomínio do sistema de valores e crenças é o predomínio da ideologia, e que esta é também institucionalmente constituída por objetos de conhecimento, saberes e práticas (LUZ, 1979).

Com esse aprendizado se pôde entender que durante todo o século XX, no Brasil, tanto no setor da educação quanto no da saúde as diferentes frações da classe dominante tem se revezado na condução do processo de hegemonia impondo às instituições seus ensinamentos. De acordo Luckesi (1994) esse processo hegemônico aconteceu no setor da educação através das práticas pedagógicas de tendência liberal-tradicional, renovada-progressista, renovada não-diretiva e liberal-tecnicista. No setor saúde o predomínio ideológico foi estruturado pelos modelos de atenção à saúde que em termos gerais ficaram conhecidos como sanitarista-campanhista e médico assistencial-privatista. Esses modelos fomentaram saberes e práticas, ainda muito atuais, que configuram, de acordo com Merhy (1998), o modelo neoliberal de trabalho em saúde, em cuja organização tecnológica a ênfase é dada aos conhecimentos especializados e aos equipamentos, em detrimento as relações intersubjetivas que reconheçam tanto o desejo quanto o direito à saúde. Sobre esse aspecto da realidade social Merhy (1997, p.111) faz a seguinte crítica:

As características essenciais deste modelo, liberal-privatista, marcam tanto as instituições públicas quanto as privadas, tanto a medicina quanto a saúde pública. Nele, o usuário – individual e/ou coletivo – deve se tornar um mero objeto depositários de problemas de saúde que só poderão ser reconhecidos pelos saberes que o modelo legitimar, sejam eles vindos da clínica ou da epidemiologia – e o chamado universo das necessidades de saúde torna-se uma propriedade exclusiva de alguns trabalhadores de saúde, de acordo com a concepção médico hegemônica. O que define não só uma determinada forma de enquadrar o que são e o que não são necessidades, mas também uma determinada maneira de abordá-los, de tratá-los, de procurar solucioná-los.

No processo investigativo foi possível aprender a explicação de Luz (1979) sobre como se processa a estratégia de hegemonia, ou melhor, de predomínio ideológico, nas instituições de saúde. Inicialmente a autora considera as instituições como focos de contradição,

Pois, na verdade, se a história das instituições é a história do discurso dominante, do discurso da classe que detém o poder na sociedade, ela é também a história da *resistência* ao discurso dominante, a história da luta por *outro* discurso, pelo discurso de *outros* (LUZ, 1979, p. 10).

Essa autora fez uma análise do poder institucional médico do período de 1960-64 e 1968-74, quando o Modelo Médico-Assistencial Privatista (MMA) se conformou e desenvolveu, mantendo em segundo plano o Modelo Sanitarista-Campanhista (MSC), e sob controle as outras racionalidades orientadoras de práticas assistenciais que divergissem do discurso científico. O MMA fortaleceu o discurso da Medicina Científica que se centrava em valores como a ênfase na pesquisa biológica, o estímulo à especialização, a expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais.

Esses e os outros aspectos constitutivos desse discurso foram recomendados pela Associação Médica Americana e pela indústria, por meio de fundações de amparo à pesquisa que destinaram para isso, de 1910 a 1928, cerca de U\$ 600 milhões (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 45).

No Brasil, os grupos que instituíram o MMA não encontraram significativas resistências, visto que o governo estava sendo conduzido por uma junta militar que aplicava com rigidez o regime autoritário. Esse processo foi facilitado com a junção dos diversos Institutos de Aposentadoria e Pensão que passaram a conformar, em 1966, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (MENDES, 1995). De acordo com Luz (1979, p.18)

As forças institucionais liberais e privatizantes da corporação médica, portadoras de um discurso medicalizante como solução para os graves problemas de saúde da população – em geral carenciais – somente com a unificação da assistência médica no INPS tornam-se dominantes e implantam, sob a forma de convênios iniciativa privada-Estado, uma prática assistencial curativa de acentuada tendência privatizante.

A estratégia de hegemonia do discurso dominante foi operacionalizada por quatro eixos:

Integração do discurso médico ao do desenvolvimento econômico; [...] *Centralização* de órgãos e instituições de saúde; [...] *Controle* do poder decisório e dos recursos institucionais por órgãos técnicos centralizados estratégicos; [...] *Generalização* da medicina como fator estratégico na implantação de uma hegemonia de classe (LUZ, 1979, p. 15-17).

Assim, ainda de acordo com Luz (1979), os grupos da classe dominante mantiveram sob controle os discursos sanitaristas e preventivistas. À margem do sistema de saúde brasileiro, as frações das classes dominantes colocaram as propostas dos trabalhadores e demais grupos populares, através dos seus sindicatos e das suas associações. Esse controle, como se disse anteriormente foi favorecido pelo regime ditatorial que protegia as frações dominantes que dilapidavam o patrimônio público organizando o sistema brasileiro de saúde de acordo com os seus interesses em quatro partes, ou melhor, subsistemas, de acordo com o grupo que prestava assistência: estatal, contratado-conveniado, atenção médica supletiva e alta tecnologia. Esses subsistemas conformaram o MMAP que se consolidou nos anos 70, e se reciclou durante os anos 80 do século XX no PNS, atual modelo de prestação do sistema de saúde Brasileiro (MENDES, 1995, 2001).

Visto que se procurou até este ponto apresentar como o problema de estudo foi elaborado, bem como justificar a sua pertinência, utilizando alguns ensinamentos dos autores da Saúde Coletiva e da Análise de Discurso acima mencionados, foi possível entender que três condicionantes específicos e um geral, produzidos na mesma conjuntura, favoreceram tanto a elaboração da EPS quanto o aparecimento dos princípios e diretrizes da EP e do PRS nessa política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Dois desses condicionantes específicos constituíram o movimento interdiscursivo do PRS para a formulação da EPS; o terceiro propiciou o deslocamento de dizeres da EP para a EPS. Da investigação também resultou o entendimento de que a inflexão no processo neoliberal no período de 2003 a 2005 foi o condicionante geral da formulação da EPS. Dentre os quatro, só o condicionante específico do interdiscurso da EP na EPS apareceu na conjuntura, e terminou por se constituir em uma oportunidade. Os demais foram criados pelos sujeitos interessados com o PRS em suas lutas contra o PNS. Todos os quatro condicionantes integraram a conjuntura de disputa entre o PRS e o PNS pela hegemonia do SUS no modelo de organização das formas de prestação de serviços do sistema brasileiro de saúde. Com isto faz-se a apresentação dos objetivos de estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Descrever a conjuntura e os condicionantes que favoreceram a presença dos princípios e diretrizes da Educação Permanente e do Projeto da Reforma Sanitária na formulação da Educação Permanente em Saúde.

2.2 Objetivos específicos:

- a) Descrever a conjuntura de disputa entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Neoliberal da Saúde pela hegemonia do SUS.
- b) Descrever como o desdobramento dos princípios do Projeto da Reforma Sanitária no aporte jurídico do SUS, a ação do Ministério da Saúde no período de 2003 a 2005 e a abertura à operacionalização do princípio de capacitação e reciclagem permanente do relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde propiciaram a presença dos princípios e diretrizes da Educação Permanente e do Projeto da Reforma Sanitária na formulação da Educação Permanente em Saúde.
- c) Descrever como a inflexão do processo neoliberal no âmbito do executivo federal no período de 2003 a 2005 favoreceu a formulação da Educação Permanente em Saúde.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA, PROCEDIMENTOS E PLANO DE TRABALHO

Seguindo o caminho aberto pelos estudos de Luz (1979), Silva Júnior (1998) e Lages (2002), particularmente quanto aos dois últimos que utilizaram a Análise de Discurso da Escola Francesa, também empregada neste estudo, e considerando o problema de apreender as condições específicas e gerais que favoreceram as influências da EP e do PRS sobre a EPS, e nesse processo, os desafios e as possibilidades de incremento de qualidade ao SUS, buscou-se apoio nos estudos de Orlandi (1996, 1997, 2001) e de Pêcheux (1996, 1997), ou seja, na Teoria Materialista do Discurso. De fato, como se dirá mais adiante, foram utilizados apenas alguns princípios e procedimentos desse arsenal teórico-metodológico.

Com este objeto de estudo – as condições específicas e gerais que favoreceram o interdiscurso da EP e do PRS sobre a EPS – se buscou desenvolver uma reflexão que toma o discurso como uma produção histórica e social dos seres humanos, conscientes, sempre voltados a compreender o mundo no qual existem.

Como o discurso é produzido no mundo com indivíduos e grupos em constante interação, e esses sujeitos são constituídos pelos valores, princípios, diretrizes e crenças que aceitam, enquanto rejeitam outros, as formulações comunicativas destes, estão sempre sendo influenciadas por discursos que estão postos na realidade. Com isto se entende que a permanente abertura a interdiscursividade é uma característica própria do humano em suas formulações comunicativas, pois são nestas que o discurso, ou fragmentos destes, se apresentam. Essa possibilidade faz com que, por vezes, sejam encontrados elementos discursivos de distintos sistemas de valores, crenças e princípios nas comunicações humanas, seja isto de maneira explícita ou oculta. É por isso que a Análise de Discurso da Escola Francesa (AD) pode “flagrar” a contradição humana nas suas comunicações. Como se aprendeu que a contradição é constitutiva dos seres humanos, e todas as suas construções estão marcadas por essa característica, a contradição só é problemática quando dá lugar ao antagonismo, e isso acontece quando, institucionalmente uma **posição ideológica** é substituída por outra, ou dá lugar a outra que a resiste. Neste caso ocorre uma luta pela

manutenção ou pela transformação das condições ideológicas das relações políticas do modo de produção econômica (PÊCHEUX, 1997).

Deu-se início então ao plano de trabalho com a pergunta, ao material de análise, sobre as **condições específicas e gerais** de formulação da EPS. O questionamento era feito enquanto se procedia com a **de-superficialização** dos fragmentos discursivos, ou seja, de trechos dos textos analisados para constituição do **corpus discursivo** referente à **interdiscursividade** da EP e do PRS sobre a EPS. No caso deste estudo, o material de análise foi constituído por textos normativos e científicos mencionados entre os parênteses a seguir (BRASIL, 2004; CECCIM, 2004, 2005-a, 2005-b; CECCIM e FEURWERKWER, 2004; BRASIL, 2007). Todos estes textos foram tratados como um lugar de fluxo das práticas discursivas e, portanto, de **interdiscursividade**.

Os fragmentos discursivos selecionados dos textos de análise para o **corpus discursivo** foram vistos, conforme a AD, como **paráfrases**. Isso significa que para realizar esse procedimento submetia-se o fragmento a análise de sentido. Ou melhor: procurava-se saber se o trecho selecionado do material de análise se expressava no sentido da EP ou do PRS. Ressalte-se que a constituição do **corpus discursivo** marcou o segundo momento do plano de trabalho, o qual foi concluído com a reflexão sobre os desafios e as possibilidades de incremento à qualidade do SUS. Esta etapa do trabalho foi construída a partir do entendimento de que no campo das práticas sociais, a EP e o PRS se apresentam, nos termos da AD, de diferentes **posições ideológicas**. Nesta etapa, particularmente, foram utilizados com maior ênfase, estudos científicos elaborados no Campo da Saúde Coletiva que contribuem com o fortalecimento dos princípios do PRS, bem como estudos referidos pela Educação enquanto transformação social e pelas tendências pedagógicas progressistas.

Os termos destacados em negrito são os conceitos e procedimentos da AD que constituíram a abordagem metodológica utilizada para compreender como alguns elementos do sistema de valores da EP, e os princípios e diretrizes do PRS influenciaram a EPS. Procura-se agora traduzir os ensinamentos aprendidos sobre essas categorias de análise.

De acordo com a AD as falas comuns, mesmo sendo triviais ou solenes contêm um ou mais discursos. Um discurso não tem uma autoria específica, embora possa ser referido a muitas e diferentes pessoas. Isso não quer dizer que o discurso é impessoal, mas sim que ele não é personalizado, embora se possa atribuir a um ou outro indivíduo a sua autoria. Um exemplo disso pode ser dado a partir da seguinte pergunta: quem não atribui à educação o papel de reverter a ignorância? Ora, um pequeno quantitativo de pessoas responderia que a educação deve se prestar à transformação da sociedade, enquanto a maioria confirmaria a explicação contida na pergunta reafirmando que a missão da educação é de superar a ignorância. E neste estudo não se acusa essa resposta de erro, pelo contrário: trata-se de uma resposta certa, cujo sentido é o de comprometimento com o modo institucional (a escola) de conformar indivíduos à ideologia, ou seja, às crenças, valores, princípios e diretrizes da classe que domina politicamente a economia. Ressalte-se que a EP se fundamenta e se constrói sobre esse discurso (seu pressuposto filosófico) se esforçando para mantê-lo oculto e não revelar o seu papel de reforçar as condições ideológicas que garantem o poder político do modo capitalista de produção econômica. Acrescente-se que sobre isso Gadotti (1987, p. 65 e 66) afirma que:

Uma primeira leitura da documentação referente à Educação Permanente nos mostra um discurso extremamente *aberto*. Essa abertura é ao mesmo tempo a força e a fraqueza da Educação Permanente. Com efeito, ela é uma força porque “vê-se” projeto de educação, aberto, inacabado, mas ela é também sua fragilidade, porque a Educação Permanente quer apresentar-se também como um conceito desideologizado, vazio, incolor, onde finalmente, todas as esperanças e todos os pessimismos são permitidos.

A título de exemplo ainda, pergunte-se: quem não responderia imediatamente que os serviços de saúde servem para tratar dos doentes? Da mesma maneira que no exemplo anterior, a hipótese é de que a maioria das pessoas responderia à pergunta utilizando os mesmos termos que afirmam a concepção do PNS, herdada do MMAP. Faz-se a hipótese de que pouquíssimas pessoas, mesmo considerando aquelas que têm formação superior em saúde, responderiam que os serviços de saúde devem promover e proteger a saúde, bem como tratar as doenças para garantir o “acesso igualitário [...] a todos os habitantes do território nacional (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p.15).

Como exposto se pretende apresentar a concepção da AD de discurso como aquilo que é essencialmente constituído por uma maneira própria de explicar a realidade, ou melhor, por uma posição ideológica (ORLANDI, 1996, 2001). Comunicações triviais, coloquiais, solenes, normativas e científicas contêm elementos discursivos e, portanto, uma **posição ideológica**, ou seja, uma maneira de explicar o aspecto da realidade que estiver sendo dado.

A concepção de discurso inclui a noção que trabalha a exterioridade discursiva que é o **interdiscurso** definido como

[...] a sua objetividade material contraditória, objetividade material essa que [...] reside no fato de antes, em outro lugar e independentemente [...] os outros dizeres já ditos ou possíveis que garantam a formulação (presentificação) do dizer, sua sustentação (ORLANDI, 1996, p. 39).

Entende-se dessa maneira que as comunicações são expressas de alguma **posição ideológica** porque os dizeres ditos em outro lugar, em outro momento reaparecem naquela por meio de **paráfrases** ou de polissemias, ou seja, mantendo ou inovando o sentido. E isso acontece porque as condições específicas e gerais da comunicação ajudaram na presentificação do **interdiscurso**.

Os dizeres que caracterizam o **interdiscurso** podem ser desvelados pelo procedimento acima descrito de-**superficialização** cuja finalidade é a de construir o **corpus discursivo** proposto, pretendidos pelos objetivos do estudo. Com este procedimento a AD demonstra uma de suas bases teóricas, a Lingüística, visto que pela utilização das ferramentas dessa é possível apreender fragmentos do discurso em seus movimentos interdiscursivos (ORLANDI, 2001). Os instrumentais da Lingüística contribuem com a análise interpretativa evitando o subjetivismo e garantindo a objetividade que se deixa permear pelas características subjetivas do discurso do indivíduo e/ou coletivo que o comunica integral ou parcialmente.

Os fragmentos discursivos, bem como o **corpus discursivo** são ainda investigados quanto às **condições específicas e gerais** de formulação do material analisado. Tendo identificado o interdiscurso, e ressaltando que este é a presentificação de algo que já foi dito em algum lugar e em um dado momento, cuida-se agora de compreender esse algo pela perspectiva da luta de classes sociais, ainda que esta não se apresente explicitamente como tal, ou melhor, que esteja velada.

Com a noção de **condições específicas e gerais** a AD se apresenta como sustentada pelo Materialismo Histórico, particularmente quanto a sua concepção de história:

Foi precisamente Marx quem primeiro descobriu a grande lei da marcha da história, lei segundo a qual todas as lutas históricas que se desenvolvem quer no domínio político, religioso, filosófico, quer em outro campo ideológico são, na realidade, apenas a expressão mais ou menos clara de lutas entre classes sociais, e que, portanto, também os conflitos entre essas classes são, por sua vez, condicionados pelo grau de desenvolvimento de sua situação econômica, pelo seu modo de produção e de troca, que é determinado pelo precedente (ENGELS, 2000, p. 12-13).

Acrescente-se ainda que tanto com a noção de **condições específicas e gerais**, e com a de **interdiscurso**, a AD faz com que sua proposta de análise interpretativa se afaste de orientações subjetivistas, e valorize ao um só tempo a relação integral e interdisciplinar da subjetividade-objetividade. Destaque-se ainda que se por um lado a Lingüística e o Materialismo histórico garantem a objetividade, a análise proposta pela AD, devido a sua relação com a Psicanálise pelo postulado do inconsciente, garante a subjetividade que se deixa permear pela objetividade (PÊCHEUX, 1996, 1997; ORLANDI, 1996, 1997, 2001).

Com o aporte metodológico da AD – a Teoria Materialista do Discurso – foi possível confirmar o pressuposto de que os contextos imediatos e mediatos de formulação da EPS favoreceram a influência, o interdiscurso da EP e do PRS. Pode-se afirmar, em suma, que este é um estudo compreensivo-interpretativo (CHAUÍ, 1996), portanto, qualitativo, visto que o plano de trabalho se concentrou em um objeto de sentidos das práticas discursivas. Os demais procedimentos, além dos já apresentados, foram os da pesquisa bibliográfica e documental, tais como o levantamento de documentos e textos científicos, leituras, fichamentos, produção de resumos e resenhas (ALMEIDA JÚNIOR, 1989).

4 INTRODUZINDO A INTERPRETAÇÃO

Desenvolve-se agora o argumento de que as próprias condições de formulação da EPS, tanto as específicas quanto a geral também propiciaram condições para o interdiscurso da EP e do PRS que foi apreendido em trechos dos textos analisados, conforme analisado no quadro abaixo:

Conjuntura: A disputa entre o projeto neoliberal em saúde (PNS) e do Projeto da Reforma Sanitária (PRS) pela hegemonia do SUS	
Condicionante geral	A inflexão do processo neoliberal no período de 2003 a 2005
Condicionante específico 1	O desdobramento do relatório final da 8ª CNS no aporte jurídico do SUS
Condicionante específico 2	A ação institucional do MS no período de 2003 a 2005
Condicionante específico 3	A abertura à operacionalização do princípio de capacitação e reciclagem permanentes do PRS

Quadro 1 Conjuntura e Condicionantes do Interdiscurso da EP e do PRS na EPS.

Defende-se ainda, conforme já expresso em muitas partes anteriores deste estudo, que a influência da EP sobre a EPS ocorreu de modo inconsciente com a idéia de construção de um *sistema de ensino aberto e sob co-gestão*; por outro lado, buscou-se intencionalmente a influência do PRS para a formulação da EPS e isso concorreu para o interdiscurso dos princípios *capacitação e reciclagem permanente dos trabalhadores, participação social, descentralização e regionalização do SUS*. Em um e outro caso o interdiscurso ocorreu por meio de paráfrases, ou seja, mantendo o sentido do dizer que influenciou a EPS. Dessa maneira, serão apresentados cinco tópicos, um comentando a disputa entre o PRS e o PNS pela hegemonia do SUS, e quatro para cada condicionante.

5 A CONJUNTURA DE DISPUTA ENTRE O PRS E O PNS PELA HEGEMONIA DO SUS

Antes de adentrar no cerne do problema contido no subtítulo acima, faz-se uma breve digressão para pontuar, neste projeto, a diferença entre o PRS e o SUS. O primeiro é aqui tratado, no dizer de Luz (1979) como o *discurso dos outros*, ou seja, do Movimento Popular em Saúde e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde (GERSCHMAN, 1995). Populares e trabalhadores se uniram no Movimento pela Reforma Sanitária responsável pelo embate contra os grupos liberais no processo de reformulação do sistema brasileiro de prestação de serviços de saúde, no sentido de torná-lo mais eficaz, acessível a toda a população, equânime, integral e aberto à participação social. A Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) foram os principais interlocutores dos liberais no setor saúde.

O Movimento pela Reforma Sanitária foi acima de tudo o resultado de um grande movimento de âmbito nacional em defesa da saúde. Mendes (1995, p.28) afirma que surgiram em todo o país

... movimentos de trabalhadores de saúde, especialmente através das organizações sindicais médicas que configuravam a oposição aos governos militares e às suas maneiras de conduzir o setor saúde. Ademais, com atuação destacada no campo político-ideológico, aparecem em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que através de publicações, debates, simpósios e outras atividades, começaram a sistematizar uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial privatista.

Assim, o movimento sanitário cresceu e adquiriu consistência, ao mesmo tempo em que avançou na produção de conhecimento, na crítica ao modelo médico assistencial-privatista vigente e na denúncia da situação sanitária da população.

O SUS é o sistema formulado pelo Movimento da Reforma Sanitária na VIII CNS realizada em 1986, que se tornou, com a promulgação da Constituição de 1988 a Política de Saúde do Estado brasileiro, e como tal, um elemento de legitimação da democracia burguesa (STOTZ, 2003). Em termos legais e normativos o SUS comporta simultaneamente orientações do PRS e do PNS (MENDES, 1995, 2001). Entretanto, mesmo com essas ambigüidades o SUS se constitui o lugar de

permanente possibilidade de realização e fortalecimento dos princípios do PRS, ou seja, dos interesses públicos, contra os interesses mercantilistas do PNS.

Voltando à apresentação da conjuntura em tela, é importante ressaltar que a disputa pela hegemonia do SUS entre o PRS e o PNS tem se dado “[...] nos planos: político, ideológico e técnico, o que faz com que qualquer proposta de saúde seja decodificada, por um ou por outro [Projeto], de acordo com os seus pressupostos e seus interesses” (MENDES, 1995, p. 20).

Essa disputa se dá porque o SUS, dentre os três sistemas, é o único cujo processo de organização prima pelo acesso universal e equânime das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esclareça-se que:

O sistema de serviços de saúde brasileiro organiza-se, no momento, por intermédio de um sistema segmentado, composto por três sistemas: Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS) e o Sistema de Desembolso Direto (SDD) [...] O primeiro um sistema público; os dois últimos, sistemas privados. Assim, ao contrário do que a expressão sistema único dá a entender, no Brasil, vige um sistema plural e segmentado (MENDES, 2001, p. 72).

Como dito anteriormente a formulação do SUS pelo PRS está fundamentada nos postulados da determinação social do processo saúde doença e da atenção à saúde como direito de cidadania:

- 1 - Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- 2 - A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade em num dado momento histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.
- 3 - Direito à saúde significa à garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 13).

O PNS, por seu turno, não valoriza em suas apresentações a explicação do processo saúde-doença pela perspectiva da determinação social, e a atenção à saúde é tratada como um produto de mercado sob a proteção jurídica e até econômica do Estado.

Os ataques do PNS ao SUS se dirigem preferencialmente à área do financiamento e alcançam a organização dos serviços, dificultando a materialização dos princípios do PRS. Compreender essa relação é muito importante, visto que:

[...] falar do financiamento não é listar ou enumerar dados contábeis, pois o modo como o “dinheiro” se transforma em “ações” é fundamental para se entender o conjunto da política de saúde. Desse modo, ao mesmo tempo em que se raciocina sobre o “dinheiro” do setor saúde, procurar-se-á descobrir como ele se transforma em uma forma determinada de organizar e produzir serviços (MERHY, 1994, p. 61).

Esse destaque é feito porque se acredita que no caso de corte de recursos orçamentários no Ministério da Saúde, a política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores seja, entre outras, preferencialmente, afetada.

Contudo, voltando a essa breve narrativa cronológica, tem-se que o primeiro grande problema enfrentado pelo SUS na década anterior, quanto ao financiamento, aconteceu em 1993, durante o Governo Itamar Franco. Neste ano os ministérios da Fazenda, Planejamento e Previdência resolveram informalmente suspender o repasse de recursos da fonte incidente sobre a folha de salários, arrecadada pelo Instituto de Arrecadação da Previdência Social, orçado naquele momento em 31%. Essa informalidade consumou um atentado contra um dos mais importantes instrumentos do aparato jurídico burguês: a Lei de Diretrizes Orçamentárias e desencadeou uma crise que recolocou na agenda política setorial a demanda por vinculação de recursos para o SUS (LAGES, 2002).

Em 1996, já no Governo Fernando Henrique Cardoso, o Ministério da Saúde e o Congresso Nacional estabeleceram negociações que resultaram na aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF). O termo, *Provisória*, foi utilizado para afirmar o compromisso do Estado brasileiro para suprir as necessidades de financiamento. Em 1999, a CPMF foi prorrogada, e sua alíquota de contribuição passou de 0,20% para 0,38%. Os 0,20% destinados ao SUS foi mantido, e os 0,18% eram repassados aos cofres da Previdência Social (ARRETCHE, 2003; FAVERET, 2003; NORONHA, SOARES, 2001).

Em 2000, ainda no Governo Fernando Henrique Cardoso, depois de um longo período de tramitação no Congresso Nacional, a Emenda Constitucional 29 foi aprovada, e suas definições passaram a integrar o artigo 199 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Destaque-se, entretanto, que a União não foi

responsabilizada com alocação de um percentual de receitas arrecadadas, cabendo-lhe apenas assegurar os recursos provenientes do ano anterior acrescidos da variação nominal do produto interno bruto. Os estados e municípios foram obrigados a alocar recursos na ordem de 12% e 15%, respectivamente, a partir de 2004, por ocasião do Governo Luis Inácio Lula da Silva. Com isso observou-se uma razoável melhoria nas receitas da atenção à saúde, visto que os governos estaduais passaram a contribuir com SUS (ARRETCHE, 2003; FAVERET, 2003). O problema, entretanto, continua, e uma saída, dentro do campo do liberalismo democrático progressista consiste em buscar:

[...] alternativa para ampliar o financiamento – a principal fonte, sem dúvida, seria diminuir o superávit primário e alterar a política de juros que interfere no cálculo de parte substancial da dívida – haveria também que se reformular o modelo de repasse de recursos aos estados, municípios e serviços (CAMPOS, 2007, p. 301).

Esses problemas comprometem negativamente o modelo de atenção do SUS, e termina propiciando motivos para que o PNS, através da mídia, principalmente a televisiva, reforce antigas crenças e valores socialmente assimilados, que relacionam os serviços públicos de saúde com a assistência aos carentes, com baixa capacidade resolutiva, e em decorrência disso com a baixa qualidade, e por fim com a insatisfação dos usuários.

Um sério problema ao desenvolvimento do modelo de atenção à saúde do SUS, diz respeito à cultura científica que valoriza as explicações biologicistas sobre o processo saúde-doença, a tecnificação do ato médico, a separação entre a clínica e a saúde pública, e a especialização médica, tem sido, de certa forma, propagada pelo PNS (SILVA JÚNIOR, 1998). Um dos determinantes dessa cultura foi (ou continua sendo) tanto a lógica da compra de cursos, quanto os programas desses que não atendiam às necessidades dos trabalhadores e nem dos serviços, pois não ajudam a produzir as mudanças que afirmam os princípios do SUS (CECCIM, 2005). Com isso se entende que algumas das maneiras de gerir o SUS, bem como a relação entre este e as Instituições de Ensino Superior, terminaram por cumprir papéis favoráveis às incursões do PNS no setor público de saúde e dificultaram a materialização dos princípios do PRS, particularmente daqueles que concernem à política de pessoal, e entre estes, o que trata da capacitação e reciclagem permanente (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986; BRASIL, 1988; BRASIL, LEI 8080/90).

Nesta conjuntura as vitórias do PNS foram arrefecidas a partir de 2003 com a inflexão do processo neoliberal. Esse acontecimento terminou por se constituir no condicionante geral de formulação da EPS, visto que esta enquanto constituinte do SUS, e este pela necessidade de investimentos, financeiros e tecnológicos, precisava de uma ação política de governo favorável ao desenvolvimento das Políticas Sociais, dentre as quais, a de Saúde. Dada essa condição, bastou agora a influência de três condicionantes específicos para a elaboração da política específica de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor público de saúde.

5.1 Condicionante geral: Uma inflexão do processo neoliberal no período de 2003 a 2005

O processo neoliberal no Brasil começou tardiamente, pois se deu no início dos anos 90 do século XX com a posse de Fernando Collor de Mello para a Presidência do Brasil. O Governo Fernando Collor de Mello tomou posse e esteve por dois anos à frente do executivo federal promovendo os ajustes para que a economia adquirisse um formato neoliberal. Este modelo econômico influenciou direta e negativamente a Política de Saúde que acabara de ser garantida como direito pela Constituição Federal de 1988 a partir das reivindicações do Movimento da Reforma Sanitária.

O modelo econômico neoliberal favoreceu a emergência, no campo de prestação de serviços da saúde o surgimento de

[...] novos sujeitos sociais, portadores de interesses, ideologias e visões de mundo diferentes que vão se conformando como dois grandes projetos político-sanitários alternativos: o contra-hegemônico que é a reforma sanitária e o hegemônico, que é o projeto neoliberal (MENDES, 1995, p.34).

Mesmo a dois anos apenas da promulgação da Constituição Federal de 1988 que consagrou a instituição jurídica dos direitos sociais, o presidente se empenhou em fazer com que o Estado participasse minimamente da formulação e execução de Políticas Sociais, se empenhando apenas naquelas que tivessem caráter compensatório, ou melhor, residuais, como foi o caso do então Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, criado em julho de 1991 (SOUSA, 2001).

O neoliberalismo iniciado por Collor de Mello começou a ser rigorosamente sistematizado pelo Governo Itamar Franco, quando Fernando Henrique Cardoso assumiu o Ministério da Fazenda e conduziu o governo no sentido de ênfase ao monetarismo de acordo com o então chamado plano real. Em 1995 Fernando Henrique Cardoso tornou-se Presidente da República e aprofundou modelo neoliberal por oito anos, período em que o SUS enfrentou grandes dificuldades e amargou algumas derrotas infringidas pelo PNS (LAGES, 2002). Como se sabe, esse processo de minimização do papel do Estado nas Políticas Sociais tem sido atenuados no Governo Luís Inácio Lula da Silva que tomou posse em 2003 e possibilitou, no âmbito do Ministério da Saúde, a formulação da EPS que se traduz em uma medida de Política Social de valorização do direito ao trabalho. Assim, o processo de destituição de direitos perdeu força, e a ênfase às Políticas Sociais voltaram à agenda governamental, em que pese à continuação do modelo de gestão da Política Econômica por esse mesmo governo.

5.2 Condicionante específico I: O desdobramento do relatório final da VIII CNS no aporte jurídico do SUS

Com o enunciado se quer destacar que o conteúdo do relatório da VIII CNS, aqui tratado como discurso do PRS se desdobrou na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas do SUS, de maneira que terminou por servir de condicionante específico à formulação da EPS.

O desdobramento do relatório da VIII CNS foi um condicionante criado pelo Movimento da Reforma Sanitária na coordenação das atividades da VIII CNS em 1986, e nas articulações, negociações e confrontos acontecidos nos cenários da Assembléia Nacional Constituinte no período 1987-88 a fim de se conseguir o desdobramento dos princípios e diretrizes do PRS na Constituição Federal. Essa luta foi intensamente travada nos diversos cenários da Assembléia Nacional Constituinte contra os grupos, os deputados e senadores representantes dos proprietários de serviços privados, organizados politicamente para contestar o PRS e apresentar outras propostas. Os grupos liberais se organizaram em uma frente

chamada Centrão com a qual conseguiram diminuir as conquistas do PRS no texto constitucional ao preconizar a liberdade de organização para a assistência privada, legalizando assim a prestação *dos trabalhadores do SUS* que influenciou a EPS foi um dos que passaram a integrar o texto constitucional e, posteriormente às leis orgânicas. As expressões de linguagem da Constituição Federal e das Leis Orgânicas da Saúde sobre o princípio em tela apresentam-se como paráfrases do que consta no relatório final da VIII CNS, de maneira que se pode afirmar que ocorreu um interdiscurso, e que este teve como condicionante específico, a luta do Movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 1988; BRASIL, LEI 8080/90; BRASIL, LEI 8142/90; AROUCA, 1988; MENDES, 1995).

Verifique-se no *corpus discursivo* abaixo apresentado, organizado como se fosse originalmente um único texto, escrito pelas mesmas pessoas em um só momento, mas que de fato, se trata da reunião de fragmentos discursivos dos textos nos quais se apreendeu o interdiscurso, considerando apenas a ordem cronológica (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986; BRASIL, 1988; BRASIL, LEI 8080/90; BRASIL, LEI 8142/90):

O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios

- [...] Relacionados com a política de recursos humanos:
- [...] capacitação e reciclagens permanentes [...]
- [...] Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei:
 - [...] ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde;
 - [...] incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
 - [...] Estão incluídas no campo de atuação do SUS:
 - III – a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;
 - X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico.
 - [...] Deverão ser criadas Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior;
 - [...] Cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde na esfera correspondente, assim como em relação à cooperação técnica entre essas instituições.
 - [...] A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:
 - [...] participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
 - [...] realizar pesquisas e estudos na área da saúde.
 - [...] As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional [...] instituída junto ao

Conselho Nacional de Saúde [...] garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

A presentificação do princípio do PRS – o interdiscurso – no aporte jurídico do SUS, de maneira parafrástica, amparou legalmente as iniciativas práticas tomadas no período que se estende da década de oitenta, até então, quando aconteceu à formulação e implementação da PNEPS. Ceccim e Armani (2001) destacam isso fazendo alusão ao Projeto Larga Escala, ao Projeto de Formação de Auxiliares de Enfermagem (PROFAE), ao Pólo de Educação em Saúde Coletiva, ao Pólo de Formação, Capacitação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família até chegar ao atual Pólo de Educação Permanente em Saúde. Chama-se atenção para o Pólo de Educação em Saúde Coletiva porque foi idealizado e coordenado pelo mesmo grupo que elaborou e conduziu a PNEPS, desde sua criação até meados de 2005.

5.3 Condicionante específico II: A ação institucional do Ministério da Saúde no período de 2003 a 2005

Em meio aos desdobramentos discursivos dos princípios da capacitação e reciclagem permanentes, ocorriam as lutas sociais encampadas pelo Movimento Popular de Saúde e pelo Movimento da Reforma Sanitária. O segundo, passando atuar mais internamente, promovendo inclusive, muitas das iniciativas na área de educação e trabalho no SUS. Essas iniciativas consistiam em lutas, que terminaram contribuindo no processo de eleição e posse do Governo Luis Inácio Lula da Silva que compôs o Ministério da Saúde com pessoas ligadas ao Movimento da Reforma Sanitária.

O Ministério da Saúde, objetivando cumprir seu papel definido na Lei Magna e nas complementares, enquanto gestor federal do SUS criou em 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e nesta, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) que foi o lugar institucional de formulação da EPS. Com a estruturação organizacional e a composição da equipe técnica, a SGTES formulou a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS),

publicada na Portaria GM/MS 198/2004, após articulação, pactuação e aprovação com os diversos órgãos do próprio Ministério, com o Ministério da Educação, Conselhos de Saúde das três instâncias de governo e outros órgãos.

A PNEPS propôs a adequação da formação profissional, em todos os níveis, às necessidades do SUS, e a articulação entre trabalho e educação em saúde; enfim, construiu uma Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o conjunto dos trabalhadores de saúde. Para a condução da referida Política foram instituídos os Pólos de Educação Permanente, instâncias de articulação interinstitucionais e locoregionais como Rodas para a gestão da EPS.

Da EPS também foi possível selecionar e extrair expressões que reunidas a outras, e precedidas pela que constitui o princípio do PRS muito destacado neste, estudo. Com os fragmentos discursivos selecionados foi possível criar um *corpus* discursivo, que, à semelhança do anterior, embora tenham sido escrito em momentos distintos, parecem ter sido construídos nos mesmos períodos e momentos. Os fragmentos abaixo foram selecionados, à exceção do primeiro que foi selecionado do relatório final da VIII CNS, procede do material de análise referido entre os parênteses (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986; BRASIL, 2004).

O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios

[...] Relacionados com a política de recursos humanos:
[...] capacitação e reciclagens permanentes [...]

A idéia é usar a educação permanente para melhorar a formação e, conseqüentemente, fortalecer o SUS.

Educação Permanente em Saúde apresenta-se como um processo de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde [...]

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações do trabalho.

No *corpus* discursivo, a idéia de *capacitação e reciclagem permanentes* é ampliada, embora mantenha o sentido. Diz-se então que o dizer do relatório final da VIII CNS apareceu intencional e parafrásticamente nos textos da EPS, possibilitando assim afirmar que se trata de um interdiscurso.

5.4 Condicionante específico III: Abertura à operacionalização do princípio de capacitação e reciclagem permanentes do PRS

Em um aspecto, o princípio da capacitação e reciclagem permanentes não atende à formulação da EPS, principalmente quando se especifica em PNEPS. Esse aspecto trata do como formar, e o princípio apenas preconiza o fundamento do SUS. Dessa maneira é que se constitui uma abertura às contribuições, e uma delas, foi dada pela EP, ainda que de modo inconsciente.

Observe-se nos seis fragmentos literalmente transcritos abaixo, como Schwartz (1976, p. 71, 113 e 116), se refere ao *sistema de ensino aberto e administrado em modelo de co-gestão*. Em seguida estarão dispostos três fragmentos discursivos da EPS retirados dos textos analisados para se observar que as expressões se desenvolvem no mesmo sentido, de modo que se pôde dizer que a EPS contém paráfrases da EP. As citações aqui transcritas formam o *corpus* discursivo, ou melhor, o interdiscurso da proposta europeia na política de formação de trabalhadores do SUS:

O sistema educativo tem por missão ajudar o indivíduo a fazer constante atualização – e isto ao longo de toda a sua vida – em relação aos diversos papéis [...]

[...] para que a educação prossiga sem grandes dificuldades ao longo da vida, necessário se faz ainda que as próprias estruturas sejam marcadas pela continuidade.

Tudo isso exige um sistema que proponha, de maneira permanente, uma grande variedade de fórmulas para responder em tempo hábil às necessidades específicas de cada indivíduo. *Especificidade na continuidade, tal é o princípio da educação permanente.*

É, sem dúvida, de um sistema novo que estamos tratando. Pode-se, ainda falar de escola? Traduzidos e executados no tempo e espaço, nossos princípios fazem nascer as mais diversas formas educativas [...] Se nos acontece [...] de empregar ainda os termos escola e escolaridade [...] teremos dado ao termo uma significação radicalmente nova [...] Aberto, nosso projeto pretende se diferenciar de um tipo de ensino fechado [...] pretende desenvolver, em todos os níveis de aptidão dos indivíduos para descobrir e inventar, o que passa por uma pedagogia que permite aos alunos colocar seus encaminhamentos e suas soluções.

[...] é preciso organizar a participação da população [...] em nível local [...] em nível regional, nacional [...]

[...] alunos, professores, pais, pessoas da comunidade devem ser convocados para a gestão da educação permanente...

[...] a relevância e a viabilidade de disseminar capacidade pedagógica por toda a rede do Sistema Único de Saúde, de forma que se cumpra uma das

mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho.

A gestão da Educação Permanente em Saúde será feita por meio de Pólos de Educação Permanente em Saúde, que são instâncias de articulação interinstitucional, como Rodas para a gestão da Educação Permanente em Saúde.

Acreditamos que, com a gestão colegiada (CAMPOS, 2000), como uma roda de co-gestão da educação permanente em saúde, se instituirá novidade nos atores em parceria.

Observe-se que a defesa feita de que a influência, ou melhor, o interdiscurso da EP na EPS não prejudica a realização dos princípios do PRS no SUS. Entretanto, esse aporte deve ser criticamente apropriado, visto que há muitas outras lições a oferecer. Guardem-se as proporções, entretanto, para o fato de que o sistema de ensino proposto para a Europa previa o ensino fundamental e sua continuação nos demais ciclos de vida. É preciso ainda considerar que a EP surgiu em um cenário marcado pela reorganização acumulativa do capital mediante a introdução de novos aportes tecnológicos. De certa forma a EP também buscou responder a pressão social, feita principalmente pelos estudantes franceses nos anos finais da década de 60 do século XX (GADOTTI, 1987; SCHWARTZ, 1976).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exposição acima apresentada é a narrativa de uma aventura para aprender a abordar cientificamente um problema constituído pela inquietação e interesses concernentes a EPS. Quando essa aventura foi iniciada, construiu-se a imagem de um texto em cujo final constariam uma conclusão e sugestões resultantes do conhecimento. Entretanto, chega-se a este ponto sabendo que a pretensão não se concretizou, de maneira que este texto está marcado por uma característica comum aos sujeitos que o construiu: a incompletude. Contudo, essa característica não incomodou os sujeitos envolvidos neste estudo, pois, considerando o aprendizado obtido com um dos autores consultados, Sartre (1987), é a falta, ou melhor, a incompletude, que impele os humanos a se definirem como um projeto em busca do completo, do total. Por isso mesmo, de acordo com reflexão desse filósofo, o ser humano é um projeto-em-totalização. A reflexão de Freire (1987a) de que devido a sua incompletude o ser humano busca na educação as ferramentas para desenvolver a si e contribuir para que o mundo se torne melhor, serviu também para dar ânimo aos sujeitos que elaboraram este estudo.

A esta altura se reconhece que a finalização de um texto de pesquisa, é apenas um dos lugares de obtenção e comunicação do conhecimento. Sabe-se agora que desde o começo da sistematização deste estudo, no início mesmo, quando a elaboração do projeto, foi precedida pelo desejo de racionalizar a inquietação e o interesse atinente a EPS; o conhecimento foi sendo obtido e assim continuou durante todo o processo. No momento em que se faz a redação da parte final deste estudo, percebe-se que o conhecimento está sendo processado, ou melhor, que há espaço para fazer um resumo desta produção, e dos aspectos que se pretendia expor.

Então, para fazer uma síntese do aprendizado adquirido (e ainda em processo de aquisição), é importante destacar, inicialmente, que se tem o entendimento de que os objetivos do estudo foram alcançados, pois, foi possível demonstrar por meio da abordagem discursiva utilizada o argumento de que a EPS é um formulação na qual se encontram os dizeres (o interdiscurso) do PRS e da EP,

propiciados por quatro condicionantes, sendo um geral e três específicos, dispostos em uma mesma conjuntura.

Acredita-se que foi possível ainda dotar o argumento de certa propriedade quando se buscou respaldo nos seguintes eixos de análise da Saúde Coletiva: formas de organização dos prestadores de serviços de saúde (MENDES, 1995, 2001); modelos tecnoassistenciais (MERHY, 1992); estratégia e hegemonia de poder nas instituições de saúde através dos discursos da classe dominante (LUZ, 1979). Esses dispositivos foram decisivos para nomear a conjuntura (conjuntura de disputa entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Neoliberal da Saúde pela hegemonia do SUS), os condicionantes específicos (o desdobramento dos princípios do Projeto da Reforma Sanitária no aporte jurídico do SUS / a ação do Ministério da Saúde no período de 2003 a 2005 / a abertura à operacionalização do princípio de capacitação e reciclagem permanente do relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde) e o condicionante geral (a inflexão do processo neoliberal no âmbito do executivo federal no período de 2003 a 2005).

A leitura final deste estudo propiciou nos sujeitos que o elaborou, uma sensação de que se buscou responder a pergunta sobre o que é a EPS. Essa questão, na verdade, nunca esteve explícita, todavia, sua evidência é dada tão logo se proceda com uma leitura atenta e algo distanciada. Explica-se que essa pergunta ficou no oculto porque se reconheceu que seria preciso um período bem mais longo do que o institucionalmente proposto no cronograma de atividades para se apropriar do campo de conhecimento que fundamenta o estudo de um problema desse tipo: a Filosofia da Educação. Esta, todavia, terminou marcando este estudo porque foi preciso seguir as orientações filosóficas dos educadores. Com Gadotti (1987) foi possível aprender a várias características da EP, e ainda diferenciar uma proposta pedagógica filosófica de outra ideológica; coisa que também foi aprendida com Freire (1987-a). Com Luckesi (1994) aprendeu-se que a ideologia caracteriza a concepção de educação como redenção da sociedade, e que esse pressuposto se viabiliza nas propostas pedagógicas de tendência liberal.

Por outro lado, são reconhecidas as falhas que marcam este estudo com a característica de incompletude dos sujeitos que o elaborou. A primeira diz respeito ao fato de não ter sido possível fazer mais demonstrações sobre a centralidade do

PRS na EPS, e assim reforçar o argumento de que esta, considerando o material analisado, não se aproxima ideologicamente da EP, e se orienta pelo PRS. É deste entendimento que este estudo declara apoio à política de formação e desenvolvimento do trabalho no SUS.

Os desafios e possibilidades de êxito da EPS, pontuados em várias passagens mereceriam uma discussão específica, e não foi possível fazer isso, visto que demandaria um período de tempo maior do que o institucionalmente estabelecido. Em alguns pontos do texto é feita a recomendação de que a EP pode contribuir com a EPS, entretanto, dado o seu caráter ideológico, é preciso tomá-la criticamente de acordo com o discurso do PRS. Sobre esse aspecto, aliás, registre-se (embora isso também mereça uma discussão específica) de que a EPS precisa apresentar de modo evidente sua visão de mundo e de homem, ou melhor, sua posição contra-ideológica fundamentada no discurso do PRS que denuncia as desigualdades sociais do capitalismo brasileiro; seu pressuposto filosófico de educação como transformação da sociedade e uma proposta pedagógica progressista, podendo ser baseada inclusive nos ensinamentos de Paulo Freire, como afirma o próprio Ceccim (2005).

Uma das contribuições que se pretendia oferecer de maneira mais sistemática, apontando assim as possibilidades de êxito da EPS para o SUS de acordo com o discurso contra-ideológico do PRS, centra-se inicialmente na crítica feita por Freire (1987 a, p. 16) de que “[...] toda neutralidade afirmada é sempre uma opção escondida [...]”, reafirmando assim a importância da EPS assumir explicitamente a posição contra-ideológica do PRS. Em seguida, utilizando como fundamento as reflexões do mesmo educador pernambucano, ressaltar que no processo de construção do objeto de estudo desta pesquisa foi possível aprender sobre o erro de adjetivar a Educação como *Permanente*, visto que isso consistiria em retirar do ser da educação o caráter de permanência que lhe é próprio, de maneira que esse artifício terminaria por reduzir toda a Educação à proposta da Educação Permanente.

Freire (1987a) evita qualquer raciocínio puramente metafísico, ao expressar que só é possível pensar a educação no âmbito do humano, um ser inacabado, que precisa permanentemente da educação para lhe ajudar no processo de

problematização e resolução de sua incompletude. Se a permanência não constituir a natureza da educação, torna-se então, um ser imprestável ao humano, visto que o aprisionaria em sua dinâmica de vir-a-ser-o-que-deseja.

Por outro lado, é importante ressaltar que um dos componentes do agrupamento social formulador da Educação Permanente, Janne (1976), apresenta a permanência da educação como um dos postulados fundamentais desse sistema pedagógico. Entretanto, diferente de Freire (1987a), esse intelectual não radicaliza nem critica a denominação do projeto em que atua, pois o interesse do grupo é o de utilizá-lo como argumento para reunir correntes, reduzir as concepções opostas e alargar o próprio conceito de educação, como analisa Gadotti (1987).

Outra contribuição que se pretendeu, mas não foi possível oferecer, diz respeito a propor a utilização de duas categorias trabalhadas por Campos (1997, 2000) quanto à argumentação para o pressuposto filosófico de educação para transformação da realidade social com uma abordagem pedagógica progressista. Trata-se das noções de grupo-práxis (Campos, 1997), e de coletivos organizados para a produção (Campos, 2000) visto que os trabalhadores do SUS devem se compreender com agentes de transformação para operar as mudanças necessárias a um sistema comprometido com o discurso contra-ideológico do direito à saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Considerando o exposto, finaliza-se este texto de estudo dizendo que essas possíveis falhas fazem com que a inquietação que mobilizou esta pesquisa, continue, entretanto, de outro nível e com alguma satisfação.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA JÚNIOR, J. B. O estudo como forma de pesquisa. In: CARVALHO, M. C. M. *Metodologia científica: fundamentos e técnicas: construindo o saber*. Campinas: Papyrus, 1989. p. 97-118.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático*. São Paulo: Paz e Terra, 1998. p. 9-23.
- AROUCA, A. S. S. Implementação da reforma sanitária através do SUDS. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 14, p. 49-54, 1988.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre a regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.
- BRASIL, Constituição (1988). Da Saúde. In: Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. Título 8, cap. 2, seção 2. 292 p
- BRASIL. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. . Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em: www.saúde.gov.br.
- BRASIL, Lei nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990. Disponível em: www.saúde.gov.br
- BRASIL. Portaria GM/MS nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 de fevereiro de 2004. Disponível em: www.saúde.gov.br.
- BRASIL, Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 66 p + anexos.

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 de fevereiro de 2006. Disponível em: www.saúde.gov.br.

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 648 de 28 de março de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 de março de 2006. Disponível em: www.saúde.gov.br

BRASIL, GM/MS nº. 687 de 30 de março de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 de março de 2006. Disponível em: www.saúde.gov.br.

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 1996, de 26 de agosto de 2007. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 de agosto de 2007. Disponível em www.saúde.gov.br.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entre na roda: pólos de educação permanente: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

CARNOY, M. *Estado e teoria política*. Campinas: Papirus, 1988. 339 p.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. Divulgação em saúde para debate – Revista do CEBES, Rio de Janeiro, 2001, p. 30-56.

CECCIM, R. B.; Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. In: *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu: Fundação UNI/Unesp, v. 09, n. 16, setembro/2004 p. 161-77.

_____. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. In: *Ciência e Saúde Coletiva – Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 10, n. 4, 2005, p. 975-986.

CECCIM, R. B.; FEURWERKWER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. In: *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS, v. 14, n. 1, 2004, p. 41-65.

CHAUÍ, M. *Um convite á filosofia*. São Paulo: Ática, 1996, 440 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Relatório final... In: _____ . *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. p. 1-29

ENGELS, F. Prefácio de Engels à terceira edição alemã. In: MARX, K. *O dezoito brumário de Louis Bonaparte*. São Paulo: Centauro, 2000, p.11-13.

FAVERET, A. C. S. A vinculação constitucional de recursos pra a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003, v. 8. n.2, p. 371- 391.

FREIRE, P. *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977, p. 93.

_____. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979, p. 93.

_____. Ideologia e educação: reflexões sobre a não neutralidade da educação. In: Gadotti, M. *A educação contra a educação*. São Paulo: Paz e Terra, 1987-a, 172 p.

_____. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, 184 p.

GADOTTI, M. *A educação contra a educação*. São Paulo: Paz e Terra, 1987, 172 p.

_____. *História das idéias pedagógicas*. São Paulo: Ática, 2002, 319 p.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro FIOCRUZ, 1995, 189 p.

LAGES, I. *Programa saúde da família: uma apreciação dos seus usuários e trabalhadores*. Dissertação de mestrado. Recife: UFPE, 2002, 95 p.

LUCKESI, C. C. *Filosofia da educação*. São Paulo: Cortez, 1994, 179 p.

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979, 295 p.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, EV. (Org.) Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro, 1995, p. 19-91.

_____. *Os grandes dilemas do SUS: tomo I*. Salvador, 2001, 144p.

MERHY, E. E. A saúde pública como política. São Paulo, 1920-1948: os movimentos sanitários, os modelos tecnoassistenciais e a formação das políticas governamentais. São Paulo: HUCITEC, 1992, 221p.

_____. Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. Planejamento sem normas. São Paulo: 1994, 61-112 p.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca de qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) Inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC, 1997-a, p. 117-160.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997-c p. 125-141.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.S.; MERHY, E.E. (Org.) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 6. n.2, p. 445-450, 2001.

ORLANDI, E. P. Interpretação: autoria, leitura e feitos do trabalho simbólico. Petrópolis: Vozes, 1996, 150 p.

_____. As formas do silêncio no movimento dos sentidos. Editora da UNICAMP, 1997, 189 p.

_____. Análise de discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 2001, 100 p.

PÊCHEUX, M. O mecanismo do (des) conhecimento ideológico. In: ZIZEK, S. Um mapa da ideologia. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996, p. 146-152.

_____. Semântica e discurso: uma crítica a afirmação do óbvio. Campinas: Editora da UNICAMP, 1997, 317p.

SARTRE, J. P. *O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica*. Petrópolis: Vozes, 1987, p.782.

SCHWARTZ, B. *Um projeto de educação permanente*. Petrópolis: Vozes, 1976, 406 p.

SILVA JUNIOR, A. G. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998, 100 p.

SOUSA, M. F. *Agentes comunitários de saúde: choque de povo*. São Paulo: HUCITEC, 2001-a, 158 p

STOTZ, E. N. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. São Paulo: Perspectiva, 2003, p. 112-121.



III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Estudo dos Princípios da Educação Permanente e do Projeto da Reforma Sanitária na Formulação da Educação Permanente em Saúde

Autoras: Santana, Célia Maria B. S., Costa, Liliâne Carvalho e Cerqueira, Vilma Ramos
Orientador: Itamar Lages

INTRODUÇÃO:

O Ministério da Saúde, objetivando cumprir o seu papel, definido em lei, enquanto gestor federal do SUS, criou em 2003 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e que foi o lugar institucional de formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A PNEPS objeto deste estudo foi instituída através da Portaria GM/MS 198/2004, após articulação, pactuação e aprovação nas três instâncias de governo e outros órgãos, traduzindo uma política social de valorização do direito ao trabalho.

A PNEPS propôs a adequação da formação profissional em todos os níveis às necessidades do SUS e à articulação entre trabalho e Educação em Saúde.

A elaboração deste projeto foi precedida pelo desejo de racionalizar a inquietação e o interesse atinente a EPS; o conhecimento foi sendo obtido, continuou durante todo estudo e percebe-se que o mesmo está em processo de aquisição.

OBJETIVO GERAL:

Descrever a conjuntura e os condicionantes que favoreceram a presença dos princípios da Educação Permanente e do Projeto da Reforma Sanitária na formulação da EPS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever a conjuntura de disputa entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Neoliberal da Saúde pela hegemonia do SUS.
- Descrever como o desdobramento dos princípios do Projeto da Reforma Sanitária no aporte jurídico do SUS, a ação do MS no período de 2003 a 2005 e a abertura à operacionalização do *princípio de capacitação e reciclagem permanente* do relatório final da VIII CNS propiciaram a presença dos princípios da Educação Permanente e do Projeto da Reforma Sanitária na formulação da EPS.
- Descrever como a inflexão do processo neoliberal no âmbito do executivo federal no período de 2003 a 2005 favoreceu a formulação da EPS.

MÉTODO:

Qualitativo: Estudo Compreensivo-Interpretativo
Análise de discurso: interdiscurso.

RESULTADOS:

Foi possível demonstrar por meio da abordagem discursiva utilizada de que a EPS é uma formulação na qual se encontram os dizeres (interdiscurso) do Projeto da Reforma Sanitária e da Educação Permanente, propiciados por condicionantes dispostos em uma mesma conjuntura de disputa entre o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Neoliberal da Saúde pela hegemonia do SUS.

CONJUNTURA E CONDICIONANTES DO INTERDISCURSO DA EP E DO PRS NA EPS

Conjuntura: A disputa entre projeto neoliberal em saúde (PNS) e do Projeto da Reforma Sanitária (PRS) pela hegemonia do SUS	
Condicionante geral	A inflexão do processo neoliberal no período de 2003 a 2005
Condicionante específico 1	O desdobramento do relatório final da 8ª CNS no aporte jurídico do SUS
Condicionante específico 2	Ação institucional do MS no período de 2003 a 2005
Condicionante específico 3	A abertura à operacionalização do princípio de capacitação e reciclagem permanentes do PRS

CONCLUSÕES:

- A EPS é uma formulação na qual se encontram os dizeres (o interdiscurso) do PRS e da EP, propiciados por quatro condicionantes, dispostos em uma mesma conjuntura;
- Foi possível aprender as várias características da EP, e ainda diferenciar uma proposta pedagógica filosófica de outra ideológica; coisa que também foi aprendida com Freire e Gadotti;
- Que a EP pode contribuir com a EPS, entretanto, dado o seu caráter ideológico, é preciso tomá-la criticamente de acordo com o discurso do PRS;
- Foi possível aprender sobre o erro de adjetivar a Educação como *Permanente*, visto que isso consistiria em retirar do ser da educação o caráter de permanência que lhe é próprio, de maneira que esse artifício terminaria por reduzir toda a

