

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas
Departamento de Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Política Social

**POLÍTICA E AÇÃO PÚBLICA: ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.**

FÁBIO PEREIRA BRAVIN

BRASÍLIA

2008

FÁBIO PEREIRA BRAVIN

**POLÍTICA E AÇÃO PÚBLICA: ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.**

Dissertação apresentada como requisito parcial
à obtenção do grau de Mestre, pelo Programa
de Pós-Graduação em Política Social do
Departamento de Serviço Social, da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Helena Stein

BRASÍLIA

2008

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sabedoria com que rege o universo e por me permitir viver este momento. Obrigado ó Pai por seu amor infinito, que nos permite reconhecer nossas limitações e mais uma vez tentar superá-las.

Aos meus pais, pelo exemplo diário de superação da nossa capacidade de amar. Obrigado, Clarindo e Rosa, pela compreensão dos meus limites (e dos meus irmãos) e pelo estímulo para que eu procure sempre ser uma pessoa melhor.

Aos meus irmãos, Lúcio, Flávio, André e Michelle, pela cumplicidade, o afeto, as parcerias e por dividirem comigo, por tanto tempo, muito mais do que um espaço comum de convivência.

À Poliana, pelo companheirismo e confiança, e pela compreensão e paciência com a minha quietude e minhas inquietações.

Aos meus amigos do Ministério da Saúde, hoje em muito já extrapolaram a definição de colegas. Obrigado por dividirem comigo grande parte de suas vidas, por me ensinarem a sonhar e batalhar pela construção de uma outra realidade para a saúde no nosso país, e pela ajuda inestimável na construção deste trabalho.

Aos coordenadores e diretores do DEGES que me possibilitaram “tempo livre” para dedicar à pós-graduação e apoiaram a execução desta pesquisa.

À professora Rosa, pelos momentos de luz no caminho de elaboração e desenvolvimento deste estudo. Obrigado por sua serenidade nas orientações e por sua confiança no meu trabalho.

Aos professores Ricardo e Ivanete, pela disponibilidade para a leitura e avaliação desta dissertação. Obrigado por suas considerações e pelo encorajamento ao debate sempre na perspectiva de qualificá-la.

Aos meus amigos do programa de pós-graduação em política social, pela cordialidade e pelas discussões nas disciplinas cursadas, que em muito contribuíram para que eu me mantivesse aberto às diferentes possibilidades e pontos de vista para a abordagem de uma mesma questão.

A todos os entrevistados, pela compreensão, apoio e colaboração nesta pesquisa, participações fundamentais para o resultado alcançado.

Ao Alexandre, grande amigo e camarada de longas discussões e análises de cenário e de conjuntura, e, na pessoa dele, agradeço a todos que, de alguma forma, se envolveram ou contribuíram no desenvolvimento desta pesquisa e no meu percurso acadêmico e desenvolvimento pessoal.

“Quando os sistemas de deliberação são vistos como, de fato, modeladores de resultados concretos, os cidadãos comuns toleram sua 'confusão' e investem o tempo e a energia necessários para fazê-los funcionar.”

PETER EVANS.

RESUMO

Este estudo analisa a implicação dos contextos histórico, político e institucional sobre o processo de formulação e desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no período de 2003 a 2006. O seu objetivo é identificar e recuperar a relação entre a política e ação pública para o caso específico dessa política pública. Para tanto, utiliza as abordagens de John Kingdon sobre “janelas de oportunidade política”, como referência teórica para explicar o momento e os condicionantes dessa nova formulação, especialmente a relação entre política e ação pública, além do conceito de “coalizões de defesa”, de Paul Sabatier, para analisar a dinâmica do subsistema político relacionado e a influência das idéias e das mudanças políticas sobre o processo de sua implementação. A pesquisa identificou, como núcleos centrais da regulamentação, a gestão democrática, descentralizada e participativa e os princípios da educação permanente em saúde como orientadores da ação pública para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Concluímos que a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no âmbito nacional, é marcadamente afetada pelo contexto político e institucional da gestão federal do SUS e pelas idéias de pelo menos duas grandes “coalizões de defesa” que historicamente atuam no subsistema político na área da saúde no Brasil. Ao final, considerando os dados da pesquisa, sugerimos estratégias para um movimento de democratização da ação pública, para a construção de um domínio de intervenção a ser designado a Educação Permanente em Saúde, e para a construção de uma atitude regulatória pública, baseadas nas indicações de Sabatier, que favoreceriam a interação e implementação de novos acordos negociados dentro de um subsistema político e, desta forma, poderiam auxiliar no desenvolvimento desta política pública.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Sistema Único de Saúde, Educação na Saúde, Educação Permanente em Saúde, Janela de Oportunidade Política, Coalizões de Defesa.

ABSTRACT

This study analyses the implication of the historical, political and institutional contexts upon the formulation and development of the National Policy of Permanent Health Education, from 2003 to 2006. Our objectives are to identify and to recover the relationship of the politics and public action for this policy. We also use the theoretical referential of John Kingdon, concern “Policy Window”, to explain the moment and the constraints of this new formulation, and Paul Sabatier, concern “advocacy coalitions”, to understand the dynamic of the policy subsystem and the process of deliberation and implementation of this public policy. This research identifies that the foundations of this policy are the democratic and decentralized management, and the principles of the permanent health education like advisors for the public action in the formation and development of the workers of Unified Health System (SUS). We found that the implementation of the National Politics of Permanent Health Education, at national level, is influenced by the ideas of, at least, two big “advocacy coalitions” in the subsystem of health policy and by the political and institutional contexts of the federal management of SUS. To conclude, we suggest strategies for a movement of democratization of the public action, for the construction of an intervention domain to be designated to the Health Permanent Education, and for an public regulation attitude, based on Sabatier, that would favor the interaction and implementation of new negotiated agreements within a political subsystem and that might help in the development of this public policy.

Keywords: Public Policy, Unified Health System, Health Education, Permanent Health Education, Policy Window, Advocacy Coalitions.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 – Nº DE PEPS INSTALADOS NO BRASIL - 2003 - 2006.....	75
GRÁFICO 2 – PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO PROGRAMA-1311 – 2004-2007.....	96
GRÁFICO 3 – PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA PNEPS, E FINANCIAMENTO DE OUTRAS AÇÕES.....	101
QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DAS PRINCIPAIS “COALIZÕES DE DEFESA” NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DE ALGUMAS DE SUAS IDÉIAS CENTRAIS. 48	
QUADRO 2 – SÍNTESE DE ALGUNS ASPECTOS RELEVANTES DA PORTARIA GM/MS Nº 198, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2004.....	71
QUADRO 3 – EVENTOS RELEVANTES NO DESENVOLVIMENTO DA PNEPS (2003-2006).....	74
QUADRO 4 – PROBLEMAS E DESAFIOS IDENTIFICADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA PNEPS. 88	
TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO ESTADUAL DOS PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	76
TABELA 2 – PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA COMPARADA: PROGRAMA 1311 E PNEPS - 2004-2007.....	91
TABELA 3 – EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA COMPARADA: PROGRAMA 1311 E PNEPS - 2004-2007.....	92
TABELA 4 – PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA PNEPS, E FINANCIAMENTO DE OUTRAS AÇÕES.....	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas.

CES: Conselho Estadual de Saúde.

CGPLAN: Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

CIB: Comissão Intergestores Bipartite.

CIRH: Comissão Intersectorial de Recursos Humanos, do Conselho Nacional de Saúde.

CIT: Comissão Intergestores Tripartite.

CNS: Conselho Nacional de Saúde.

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

CONASS: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde.

DAGEP: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde.

DEGES: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.

GERUS: Programa de Desenvolvimento Gerencial de Unidade Básicas de Saúde.

IAPs: Institutos de Aposentadoria e Pensão.

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social.

OMS: Organização Mundial da Saúde.

OPAS: Organização Pan-americana de Saúde.

PAB: Piso da Atenção Básica.

PEPS: Pólos de Educação Permanente em Saúde.

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.

PITS: Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

PPA: Plano Plurianual.

PROFAE: Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem.

PROMED: Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina.

SES: Secretaria Estadual de Saúde.

SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, do Ministério da Saúde.

SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

SUS: Sistema Único de Saúde.

UNESCO: Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	9
2. O Caminho Metodológico da Pesquisa.....	12
2.1. A proposta e o desenho do estudo.....	12
2.2. O material de pesquisa e a sua abordagem.....	16
2.2.1. Abordagem dos dados da pesquisa indireta.....	17
2.2.2. Abordagem dos dados da pesquisa direta.....	18
3. Referencial Teórico.....	21
3.1. O Estado capitalista.....	21
3.2. As políticas públicas no Estado capitalista.....	23
3.3. A janela de oportunidade política.....	25
3.4. As coalizões de defesa.....	27
3.5. O processo decisório em contextos de racionalidade limitada.....	31
4. A Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores de Saúde.....	34
4.1. De 1937 a 1945: o Estado Novo.....	36
4.2. De 1945 a 1964: o período de redemocratização.....	38
4.3. De 1964 a 1985: a ditadura militar.....	39
4.4. De 1986 a 2003: da construção do SUS à uma política para a gestão da educação dos trabalhadores da área de saúde.....	41
5. O Caminho da Disputa pelo Resultado Político.....	46
5.1. Caracterizando as diferentes coalizões de defesa no subsistema da política de saúde brasileira.....	46
5.2. Analisando o fluxo de idéias e as decisões a partir do conceito de “coalizões de defesa”.....	51
6. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	57
6.1. Construindo uma nova política para a gestão da educação na saúde.....	58
6.2. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	63
7. A Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	73
7.1. O desafio da descentralização, da gestão participativa e da aplicação dos princípios da educação permanente em saúde.....	74
7.2. A dinâmica do financiamento.....	90
8. Considerações Finais.....	103
REFERÊNCIAS.....	109
ANEXO A – ENTREVISTAS REALIZADAS.....	114
ANEXO B – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS GESTORES FEDERAIS DA SGTES NO PERÍODO DE 2003 A 2006.....	115
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROPOSTO E ENTREGUE AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DIRETA.....	119

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa considera o meu trabalho, de quase quatro anos, como técnico do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, envolvido na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Nesse período acompanhei vários desafios a sua execução, surgindo dessa oportunidade o desejo de desenvolver uma reflexão crítica acerca dessa política pública, voltada para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde.

As referências escolhidas para o estudo abordam a dimensão processual das políticas públicas e se contrapõem à idéia de que elas são um instrumento essencialmente técnico e neutro. De acordo com Frey (2000, p. 220), a pesquisa sobre políticas públicas não pode se eximir da investigação da vida interna dos processos político-administrativos, pois os arranjos institucionais, as atitudes e objetivos dos atores políticos, os instrumentos de ação e as estratégias políticas são importantes elementos explicativos sobre a gênese e o percurso de certos programas políticos (os fatores favoráveis e os entraves bloqueadores).

O projeto de pesquisa orientou a construção de um estudo que se diferencia no contexto de sobrevalorização da dimensão técnica das políticas públicas, em que vários estudos buscam mensurar os resultados de uma dada decisão do Estado. Geralmente pesquisas nessa linha usam diferentes metodologias para a avaliação de eficiência e eficácia, sem se aprofundarem sobre os determinantes políticos e as condições de implementação que influenciam os resultados. Por outro lado, sem desconsiderar a dimensão técnica, a idéia é resgatar o processo histórico e o caráter político da ação pública.

A pesquisa, então, concentrou-se na ação política e no contexto institucional em torno da formulação e implementação da PNEPS. Examinou as decisões, princípios, instâncias e estratégias que ela apresenta como novo marco regulatório para a gestão da educação na saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os desafios para a política são enormes, mas destaca-se, antecipadamente, o embate com a cultura institucional centralizada e a forma convencional de lidar com a gestão da educação na saúde, que padece das influências hegemônicas da teoria geral da administração e do “treinamento” sobre as práticas e os desenhos organizativos de atenção à saúde.

Muller e Surel (2004, p. 31, 32, 40) contribuem para o melhor esclarecimento do desafio acima apresentado. Para eles, uma das contribuições da análise de políticas públicas é colocar em evidência os múltiplos contatos que o Estado mantém com seu contexto. Dois

grandes desafios são apontados pelos autores para esse tipo de pesquisa. No nosso caso específico, poderiam ser formulados da seguinte maneira:

- a) compreender que caminhos a PNEPS abre e que desafios vivencia na sua missão de construir uma nova representação e uma nova abordagem para a questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde;
- b) vincular as dinâmicas do processo de implementação da PNEPS à ação pública e suas inter-relações, que concorrem para a formação e a evolução da esfera política.

O tema do estudo, portanto, é a relação entre Estado e sociedade na formulação e execução das políticas públicas. O objeto, por sua vez, é a PNEPS e o objetivo geral é identificar e analisar aqueles elementos dos contextos histórico, político e institucional que, associados à composição das forças sociais em torno do objeto, repercutem sobre a capacidade dos gestores em inovar e sustentar a inovação.

De uma forma sintética, o presente trabalho faz uma reflexão crítica acerca da ação estatal e da racionalidade a ela vinculada, considerando: (1) a ação da burocracia no desenvolvimento da PNEPS e os limites da racionalização reclamada; (2) os desafios à radicalização democrática dos processos decisórios vinculados à ação pública; e (3) a contribuição da democracia para o enfrentamento dos problemas complexos relativos à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Partindo desses pressupostos, a pesquisa não mais poderia se limitar à avaliação das metas e aferição dos resultados alcançados, do contrário, busca identificar os elementos explicativos para as condições de sua execução. Embasa essa expectativa, por exemplo, a constatação de Côrtes (2005, p. 13) quando argumenta que a participação pode ter potencialidades diversas em termos de impactos sobre a formulação e implementação de políticas públicas.

Na análise de Boschi (1999, p. 3), o sucesso no desenvolvimento de algumas políticas públicas dependeria do estabelecimento de relações sociais mais horizontais entre Estado e o seu contexto. A mediação de instituições democráticas tenderia a minimizar a instauração de relações clientelísticas e predatórias entre agentes públicos e cidadãos. Todavia, o desenvolvimento e a consolidação de fóruns participativos na gestão pública, segundo as avaliações de Santos e Gohn (2001), Avritzer (2002), Azevedo e Abranches (2002), Evans (2003), vivenciam enormes desafios. Assim, Nogueira (1997, p. 9) e Boschi (1999, p. 2, 12) concluem que a implementação de um desenho descentralizado e participativo

de gestão pública enfrenta uma série de dificuldades e resistências políticas e culturais, cuja superação exige um esforço continuado e de longo prazo, difícil de ser estimado.

Todas essas observações indicam que diferentes elementos dos contextos histórico, político e institucional, nos quais se insere essa regulamentação, podem determinar as variações na implementação e nos resultados alcançados. Considere-se, ainda, que a PNEPS aborda uma questão complexa e experimenta um desenho democrático inovador para o seu enfrentamento. É com base nesses argumentos que esta pesquisa foi desenhada.

Percorrendo um caminho metodológico próprio que considerasse o exposto, o objetivo do estudo e o momento acadêmico em que se insere, esta dissertação apresenta a análise desenvolvida e está estruturada da seguinte maneira:

- o primeiro capítulo, esta apresentação;
- o segundo capítulo apresenta a metodologia e a organização da pesquisa;
- a terceira parte aborda as categorias centrais do estudo, como os conceitos de Estado, políticas públicas, janela de oportunidade política, coalizões de defesa e uma discussão sobre o processo decisório na definição de políticas públicas;
- o quarto capítulo analisa a questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde como um problema público;
- o quinto, a influência das idéias sobre o processo decisório dos atores políticos na definição PNEPS;
- o sexto momento apresenta a PNEPS, seus elementos constituintes e contradições internas, como resultado (provisório) do processo político;
- o sétimo capítulo, por sua vez, avalia a influência das características do processo decisório e dos contextos histórico, institucional e político sobre a implementação da PNEPS;
- o oitavo, e último, capítulo discute os achados da pesquisa e algumas formulações teóricas, que corroboram as explicações formuladas e fornecem indícios para o desenvolvimento da PNEPS.

Ao final, esperamos ter construído um processo investigativo capaz de apreender a PNEPS como objeto histórico, como processo, como produto de uma série de interações, ao longo do tempo, entre um conjunto variável de atores, que disputam significados e representações, espaços, abordagens e diferentes perspectivas de sociedade.

2. O CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

2.1. A proposta e o desenho do estudo.

A opção metodológica foi por um estudo qualitativo. De acordo com Frey (2000, p. 220), os estudos sobre políticas públicas baseados em métodos quantitativos são freqüentemente limitados a um número reduzido de variáveis explicativas, devido às dificuldades técnicas e organizativas da pesquisa quantitativa nesse campo. Considerando os objetivos do trabalho, a opção não excluiu a pesquisa quantitativa por suas dificuldades metodológicas apontadas, mas pelas possibilidades da metodologia qualitativa.

Referindo-se à pesquisa qualitativa, Minayo (2004, p. 10, 22), por outro lado, argumenta ser ela capaz de “incorporar a questão do significado e a intencionalidade inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais”. Por essa capacidade, essa metodologia possibilita compreender melhor os valores culturais, as representações de determinados grupos sobre temas específicos e a relação entre atores sociais, quer no âmbito das instituições, quer nos movimentos sociais, ao longo do processo histórico.

O objetivo geral do trabalho é identificar os elementos dos contextos histórico, político e institucional que contribuíram para a formulação da PNEPS e influenciam a sua implementação. Ademais, os objetivos específicos voltam-se para a análise:

- a) do percurso histórico das demandas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, especialmente aquelas registradas nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, relacionando-as com os modos de produção vigentes e com os projetos e desenhos organizativos que disputam a área da saúde;
- b) da participação social na gestão do SUS, princípio constitucional da organização do sistema, por meio da análise de caso da PNEPS, ressaltando o conflito como uma expressão legítima da participação no processo decisório e na partilha de poder.

Esses objetivos exigem abordar a política pública da mesma forma como a consideram O'Donnell e Oszlak (1976): como parte de um processo social, necessariamente histórico, vinculado a uma determinada questão (assuntos, necessidades e demandas), do qual participam diferentes atores sociais, e que enseja uma resposta política, uma decisão, uma ação do Estado em relação à questão desencadeadora.

De forma semelhante, Windhoff-Héritier¹, citada por Frey (2000, p. 214), alega que a Ciência Política, nas investigações voltadas para os resultados que um dado sistema político vem produzindo, tem o interesse em analisar a inter-relação entre as instituições políticas, o processo político e os conteúdos de política e não somente na ampliação do conhecimento sobre planos, programas e projetos desenvolvidos e implementados por políticas setoriais.

Ainda trabalhando a mesma idéia, Muller e Surel (2004, p. 9-14) apontam que a análise de políticas públicas contribui para mostrar o papel do Estado na construção das relações econômicas e sociais proporcionando uma maneira de desenvolver um olhar diferente sobre a ação pública no seu conjunto.

A abordagem escolhida, portanto, irá distanciar-se das deduções restritivas que definem as políticas públicas como “ações do Estado em direção da sociedade”, pois é impossível pensar o Estado e as políticas públicas fora de um projeto político e de uma teoria social para a sociedade como um todo.

A perspectiva analítica adotada neste trabalho associa-se à idéia, de Muller e Surel (2004, p. 11), de que a atuação estatal é lugar privilegiado onde as complexas sociedades modernas colocarão o problema crucial de sua relação com o mundo por meio da construção de paradigmas e referenciais. Esses, por sua vez, determinam os instrumentos que permitem às sociedades agirem sobre elas mesmas e os espaços de sentido onde os grupos sociais irão interagir.

Demo (1987, p. 22) aponta os desafios para a pesquisa social ao afirmar que as realidades históricas nem são fixas e imutáveis, nem são harmoniosas, equilibradas e sempre funcionais, portanto estaria ela desafiada a ser um processo de captação de um objeto complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação. Na mesma linha de pensamento, Minayo (2004, p. 37) expõe o dilema do estudioso que tem como objeto de pesquisa o ser humano e a sociedade, qual seja: contentar-se com a problematização do produto humano objetivado ou ir em busca, também, dos significados da ação humana que constrói a história.

Consciente desses desafios, o estudo seguirá a recomendação de Offe (1984, p. 39-40), para quem a ocupação prioritária dos estudos sobre políticas públicas deve ser com a elucidação das condições sociais de implementação das regulamentações políticas, uma vez que elas representam, apenas, condições iniciais desencadeadoras de interações conflitivas,

¹ WINDHOFF-HÉRITIER, Adrienne. *Policy-Analyse: eine Einführung*. Frankfurt am Main/New York: Campus, 1987.

cujo resultado estará em aberto em decorrência das contradições e interesses que operam tanto dentro quanto fora do Estado.

Assim, o resultado da pesquisa é apresentado, ao longo desta dissertação, em suas diferentes etapas, com o objetivo de responder a duas questões centrais, cada uma tendo a sua hipótese de trabalho:

Pergunta 1. Quais os elementos dos contextos histórico, político e institucional, no âmbito da gestão federal do SUS, que, vinculados às ações e interesses de diferentes atores foram/têm sido determinantes para a formulação e implementação da PNEPS?

Hipótese. A dinâmica dos diferentes atores e suas relações nos espaços da gestão federal do SUS, em especial a relação que a burocracia estatal estabelece com espaços de gestão colegiada e participativa, a representação sobre o papel institucional e os processos de trabalho afetos à organização, bem como as coalizões de sustentação de um governo, são determinantes da capacidade dos gestores de inovar na formulação e sustentar a implementação da PNEPS.

Pergunta 2. De que forma a democratização da gestão pública, proposta nesta política, contribui para que a sua formulação lhe dê capacidade para enfrentar a complexidade da questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde?

Hipótese. O estabelecimento de relações e de instâncias democráticas e descentralizadas favorece a capacidade de inovação na gestão da PNEPS, desde que o conflito seja trabalhado em seu potencial inovador/criativo, a partir da sua percepção como inerente e legítimo aos espaços democráticos de gestão pública.

Postas as questões, o desafio foi buscar referências que balizassem o caminho a percorrer na análise de uma política pública. O'Donnell e Oszlak (1976) argumentam que estudos mais “operacionalizáveis” e “formalizáveis” de análise de políticas públicas seriam mais facilmente construídos se o processo social do qual elas participam não fizesse parte das preocupações centrais do pesquisador, contudo o custo desta opção seria o esvaziamento do seu interesse teórico. Essa não é a nossa opção. Como este trabalho busca testar a adequação do uso e a capacidade explicativa de um conjunto de referências teóricas da análise de políticas públicas para o caso da PNEPS, seguiremos, de forma aproximada, as etapas de desenvolvimento de um enfoque mais empírico e indutivo para este tipo de estudo, proposto pelos mesmo autores.

Quatro movimentos investigativos foram realizados cada um orientado para diferentes dimensões do mesmo objeto a fim de melhor compreendê-lo. Antes, porém, de apresentar cada uma destas fases, vale destacar que os elementos oriundos da análise dos

materiais pesquisados estão presentes em todas as etapas da dissertação pois são indispensáveis para a descrição e explicação do objeto e de suas relações no contexto social. Portanto, não haverá um momento separado de apresentação dos dados coletados, pois os mesmos estão permeados no texto, compondo cada uma das etapas do estudo.

O primeiro movimento investigativo volta-se para a questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e seu surgimento e tratamento históricos. O objetivo é analisar o lapso prévio ao surgimento da PNEPS (os diferentes entendimentos sobre o problema e as respostas/regulamentações do Estado anteriores à política). Quem, e com base em que estratégias, problematizou o assunto e colocou-o como demandante da intervenção estatal? Tais pontos são importantes para interpretar eventos posteriores (a capacidade de iniciação autônoma do Estado, a possibilidade de diferentes setores sociais iniciarem questões, ou os recursos e alianças que esses podem mobilizar) e para iluminar alguns dos problemas mais gerais sobre as características do Estado e das novas modalidades que assumem seus padrões de interação na sociedade.

A segunda etapa, que corresponde ao quinto capítulo desta dissertação, procura identificar as preferências e idéias dos diferentes atores políticos para a abordagem do problema, a partir da análise do processo decisório. Aqui, as opções do Estado são relevantes por sua possibilidade objetiva de produzir importantes conseqüências e por repercutirem na sociedade mais extensamente que as políticas privadas, entretanto, com elas interagem num complexo processo social, que pode (re)orientar outras decisões do Estado em relação à questão, determinar a forma como será tratada, o órgão estatal predominante no processo de intervenção, os espaços das trocas sociais relacionados ao assunto, e os atores fortalecidos no processo.

A terceira aproximação analisa propriamente a decisão tomada pelo Estado no sentido de intervir e regular as relações afetas à questão. É o momento da análise da PNEPS, dos elementos constituintes do seu texto legal e suas contradições internas. No geral, uma política inclui mais de uma decisão e ação de uma ou mais organizações estatais, simultâneas ou sucessivas, que estão sujeitas à pressão de diferentes grupos do contexto político. Identificá-las pode contribuir para reconhecer e trabalhar as ambigüidades e variações na sua implementação.

Por fim, o quarto eixo aborda as conseqüências internas da decisão do Estado de intervir sobre a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, na forma apresentada pela PNEPS. Aqui o foco está nos processos internos ao Estado, gerados a partir da sua decisão de intervir e construir uma política pública para tratar a questão. Essas

consequências podem ter a sua origem tanto externa quanto interna ao Estado, influenciando favoravelmente, ou não, para sustentar a capacidade inovadora dos gestores e um certo grau de autonomia para implementar a política. O que ocorre no interior do Estado é, em parte, execução da política, em parte fator causal para a adoção de novas políticas, e, em parte, geração de estruturas burocráticas especializadas dotadas, às vezes, de atribuições formais e com capacidade de redefinir a política inicial.

2.2. O material de pesquisa e a sua abordagem.

As informações que permitiram reconstruir a trajetória da PNEPS, a partir dos eixos acima apresentados, são provenientes de uma pesquisa de base bibliográfica e documental e de uma pesquisa direta, por meio de entrevistas semi-estruturadas, com atores estratégicos da gestão pública federal, responsáveis pela condução da referida política (informantes estratégicos).

O período da pesquisa situa-se entre os anos de 2003 e 2006, tempo que abrange o início e fechamento de um ciclo de governo, quando foi instituída e implantada a PNEPS. Dessa maneira, as informações recolhidas serão prioritariamente referidas a esse período, excetuadas aquelas que discutem a questão da educação na saúde e as respostas do Estado anteriores à política, para que fosse possível delimitar o contexto histórico dessa questão.

O lugar da pesquisa é a gestão federal do SUS, especificamente naquilo que se relaciona à questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, e envolve o Ministério da Saúde e outros atores institucionais que dela participam, em diferentes momentos e espaços públicos, com diferentes interesses, estratégias e ações.

Antes, porém, de apresentar o material e as técnicas de pesquisa, destaca-se que a sua análise está apoiada na idéia de “hermenêutica-dialética”:

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o *texto*, a *fala*, o *depoimento* como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico. Esse *texto* é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo que as tensões e perturbações sociais. (MINAYO, 2004, p. 227-228)

Ainda sobre a análise do material, cuidou-se de combinar e cruzar os diferentes pontos de vista e as múltiplas técnicas de coleta de dados, o que, para Minayo (2004, 239-241), corresponde à triangulação dos dados, uma atividade que, de certa forma, consagra

tanto a crítica intersubjetiva como a comparação e favorece uma maior aproximação da realidade, embora não se consiga reproduzi-la.

2.2.1. Abordagem dos dados da pesquisa indireta.

Foram utilizados para a pesquisa indireta, com a intenção de analisar as concepções, interesses, posicionamentos, mobilizações e expectativas de diferentes atores em torno de um ordenamento para a educação na saúde:

- o próprio texto que instituiu a PNEPS;
- textos anteriores do Ministério da Saúde sobre o tema;
- produções de outros atores institucionais afetos à questão;
- artigos especializados publicados em periódicos científicos;
- resumos executivos da Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
- atas e resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- publicações do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) sobre o tema;
- publicações do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) sobre o assunto;
- os relatórios de execução orçamentária produzidos pela Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (CGPLAN) no período;
- os relatórios de gestão do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) no período;
- informações do orçamento da União no período de 2003 a 2006.

À análise desses elementos precedeu-se a sua organização, que implicou a sua leitura e releitura e a sistematização de um quadro de referências vinculado aos eixos do estudo, anteriormente mencionados: a questão, a mobilização dos atores sociais, a decisão de intervir sobre o problema e a resposta produzida, e as conseqüências que decorrem da decisão. Como também já foi mencionado, a apresentação dos excertos será feita ao longo dos capítulos.

Todos os textos utilizados constam da lista de referências ao final do trabalho, tendo sido pesquisados pelo assunto “Educação Permanente em Saúde” nas publicações e meios de comunicação utilizados freqüentemente por cada ator institucional investigado. Destaca-se, porém, que o conjunto de atas do CNS e dos resumos executivos da CIT tiveram um tratamento um pouco diferenciado, pois em uma mesma reunião dessas instâncias são tratados diversos assuntos. Estes, então, foram conseguidos em formato eletrônico (em formato *.doc* ou *.pdf*) e foram indexados, utilizando-se a ferramenta de indexação do *Windows Vista*

(Microsoft). Do conjunto foram selecionados para a leitura apenas aqueles documentos que continham alguns dos seguintes termos: “educação na saúde”, “educação permanente”, “formação dos trabalhadores de saúde”, “formação de recursos humanos”, “desenvolvimento de recursos humanos”, “desenvolvimento dos trabalhadores de saúde”, “qualificação”, “especialização” e “aperfeiçoamento”. Por fim, as informações do orçamento da União, no período, foram pesquisadas pela classificação do programa “1311: Educação Permanente e Qualificação Profissional do SUS”, de acordo com o Plano Plurianual 2004-2007 e constantes das respectivas Leis Orçamentárias Anuais.

2.2.2. Abordagem dos dados da pesquisa direta.

No presente estudo, a entrevista teve o objetivo de buscar, junto aos atores responsáveis pela gestão federal desta política pública, a revelação de suas percepções, motivações para a ação, comportamentos e até juízo de valor sobre o processo político e a mobilização em torno da PNEPS, ao longo do período estudado. Esses elementos, freqüentemente, não estão presentes nos documentos formais e textos, ou, quando estão, não permitem uma abordagem mais compreensiva para além do que está escrito. A pesquisa por meio de roteiro, por sua vez, permite aprofundar alguns desses pontos à medida que surgem durante a conversa.

Considerando que houve uma alteração do contexto político e institucional relacionado à PNEPS, materializada na troca do comando político no Ministério da Saúde e da área responsável por sua gestão, em julho de 2005, a pesquisa irá ocupar-se, também, da identificação de elementos que indiquem diferenças na sua implementação. Segundo Côrtes (2005, p. 13), os desenhos institucionais de uma determinada política pública e os desenhos institucionais do setor em que se insere um programa ou política afetam, em termos do impacto, a sua formulação e implementação. Saber de que forma isso acontece, no caso da PNEPS, é o trabalho de verificação da primeira hipótese deste estudo, para o qual a entrevista contribui de forma importante, embora não seja a única fonte de informação.

Os atores para entrevista direta constituem um grupo de informantes estratégicos. Para Triviños (1987), essa é uma condição daqueles indivíduos que possuem conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias em análise e a capacidade para expressar o essencial do fenômeno e o detalhe que enriquece a compreensão do mesmo. Foram, então, considerados os atores do espaço federal de gestão da PNEPS, que atuaram no período entre 2003 e 2006, no seguinte arranjo: os dois secretários de gestão do trabalho e da educação na saúde do Ministério da Saúde, os três diretores do DEGES e os dois coordenadores de ações

estratégicas de educação na saúde do DEGES, nomeados no período entre 2003 e 2006. Somam-se, ao todo, seis participantes, sendo que uma das coordenadoras de ações estratégicas de educação na saúde do DEGES assumiu, no período, a direção do Departamento.

Minayo (2000, p. 102) argumenta que a preocupação da pesquisa científica está voltada para o aprofundamento e abrangência da compreensão, no nosso caso, de uma política pública e da representação dos atores políticos responsáveis por sua condução no âmbito federal do SUS. Segundo a autora, o critério para a definição da amostra, portanto, não é necessariamente numérico, mas está relacionado aos atributos dos sujeitos sociais da investigação.

Cumprir destacar que dos seis participantes previstos, dois deles não foram entrevistados. Por dificuldades operacionais, não participaram um dos secretários de gestão do trabalho e da educação na saúde e um dos diretores do DEGES, no período mencionado. Participaram da entrevista, portanto, dois gestores de cada um dos dois mandatos políticos da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), órgão responsável pela condução nacional da política em análise, no período de 2003 a 2006.

Embora apenas quatro entrevistadas tenham sido realizadas, a amostra pôde ser considerada suficiente, produzindo dados coerentes e relevantes, pois de acordo com Minayo (2000, p. 102):

- a) os entrevistados detinham os atributos relevantes para pesquisa, ou seja, eram figuras públicas que, no período, em decorrência de suas vinculações políticas e produção técnica, ocuparam cargos públicos, identificados com a condução nacional da política estudada, as decisões durante o processo de formulação e implementação e a articulação nos espaços públicos e colegiados de gestão do SUS;
- b) foi possível perceber uma repetição das falas e percepções sobre determinados assuntos e situações, com reincidência das informações, mas também com identificação das diferenças, possibilitando o delineamento do quadro empírico da pesquisa; e
- c) considerou outros documentos e produções de outros atores que participam da gestão federal do SUS (CONASS, CONASEMS), além de uma pesquisa externa sobre a implementação desta política, realizada pela USP (2007) por demanda institucional, como estratégia para abranger o conjunto das experiências e expressões que se pretendia objetivar com a pesquisa.

Todos os entrevistados assinaram um termo de consentimento informado, que esclarece sobre a vinculação acadêmica e os objetivos da pesquisa, informa as condições de participação, inclusive com possibilidade de retirar o seu consentimento em qualquer momento. Ao mesmo tempo, o documento é uma autorização para a entrevista e para a publicação dos dados dela provenientes. O termo utilizado está entre os anexos desta dissertação.

O instrumento de coleta de dados para a pesquisa primária, também anexado a este trabalho, constituiu-se de um roteiro para uma entrevista semi-estruturada. Segundo Minayo (2004, p. 99), o sentido desse tipo de roteiro é orientar a conversa e ser facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação, com o objetivo de apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa.

Cada questão está referenciada ao marco teórico utilizado na pesquisa, traz ainda um breve contexto de referência, para orientar o entrevistado, e busca o esclarecimento dos pontos de vista dos atores sobre a totalidade do processo de regulação instituído, as principais dificuldades à sua implementação, as estratégias e ações para a superação dos obstáculos e uma análise da potencialidade da proposta.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Foram lidas e relidas, e foram destacados os pontos que permitem compor as idéias, valores, interpretações e explicações dos atores entrevistados, relacionados à problemática da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde e à própria PNEPS. De acordo com a ABNT (NBR 10520:2002) as transcrições dos discursos foram feitas na forma de citação direta, estando identificadas as supressões por “[...]”, as interpolações, acréscimos ou comentários estão entre “[]”, e a ênfase ou destaque por negrito, sendo este último informado “grifo nosso” ou “grifo do autor”. Esses elementos foram utilizados exclusivamente com o sentido de dar coesão ou favorecer o entendimento do discurso transcrito, excertos da entrevista. Pausas, quebras e não encerramento de uma idéia pelo autor foram identificadas com “(...)”.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, as categorias e conceitos que ajudam a organizar o pensamento e a sistematizar os achados da pesquisa serão apresentados com o objetivo de informar ao leitor as bases teóricas que guiam o pensamento do autor na interpretação, nas discussões e conclusões sobre o objeto de estudo.

A definição de categoria utilizada neste trabalho é a mesma dada por Minayo (2004, p. 94), sem contudo a separação que a autora faz para o caso específico do trabalho mencionado, portanto: categorias referem-se aos conceitos que “retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto”, elas têm “a propriedade de conseguir apreender as determinações e especificidades que se expressam na realidade”, “comportam vários graus de abstração, generalização e de aproximação” e “trazem em si uma conotação classificatória”.

Diante do exposto, a discussão que se segue apresentará o conceito de Estado Capitalista e de Políticas Públicas, que são historicamente relevantes para a compreensão do objeto da pesquisa, além de formulações mais empíricas advindas da Ciência Política, para ajudar na organização do pensamento e dos dados coletados, como as idéias de: “janela de oportunidade política” e “coalizões de defesa”, além de outras considerações a respeito dos processos decisórios em contextos de racionalidade limitada.

3.1. O Estado capitalista.

Se, por um lado, os estudos de políticas públicas podem se constituir como uma promissora via de acesso ao tema das transformações do Estado e das novas modalidades que assumem as suas vinculações com a sociedade (O'Donnell e Oszlak, 1976), por outro, o modelo que se utiliza para entender as relações entre Estado e sociedade influencia as análises de políticas públicas e os seus resultados (DAGNINO et al., 2002, p. 172). Portanto, torna-se imprescindível apresentar o conceito de Estado que baliza todo o trabalho.

Nossa referência é Poulantzas (2000, p. 10-11), para quem o Estado não pode ser explicado como um poder externo imposto a uma sociedade. Diferente disso, ele é o produto de uma sociedade num determinado estágio de desenvolvimento e, dialeticamente, produtor e reproduzidor dessa realidade. O Estado é um aparelho especial, que possui uma ossatura material própria, não sendo reduzível às relações de dominação política e, tampouco, explicado exclusivamente pelo binômio repressão-ideologia.

Poulantzas (2000, p. 12, 26-34), entretanto, adverte-nos de que Estado, sociedade e mercado, política e economia, não são princípios e lógicas excludentes ou separados, mas, dentro de um mesmo modo de produção, apresentam uma correlação histórica, cujo fundamento está nas relações de produção e na divisão social do trabalho. Para esse autor as relações entre o Estado e a economia não são relações de exterioridade de princípio. O processo econômico está constitutivamente ligado às relações políticas e ideológicas que consagram e legitimam as relações de produção e as relações econômicas.

Esse pensamento, por sua vez, apresenta-nos o problema de que os conceitos de economia e de Estado não têm, e nem podem ter, o mesmo sentido nos diversos modos de produção, por isso neste trabalho o conceito de Estado está referenciado ao caso específico do Estado capitalista. Neste modo de produção, o poder político ocupa campo e lugar específicos em relação a outros campos do poder. O Estado não é apenas o detentor do monopólio legítimo da violência (repressão), nem pode ser explicado simplesmente pelo binômio repressão mais ideologia, mas ele próprio concentra e materializa o poder político, embora não detenha o seu monopólio.

A constatação de que o Estado concentra e materializa o poder político, nos é oferecida por Poulantzas (2000, p. 27-33), ao nos lembrar que ele atua no campo de equilíbrio instável do compromisso entre as classes dominantes e as classes dominadas, sendo que “a relação das massas com o poder e o Estado, no que se chama especialmente de consenso, possui sempre um substrato material”. Dessa forma, o Estado encarrega-se ininterruptamente de uma série de medidas materiais positivas para as massas populares, mesmo quando estas medidas refletem concessões impostas pela luta das classes dominadas. Além disso, e para além de um mecanismo de inversão-encobrimento próprio à ideologia, desempenha o papel de organizador em relação às próprias classes dominantes, que consiste também em dizer, formular e declarar abertamente as táticas de reprodução de seu poder tanto às classes dominantes quanto às classes dominadas.

Portanto, o Estado, como poder político institucionalizado, dialeticamente, constitui-se a partir da luta de classes, ao mesmo tempo em que tem papel constituinte nas relações sociais, em que se incluem as relações políticas e econômicas. Em determinando nível, o Estado assume os meios de elaboração e formulação das táticas políticas, produz o saber e as técnicas de saber que, imbricadas na ideologia, de muito a superam. O Estado capitalista, assim, concentra cada vez mais em si as várias formas de poder, interferindo sempre mais em todas as esferas da realidade social e infiltrando-se totalmente nas tramas e setores do poder.

Por fim, se estamos usando as considerações de Poulantzas (2000, p. 128, 130, 141-142) como referencial teórico para entender o Estado, ele também nos oferece os primeiros indicativos de como abordar as políticas públicas. Sendo o Estado uma condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classes, ele não se constitui um bloco monolítico, mas um campo estratégico de batalha, onde o conflito não se dá apenas pelo poder do Estado, mas entre os aparelhos do Estado e no interior de cada um deles. Dessa forma, “o estabelecimento da política do Estado deve ser considerado como o resultado concreto das contradições de classe inseridas na própria estrutura do Estado”.

3.2. As políticas públicas no Estado capitalista.

Um conceito de políticas públicas, coerente com este indicativo de Poulantzas (2000), é apresentado a nós por O'Donnell e Oszlak (1976), para quem as políticas públicas são parte de um processo social, necessariamente histórico, vinculado a uma determinada questão (assuntos, necessidades e demandas socialmente problematizados), do qual participam diferentes atores e que ensejam uma resposta política, uma decisão, uma ação do Estado em relação à questão desencadeadora.

Nesse sentido, a política pública não pode ser reduzida à política estatal nem restringida a um conjunto de formas e procedimentos, regras e instrumentos da atividade estatal enfeudadas na racionalização de uma pretensa “técnica estatal”, científica. Tratá-las como sinônimos é depor contra o seu caráter político e público, tentando encobrir os conflitos, disputas e contradições que se estabelecem em torno delas. Offe (1984, p. 10-34) adverte-nos, entretanto, que não se pode negar completamente o papel do Estado, pois elas necessitam estar amparadas em uma legislação, decorrente do mesmo ato instituinte do Estado, para se instituírem.

Com outras palavras, mas igual sentido, Boschetti (2006, p. 9-10) alerta para a necessidade de superar a concepção de políticas públicas como programas de ação governamental, dispositivos político-administrativos, coordenados em torno de objetivos explícitos, e compreendê-las como resultado das históricas e contraditórias relações sociais, em diferentes contextos, uma vez que participam de um processo global de regulação política e legitimação na sociedade.

Se tomarmos algumas referências da análise de campos específicos de políticas públicas, na ciência política, perceberemos que há uma diferenciação entre três dimensões da política. Para diferenciá-las têm sido empregados conceitos em língua inglesa, uma vez que a

língua portuguesa abrange essas dimensões no vocábulo “política”. Frey (2000, p. 216-217) e Muller e Surel (2004, p. 13) assim os apresentam:

- *Polity* determina a esfera da política em uma sociedade, porosa e flexível, varia segundo o lugar e a época; trata-se da dimensão institucional, refere-se à ordem do sistema político e à estrutura institucional do sistema político-administrativo, delineadas pelo sistema jurídico;
- *Politics* designa a atividade política em geral; compreende a dinâmica do processo político, freqüentemente de caráter conflituoso no que diz respeito à determinação de objetivos, conteúdos e decisões de distribuição, engloba a competição pela obtenção dos cargos políticos, o debate partidário, as diversas forma de mobilização;
- *Policy* denota o processo pelo qual são elaborados e implementados programas de ação pública; corresponde à dimensão material e abrange os conteúdos concretos, a configuração dos programas políticos, os problemas técnicos e o conteúdo material da atividade política.

Embora tal separação forneça categorias que possibilitam a redução da complexidade do objeto em estudo e a melhor estruturação de projetos de pesquisa, Frey (2000, p. 216-219) adverte-nos de que ela também pode se mostrar embaraçosa e inadequada para boa parte dos casos empíricos, especialmente para políticas setoriais novas e fortemente conflituosas. Ele nos ajuda um pouco a esclarecer que há uma relação interdependente e condicionada pela realidade histórica entre os três conceitos. Entretanto, essa relação não é determinista, linear e hierárquica, em que *Polity* condiciona *Politics*, que determinam *Policies*. “As disputas políticas e as relações das forças de poder sempre deixarão suas marcas nos programas e projetos desenvolvidos e implementados”, mas, também, o impacto de uma política pública pode exacerbar os conflitos, ou favorecer o consenso, em um determinado processo político.

Assim, embora a abordagem pelos conceitos em língua inglesa favoreça a diferenciação dessas dimensões e suas especificidades, a “limitação” da língua portuguesa acaba por não nos deixar esquecer o entrelaçamento e a mútua influência que têm estas diferentes dimensões de um mesmo processo, o que, para um processo de análise, pode se revelar extremamente valioso.

Este entendimento e referencial parece destoar um pouco de um grande número de estudos recentes em ciência política, que constatam uma separação habitual entre a ação pública e a ação política. Na verdade, Surel (2006, p. 68), após analisar as causas desse movimento, corrobora a idéia de que política e políticas públicas (ação política – *politics* – e

ação pública – *policy*), longe de serem esferas distintas, são frações de um espaço público, que se interrelacionam constantemente por meio de um complexo jogo de trocas, que associa atores políticos, estruturas burocráticas e clientelas diversas na elaboração e implementação de certas políticas públicas.

O mesmo autor (SUREL, 2006, 44-46), entretanto, não descarta e alerta para a realidade contemporânea do crescente distanciamento entre os lugares de decisão e de regulação e o espaço democrático da participação eleitoral e da mobilização política clássica. Isso se deveria à diferenciação social, à dinâmica de especialização dos papéis sociais e às divisões sociopolíticas e institucionais características da evolução das sociedades contemporâneas, e não por uma distinção ontológica entre legitimação legal/racional e legitimação política/eleitoral. Ele adverte que, em última instância, tal separação tende a um crescente de “déficit democrático”, revelada pelas ampliações nas transferências de competência para organizações não eleitas, entre as quais se pode nomear os bancos centrais e as agências reguladoras, organizações supra-nacionais, para-estatais e privadas, por exemplo.

É mirando esse horizonte de transformação do Estado no capitalismo contemporâneo que delineamos a análise crítica da PNEPS aqui apresentada. Todo o estudo foi desenvolvido com o objetivo de abordar historicamente a questão problema, os diferentes interesses envolvidos, as contradições existentes, as opções políticas e técnicas/burocráticas, fazendo a crítica de suas diferentes e sucessivas formas de abordagem (pública e privada), e das estruturas responsáveis por sua execução.

Assumindo que o objetivo finalístico é compreender o papel desta política para a construção e consolidação do direito à saúde, do SUS com os seus princípios e diretrizes (em especial a universalidade do acesso, a integralidade da atenção à saúde, a descentralização e a participação da sociedade na definição e na gestão de políticas para o setor), torna-se muito mais relevante estudar e revelar os elementos determinantes da sua formulação e implementação do que avaliar os resultados alcançados, até pelo curto prazo e condições variantes de sua implementação no período estudado.

3.3. A janela de oportunidade política.

O conceito de “janela de oportunidade política” exatamente ajuda-nos a recuperar a inter-relação entre a ação pública e a ação política, permitindo-nos compreender o momento e os condicionantes das mudanças ou da adoção de novas políticas públicas.

No original, em língua inglesa, o conceito de *policy window* é apresentado por Kingdon (2003, p. 166), em seu estudo sobre agenda governamental, alternativas e políticas

públicas. O autor defende que a adoção de uma idéia nova em um processo político é resultado de uma “janela de oportunidade política”, um processo casual caracterizado por uma situação de confluência de três condições: (1) a relevância que adquire um problema em um dado momento, (2) a existência de idéias que permitam modificar a compreensão do problema e a forma de uma política pública, e (3) uma situação favorável a mudanças no sistema político. Neste trabalho usaremos a tradução livre para o português: “janela de oportunidade política”.

Em outras palavras, trata-se de um período de tempo curto, relativamente raro, em que uma comunidade política mobiliza-se para influir na definição e formulação de alternativas, a partir de idéias já elaboradas, que supõem uma forma nova de abordar os problemas. De acordo com Kingdon (2003, p. 168), essas janelas poderiam ser classificadas em duas categorias, de acordo com o evento desencadeador da mudança: um novo problema público que captura a atenção dos funcionários do governo, e uma mudança no sistema político (p. ex. a mudança de um governo). Esta última, contudo, seria mais comum do que a primeira.

Muitas propostas e alternativas, todavia, nunca alcançam a agenda simplesmente porque seus defensores concluem que não valem o esforço de alçá-las ao processo. Isso é particularmente importante porque indica que outras alternativas e questões podem estar sendo priorizadas, ou porque os agentes políticos já identificaram que não existe a “janela de oportunidade política” e seus esforços seriam inúteis.

Kingdon (2003, p. 166-168) destaca, nesta abordagem, três pontos nodais referentes às condições necessárias à abertura de uma destas “janelas de oportunidade política”, três eixos que a determinam são relevantes para identificar o momento propício às mudanças:

- a) o primeiro deles aborda à questão-problema. Na identificação de problemas novos, ou atenção aos já existentes, a passagem de um problema específico para um problema público depende de suas características e da criação de informações sobre o mesmo. Essa informação não é neutra. Os diferentes atores de um mesmo subsistema político geram sua própria informação, elaboram seus dados com a finalidade de dispor de recursos suficientes para propor oportunamente as suas formas de entenderem o problema e a estratégia que consideram mais adequada para solucioná-lo;
- b) o segundo fundamento associa os atores às suas idéias e aos seus movimentos no processo. O fato de uma idéia ser considerada depende

- da capacidade de persuasão de um grupo de atores ou comunidades políticas para fazer sobressair a sua forma de entender os problemas que mais se adapte a seus interesses. Essa capacidade será mais efetiva se as idéias em defesa cumprirem alguns requisitos básicos quanto ao seu custo, aplicabilidade e aceitação pela sociedade em seu conjunto; e
- c) um terceiro eixo mobilizado pelos eventos externos à agenda e pela cultura. O contexto internacional, a distribuição de poder entre grupos sociais, a orientação ideológica do parlamento e governo e outras características do sistema político são citados como fatores importantes que geram oportunidades para uma mudança na forma de entender e conceituar um problema público.

Resta-nos, então, para melhor analisar a política, entender o que leva ao fechamento dessas janelas, uma vez que são esporádicas. Kingdon (2003, p. 169) aponta as seguintes situações: primeiro, os participantes podem entender que conseguiram encaminhar o problema para uma decisão ou ratificação; segundo, eles podem não conseguir atuar a tempo; terceiro, os eventos que iniciaram a janela passaram; quarto, uma nova modificação de pessoal do mesmo jeito que pode abrir uma janela, pode fechá-la; finalmente, a janela, às vezes, fecha-se porque não há nenhuma alternativa disponível.

Este conceito, portanto, ajuda-nos a organizar as informações coletadas e sustentar o desenho de análise escolhido, principalmente quando queremos compreender como alguns eventos podem determinar uma mudança grande ou mesmo a adoção de uma nova política, rompendo com a lógica de aprendizagem e de ajustes incrementais que caracterizam a ação pública ordinária. Contudo, como um dos objetivos do trabalho é avaliar que tipo de conseqüências a decisão por uma nova política acarreta sobre a movimentação e produção dos atores políticos na área, e sobre as estratégias e ações no âmbito estatal, faz-se necessário abordar um segundo conceito capaz, justamente, de lançar luz sobre o processo político habitual.

3.4. As coalizões de defesa.

O conceito de “coalizões de defesa” de Sabatier (2007, p. 192), ajuda-nos a compreender os padrões de mudanças nas políticas públicas, destacando o papel das idéias e do conhecimento nesses processos. *Advocacy coalitions* (“coalizões de defesa”, na nossa tradução livre) são comunidades semi-autônomas, que compartilham em seu interior um conjunto de crenças particulares (um núcleo político) e atuam desenvolvendo atividades mais

ou menos coordenadas, de forma relativamente estável no tempo, de que participam membros do governo, grupos de interesse, meios de comunicação, grupos de especialistas, partidos políticos, entre outros atores.

Esta análise parte do pressuposto de que as políticas públicas organizam-se em subsistemas de governo, nos quais diversos atores mobilizam-se com a finalidade de influenciar o resultado político. Sabatier (2007, p. 192, 194-196) ressalta que um subsistema político pode ser caracterizado tanto por uma dimensão substantiva (como as políticas públicas de saúde, educação, trabalho e emprego, agricultura, comércio, meio ambiente, entre outras), quanto por uma dimensão territorial (o distrito federal, ou a região da RIDE-DF, por exemplo). Além disso, em um subsistema político há geralmente entre duas e cinco “coalizões de defesa” e bastaria levantar duas ou três crenças políticas centrais para identificar pelo menos duas delas. O autor, no entanto, recomenda trabalhar com tantas crenças políticas centrais quanto possível, porque as subdivisões dentro das coalizões ou a possibilidade de uma terceira coalizão são freqüentemente identificadas a partir da discordância em outros componentes centrais de crenças políticas.

A coesão sobre as posições políticas fundamentais caracteriza uma coalizão e marca as diferenças entre aliados e oponentes, que tende a ser estável ao longo do tempo, dentro de um mesmo subsistema político. Como os membros de cada uma dessas “coalizões de defesa” não estariam dispostos a renunciar a seus princípios e valores básicos de forma automática (o que não significa que não estejam dispostos a estabelecer contatos com outras coalizões de defesa, entender seus pontos e sua forma de conceber os problemas), um terceiro grupo de atores, os *policy brokers*, participa do processo com a função de fomentar o consenso e encontrar soluções de compromisso que reduzam a intensidade de conflito dentro e fora da “coalizão de defesa”.

Vale destacar as três diferentes razões que, segundo Sabatier (2007, p. 197), manteriam as “coalizões de defesa” ao longo do tempo:

- a) o baixo custo de participação na coalizão é relativamente menor quando comparado a outras formas de comportamento coletivo, porque numa mesma coalizão há um sistema de crenças comum, alta confiança e disposição em distribuir os custos regularmente;
- b) haveria um incentivo para a cooperação pela própria tendência de valorizarmos mais as perdas que os ganhos, que levaria os participantes a superestimarem os seus oponentes políticos, numa situação de conflito

exacerbado, e a buscarem os benefícios da coordenação com os seus aliados de coalizão;

- c) os esforços de coordenação dentro de uma coalizão apresentam custos diferenciados, sendo maiores para se efetivar uma atividade coordenada maior, ou mais intensa, e menores para uma atividade menos densa; isso possibilita reduzir os custos dos participantes, que tenderiam a assumir maiores compromissos a partir da sua experiência de participação em atividades coordenadas menos densas.

Para compreender como os atores políticos e suas idéias movimentam-se e interagem, Sabatier (2007, p. 204-205) ressalta que é preciso assumir a existência de uma coalizão dominante com uma ou mais “coalizões de defesa” minoritárias dentro de um subsistema político. Haveria, então, fatores internos e externos que influenciariam mudanças menores, restritas aos aspectos instrumentais e secundários, sobre os quais não há um grande consenso nem mesmo dentro de uma mesma coalizão, e influenciariam, também, mudanças maiores, radicais, relacionadas às mudanças dos núcleos das crenças políticas fundamentais que diferenciariam as coalizões em um subsistema político. Mudanças dessa natureza, entretanto, são mais difíceis, exigindo situações internas e/ou externas que possibilitem questionar o núcleo político central da coalizão dominante em um subsistema político.

Nesse sentido, as observações de Sabatier (2007, p. 206-207) indicam algumas características que favoreceriam a interação e implementação de novos acordos negociados dentro de um subsistema político, podendo inclusive ajudar a compreender a dinâmica de determinados fóruns participativos. Elas são apresentadas, de certa forma, contextualizadas, já considerando a sua possível aplicação para o caso da PNEPS:

- a) quando o *status quo* é percebido como inaceitável por todas as coalizões há maior predisposição a negociações bem sucedidas. Indivíduos satisfeitos com o *status quo* não estariam propensos a negociar. A problematização da situação dominante e as alterações do ambiente, por exemplo, poderiam ser elementos favoráveis ao início de negociações;
- b) a inclusão de atores de todos os grupos implicados, embora amplie o cenário de negociação, evita anulá-lo pelos apelos constantes dos atores excluídos;
- c) a solicitação de intervenção de mediadores, cujo papel é rerepresentar aos participantes as balizas de atuação (o “regulamento” determinado por uma política, por exemplo). É fundamental a disponibilidade de

- mediadores aceitos e reconhecidos pelos participantes e de facilitadores experientes em conduzir reuniões;
- d) a regra da decisão por consenso reduz a possibilidade de bloqueios na implementação, uma vez que pressupõe a adesão comum. Entretanto, chegar ao consenso exige interações sucessivas e um grande esforço, principalmente se o cenário é fortemente corporativo, centralizado ou autoritário, pois a consolidação do consenso pressupõe que esta forma de atuar seja comum e participa da vida dos próprios membros das distintas coalizões;
 - e) dada a complexidade da negociação e do tempo que toma a eleição de prioridades para ação, haveria a necessidade de encontros regulares e freqüentes. Mudanças na participação de alguns atores institucionais em fóruns de negociação poderiam reduzir a confiança do grupo na adesão destes atores;
 - f) a maioria dos conflitos se reduz quando são apresentadas e discutidas alternativas e problemas concretos, uma vez que questões abstratas são geralmente identificadas com princípios éticos, o que reduziria a chance de negociação, por não haver perspectiva de mudança da posição dos demais participantes;
 - g) gerar confiança é uma condição necessária para se chegar a um acordo, uma vez que as negociações começam com uma desconfiança generalizada entre os participantes. Isto, no entanto, consome tempo, esforço, e exige regras de processo cuidadosamente trabalhadas, que possibilitem o tratamento justo e respeitoso de qualquer participante. Parte-se do pressuposto de que os participantes de um ambiente aberto de negociação vêm para confiar em seus oponentes, para escutá-los cuidadosamente, procurar compromissos mutuamente aceitáveis e manter os seus compromissos;
 - h) acordos são mais fáceis de serem firmados e implementados quando lugares alternativos de solução são relativamente mais desagradáveis ou apresentam um custo mais elevado.

Essa longa citação fez-se necessária pela capacidade explicativa que fornece para a compreensão da ação do Ministério da Saúde na implementação da PNEPS e possibilidade de materializarem-se em recomendações para um processo consciente de desenvolvimento da

política. Falta-nos, por fim, considerar alguns elementos que podem nos ajudar a compreender as decisões em contextos de racionalidade limitada, marcados pela complexidade e incerteza, e influenciados pelos princípios e crenças dos atores políticos, pelas representações dos problemas e as alternativas disponíveis, pelas estruturas político-institucionais do sistema, pela cultura e pela dinâmica de interação entre as diferentes coalizões.

3.5. O processo decisório em contextos de racionalidade limitada.

Na análise da “racionalidade” que orienta as escolhas de diferentes atores em um dado contexto, Jones (2001, p. 64) acrescenta considerações fundamentais. Partindo das quatro fases do processo decisório propostas por Simon², o autor tece suas argumentações a partir de análises experimentais do comportamento humano e da psicologia social. Sua idéia central é que as limitações cognitivas humanas, a complexidade do contexto externo e as condições restritivas de adaptabilidade das instituições formais podem afetar o processo decisório em cada uma de suas fases.

Segundo Jones (2001, p. 66), na vida moderna e em sistemas políticos democráticos, a complexidade do contexto e a parca definição dos problemas possibilitam a existência de uma cacofonia de demandas competindo pela abordagem dos problemas públicos. Nesse contexto decisório, a própria escolha do problema a enfrentar já estaria sujeita a uma série de condições e limitações, como a expectativa do esforço envolvido na solução e as respostas seletivas dependentes da identificação com o problema.

Escolhido o problema, ainda seria preciso analisá-lo adequadamente, produzir uma representação dele e delimitar a sua extensão. Nessa etapa de definição do espaço do problema, pelo menos dois tipos de limitações estariam presentes. Um primeiro grupo estaria relacionado ao modo como a informação é estruturada, o conjunto de atributos usado na descrição do processo. Um segundo conjunto de interferência seria determinado pela própria informação que é selecionada, que atributos são tidos como relevantes para a situação do problema (JONES, 2001, p. 65).

Por fim, quanto à produção de alternativas e a escolha entre elas, Jones (2001, p. 68-70) defende a impraticabilidade de um processo completamente racional, consciente e compreensivo sob vários aspectos. Quatro limitações a essa abordagem são destacadas por ele: (1) a assimetria dos custos e da qualidade da informação, relacionados à sua

² SIMONS, Herbert A. The Logic of Heuristic Decision-Making. In: COHEN, R. S.; WARTOFSKY, M. W. (eds.). Models of Discovery. Boston: D. Reidel, 1977. Citado pelo autor: As quatro fases do processo decisório levantadas pelo autor são: (1) atenção para o problema; (2) construção da representação do espaço do problema; (3) produção de alternativas, e (4) a escolha entre as alternativas.

disponibilidade e distribuição entre os diferentes atores; (2) a necessidade de respostas rápidas para alterar circunstâncias importantes, que limitam a execução de cálculos comparativos dos custos envolvidos; (3) as diversas tendências que influenciam as decisões, como o peso da identificação organizacional e das instituições limitando as escolhas, as tendências de aversão a mudanças e de valorizar mais as perdas que os ganhos; e (4) a dificuldade de se estabelecer cálculos claros sobre os benefícios de uma alternativa em contextos de incerteza e grande complexidade.

Dessa forma, Jones (2001, p. 76, 77) chama a atenção para o fato de que os problemas públicos são normalmente difíceis, a ponto de exigirem que os governos se ocupem deles. Provavelmente as soluções fáceis foram todas esgotadas. Na realidade, trata-se de problemas que têm muitos atributos subjacentes, de forma que qualquer tentativa de atuar sobre um de seus determinantes, invariavelmente repercute sobre os outros. Assim, seria extremamente difícil chegar a um consenso sobre a natureza do problema e a efetividade das soluções propostas. Problemas complexos seriam, portanto, apenas parcialmente compreendidos e as soluções orientadas por alternativas (hipotéticas) e dependentes das escolhas anteriores (*path dependent*), em que cada passo no processo acrescenta uma limitação, portanto a história das tentativas de resolução do problema afetam oportunidades atuais de resolvê-lo.

Nesse contexto, duas possíveis conseqüências somar-se-iam ao quadro:

- a) onde a maior parte das políticas públicas são elaboradas fora do cenário público, os aspectos da atenção podem ser manipulados de forma em que prevaleçam as compreensões comuns sobre o escopo do problema;
- b) em sistemas democráticos abertos despende-se-iam grandes esforços para viabilizar muito diálogo sobre a representação coletiva do problema, a partir do reconhecimento que a representação do problema é um processo falível.

Seguindo o seu pensamento, temos mais um indicativo de que os estudos de políticas públicas devem se ocupar: (1) da compreensão de como um problema ganha status público, (2) da forma como ele é compreendido e a sua extensão é delimitada, (3) das características do espaço de decisão e as alternativas produzidas, (4) das decisões tomadas, (5) da maneira como segue o espaço político após a decisão; (6) da produção de conhecimento sobre a intervenção. Esses pontos poderiam ajudar a identificar padrões de respostas, definições pobres dos problemas, falhas nas decisões impostas por limitações cognitivas, políticas e

institucionais, inadequação das ações e estratégias tomadas frente a um contexto dinâmico, etc.

A análise de Jones (2001, p. 155-157) sobre as características do espaço político e do espaço público indica diferenças importantes, que devem ser observadas nas pesquisas. Segundo o autor, o espaço político é multifacetado e quanto maior é a complexidade de um problema concreto, mais extenso e difícil é o debate que dele emerge. Por outro lado, o espaço da decisão política tem uma dimensionalidade reduzida, onde as instituições procurariam reduzir a complexidade do processo decisório a um modo compatível com os limites impostos pelas capacidades cognitivas e, paradoxalmente, ampliar a capacidade de atenção e atuação sobre as diferentes dimensões de um problema. E na outra ponta, o espaço do resultado é multidimensional, quando os efeitos de uma política são passíveis de ser tabulados, eles são complexos e dificilmente podem ser associados exclusivamente àquela política.

Destacamos, assim, as referências teóricas que fundamentaram esta pesquisa e orientaram a construção das hipóteses e a abordagem das informações coletadas. Nossa escolha deveu-se pela potencialidade explicativa que enxergamos para analisar a dinâmica da PNEPS, compreendendo que o seu impacto (e mesmo sua implementação) está em aberto e não vinculado à sua capacidade preditiva ou às relações causais que estabelece para explicar o problema, mas às relações multifacetadas que a mesma estabelece com o seu contexto.

4. A FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE

As práticas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde influenciam e são influenciadas pelas formas como as sociedades explicam e lidam com a saúde e a doença, por seu quadro nosológico em um determinado momento, pela maneira como organizam o cuidado em saúde, pelo acelerado avanço do conhecimento científico e a incorporação de tecnologias ao setor, além da interface com outras dimensões da vida social.

Pode-se, por exemplo, identificar uma grande transformação das condições acima referidas, predominantemente a partir do século XVIII, com a instituição e legitimação dos modernos Estados nacionais e da transposição da forma de produção feudalista à capitalista. A regulação sobre vários aspectos da vida das pessoas e das organizações passa a ser essencial para o desenvolvimento e reprodução de novas formas de organização social e de relações de produção e acumulação. Essa regulação, que parte de diferentes aparelhos e instituições sociais, institucionaliza-se no Estado, que a exerce por meio das normas (cartas constitucionais, leis, decretos, etc.) e de políticas públicas e implica, para além da instituição de padrões de conduta e punições, a produção de incentivos e vantagens para o desenvolvimento de determinadas ações e setores da vida social.

De acordo com Foucault (1979, p. 79-98), no capitalismo, o controle da sociedade sobre os indivíduos opera primeiro sobre o corpo e, complementarmente, pela consciência e ideologia. O corpo, então, é compreendido como uma realidade bio-política e a medicina como uma estratégia para o seu controle. Antes, porém, do poder médico assumir o corpo como força de produção (concepção necessária à expansão do capitalismo), a medicina social esteve preocupada com o estado de saúde das populações num clima político, econômico e científico característicos do mercantilismo. É justamente nesse período que os Estados desenvolveram técnicas e normalizações como estratégias para o controle da população e conformação de um corpo social, o povo de um Estado-nação.

Três etapas na formação da medicina social foram identificadas pelo autor (ibid.): a medicina de Estado, própria do desenvolvimento do Estado alemão; a medicina urbana, característica do Estado francês; finalmente, a medicina da força de trabalho, desenvolvida na Inglaterra. Esses movimentos permitiram o desenvolvimento e organização de um saber médico, a apropriação do corpo individual e coletivo como objeto da prática médica, o desenvolvimento da hegemonia do hospital e do profissional médico nas práticas de saúde e a conformação e apropriação pelo capital de um mercado em torno da saúde.

Foucault (1979, p. 79-80), todavia, destaca que o modelo da medicina social inglesa estabeleceu-se como prática hegemônica no capitalismo, pois permitiu a coexistência de três sistemas médicos superpostos: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres; uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, controle de epidemias, entre outras coisas; uma medicina privada que beneficiava quem dispunha de meios para pagá-la. Tais divisões são observáveis, ainda hoje, em sistemas de saúde de diferentes países, sendo a extensão e apropriação pelo mercado de cada um desses campos determinadas a partir de espaços de luta estabelecidos em torno da materialização da saúde.

Nesse cenário, o estabelecimento e legitimação do exercício do poder médico fundamentou-se a partir do desenvolvimento de uma prática médica baseada em princípios científicos e de um saber técnico aplicável tanto ao indivíduo quanto ao coletivo. Paradigma reforçado pelo relatório Flexner, que trazia propostas para a sistematização do ensino e da pesquisa médica. Publicado pela Fundação Carnegie, em 1910, após uma análise da situação do quadro do ensino da medicina, no final do século XIX, nos Estados Unidos e Canadá, esse relatório organizou uma lista de orientações e considerações voltadas para o (re)ordenamento da formação dos profissionais da área, da qual Mendes (1984, p. 29) destaca os seguintes tópicos:

- a) definição de padrões de entrada e ampliação da duração dos cursos de formação para quatro anos;
- b) Introdução do ensino laboratorial;
- c) Vinculação da pesquisa ao ensino;
- d) Expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- e) Estímulo à docência em tempo integral;
- f) Vinculação das escolas médicas às universidades;
- g) Ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico;
- h) Estímulo à especialização médica;
- i) Controle do exercício profissional pela profissão organizada.

Esse modelo de formação e desenvolvimento do profissional médico, a princípio, e dos demais profissionais de saúde, *a posteriori*, permitiu o desenvolvimento da medicina e das demais profissões de saúde como saberes científicos, ampliando sua capacidade de intervenção sobre as condições de saúde e legitimando sua intervenção sobre as pessoas e grupos sociais. Por outro lado, tem também repercutido com imensos desafios para o setor, como o encarecimento, a fragmentação e a mercantilização da assistência à saúde produzindo

iniquidades e outras conseqüências negativas sobre os sistemas nacionais de saúde em diversos países (MENDES, 1984, p. 31-41).

A questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, portanto, pode ser anunciada da seguinte maneira: a prática profissional hegemônica é determinada pelas relações de produção e divisão social do trabalho, num determinado momento histórico de uma dada sociedade. Conforme Mendes (1984, p. 75, 81), ao mesmo tempo, ela é determinada por um projeto pedagógico de formação deste profissional e determinante da (re) produção da força de trabalho e da ideologia dominante da prática profissional no setor.

Analisando o caso brasileiro, Motta (1998, p. 14) alega que a partir da instituição do SUS, a área de desenvolvimento de recursos humanos, especificamente os processos formativos da graduação e de desenvolvimento da força de trabalho em saúde, passam a ter maior visibilidade, tanto por sua importância, quanto pela necessidade de novos aportes teóricos, que possam iluminar alguns “nós críticos”, historicamente configurados na área. Para o autor, a necessidade de um novo modelo assistencial, evidenciada pelo novo sistema que se quer implantar/implementar, transforma a área em valor estratégico dessa reorganização.

Este estudo, portanto, considera a existência de uma relação dialética entre a formação e a prática deste profissional, compreendendo que essa prática é também social e histórica, ela determinará modelos de atenção e de cuidado e a própria organização dos sistemas de saúde. Se o pressuposto é verdadeiro, intervenções para reorientação da formação e desenvolvimento profissional dos trabalhadores de saúde passam a ser reclamadas, propostas e instauradas por diferentes instituições, movimentos sociais e governos, como estratégia para a constituição de sistemas de saúde mais efetivos, equânimes e sustentáveis. As Conferências de Saúde no Brasil, especialmente após a sua oitava edição, em 1986, são reconhecidas como marcos referenciais de definição política para o setor. Analisaremos o contexto político, econômico e institucional (do setor saúde) correlacionando as suas proposições e deliberações com algumas características dos períodos recentes da história brasileira do século XX, nos quais estão inseridas.

4.1. De 1937 a 1945: o Estado Novo.

A ditadura do Estado Novo (1937-1945) dirigiu a expansão capitalista mantendo a estrutura da grande propriedade agrária no campo e promovendo a urbanização e desenvolvimento industrial nos centros urbanos. Getúlio Vargas, nesse período, representando o acordo entre a elite agrária e a burguesia industrial, ainda incipiente, buscou a centralização

da máquina governamental e o estabelecimento de um novo contrato entre capital e trabalho por meio de políticas sociais que favorecessem o desenvolvimento urbano-industrial.

Essa aposta repercutiu sobre o setor saúde em pelo menos três diferentes situações. O favorecimento das áreas urbanas, em detrimento do campo (esquecimento do interior do país), no desenvolvimento de ações e serviços de saúde. A necessidade de responder aos desafios da rápida urbanização e controlar as epidemias e endemias que arriscavam dizimar a força de trabalho. E, por último, o desenvolvimento de um complexo médico-hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários (“novos cidadãos”), orientado pela prestação de serviços individuais, de caráter curativo, centrado no hospital e, claramente, voltado para o desenvolvimento do setor privado e da contratação de mão-de-obra (ACURCIO, 2005; POLIGNANO, 200-).

Estabeleceu-se, dessa forma, uma clara dicotomia entre a saúde previdenciária, restritiva, voltada para a manutenção da força de trabalho e para a socialização do corpo coletivo de proletários, e a saúde pública, ampliada, de caráter coletivo, voltada para a reprodução da força de trabalho, para o controle das endemias e epidemias e para as condições ambientais das cidades.

No período em questão, as ações do Estado, no âmbito da saúde, limitaram-se a instituir órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar; a criar órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste); a executar programas de abastecimento de água e esgotamento sanitário; a normatizar a seguridade social como um todo, visto que a prestação de serviços era executada pela iniciativa privada, contratada pelos institutos de seguridade social, pelas organizações filantrópicas e pelos poucos hospitais próprios dos institutos (POLIGNANO, 200-).

Na área da formação dos profissionais de saúde, as propostas oriundas do relatório Flexner e o paradigma da medicina científica encaixavam-se perfeitamente ao contexto, fortalecendo as práticas individuais de assistência (curativas, especializadas e centradas no hospital) e favorecendo o desenvolvimento de um mercado em torno da saúde (equipamentos, insumos, tecnologias e serviços), que no Brasil se configurou dependente e influenciado por pressão das grandes corporações internacionais.

Entretanto, o Estado brasileiro passa a necessitar de profissionais capazes de intervir no campo e nas cidades para desenvolver as ações coletivas de saúde, a fim de superar as baixas condições de saúde que ameaçavam a reprodução da força de trabalho e expandir a presença do Estado no interior do país. É nesse período que ocorreram as duas primeiras

Conferências de Saúde, em 1941 e 1950, cujas propostas se restringiram, no âmbito do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, a orientações para o fortalecimento da educação superior, centrada no ensino médico, com sugestões de que a formação desses profissionais, também, contemplasse a visão sanitarista clássica, ideologicamente associada às campanhas sanitárias (MOTTA, 1998, p. 29).

4.2. De 1945 a 1964: o período de redemocratização.

De 1945 a 1964, o país vive um período de redemocratização marcado pela elaboração de uma Constituição democrática, pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das associações e dos sindicatos. Às expensas de um sentimento nacionalista, manteve-se a política populista que buscava firmar a imagem de um “país do povo”, e um forte crescimento desenvolvimentista, subsidiado pela entrada de capital estrangeiro na economia nacional. Na prática, as desigualdades regionais entre o interior rural e os centros urbanos desenvolvidos não foram atacadas (ACURCIO, 2005).

As condições gerais de vida da população não pioraram no período, mas a consciência de que eram extremamente duras tornou-se mais clara. Por outro lado, a expansão das indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos, alimentada pela expansão do modelo previdenciário, fazia predominar o investimento na assistência médica hospitalar em detrimento da atenção primária, o que contribuía para a manutenção das duras condições de saúde da população (ACURCIO, 2005).

Em 1963, a terceira Conferência Nacional de Saúde, aproveitando o clima político do período e considerando a situação das condições gerais de saúde, apontou para a necessidade de reorientação do desenho tecnoassistencial, implantado no setor, e para municipalização da gestão e execução dos serviços de saúde. As proposições para a área de desenvolvimento de pessoal convergiram para o aspecto da formação e aproveitamento de pessoal técnico. Como alternativa para enfrentar a dificuldade de fixação dos profissionais médicos fora das capitais e a necessidade de ampliar programas e projetos estabelecidos, as propostas apontaram para o desenvolvimento da capacidade de outros profissionais bem treinados e reciclados, atuando com supervisão médica, resolverem de maneira satisfatória grande parte dos problemas de saúde enfrentados nos locais mais remotos (MOTTA, 1998, p.30).

Embora houvesse propostas específicas para a formação superior em saúde, as ações positivas do governo, com o objetivo de reorientar a formação e regular o setor, praticamente inexistiram. Por outro lado, em relação ao desenvolvimento dos trabalhadores no interior dos

serviços de saúde já se podia observar sinais do que se constituiria em processo hegemônico nesse campo: ações vinculadas ao desenvolvimento de programas específicos, separadas por categoria profissional, por nível de formação ou grupos restritos (MOTTA, 1998, p. 30).

4.3. De 1964 a 1985: a ditadura militar.

Da mesma forma que no “Estado Novo”, a ditadura militar promove uma (re) centralização da administração governamental, incidindo inclusive sobre as áreas de saúde e previdência social. Em 1966, a partir da agregação dos vários Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que, inserido na perspectiva de modernização da máquina estadual, também cumpria o poder de regulação do Estado sobre a sociedade.

No âmbito institucional, são claramente identificáveis um retrocesso centralizador e a desconsideração das propostas da terceira Conferência Nacional de Saúde, com diversas repercussões sobre os contextos institucionais e sociais, entre elas:

- a) o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituído por proprietários de empresas médicas, centradas na lógica e não necessariamente na saúde ou na cura de sua clientela;
- b) a proliferação de faculdades particulares de medicina;
- c) o desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica, dependente das indústrias de equipamentos e insumos médico-hospitalares;
- d) o aprofundamento das iniquidades de acesso e disponibilidade de serviços de saúde entre o interior e os grandes centros urbanos; além de
- e) uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população (ACURCIO, 2005).

Nesse contexto, a quarta e a quinta Conferências Nacionais de Saúde (1967 e 1975) apresentaram resoluções sobre a necessidade de atualização de profissionais do nível médio, já apontando a importância do desenvolvimento do trabalho a partir de equipes multiprofissionais como estratégia para ampliar a resolutividade da atenção à saúde. Com relação à formação dos profissionais de nível superior, voltaram a identificar a necessidade de sua adequação para o enfrentamento dos problemas de saúde da população. Propuseram, ainda, que o vínculo regional entre as universidades e as demais instituições que se ocupavam

da saúde fosse um elo a ser fortalecido para a mudança dos serviços e das condições de saúde da população (JAEGER, 2006; MOTTA, 1998, p. 30-31).

A partir de meados da década de 70, a ditadura militar vivencia a decadência do modelo econômico implantado em decorrência de um período de crise internacional do capitalismo. Sem resolver problemas crônicos na área da saúde, os constantes aumentos dos custos da medicina curativa e a diminuição da arrecadação do sistema previdenciário, em decorrência da crise econômica, marcaram o final desse período com a piora dos indicadores de saúde e a presença constante de endemias e epidemias (ACURCIO, 2005; POLIGNANO, 200-).

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) iniciou-se em 1976 como resposta à necessidade de expandir a cobertura dos serviços de saúde. Foi, também, nesse período que ocorreu a difusão da proposta de medicina comunitária com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que propunha alcançar a cobertura de áreas pouco desenvolvidas e da população descoberta por meio de técnicas de medicina simplificada, da utilização de mão-de-obra local e da participação da comunidade (ACURCIO, 2005; POLIGNANO, 200-).

Em 1977, a sexta Conferência Nacional de Saúde resolve pela implantação da carreira de sanitarista e, no mesmo documento, aborda a necessidade de um processo de educação continuada para essa carreira. Além disso, propõe programas de aperfeiçoamento de nível médio, para execução de tarefas de crescente complexidade, e a intensificação de programas docente-assistenciais, em todos os níveis da rede de prestação de serviços de saúde, com o objetivo de promover uma formação adequada de pessoal, necessária à composição das equipes de saúde, inclusive pessoal auxiliar, enfatizando os problemas de saúde de alcance coletivo (JAEGER, 2006; MOTTA, 1998, p. 31).

Ainda no mesmo contexto, a sétima Conferência Nacional de Saúde, em 1980, reafirmou a necessidade de reorientação do ensino superior, procurando adaptá-lo às realidades regionais, e propôs a implementação de programas de integração docente-assistencial, como estratégia básica para a adequação da formação de recursos humanos e para o estímulo ao aperfeiçoamento dos serviços. Apontou, ainda, a necessidade de preparação cuidadosa de pessoal de nível elementar e médio, que além das atividades de capacitação e qualificação realizadas diretamente pelos serviços, deveria apoiar-se sobre a profissionalização de 1º e 2º graus, através da articulação entre educação/saúde e da utilização da capacidade de formação dos serviços e de escolas especiais de formação profissional (JAEGER, 2006; MOTTA, 1998, p. 32).

A vitória da oposição em quase todos os estados nas primeiras eleições democráticas para governadores, em 1982, as crescentes e mais organizadas demandas por melhores condições de vida pautadas pelos movimentos populares, que cresciam em importância desde meados da década de 70, e o agravamento da crise financeira no setor saúde, apontam para um cenário político favorável à reforma da política de saúde brasileira.

4.4. De 1986 a 2003: da construção do SUS à uma política para a gestão da educação dos trabalhadores da área de saúde.

A mobilização pela redemocratização do país, no início dos anos 80, também se expressou na oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Marco definidor para a constituição de uma nova política de saúde no país, a conferência contou, pela primeira vez, com a participação da sociedade e não apenas de técnicos governamentais e especialistas. Dela surgiram as bases da reforma sanitária e as propostas para a criação de um novo sistema da saúde. Grande parte das propostas dessa conferência foram observadas na Constituição Brasileira de 1988, que definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, incorporou o conceito ampliado de saúde e instituiu o Sistema Único de Saúde, como política pública para o setor, identificando a origem dos recursos para o seu financiamento e as diretrizes a serem seguidas na sua organização (POLIGNANO, 200-).

O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, já apresentava diretrizes para a qualificação da força de trabalho em saúde, como a capacitação permanente dos recursos humanos, a formação dos profissionais de saúde, integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde, e a incorporação das práticas terapêuticas alternativas aos currículos da área da saúde (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002, p. 375).

Embora uma análise em tão longo tempo permita avaliações onde se é possível identificar a expansão e retração na abordagem de algumas questões, dois grandes movimentos, ainda, impõem desafios à consolidação do SUS. Um primeiro caracterizado pelos interesses e estruturas do modelo anterior de atenção à saúde e um outro decorrente das medidas de reforma do Estado, de corte neoliberal, que repercutem negativamente sobre as políticas públicas sociais e o desenvolvimento de recursos humanos para a efetivação das mesmas. O baixo gasto público com saúde, no país, associado aos contínuos esforços para a superação das metas de superávit primário demonstram a opção por um modelo de Estado de baixíssimo compromisso com políticas públicas orientadas para o desenvolvimento da qualidade de vida e a efetivação dos direitos de cidadania do seu povo (BRASIL, 2003, p. 21-22, 34-36).

Por outro lado, vale destacar, também, alguns avanços significativos na consolidação do SUS, no mesmo período, como: a criação dos Fundos de Saúde (municipais, estaduais e federal), o avanço na descentralização do sistema, a expansão da cobertura de ações de atenção básica, a instituição do Piso da Atenção Básica (PAB) como uma parcela de financiamento *per capita*, a instituição de espaços de negociação tripartite. Todavia, a expansão e desenvolvimento do sistema, orientados por seus princípios organizativos, esbarram em limites impostos pelas acentuadas desigualdades existentes no país; pelas especificidades dos problemas e desafios na área da saúde; pelas características do federalismo brasileiro, que ainda é alvo de tensões e conflitos em matérias importantes como a descentralização e definição dos papéis das três esferas de governo em cada área de política pública, e a composição, distribuição e alocação da receita orçamentária das três esferas de gestão (FEUERWERKER, 2006, BRASIL, 2003; FAVERET, 2002; SILVA, 1998).

Especificamente no que diz respeito à formação e desenvolvimento de trabalhadores da área de saúde, destaca-se o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, que atribui ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988). Também a lei federal nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, traz o seguinte artigo: “É atribuição comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” (BRASIL, 1990, Art.15).

Em todos os relatórios das sete Conferências Nacionais de Saúde, da sexta (1986) à décima segunda (2003), e das duas outras conferências temáticas, que abordaram especificamente o tema “recursos humanos em saúde”, há registros da estreita associação entre a área de recursos humanos e a consolidação do SUS. Várias resoluções apontam para a necessidade da política de saúde compreender ações de ordenamento da formação e de desenvolvimento dos profissionais do setor, vinculadas ao trabalho e às necessidades de saúde da população (MOTTA, 1998; JAEGER, 2006; CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Com relação à responsabilidade de ordenamento da formação de trabalhadores, reaparecem deliberações anteriores, como a vinculação formação-gestão-controle social e o seu alinhamento às necessidades de saúde e ao arcabouço jurídico-institucional do SUS. Fez-se registrar, também, a necessidade do Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, assumir a responsabilidade legal de ordenar a formação de recursos humanos para a Saúde, nos níveis médio, superior e de pós-graduação. Essa necessidade de atuação intersetorial foi também reclamada para as esferas de gestão estadual e municipal (JAEGER, 2006; CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Para o campo do desenvolvimento dos trabalhadores e qualificação dos serviços, percorreu-se um caminho de proposições, que parte da assunção de um conceito de educação continuada, chegando-se a definir modelos e metodologias para esses processos; passa por demandas de descentralização das ações, com definição regional das necessidades de capacitação, criação núcleos de desenvolvimento de trabalhadores junto às gestões de recursos humanos e alcança, em determinado ponto, o reconhecimento do desafio de se formularem programas permanentes de capacitação para os municípios. Esse percurso permitiu a objetivação da demanda por financiamento para ações de formação e desenvolvimento de recursos humanos no SUS e a orientação das propostas de intervenção pela lógica da educação pelo trabalho, em que por meio de programas e ações, geridos em cada esfera de governo, fossem proporcionadas a atualização da força de trabalho e a modernização dos serviços de saúde (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Os relatórios da IX, X e XI Conferências Nacionais de Saúde, ocorridas respectivamente nos anos 1992, 1996 e 2000, apresentaram diversos pontos recorrentes, que, embora não necessariamente indicassem um imobilismo do Estado no atendimento das reivindicações sociais para o setor, certamente reiteravam todas as demandas historicamente construídas e desenvolviam uma análise crítica da questão problema e suas conseqüências sobre os serviços e práticas de saúde. Seguem-se alguns desses tópicos:

- a regulamentação do artigo 200 da Constituição Federal de 1988 que atribui ao SUS a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos;
- a afirmação de que as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) destinem recursos orçamentários para a capacitação dos seus quadros de pessoal e criação de núcleos de recursos humanos com atividades de administração e desenvolvimento;
- a implantação e manutenção de Centros Formadores de Trabalhadores em Saúde vinculados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com atuação integrada com os Conselhos de Saúde, as Secretarias de Educação e as Universidades;
- criação de Comissões Permanentes para a integração entre os Conselhos de Saúde, os serviços de saúde (gestão e atenção) e as Instituições de Ensino Fundamental e Superior para deliberarem sobre a capacitação, formação e educação continuada da força de trabalho em saúde, a partir dos princípios fundamentais e organizativos do SUS;

- maior controle do Conselho Nacional de Saúde sobre a abertura de novos cursos de nível médio e superior para a área da saúde de acordo com a necessidade social de cada região (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002, p. 375-382).

Em que pese toda a complexidade da questão e as demandas sociais materializadas nas deliberações das últimas Conferências de Saúde, as falas de três entrevistados (dentre quatro) trazem elementos do *status quo* de como a questão da formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde veio sendo abordada na política de saúde brasileira (que não deixaram de existir).

...ainda, apesar dos gestores do SUS, eu diria de todas as esferas, reconhecerem que a questão da educação é uma questão importante, eles ainda não têm, assim, uma certeza muito grande de qual é o peso mesmo que a saúde tem de dar para isso (entrevistado 1).

...uma interpretação que eu tenho feito há muito tempo é que, apesar de estar formalmente no discurso como sendo a coisa [a educação] mais estruturante, o fato dos frutos amadurecerem mais no médio prazo e no longo prazo, do que no curto prazo, leva com que as pessoas façam sempre um adiamento dessa solução. Então talvez o nosso grande problema, vamos dizer assim, é uma certa contradição, o distanciamento entra a intenção e o gesto, entre o discurso e a prática (entrevistado 2).

...a crítica que eu e outras pessoas vínhamos fazendo é que o sistema de saúde se organiza com uma lógica programática, e a educação acaba tendo uma função secundária que é a de treinamento para implantar os programas. Toda política tem algum tipo de programa, não é uma oposição à existência de programas, mas é a oposição à existência do programa normativo que deve se repetir igualmente em cada um dos lugares. [...] então se ela [a educação] está dentro de um programa como um componente aplicado, ela não vai cumprir nenhum desses papéis [agente disparador, agregador, interrogador e crítico] (entrevistado 4).

Essas falas e as análises produzidas sobre os relatórios finais das Conferências expressam que, ao longo da consolidação e desenvolvimento do SUS, a necessidade de processos educativos que partissem das necessidades dos serviços foi ficando cada vez mais nítida. Assim, a educação na saúde não deveria limitar-se à proposição e execução de treinamentos de habilidades e transmissão de conhecimento para um profissional trabalhar em determinado programa ou operar uma nova tecnologia. Deveria, de outra forma, ser orientada tanto para mudança nas práticas individuais, quanto para a produção de inovações e mudanças nos serviços e nas práticas cotidianas do cuidado em saúde.

Essa insistente dinâmica de reapresentação de resoluções nas Conferências de Saúde e os discursos de contradição ética na gestão da educação na saúde permitem-nos inferir que

poucas mudanças consistentes têm ocorrido em relação às práticas hegemônicas de saúde e às práticas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor.

O Ministério da Saúde, de alguma forma, não ficava indiferente a essas demandas. Quase todos os programas traziam, em si, alguma ação educativa. Havia também o financiamento de alguns projetos para a reorientação do modelo de formação profissional e para a integração ensino-serviço. Além disso, outras ações de amplitude nacional foram desenvolvidas, especialmente relacionadas à formação dos trabalhadores que não dispunham de habilitação formal para atuar na área de saúde. Contudo, até o momento, não havia uma política abrangente e norteadora para as ações de qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores.

Projetos e programas nacionais como o Projeto Larga-Escala, o Programa de Desenvolvimento Gerencial de Unidade Básicas de Saúde (GERUS), o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), as ações formativas vinculadas ao Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), e o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (PROMED), todos contribuíram com elementos teóricos e empíricos para a articulação de um contexto mais favorável às transformações nas práticas de saúde e educação (BRASIL, 2004a, p. 7-16, 20).

Cumprir observar que vários aspectos e formulações da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde já integravam as propostas, por exemplo, do Projeto Larga Escala e do PROFAE, como a substituição da cultura de treinamentos emergenciais pela formação profissional, a afirmação do trabalho como eixo estruturante do processo de formação, a valorização da prática como locus privilegiado da formação e como base da qualificação e requalificação permanente do trabalho e do trabalhador, a valorização do trabalho em equipe e a preocupação com temas transversais como a integralidade em saúde (POL COSTA, 2006, p. 92).

5. O CAMINHO DA DISPUTA PELO RESULTADO POLÍTICO

Voltando às características do paradigma flexineriano na formação do profissional de saúde, torna-se fácil identificar a proximidade e as interdependências que determinam como resultado um cuidado centrado no indivíduo, no biologismo, na exclusão de práticas alternativas, na (super) especialização, na incorporação acrítica de tecnologia, na concentração de recursos e na gestão tecnocrática aplicada aos serviços coletivos.

Segundo Feuerwerker (2006, p. 491), as idéias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico são predominantes na sociedade. Eles orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes nas práticas de cuidado e atenção dos trabalhadores de saúde. Em que pese o sucesso do movimento de reforma sanitária brasileira na proposição do SUS, a consolidação dos seus princípios e diretrizes não é inerente à existência do texto na carta magna, mais do que nunca ele precisa ser reconhecido como projeto e processo não acabado e constantemente desafiado.

A autora (FEUERWERKER, p. 490, 491) ainda argumenta que o SUS real, apesar das acumulações e avanços, está longe da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária, e as fragilidades atuais do sistema põem em risco sua legitimidade política e social, especialmente considerando a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito e às maneiras de construí-la.

5.1. Caracterizando as diferentes coalizões de defesa no subsistema da política de saúde brasileira.

Aprofundando alguns pontos da análise de Feuerwerker e considerando o conceito de “coalizões de defesa” de Sabatier, apresentado anteriormente, poderíamos dizer que duas grandes representações disputam e passam a integrar o conjunto de demandas por ações positivas de intervenção do Estado voltadas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde: demandas que se ampliam e se qualificam quando se instituiu no Brasil, como política de saúde, o SUS.

A reunião dos esforços, outrora separados, de prestação de um serviço universal, integral, resolutivo, equânime, descentralizado e baseado no direito à saúde e na participação popular, inaugura um novo tempo para as políticas públicas da área e com ele, novos desafios. Sob a baliza da unidade, os serviços de assistência à saúde incorporam-se à lógica pública, e as ações de saúde pública reforçam o seu compromisso coletivo ao serem demandadas a participar de toda uma nova lógica de operar a proteção à saúde dos cidadãos. Todavia,

mesmo não tendo mais dois sistemas, a consolidação e desenvolvimento do SUS vivencia uma disputa permanente entre as propostas do campo público e as propostas privatizantes, oriundas do setor privado da saúde e das diretrizes internacionais para as políticas sociais - Estado mínimo, cesta básica [de procedimentos] etc. (FEUERWERKER, 2006. p. 492).

Essa distinção claramente não dá conta de todas as disputas na área, mas traz para o debate a idéia de que diferentes ideologias e projetos disputam as representações sobre saúde e cuidado, influenciam a organização do sistema de saúde e a abordagem dos seus diferentes elementos constitutivos - no caso deste estudo: o desenvolvimento da força de trabalho em saúde. Retomando a caracterização das duas grandes representações (no mínimo) que disputam esse campo, ambas dividem a compreensão da educação na saúde como um processo de acumulação de conhecimentos e tecnologias que permitem ao indivíduo operar o cuidado e promover a saúde das pessoas, mas as semelhanças provavelmente esgotam-se por aqui.

A primeira lógica, aqui identificada como administrativa ou gerencial, olha as questões da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde sob uma óptica instrumental e gerencialista, pela lógica da eficiência. Ajuda-nos a entender esta perspectiva a constatação de Merhy (2005, p. 172), que aponta uma tendência dos gestores em vincular a baixa resolutividade da atenção à saúde prestada ao cidadão como uma falta de qualificação do profissional de saúde, uma falha em sua formação, que não o permitiu conhecer a melhor técnica ou os princípios fundamentais sobre determinada patologia. Em decorrência disso, a solução costuma passar por cursos de capacitação e atualização profissional para se aprender a atuar, segundo as normas científicas, e a melhor evidência clínica em sua área específica do conhecimento.

Pensando a organização dos serviços de saúde, ainda com base nessa representação, os processos educativos dos profissionais costumam voltar-se para a explicação da lógica do funcionamento de um determinado programa ou da organização de uma prática, em que cursos e processos formativos são pensados como instrumentos para a implementação ordenada de determinado programa de saúde ou plano de atuação, para se aumentar a eficiência das ações e evitar o descolamento entre a formulação (vertical) e a execução local.

A outra perspectiva, por seu turno identificada, aqui, como relacional, não desconsidera a necessária base científica para a atuação do profissional de saúde, mas compreende a interdependência entre a prática e a formação desse mesmo profissional. É coerente com a afirmação de Mendes (1984, P. 75, 81): o “projeto pedagógico é determinado, em maior parte, pelos elementos ideológicos de um modelo de prática hegemônica e pelas

formas de produção, em determinado momento e em determinada sociedade”. Dessa forma, o projeto pedagógico torna-se responsável pela (re)produção da força de trabalho para o setor e da ideologia da prática profissional hegemônica.

Além disso, a perspectiva relacional considera o trabalhador, não apenas como um insumo passível de ser administrado como qualquer outro fator de produção, mas como sujeito social capaz de se adaptar e proceder de acordo com preferências e ideologias e com capacidade de ação política. Nesse sentido, as práticas educativas na saúde, seja para o profissional ou mesmo para o cidadão, devem considerar a necessária relação entre o ensino e os serviços de saúde, entre o papel pedagógico do trabalho e o desenvolvimento institucional. Embora reconheça que a não realização de um determinado procedimento, ou observação de um protocolo, possa acontecer por desconhecimento do profissional, considera antes que pode, também, ser fruto de uma opção, uma preferência e mesmo de uma condição determinada pelo contexto de atuação.

Essas duas lógicas explicativas, representações sobre o problema da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, são idéias defendidas por duas “coalizões de defesa” dentro do subsistema político da saúde, que disputam a influência sobre o resultado político e a forma do Estado tratar o problema. Em síntese, consideramos a existência de, pelo menos, duas distintas “coalizões de defesa” dentro do subsistema da política de saúde no Brasil. De acordo com Sabatier (2007, p. 192, 193), elas não disputam só a lógica da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, pois como participam do subsistema, suas idéias avançam sobre outras questões relevantes como a organização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde.

Feuerwerker (2006, p. 492-501) ajuda-nos a identificá-las nas disputas cotidianas em outras dimensões, como na organização da atenção à saúde, na forma de se fazer e gerir políticas de saúde, e na maneira de enfrentar os desafios do processo de trabalho em saúde. À luz das considerações dessa autora e da argumentação até aqui desenvolvida, poderíamos sinteticamente caracterizar essas duas “coalizões de defesa”, relacionando algumas das idéias principais do referido trabalho e os dois grandes princípios, apresentados logo acima, que disputam a área de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DAS PRINCIPAIS “COALIZÕES DE DEFESA” NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DE ALGUMAS DE SUAS IDÉIAS CENTRAIS

COALIZÃO “A”	COALIZÃO “B”
A constituição de uma rede hierarquizada como a forma de alcançar a integralidade em saúde, com a atenção básica definida <i>a priori</i> como porta de entrada.	A rede como arranjo variável em que se pode entrar por qualquer ponto, ser acolhido e incluído nas ações de acompanhamento, a depender das necessidades de saúde.

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DAS PRINCIPAIS “COALIZÕES DE DEFESA” NA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DE ALGUMAS DE SUAS IDÉIAS CENTRAIS

COALIZÃO “A”	COALIZÃO “B”
A articulação intersetorial e a promoção à saúde são propostas incorporadas pela Saúde da Família e também como atribuição fundamental das equipes da atenção básica.	Os compromissos, que o trabalho intersetorial e a promoção da saúde requerem, ultrapassam, a governabilidade das equipes e precisam estar presentes na agenda dos demais serviços de saúde (não só da atenção básica) e da maior parte dos gestores da saúde e dos políticos eleitos.
No campo da formulação de políticas de saúde, existe um predomínio importante da esfera federal e, portanto, de políticas nacionais, que tendem a prescrever uma uniformização da organização da atenção à saúde em todo o território nacional, a partir da “indução” por meio de incentivos e mecanismos financeiros. Há um certo viés em instituir mecanismos de acompanhamento burocrático e controle punitivo por meio de coordenações de programas, com o objetivo de corrigir as “falhas” de implementação de planos e diretrizes muito pouco flexíveis, que não conversam com a autonomia dos demais gestores do SUS, limitando a possibilidade de inovações necessárias para contemplar a diversidade de realidades locais.	Há um reconhecimento de que as diversas contradições entre os princípios do SUS e a maneira como os próprios atores constitutivos do sistema operam, terminam por legitimar as velhas idéias e valores. Há uma certa compreensão de que é preciso maior debate e pactuação para ampliar a autonomia das demais esferas de gestão (sobretudo para a definição das políticas e das prioridades de ação, com redução do uso intensivo de mecanismos financeiros para “induzir” a adoção e implementação de políticas por parte do Ministério da Saúde). Ao mesmo tempo faz-se necessário que se ampliem as oportunidades de participação direta dos trabalhadores e usuários na formulação das políticas e na construção das práticas.
A questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde é abordada a partir da perspectiva administrativa-gerencial.	A formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde são tratados como uma questão relacional, política, histórica e social.
A saúde entendida como “direito” dos cidadãos residuais, que não conseguiram comprar os serviços de saúde no mercado. Há uma tendência em pensar a organização do sistema sempre a partir da atenção básica, para depois pensar a organização dos demais níveis de atenção, dificilmente chegando a este ponto, quase nunca conseguem pensar soluções para integrar as lógicas de organização dos diferentes serviços de saúde. Quem alcança os serviços privados, alcança os serviços na medida da sua capacidade de compra e orientado pela lógica econômica da que rege, por exemplo os planos e seguros de saúde. O discurso da equidade frequentemente assume propostas de focalização desconstruindo a noção de direito.	A saúde entendida como direito de todos e dever do estado, em que pese a existência de preferências individuais, os serviços devem garantir acesso a todos, acolhendo e estabelecendo o percurso terapêutico a partir do local em que a pessoa demanda os serviços. Há uma preocupação, entretanto, com a equidade na organização dos serviços que deve buscar reduzir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde em toda a linha de cuidado, não apenas na atenção básica.
A saúde compreendida como um estado determinado (situação), o que leva a organizar os serviços a partir de uma vigilância sobre o território. Assim, seguindo dinâmica contemporânea da especialização dos papéis sociais, a clínica estaria voltada à intervenção sobre o indivíduo, com práticas voltadas ao diagnóstico e a produção da cura. A vigilância em saúde, por outro lado, exerce o controle sobre o território, vigilância das doenças e situações de risco à saúde. Haveria uma determinação do processo saúde-doença, em se pode até reconhecer os determinantes sociais, mas a ação recai sobre os determinantes. A promoção comumente é reduzida à ação prescritiva de boas normas de cuidado pessoal e “proibição” dos vícios que interferem na saúde. Os determinantes de saúde são categorizados e apresentados às áreas específicas da saúde ou outros setores para que pensem como corrigi-los, alterá-los ou restringi-los.	A saúde compreendida em seu conceito ampliado, como resultado material das inter-relações entre as condições sociais, econômicas, físicas e biológicas sobre o indivíduo e a sociedade. O sujeito, e não apenas os determinantes (condições), é o protagonista do modo viver, que comporta distintos momentos, relações e interações (com os outros, o ambiente, as instituições), mas nunca estanques e separados. A promoção à saúde e a integralidade devem ser assumidos como princípios organizativos dos serviços e das práticas de saúde, requerendo criatividade para pensar outras possibilidades para os mesmos, sendo possibilitada a criação de vários desenhos organizativos, inclusive intersetoriais, tanto quanto as diferentes realidades exigirem.

Chamamos a atenção para o quadro, o seu objetivo é tentar situar os diferentes pensamentos e alternativas com relação à educação na saúde, dentro do conjunto de idéias das diferentes “coalizões de defesa” do subsistema da política saúde no Brasil. É bastante prudente reavaliá-lo e aprimorá-lo se o objetivo for aproveitar a sua matriz para discutir outras questões e alternativas dispostas no subsistema político. Pelo menos, fica registrada a recomendação.

Aponta-se, ainda, para o fato do quadro não distinguir claramente entre os núcleos centrais do pensamento (aqueles que dificilmente são alterados) e as crenças políticas, de nível intermediário (mais sujeitas às trocas, reconsiderações e reconfigurações). Para efeito dessa distinção, que Sabatier (2007, p. 195, 196) destaca como importante, as duas últimas linhas estariam relacionadas às crenças fundamentais e as opções que, normalmente, elas determinam, as primeiras linhas estariam mais associadas às crenças de nível intermediário. Por fim, em relação ao quadro, alertamos para o fato de que as coalizões são diferenciadas, não apenas pelo discurso dos atores, mas pela efetiva capacidade desses produzirem alternativas coerentes com aqueles, pois são elas (as alternativas) que disputam, em última instância, a ação pública, o resultado do processo político.

Feuerwerker (2006, p. 494-496), ainda, adverte-nos que, “segundo a lógica da Programação em Saúde, adotada como referencial pela Saúde da Família, haveria uma polarização entre epidemiologia e clínica”, a primeira, operando com a determinação social do processo saúde-doença, orientando as práticas coletivas, e a outra, subjugada por conceitos e práticas hegemônicas de saúde, do cuidado individual. Nesse sentido, ela se apóia no trabalho de Schraiber & Machado para concluir que a programação em saúde levaria os trabalhadores a efetivamente considerarem as práticas orientadas pela epidemiologia e pelo referencial da saúde (por sua maior potência se comparada à clínica e ao referencial das doenças), mas os determinantes políticos, materiais e ideológicos tornariam escassas as possibilidades de renovação da clínica, levando os profissionais a reproduzirem as práticas hegemônicas de saúde. Diante desse quadro de disputa,

[...] a atenção básica sai perdendo, pois socialmente ela é o local das “práticas simplificadas”, da “medicina de pobre para pobres”, sempre “culpabilizado” por sua ineficiência e desqualificação. Ou seja, ao não enfrentar a disputa ideológica em todos os campos da saúde e ao não buscar inovar a prática clínica, o modelo tecnoassistencial implementado de maneira predominante no SUS vem propiciando a reafirmação de conceitos e práticas hegemônicas em saúde e condenando a um gueto o espaço da atenção básica [...] (FEUERWERKER, 2006, p. 496).

Observa a autora, de forma muito contundente, que embora se trate de uma política de saúde fundamentada em um sistema único e público e um subsistema privado de caráter

suplementar, o aumento da organização e o crescimento da legitimidade social deste último, com toda a sua lógica operacional pautada pela racionalidade médica-hegemônica, faz com que as idéias e os valores oriundos desse paradigma de atenção sejam predominantes na sociedade (FEUERWERKER, 2006, p. 491).

Sob esta perspectiva, não é difícil associar os desafios e disputas, vivenciados hoje na consolidação do SUS, às afirmações esclarecedoras de Foucault (1979, p. 79-98), apresentadas no quarto capítulo, sobre o desenvolvimento histórico da medicina social. Os princípios, valores e idéias, que têm disputado a agenda e o resultado sobre a política de saúde brasileira, de certa forma, estariam referenciados à lógica do nascimento da medicina social, com o prevaletimento da lógica hegemônica do capital, que modela um desenho que permite a coexistência de três sistemas de saúde superpostos: um assistencial (para quem não está coberto pelo sistema privado); um “coletivo” (para o controle das epidemias e organização dos serviços e logística dos insumos) e outro privado (pautado pela lógica do mercado de serviços).

5.2. Analisando o fluxo de idéias e as decisões a partir do conceito de “coalizões de defesa”.

O conceito de “coalizões de defesa” possibilita-nos não apenas identificar os lados que competem em um debate político, seu objetivo vai muito mais além. Sua estrutura lógica permite identificar mudanças nos sistemas de crença e mudanças políticas em longos períodos de tempo.

As falas de alguns atores entrevistados dão suporte à caracterização apresentada das “coalizões de defesa” e já fornecem pistas de como as idéias e princípios influenciam as alternativas de enfrentamento do problema da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde:

Feito o consenso de que a pessoa não pode não continuar progredindo, não estudando ao longo da vida, e isso tem consenso. Ninguém não diria isso num momento que você tem tanta mudança tecnológica, mas uns vão dizer o seguinte: basta você fazer reciclagens ou adestramentos, outros vão dizer não, não adianta fazer isso (...) [porque] eu tiro as pessoas o dia inteiro para capacitar, só que um dia ele se capacita de como é que se pega uma veia, outro dia ele se capacita nisso, e no final das contas, ele não se capacita enquanto pessoa, ele não é um agente ativo da própria transformação [...]. (entrevistado 2)

É uma coisa interessante que essa concepção [referindo-se aos processos de capacitação vinculados aos programas de saúde] ainda está muito presente no Ministério. [...Para] muito setores, até quando nos procuram, essa percepção da existência [...] de uma política de educação na saúde não é totalmente clara ainda. E

como atender as necessidades das diferentes áreas dentro de uma perspectiva de uma política ampla de educação na saúde, e não apenas a necessidade de cada um de maneira fragmentada? Quer dizer, a gente ainda é procurado e pressionado, e às vezes nem procurado, e vários cursos de capacitação pontual ainda acontecem porque essas mudanças (...), quer dizer, a criação da secretaria, ela é relativamente recente, e possivelmente, ainda, não está introjetada de maneira (...), embora, recentemente, eu acredito que muitas mudanças, muitas coisas estão avançando, mas você não vê ainda totalmente clara, permeando todo o Ministério da saúde essa visão de uma política realmente integrada e ampla de educação na saúde. E o que a gente tenta evitar é justamente esse tipo de financiamento pontual, isolado, fragmentado, e buscar articulação de estratégias de ações, mas sem deixar também de atender essas necessidades; porque elas também precisam ser atendidas, mesmo dentro do processo da educação permanente. (entrevistado 3)

Então se a gente pudesse dizer o que torna um agente crítico, como é que torna algum um agente reflexivo, como é que torna alguém um agente propositor, autor de política, autor das instâncias locais? Aplicando programas e sendo alvo de treinamento, isso não vai acontecer. Então a gente cria um outro tipo de educação, e como decorrência disso um outro tipo de política de saúde também. Então essa é a primeira noção [para uma] política de educação. Então ela podia dizer que em parte ela antecedia qualquer programa de saúde, mas ela estava dentro desses programas de saúde e contribuía inclusive pra avaliar as ações de saúde. Eu acho que isso foi um dos temas até hoje de difícil entendimento dos setores mais gestores de saúde, principalmente o próprio Ministério! (entrevistado 4)

Aparece nos discursos a percepção das diferentes alternativas de ação no campo da educação na saúde, também já é possível identificar a noção de que as alternativas e idéias disponíveis no espaço político, de alguma forma, são as que participarão da ação pública. Na última fala, por exemplo, já é possível identificar como algumas idéias centrais influenciam a construção de alternativas, e, mesmo sem ainda estarem já estabelecidas, antevêm uma certa dificuldade de compreensão por outros atores que participam da gestão do sistema.

O desenvolvimento da pesquisa, com este referencial teórico, possibilitou entender que, no longo prazo, a questão do desenvolvimento dos trabalhadores do setor veio sendo historicamente tratada como uma questão de segundo plano, as alternativas produzidas (vide capítulo anterior) ora mudavam o público-alvo da ação educativa, ora a sua duração, ora a sua relação com o sistema formal de educação, ora as propostas pedagógicas. É justamente essa dinâmica de mudanças instrumentais que Sabatier (2007, p. 198) apresenta como sendo uma tendência, no longo prazo, das coalizões produzirem pequenos acordos sobre pontos secundários de suas crenças, decorrente de um processo de aprendizagem orientado pela política.

Isso, no entanto, não impossibilita as coalizões de produzirem e testarem novas estratégias, nem as impedem de acessarem as informações disponíveis no ambiente. A interpretação e o significado que elas dão a essas informações é que pode variar bastante.

Some-se a isso o fato de que, na verdade, pela dimensão territorial e desigualdade regional brasileira, várias coalizões de base territoriais poderiam estar se consolidando e/ou testando novas alternativas a partir das oportunidades que surgem com a implementação do novo sistema público de saúde, dos projetos desenvolvidos na área, e dos desafios decorrentes da realidade local. Pode-se, por exemplo, identificar este tipo de movimento na conformação da Rede UNIDA³.

À medida que a análise avança, vamos percebendo que os diferentes atores políticos vão se apropriando de conceitos disponíveis, transformando-os e ressignificando-os a partir da sua própria experiência e, com isso, produzindo alternativas de ação que ficariam esperando ou uma abertura maior do subsistema, ou um evento externo dinamizador para serem apresentadas como propostas à ação pública. Cumpre observar que os discursos dos entrevistados, embora abordem a questão da educação permanente, eles não são consensuais sobre a sua definição e implicação. Tal fator indicaria uma permeabilidade à mudança da lógica hegemônica, mas uma análise mais detida demonstra que isso decorre, na verdade, da apropriação do tema e da produção de representações diferentes de um mesmo conceito, um tipo de modelagem que permite a inclusão (ou não abandono) dos núcleos centrais dos pensamentos defendidos pelas diferentes coalizões.

O conceito de educação permanente em saúde baseia-se exatamente na aprendizagem significativa, aprendizagem que se dá a partir do processo de trabalho, do desafio que se coloca no processo de trabalho e uma reflexão que se faz em cima do processo de trabalho pra mudar: ação, reflexão, ação. O aprendiz nesse processo tem um papel ativo dentro do seu processo, da busca de conhecimento, e a aprendizagem torna-se significativa à medida em que ela faz sentido, que ela parte de um incômodo, de uma necessidade, de uma dificuldade verificada pelo aprendiz. (entrevistado 3)

Educação permanente e continuada provavelmente, se você olhar só no sentido estrito do léxico, talvez seja a mesma coisa. Só que elas tomam um sentido diferente, exatamente porque você tem uma incidência dessa história das idéias, que eu acho, que no Brasil vem pela construção de Paulo Freire: de que a pessoa constrói o seu próprio caminho, constrói o seu próprio processo, é um agente ativo do seu processo de aprendizagem, não é mais um simples repositório de adestramento. Eu acho que isso aí [tem uma] convergência, por exemplo, eu acho que tem um papel

³ A Rede UNIDA conecta pessoas que executam e/ou articulam projetos que tem como objetivo comum o desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Ela reúne pessoas, projetos e instituições comprometidas com a mudança da formação dos profissionais de saúde e existe desde 1985, articulando originalmente projetos de integração docente-assistencial. Esses projetos iniciais tiveram impacto importante, pois serviram de ensaio geral para um grande contingente de profissionais das universidades que terminou se deslocando para o cenário de construção geral do SUS. Na segunda metade da década de 90, os projetos UNI se integraram à Rede IDA, havendo um processo de reconstrução da identidade da rede, redefinindo e atualizando a temática central em torno da qual se articulavam os projetos, pessoas e instituições. Nos últimos anos, a Rede vem desenvolvendo a experiência de constituir-se num ator social que interfere ativamente no cenário nacional de saúde e educação, procurando contribuir para a construção de um contexto mais favorável às mudanças pretendidas. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/rede/rede.ASP>. Acesso em: 11 jan. 2008.

importante da OPAS, por exemplo, no aporte que duas pessoas fazem, que é a Cristina Davini e a Maria Alice Roscke. Na verdade, é que o Jorge Haddad, ao mobilizar a Cristina Davini e Maria Alice Roscke, ele colocou conceitos que vinham pela discussão do pedagógico, e não mais somente da área da saúde para discutir esse processo (...): primeiro de que a pessoa pode ter, de que o próprio trabalhador pode ter um papel mais protagonista no processo de construção do seu próprio conhecimento; e a segunda coisa é que não existe essa distinção mais tão marcada entre o mundo da educação e o mundo do trabalho. Eu acho que são provavelmente os dois eixos que marcam a diferenciação. (entrevistado 2)

No começo, quando eu falei que ou [agente reconhece] que os trabalhadores e os usuários vão ter um papel ativo na construção do SUS, na mudança das práticas de saúde, ou isso não vai acontecer. Então você tem que ter uma proposta educativa que seja coerente com isso. Que na verdade ela não é só educativa, porque a proposta de educação permanente ela é uma estratégia de gestão do sistema, ela é uma proposta de gestão. (entrevistado 1)

Como é que é, eu vou fazer uma política de educação que é para dar viabilidade à uma política de saúde, mas eu tenho um componente que critica a própria política de saúde, ou que interroga com a própria política de saúde? Tentar conceituar Educação Permanente, e não é conceituar a Educação Permanente como uma prática pedagógica. Aliás, até é prática pedagógica, mas não é um referencial teórico didático-pedagógico. Ele é uma conceitualização pedagógica, que tem a ver muito mais com agregar e implicar do que com o modo de estabelecer o encontro professor-aluno. Para muitos lugares, e para muitos teóricos, ou gestores, a educação permanente quer dizer educação em serviço, e quer dizer educação com métodos ativos. Métodos ativos podem existir ou não, pode ser em serviço ou não, se vier a ser educação permanente, [é porque] nosso tema é o cotidiano, (entrevistado 4)

Qual a divergência que eu acho que tem a nossa educação permanente de uma educação permanente da Maria Alice, por exemplo. A da Maria Alice (...) é mais Paulo Freire do que a nossa. Quando o Paulo Freire diz que o ensinar tem que ser sobre a experiência que as pessoas têm, para não falar na abstração e ser uma coisa mais concreta, e o concreto ele também vai ajudar a ler o mundo. Certo! Mas para a gente era mais do que isso. Pra gente era começar a inventar o mundo. Não era ler o mundo, era também inventar o mundo. (entrevistado 4)

Já não dá mais para falar em consenso sobre determinadas alternativas entre os atores entrevistados. Embora já haja indícios de que as diferenças avançam também para as crenças mais fundamentais, essa diferenciação ainda é tênue até o momento de instalação da SGTES.

Então eu acho que a primeira coisa na resposta dessa pergunta [as perguntas eram "...o que representa a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) na estrutura do Ministério da Saúde? E como você avalia o papel de uma Política para a Gestão da Educação na Saúde no âmbito da gestão federal do SUS?] é fazer uma relativa constatação de que essa área [de recursos humanos](...). **Que nós conseguimos felizmente essa vitória, que foi a questão de instalar isso a nível de uma secretaria do Ministério, ela é uma área que goza de muito baixo status na grande maioria dos Ministérios da Saúde, aqui do continente**, por exemplo (...). (entrevistado 2, grifo nosso)

Mas, no momento em que se percebe, que não há o consenso nem sobre elementos secundários (por exemplo, se a educação permanente em saúde pode orientar também a

formação dos profissionais do setor – uma vez que eles ainda não estão inseridos no trabalho – ou se apenas as ações de desenvolvimento dos trabalhadores já formados e que atuam nos serviços de saúde), reacende-se o conflito e a disputa pela definição da política de educação na saúde. O discurso anterior, que havia se referido à criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) como uma vitória conjunta, irá revelar na seqüência a disputa que se instala em relação ao percurso das propostas e estratégias defendidas pela coalizão dominante até então, mas não assumidas pelos novos gestores.

...eu acho que durante muitos anos a gente não tinha, aqui no Ministério da Saúde, uma quebra muito grande de “paradigmas”, exceto por um período muito pequeno e você sabe qual é [referindo-se exatamente ao período da criação, da instituição da PNEPS e da primeira gestão da SGTES], até então você vem numa construção mais ou menos firme de pensar [a área de recursos humanos]... (entrevistado 2)

Mais uma vez, o conceito de “coalizões de defesa” ajuda-nos a situar este discurso. Sabatier (2007, p. 198) identifica que um dos fatores que pode gerar grandes mudanças na condução de políticas públicas, ou mesmo a adoção de novas políticas, decorre de perturbações externas dinâmicas, que ele diz poder ser decorrente, por exemplo, da substituição de uma coalizão dominante por uma coalizão minoritária.

Cumprido o objetivo deste capítulo a constatação de que há (pelo menos) duas coalizões disputando, em nível federal, o subsistema de saúde e que elas têm diferentes idéias e propostas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Sintetizaremos, como uma síntese provisória, uma hipótese (em verificação), as duas idéias centrais que distinguem as coalizões no que concerne à gestão da educação na saúde.

- a) A primeira considera a educação na saúde como uma área meio, cujo objetivo finalístico é qualificar o serviço e a prática de saúde. Raciocínio desenvolvido a partir de uma relação causal de que uma vez capacitado o trabalhador (e aqui não importa qual a prática pedagógica), uma vez que ele conhece as tecnologias (mais recentes) e desenvolve habilidade para operá-las, a sua prática (profissional) contemplará as novas aprendizagens, melhorando com isso a qualidade do atendimento prestado ao cidadão. Por isso o conceito de educação permanente está tão associado à idéia de aprendizagem significativa, que deve orientar a prática didático-pedagógica.
- b) A idéia força da outra coalizão, por seu turno, entende a educação na saúde como prática finalística a ser desenvolvida pelos profissionais e equipes, seja na gestão ou na atenção. Prática inquisidora, crítica,

problematizadora do cotidiano (práxis) da política de saúde, dos serviços e das práticas, que para qualificá-las precisa desenvolver a necessária densidade política (idéias e atores pensando os problemas) para gerar alternativas de ação. Por isso “educação permanente em saúde”, por isso elevada à condição de prática finalística, podendo ser apresentada como “estratégia de gestão”, mas compreendê-la dessa forma impõe colocar a própria gestão (que se faz) em questão.

Em um momento mais adiante na dissertação, é o uso desta categoria que nos permitirá analisar e discutir as opções e estratégias de ação governamental acionadas na formulação e desenvolvimento dessa política, incluindo o momento em que há mudanças na sua gestão e na sua condução. Antes, porém, faz-se necessário compreender como acontece a referida substituição da coalizão dominante, identificada em uma das falas anteriores, e analisar a própria Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, seus conceitos centrais, estratégias, proposições e suas contradições internas.

6. A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.

Antes de nos debruçarmos sobre o texto da portaria ministerial que instituiu a PNEPS, analisaremos o momento da sua formulação como uma nova política para a gestão da educação na saúde. Neste trabalho, ajuda-nos bastante a idéia de “janela de oportunidade política”, de Kingdon (2003, p. 165-195), já abordada no capítulo três. Segundo esse autor, uma nova política pública ou a modificação de políticas já existentes ocorreria num momento de confluência de três condicionantes, que abririam uma “janela de oportunidade política”. Dois deles já vinham se desenvolvendo no interior do próprio sistema de saúde, a saber:

- a) a relevância do problema em um dado momento é considerada aqui como fato, visto as insistentes demandas nas Conferências Nacionais de Saúde. Elas destacam a indissociabilidade entre os projetos de formação e a prática de saúde dos profissionais do setor e indicam um certo consenso de que a consolidação do SUS só avança num cenário onde as práticas de saúde e de formação e desenvolvimento dos profissionais do setor possam contemplar, entre outros aspectos, os princípios constitucionais da política de saúde;
- b) a disponibilidade de idéias que permitam modificar a representação de um problema e o desenho de uma política pública, dada a partir das experiências de projetos e programas nacionais específicos, como os citados anteriormente, além de experiências locais de integração ensino-serviço-comunidade, articuladas na Rede UNIDA, e experiências de outras esferas de governo (estadual e municipal). Elas, de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento de novos desenhos e metodologias para as ações de educação em saúde, produzindo e agregando conhecimento sobre projetos pedagógicos orientados para a transformação do ensino, da formação profissional e das práticas de saúde.

O terceiro elemento necessário para abrir uma “janela de oportunidade política”, conforme Kingdon (2003, p. 168), constitui-se de uma situação favorável a mudanças no sistema político, uma mudança de governo, por exemplo. Na leitura de Sabatier (2007, p. 198, 199), corresponderia a um evento externo dinâmico capaz de alterar a correlação de forças entre as coalizões em um dado subsistema político. Analisaremos mais detidamente este ponto.

6.1. Construindo uma nova política para a gestão da educação na saúde.

Se a idéia de “janela de oportunidade política” é coerente, e considerando que o caminho percorrido, até aqui, abordou e caracterizou satisfatoriamente a questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e as alternativas de enfrentamento disponíveis, faltaria apenas o terceiro elemento para a abertura à mudança ou nova formulação de uma política para a gestão da educação na saúde no SUS. Defendemos que o ambiente político, favorável a essas mudanças, pode ser caracterizado pela eleição do presidente Luís Inácio Lula da Silva e o início do seu governo em janeiro de 2003.

Com a proposta de avançar no diálogo com a sociedade na formulação das políticas federais, o programa de governo do Partido dos Trabalhadores orientava-se para a redução das iniquidades regionais e das desigualdades sociais. No âmbito do Ministério da Saúde, a proposta era avançar na consolidação do SUS, por meio da efetivação dos seus princípios constitucionais, em especial a integralidade do cuidado em saúde, a equidade, a descentralização e a participação social na gestão do sistema. Para os trabalhadores, uma pauta antiga era constituída pelas questões relacionadas à gestão do trabalho e ao desenvolvimento institucional vinculado à formação e qualificação para o trabalho. Conformou-se assim, o contexto político favorável para uma maior escuta aos movimentos sociais e maior atenção aos espaços de deliberação democrática instituídos, além da valorização de novas idéias para a gestão de várias políticas setoriais, entre elas a reconsideração do que estava sendo realizado no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a área da saúde.

Essa não é uma interpretação nossa, isolada. Ela é compartilhada por outros atores e está presente, por exemplo, nas entrevistas realizadas:

A gestão Serra fez avanço na saúde fez, não tenho dúvida nenhuma que fez, agora eu acho que este [início do governo Lula] é um momento de ruptura, rompe porque você tem uma proposta política, uma presidência nova. Você junta isso com uma relativa capacidade de ter um ideário já discutido [e] com pessoas que topam levar essa coisa à frente. Eu acho que isso que gera, por exemplo, que você tenha (...) a criação da SGTES, como eu acho que você não tem jeito de analisar a Portaria nº. 198 dissociada do que é a criação da SGTES, se não tivesse SGTES, não teria Portaria nº. 198. Como provavelmente não teria sentido você ter a SGTES se ela não se expressasse numa política (...). Ter idéias sem liderança não adianta, e ter idéia e liderança sem um momento histórico, que possa fazer isso, não adianta. E a objetividade que você tem também, acho que no momento de criação da SGTES, [... é dada por...] uma decisão política muito clara de que o país tinha feito a opção por transformar, quando elege Lula. (entrevistado 2)

Então a gente pode dizer que, daquilo que a gente chama, de um modo geral de política de governo e política de estado, a gente tinha convicção de que a nossa tarefa era fazer uma política de estado, e não uma política de governo. Então, interessava-nos conhecer qual era a proposta do governo, mas efetivamente não nos interessava apenas incrementar uma política de governo [...]. A gente entendia o seguinte, a gente militou pela eleição daquele governo, a gente era agente político da escolha daquele governo, a gente foi agente político do plano da transição, que seria o plano a ser aplicado no governo. Então a gente não estava num lugar desidentificado com o governo, de modo algum. Dá pra dizer que a gente reconhecia que a gente era governo por uma escolha da sociedade. A gente não era governo porque foi convidado a assumir um cargo de confiança, a gente era governo porque construiu o movimento eleitoral, construiu o texto da transição do governo, escreveu o texto da nova estrutura administrativa do Ministério. [...] O que eu estava fazendo ali? Eu fui ali para dar conta de uma escuta de uma sociedade e de uma construção de sociedade. [...] Eu não vou ficar fazendo programinha de governo. Eu vou fazer um programa de estado, da maneira que eu entendia, participativa, chamando pessoas, conversando com as pessoas, os atores sociais. (entrevistado 4)

Já no início do governo, o Ministério da Saúde reformula a sua estrutura organizacional, instituindo a SGTES, que entre outros desafios deveria enfrentar: (1) as questões que envolvem a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde, e (2) aquelas relacionadas à gestão e regulação do trabalho no setor (BRASIL, 2004a, p. 5, 17).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), vinculado à recém criada SGTES, firmou sua inserção histórica a partir da antiga Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos, existente na Secretaria de Políticas de Saúde. Além de assumir o papel fundamental de propor e implementar uma política de educação para o SUS, essa instância passa a aglutinar diversos programas e projetos de cunho educacional dispersos em outras secretarias ministeriais (BRASIL, 2004a, p. 5).

A partir daí, para formular uma proposta para o ordenamento da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, o DEGES iniciou, ainda em 2003, todo um processo de construção coletiva junto à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CIRH/CNS), buscando considerar: o histórico da atuação do próprio Ministério no que se refere à educação na saúde; as propostas de algumas redes sociais em torno da questão; a posição dos gestores estaduais e municipais de saúde e de outros atores governamentais (BRASIL, 2004a, p. 20).

Há que se considerar, também, que a história dos novos gestores desse espaço contribuiu para a nova formulação. Eles acumulavam a experiência estadual do desenvolvimento de uma gestão em rede da educação na saúde, a vivência de gestão de unidades de saúde, a participação em projetos de integração docente-assistencial em proximidade com a universidade, a formulação acadêmica sobre a necessidade de mudanças na formação médica, o vínculo ao projeto democrático do Partido dos Trabalhadores e a

intenção de promover mudanças nas práticas de formação e nas práticas de saúde por meio da articulação entre ensino, gestão, atenção e usuários.

Nesse momento, portanto, já existem as condições para a mudança e já são reconhecidas as alternativas para a ação pública. Os “novos” atores políticos, na verdade novos gestores, precisavam apresentá-las no subsistema político como as opções que estavam sendo consideradas para orientar a ação pública. Isso porque não era possível desconsiderar a própria lógica que estrutura a política de saúde brasileira (suas determinações institucionais e processuais), os atores envolvidos na gestão federal do SUS e mesmo a vinculação política dos novos gestores.

Depois de lançadas as linhas gerais da política, o DEGES estabeleceu um intensivo processo de interlocução e encaminhamentos de construção de uma política pública para o setor: num primeiro momento, trazendo a Brasília todas as instituições envolvidas com processos educativos financiados pelo Ministério da Saúde e; num segundo momento, ao longo do segundo semestre de 2003, percorrendo todo o País para apresentar, discutir e qualificar a proposta (BRASIL, 2004a, p. 20).

Aqui começamos a identificar, em algumas falas, como as idéias, princípios e alternativas compartilhados por uma “coalizão de defesa” influenciam as ações e opções políticas, embora não necessariamente definam os resultados.

...na discussão interna no Ministério a gente também disputava com o entendimento de como fazer política. Então alguns segmentos diziam “você não sabe fazer política”, e eu insistia sempre “a gente não sabe fazer politicagem”, porque agregar (...), e se agregar não é fazer política, esse é um problema. Mas eu tenho certeza de que eu trabalhei sempre com uma idéia mais de construir um conceito de Estado, construir um conceito de política, construir um conceito de participação, que vinha da crítica à qual eu pertencia, crítica que eu indivíduo fazia, mas que vinha da política da qual eu pertencia que era de questionar o governo e o Estado. Eu acho que ter uma política de Estado, que era o grande desejo da gente, era dizer que as políticas elas eram apresentadas de maneira em aberto, criando fóruns onde elas pudessem ser revistas. Precisava dar uma largada, precisava configurar um lugar e depois ela entrar em operação. Em operação não de execução, operação de reconstrução; então, executar era reconstruir. (entrevistado 4)

Acho que inclusive a gente pactuou com muito mais gente do que só as instâncias do SUS. A gente não só pactuou com os gestores e com o Conselho Nacional de Saúde, como fez diferentes movimentos de conversa. Quer dizer, os primeiros nove meses do ano de 2003 foram gastos efetivamente no estabelecimento, na função de uma agenda de diálogos com diferentes atores no país inteiro, apresentando a proposta, discutindo com todo mundo, mobilizando todo mundo, inclusive atores que não fazem parte organicamente das instâncias de deliberações do SUS, como são os professores, os estudantes e tal, que inclusive começam a reivindicar, a partir daí, espaços de representação nas conferências, considerando que eles são também atores construtores do SUS. (entrevistado 1)

Os gestores responsáveis pela condução política-administrativa da área, naquele momento, revelam a opção por um desenho participativo, que se inicia desde a formulação política e considera não só as instâncias de co-gestão e controle social do SUS (CIT e CNS), mas agrega os parceiros comuns das ações de qualificação dos trabalhadores de saúde apoiadas pelo Ministério da Saúde. Essa prática, porém não era compartilhada por vários atores políticos que dividiam a gestão dentro do mesmo governo e do mesmo órgão, e isso causava estranhamentos de ambas as partes.

Acho [...] que dá pra dizer de um lado que o ambiente no Ministério é um ambiente bastante hostil para implantar ou para até discutir uma política que fosse de fato participativa. O discurso do participativo é muito mais freqüente do que a prática do participativo. Então isso a gente ouviu o tempo inteiro, de que a gente não tinha se dado conta de que a gente estava no Ministério, que a gente tinha que emplacar toda a gestão o mais rápido possível, e que a gente tinha que ser indutor, e que a transformação se faria, então, porque a gente determinou outras práticas. E a gente dizia que a transformação só se faria se as pessoas se encontrassem de outro jeito e discutissem outra coisa. Eles achavam que isso tudo era conversa de acadêmico, conversa de quem não sabia fazer política. (entrevistado 4)

Acho que isso [referindo-se ao movimento de construção da PNEPS, que considerava os espaços participativos da gestão federal do SUS e outros atores implicados] é fundamental por várias razões, primeiro porque eu acho que esse é o espírito mesmo do SUS. Ele é um Sistema de Saúde que vem sendo construído com movimentos de pactuação. Mas acho que a gente, na verdade, também estava seguindo o espírito da reforma sanitária, e acho que o jeito mais centralizador de fazer política, que predomina em outras áreas, é que não combina com o espírito da reforma sanitária. Acho que a gente tava sendo coerente, por um lado com o discurso da reforma sanitária, e, por outro, por conta dessa mesma coisa que eu falei, por a gente reconhecer que na verdade os serviços de saúde são arenas de disputa, e que os diferentes atores, cada um tem o seu projeto. Se você não trabalhar na construção de novos pactos, não possibilitar uma reflexão crítica e coletiva, dificilmente as pessoas mudam. Ninguém muda pelas normas. Então, se esse é o espírito da proposta, ela não podia se construir de outra maneira, porque se a gente não convida os atores a serem construtores do SUS e da política, fica muito incoerente com a alma da proposição, digamos assim. (entrevistado 1)

O que eles tentaram de alguma forma não significa quebrar a institucionalidade do SUS. Eu falo o seguinte, se você deixar [...] que só os burocratas decidam, você provavelmente não vai decidir coisas diferentes do que aquelas que estão aqui, porque isso é uma coisa extremamente reprodutiva do que foi feito anteriormente, então a colocação tática, dentro de uma estratégia, de um elemento novo que possa avançar o processo, ela é uma coisa central como muitos de nós admitimos. (entrevistado 2)

Essas falas dos entrevistados, que comportam atores que não participaram do espaço da gestão da SGTES naquele momento, mas vêm ocupá-lo após uma mudança política no governo, substituindo o grupo da formulação, indicam algumas pistas possíveis para explicar

as tensões: embora houvesse o reconhecimento da abertura à participação na formulação política, o significado dessa participação, entretanto, não é o mesmo entre os atores políticos.

Se você não trabalhar na construção de novos pactos, não possibilitar uma reflexão crítica e coletiva, dificilmente as pessoas mudam. Ninguém muda pelas normas. Então, se esse é o espírito da proposta, ela não podia se construir de outra maneira. Porque se a gente não convida os atores a serem construtores do SUS e da política, fica muito incoerente com a alma da proposição, digamos assim. (entrevistado 1)

[..] eu acho que as conferências têm este papel, de tentar avançar com as coisas até mais do que indicar caminhos, indicar tecnicamente, porque às vezes a gente sabe a solução técnica, mas existe o suporte da sociedade para esse tipo de coisa, portanto, me dá, como secretário da SGTES, ou a quem estiver aqui, [condições] pra falar o seguinte: conferências realizadas em milhares de municípios, indicam que tem que ser mantido o projeto tal. Indicam que é importante, por exemplo, uma concepção do processo educativo que é distinto do processo que está nesse momento. [...] o provável é que a gente possa ter daqui, é que você tenha que ter uma conferência sim, [para] a questão mais política, mais de fundo, da organização do sistema em geral, agora, que você provavelmente tenha que tecnificar um pouco mais algumas das discussões que eventualmente não possam ter esse tipo de discussão com base num sentido comum. Então, é contraditório isso? Pode até ser, mas eu vejo que esse sistema representativo da forma que está colocado nesse momento, ele pode ter algum tipo de problema. Como, provavelmente, eu acredito que vai acontecer, provavelmente a gente esteja no tal do *crash colision route*, roda de colisão porque, o que que acontece, ninguém consegue responder isso, o que que acontece quando você diz o seguinte, o Conselho Nacional de Saúde não é mais dirigido pelo ministro. O que que vai acontecer no primeiro dia que o ministro não homologar uma decisão do conselho? Não tem jeito, porque se o conselho é um conselho deliberativo, e não mais consultivo, significa que o presidente do conselho é o ministro, ou não? Se ele pode deliberar como é que vai conviver a eventual (...) Algum dia vai acontecer isso. [...] Eu acho que o que nós dependemos justamente é da habilidade de poder gerir sem radicalismo essas pretensões. [...] Então na verdade é meio um tipo de papel, quer dizer, o rechaço não é rechaço. O rechaço é falar o seguinte, presta atenção na gente aqui porque a gente aqui, porque a gente vai pôr certas coisas, se não for isso, não tem jeito. (entrevistado 2)

Então, quem é que tem que vir pra cada reunião? Tem que vir representação de universidade, ou ensino, tem que vir representação de gestores, tem que vir representação de movimento social, tem que vir representação de estudante, tem que vir outros seguimentos de trabalhadores ou quem está diretamente ocupado com (...) seria o âmbito local, e a gente atribuía isso muito aos municípios. Então o jeito de fazer a política ele era esse jeito que eu deponho com o nome de participativo e sentia muito autor das propostas, da própria formulação de política. Então, a discussão interna no Ministério a gente também disputava com o entendimento de como fazer política. [...] Agora se eu falo com o gestor eu tenho uma oposição, se eu falo com o trabalhador eu tenho uma posição. Então vamos para um lugar onde todos estão. [...] Então tinha essa decisão o tempo inteiro. [...] O jeito de derrubar a fala do indivíduo era botar outros pautando a fala do indivíduo. Que a gente reagia muito. Eu não acho que a gente era desonesto por isso, porque podia dizer que eu estava desrespeitando o representante, mas é que minha suspeita era de que o representante não representava. Então eu precisava falar com a base do representante para que a base pressionasse o representante para que ele falasse da sua representação e não da sua posição individual. (entrevistado 4)

Percebemos aqui, que, embora haja uma avaliação comum de problemas de representatividade, a valorização da participação e as alternativas de enfrentamento são diferentes (quase opostas) nas falas dos entrevistados. Mais à frente, quando nos detivermos sobre a implementação da política e a discussão do trabalho, voltaremos a essa questão da participação na formulação e na implementação da política.

O caminho da formulação segue com a aprovação pela CIRH/CNS, no mês de julho de 2003, a negociação com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), e a aprovação no Conselho Nacional de Saúde em setembro de 2003, sendo objeto de resolução específica deste conselho, a Resolução nº. 335/2003. Pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no mesmo mês, foi exposta na mesa temática de Informação, Comunicação e Educação Popular da XII. Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no mês de dezembro do mesmo ano, onde foi novamente aprovada em todos os seus eixos na discussão em plenária (BRASIL, 2004a, p. 21).

O texto político, então, é publicado como portaria ministerial, Portaria GM/MS nº. 198/2004, em 13 de fevereiro de 2004, com o nome de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ganhando forma jurídica e contorno institucional, ao qual irão se vincular outras ações desenvolvidas, incentivadas e apoiadas pelo gestor público federal no campo da educação na saúde (BRASIL, 2004a, p. 21).

A publicação da nova Portaria, porém, não a coloca na condição de prática hegemônica, não esgota as diferentes formas de pensar a educação na saúde, não altera o núcleo central do pensamento da “coalizão de defesa” que perdeu espaço, nem ela desaparece do subsistema político. Reforça essa idéia a afirmação de Offe (1984, p. 39) de que as políticas públicas representariam somente as condições iniciais desencadeadoras de interações conflitivas, cujo resultado estará em aberto em decorrência das contradições e interesses que operam tanto dentro, quanto fora do Estado.

Seguiremos com a apresentação e análise do texto político e, posteriormente, com a análise da sua implementação.

6.2. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O arcabouço jurídico-administrativo para a proposição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde constitui-se de uma disposição constitucional e de algumas referências legais.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

... III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1988).

Embora tenha tramitado pelo Congresso Nacional um projeto de lei proposto e aprovado pelo Senado para a regulamentação desse artigo, o processo de mais de dez anos (1992-2004) e o seu arquivamento sem consenso pela Comissão de Constituição e Justiça e de Redação da Câmara dos Deputados, sob justificativa de inconstitucionalidade, revelam um forte conflito de interesses e contradições em relação ao assunto⁴.

De antemão, pode-se dizer que o fato desse preceito constitucional, ainda, não contar com uma regulamentação específica abre espaço para contradições e disputas dentro da própria estrutura estatal, em que o trabalho e as definições de diferentes órgãos governamentais sobre a matéria, muito pouco contribuem para uma regulamentação clara de uma política para o setor. Essa constatação é bastante relevante para analisar parte das decisões tomadas e suas conseqüências sobre o processo de implementação dessa política, instituída por meio de uma portaria ministerial (uma resposta governamental no âmbito do executivo).

Segundo Jones (2001, p. 66), a situação de alongamento do processo legislativo associado a uma parca discussão sobre a matéria no âmbito desse poder (especialmente com um grande distanciamento da academia e suas representações), em que pese toda a discussão feita em fóruns participativos da saúde⁵, dá-se uma situação favorável à elaboração de soluções pré-empacotadas com grande identificação cognitiva, emocional, política e financeira com as respostas governamentais no âmbito do executivo, devido à pobre definição do espaço do problema.

No entanto, a consideração do histórico da questão, das demandas sociais presentes nas Conferências de Saúde e das alternativas experimentadas possibilitaram, de certa forma, que a Portaria GM/MS nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004, propusesse uma nova abordagem política para a questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Ampliam os fundamentos legais da proposição, os artigos 14, 27 e 30 da lei no 8.080/1990, lei orgânica da saúde.

⁴ A pesquisa dessa informação foi feita através dos sites do Senado Federal <<http://www.senado.gov.br>>, por meio do sistema de busca “Atividade Legislativa” com o termo “Projeto de Lei do Senado (PLS) nº. 137/1992. Em seqüência foi executada a pesquisa no site <<http://www2.camara.gov.br/prospicoes>>, da Câmara dos Deputados, com o termo “Projeto de Lei (PL) nº. 6240/2002”. Acesso foi em: 18 jan. 2008.

⁵ Ver: Contribuição da Rede IDA – Brasil para a Regulamentação do Inciso III, Artigo 200 da Constituição Federal - Ordenação pelo SUS da Formação de Recursos Humanos em Saúde. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/producao/artigo06.asp>>. Acesso em: 08 ago. 2007.

Art. 14. Deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único - 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 - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Artigo 27: A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I. Organização de um sistema de formação de RH em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal...

Parágrafo Único: Os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por comissão nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes (BRASIL, 1990).

O conceito de “educação permanente em saúde”, então, foi assumido como alternativa para o núcleo pedagógico da proposta. Operar esse conceito significa articular a educação dos trabalhadores à capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como articular o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas. Como um mediador entre o trabalho e a educação, o conceito de Educação Permanente em Saúde busca recuperar as práticas pedagógicas e políticas implícitas no trabalho, assumindo, também, as práticas políticas e ideológicas presentes nos processos educacionais (BRASIL, 2004b).

A portaria ministerial apresenta explicitamente a seguinte definição: “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (Brasil, 2004b). Mas é um outro documento ministerial que fornece um conceito um pouco mais operacional:

... a Educação Permanente em Saúde é um precioso conceito desenvolvido no campo da educação para pensar a ligação entre educação e trabalho, a aprendizagem significativa, a relevância social do ensino e as articulações da formação para o conhecimento e o exercício profissional organizado com saberes técnicos e científicos e com uma ética da vida e das relações (BRASIL, 2005b).

Não se pode desconsiderar, entretanto, a discussão apresentada anteriormente sobre as diferentes representações sobre o conceito de Educação Permanente que permeiam a área

de saúde. Some-se a isso o fato de que, para muitos atores que promovem ações educativas voltadas para os profissionais de saúde, essa ainda é uma discussão desconhecida. Assim, a extensão e aplicabilidade do conceito, e conseqüentemente da portaria, requeria a atenção de parte dos esforços de implementação da política. Outra parte da atenção voltava-se para os processos participativos que ela institui e uma outra, para os processos administrativos necessários à sua execução. Voltaremos a eles mais adiante, quando analisarmos o processo de implementação.

Além da centralidade do “novo” conceito para operar a política, cumpre observar o papel preponderante da opção pelo desenvolvimento de um espaço privilegiado para a construção política e metodológica das ações educativas em saúde: os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS). Pela proposta, eles são os responsáveis pela condução localregional⁶ da política que, dentre outras funções, deve identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que contribuam para a qualificação da atenção e da gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor. A conformação desses, certamente, influencia a extensão da política.

A proposta de uma gestão descentralizada e participativa para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde aposta na descentralização, na organização em rede de coletivos regionalizados (uma região de saúde envolve vários municípios de um mesmo estado, podendo chegar ao território total de um estado e mesmo ultrapassá-lo) e na democratização das decisões, uma vez que esses espaços devem considerar a participação dos movimentos sociais e conselheiros de saúde, usuários, trabalhadores, docentes, estudantes, pesquisadores e gestores do SUS, agregando novos atores à formulação de ações de educação na saúde, antes restritas à burocracia setorial (BRASIL, 2004b).

Então o jeito de fazer a política ele era esse jeito que eu deponho com o nome de participativo (...) esse é um entendimento do que quer dizer política. E eu acho que quando a gente decidiu (...), quando a gente imaginou que teria comissão, que teria conselho, a gente tinha uma avaliação de que os conselhos de saúde eram conselhos burocráticos, conselhos em que as pessoas quase que faziam carreira no conselho. Então, não podíamos correr o risco de que fosse isso. (entrevistado 4)

⁶ Localregião foi o termo utilizado na política para favorecer a compreensão da abrangência territorial que devem ter os Pólos de Educação Permanente em Saúde, geralmente uma região intra-estadual, onde se espera unir dois princípios de organização dos serviços de saúde no SUS, a regionalização e hierarquização. O primeiro, busca aproximar as ações e serviços de saúde da população e, assim, assegurar o acesso. A hierarquização, por sua vez, permite melhorar a qualidade dos diferentes níveis de atenção à saúde e organizar os serviços de forma que eles se complementem. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36p.

Eu acho que é por isso mesmo, porque, na verdade, apesar de a política produzir muitos estranhamentos (e ela produzia), particularmente os Pólos de Educação Permanente foram um espaço polêmico, muito conflituoso, em que essa convivência entre diferentes atores foi difícil, os caras não estavam acostumados a sentar juntos e a conversar e tal. Enfim, acho que é aquela conversa que a gente falava, quer dizer, no comecinho antes de ter os conselhos, quando tinha as comissões intersetoriais de saúde, também tinha assim um estranhamento desgraçado, porque também ninguém nunca tinha sentado junto. Então, tinha que ter um pouquinho de paciência com o processo. Não havia muita paciência, porque como havia muitos tensionamentos e acho que a proposta radicalizava na formulação de alguns desafios e tal [...]. (entrevistado 1)

A ampliação do conceito de “educação permanente em saúde”, para além da formulação original⁷, marca a diferença entre as idéias disputadas pelas duas coalizões de defesa identificadas sobre a gestão da educação na saúde (hipótese levantada no final do capítulo V). Sua origem, na verdade, está na associação da proposta de gestão participativa da política, da radicalização democrática, à idéia inicial de aprendizagem significativa. Nasce assim, as divergências sobre o conceito de educação permanente em saúde. Como vimos anteriormente, as idéias sobre participação social na gestão das políticas públicas é diferente entre as duas coalizões identificadas.

Ao lado do conceito pedagógico de “educação permanente em saúde”, que deveria orientar a produção dos espaços participativos e das ações educativas (no e para os serviços), a gestão participativa e descentralizada compõe o eixo organizativo da implementação e gestão dessa política. Esses dois conceitos, então, são tomados como o núcleo central da proposta, resgatando o caráter eminentemente político da ação pública, que, se dissimulado sob o aparato técnico-científico deve ser recuperado, resgatado e colocado no centro da discussão quando se aborda tanto a questão da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, quanto as questões relacionadas à gestão da política de saúde, à organização dos serviços e às práticas de saúde.

A implementação da política no âmbito regional, de acordo com o formulado, dá-se a partir da mobilização e implantação dos PEPS, um colegiado de gestão configurado como uma instância interinstitucional e locorregional. A expectativa era promover o rompimento com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais e comprometer os diferentes atores, especialmente gestores e formadores, com o

⁷ Trata-se da abordagem difundida pela Organização Pan-Americana da Saúde como proposta para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região. A referência principal é a publicação *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington: OPS, 1994. Ela reconhece os serviços de saúde como organizações complexas e propõe a aprendizagem significativa como caminho capaz de produzir adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano. (ROSCHKE; DAVINI; HADDAD, 1994; ROSCHKE; BRITO, 2002).

desenvolvimento institucional, orientado pelos princípios do SUS, e a produção e disseminação de conhecimento por relevância e compromisso (BRASIL, 2004b).

Pela Portaria GM/MS nº 19/2004, todo município deve estar referido a um desses pólos, cabendo à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual, pactuar as regiões de abrangência delas, e à Secretaria Estadual de Saúde (SES) coordenar esse processo em seu território, estimular a cooperação e a conjugação de esforços para a não fragmentação das propostas, e a compatibilização com as políticas estadual e nacional de saúde, respeitando as necessidades locais e as necessidades de fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004b).

O Ministério da Saúde, por sua vez, ainda propõe alterar seu histórico papel centralizador na gestão e no financiamento de ações de educação na saúde. Torna público os critérios e montantes para a alocação dos recursos em cada unidade da federação e divulga as orientações e diretrizes para a validação/acreditação dos projetos dos PEPS, e disponibilizando, ainda, cooperação técnica e apoio no sentido de ajustar os projetos às diretrizes da política (BRASIL, 2004b).

Várias novidades foram instituídas no processo de financiamento das ações educativas na saúde. A portaria resgata a atribuição de cada ente federado de ocupar-se, na gestão do sistema, também com a formação e desenvolvimento dos seus trabalhadores. Assim, passa a descentralizar parte dos recursos financeiros federais destinados à gestão do trabalho e da educação na saúde conforme a adesão a essa política. O compromisso expresso no documento apontava que o repasse seria permanente, possibilitando o planejamento e a sustentabilidade dos projetos, a médio e longo prazos, e uma maior transparência na utilização dos recursos públicos destinados à educação da força de trabalho em saúde. Veremos adiante que essa expectativa não se cumpriu.

Em relação aos recursos financeiros, critérios distributivos com pesos equitativos foram pactuados na CIT e aprovados no CNS. Essa medida, foi o primeiro passo de um compromisso intergestores a fim de favorecer os locais onde a capacidade instalada para o desenvolvimento de ações educativas é menor e, também, onde é maior a adesão às políticas que buscam reorientar o modelo hegemônico das práticas de saúde. A distribuição do primeiro montante de recursos empenhados teve a seguinte proporção entre as regiões geopolíticas: 19% para região norte, 31,9% para a região nordeste, 10,4% para o centro-oeste, 25,6% para o sudeste, e 13,1% para a região sul (BRASIL, 2004b).

Há que se considerar, entretanto, dois aspectos em relação a esse ponto. O primeiro é que a gestão dos recursos financeiros continuou centralizada no nível central e sua liberação estava condicionada à apresentação de projetos coerentes com a política. O segundo ponto,

ligado ao anterior, diz respeito ao fato de não ser uma distribuição efetiva de recursos e, sim, uma previsão de aplicação, uma disponibilidade para utilização. Também a Portaria previa uma avaliação dos critérios de distribuição dos recursos e da implantação dos pólos para orientar as novas distribuições. No primeiro ano (2004), seria aplicado um montante de R\$ 40 milhões, tendo sido esse valor ampliado para R\$ 100 milhões no segundo ano (BRASIL, 2004b, 2004c). Novas alocações não foram feitas após esse período, assim como também não foi desenvolvida a aludida avaliação dos critérios distributivos.

Normalmente o desenvolvimento das ações educativas para os profissionais de saúde, ou para a mudança nas graduações de saúde, era estimulado por meio da publicação de editais que determinavam formas, conteúdos, duração e público-alvo para as ações. As instituições de ensino, então, apresentavam suas propostas que eram analisadas e financiadas por meio de contratos e convênios, cujo objeto era a execução da atividade proposta.

Havia, assim, um distanciamento dos demais níveis de gestão do sistema, que muito parcamente participavam da definição das suas necessidades educativas e, quase nunca, tinham o seu planejamento e programação levados em consideração (p. ex. em relação ao melhor momento para o desenvolvimento da ação, o grupo prioritário, a relação com os esforços desenvolvidos para o desenvolvimento institucional local, etc.). As demandas específicas e oriundas dos estados e municípios, portanto, quando precisavam contar com financiamento federal, ficavam limitadas à proposição de convênios, que não tinham (e ainda não têm) uma sistemática própria de atendimento pela área específica, em que pese existir um sistema informatizado para organizar o processo de proposição, análise, aceitação e acompanhamento de projetos (GESCON).

Dessa forma, um grande desafio à implementação da política se interpunha já no início de implementação da proposta, que era o gerenciamento das pressões internas e externas, que surgiam em decorrência das modificações instituídas e da forma como as ofertas e demandas por ações educativas eram processadas até então. Essa conclusão, por exemplo, é compartilhada pela fala abaixo.

...acho que a gente tem que ser, às vezes, duro nestas análises, que de certa maneira a compartimentalização dos programas de treinamento nas Secretarias [do Ministério] significam poder, e ninguém cede o poder. Então por que é que eu vou ter uma política integrada para fazer isso? E provavelmente a Secretária, que foi a primeira pessoa que ocupou essa cadeira, teve essa dificuldade, e [ela] falaria o seguinte: “olha, na medida em que você passa a prerrogativa de decisão sobre como é que se faz a capacitação, o treinamento nessas áreas, você está passando poder também”. Então, é, mais ou menos evidente, que a estrutura reaja a ceder esse tipo de poder, até porque (um pouco do conceito de Bourdieu de reprodução social) a forma de reproduzir um determinado tipo de postura dentro de um programa vertical [...] e de

capacitar é a forma de você perpetuar aquele tipo de coisa [...]. Então quer dizer, essa utilização dos mecanismos educativos como mecanismos de perpetuação de determinado tipo de idéia, ou de modo de ver as coisas, eu acho que é muito claro. (entrevistado 2)

O próprio texto da Portaria elenca vários outros desafios para a implementação da política, por exemplo: (1) mudar a configuração formal das instâncias e dos fluxos de gestão, tornando os pólos em locais de encontro entre a técnica e a política e de estabelecimento de compromissos coletivos para o desenvolvimento dos profissionais de saúde para a qualificação da atenção à saúde prestada ao cidadão; (2) definir fontes estáveis e suficientes de financiamento para as ações de desenvolvimento e formação dos trabalhadores do setor saúde; (3) estabelecer relações horizontais entre as esferas de governo e entre essas e os outros atores participantes da arena política do subsistema saúde, especialmente com o controle social; (4) definir instrumentos compartilhados de acompanhamento, controle e avaliação, que possam dar conta do zelo pelo bem público e da melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2004b).

Frente a esses desafios, a superação da idéia de implementação de um programa de ação, materializou-se na necessidade do DEGES apoiar o desencadeamento de um processo político que exigisse a produção ativa de coletivos, de protagonismo, de autonomia, de consensos e compromissos coletivos (CECCIM, 2005). Essa e outras estratégias do processo de implementação da política, no entanto, são objetos de estudo do capítulo seguinte.

Conclui-se, assim, que o objetivo principal da proposta é ressignificar e reorientar os processos educativos na saúde, tendo o trabalho como eixo problematizador e político da formação e desenvolvimento para o SUS. Além disso, depreende-se que os diversos elementos presentes na política, da maneira como formulados, apontam para um projeto político de democratização do Estado baseado na descentralização participativa da gestão e execução da PNEPS, embora o texto não esteja isento de contradições e a sua fórmula possa esbarrar nos processos burocráticos da máquina administrativa ou mesmo na quebra dos compromissos assumidos. O quadro abaixo apresenta um resumo dos principais pontos da Portaria GM/MS nº. 198/2004.

QUADRO 2 – SÍNTESE DE ALGUNS ASPECTOS RELEVANTES DA PORTARIA GM/MS Nº 198, DE 13 DE FEVEREIRO DE 2004

CARACTERÍSTICAS	O QUE PROPÕE A PORTARIA?
Conceitos Centrais	<p>Educação Permanente em Saúde deve orientar as ações educativas vinculadas ao trabalho a partir do reconhecimento da dimensão pedagógica do próprio trabalho. Coloca os desafios do trabalho cotidiano como eixo motriz das práticas educativas, que precisam ser construídas também por quem opera o trabalho.</p> <p>Gestão Participativa está presente em vários momentos, especialmente quando se aborda o papel dos Pólos e a sua organização. A portaria apresenta a necessidade das discussões deste espaço agregar novos atores do espaço político, normalmente preteridos na conformação de fóruns de especialistas e fóruns profissionais.</p>
Instâncias Responsáveis pela Execução	<p>Os PEPS no âmbito regional devem reunir atores da gestão e dos serviços de saúde (estaduais e municipais), das instituições de ensino, dos movimentos sociais e controle social, os trabalhadores dos serviços de saúde e os estudantes dos cursos de saúde. Têm por objetivo pensar os problemas enfrentados nos serviços de saúde e pensar soluções, oferecendo alternativas para aquelas que envolvem ações educativas (pensadas a partir do conceito de EPS e não somente ações "escolares" como cursos formais de qualificação e especialização, capacitações e treinamentos). As SES seriam responsáveis pela coordenação do processo no âmbito estadual e as CIBs seriam responsáveis pela regionalização e definição da alocação dos recursos por cada uma das regiões, bem como os compromissos necessários entre as diferentes esferas de governo para a implementação da política. O Conselho Estadual de Saúde (CES) acompanharia a política no âmbito estadual, com função de fiscalização e controle democrático da política e dos projetos apresentados pelos Pólos, assegurando a observação das diretrizes nacionais para a implementação da PNEPS.</p>
Processos Instituídos	<p>Os PEPS deveriam produzir projetos educativos baseados na realidade local, encaminhá-los à CIB para homologação e ao CES para aprovação. Posteriormente os projetos deveriam ser enviados para o Ministério da Saúde para o financiamento da ação, que era feito direto com a instituição executora da atividade. O acompanhamento e avaliação deveriam ser executados pelo Pólo e pelos conselhos de saúde, eventuais ajustes poderiam ser feitos ao longo da execução dos projetos e demandados por qualquer uma das instâncias participantes. Uma série de diretrizes e documentos são apresentados como necessários à validação dos projetos pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde estabeleceria cooperação técnica com o respectivo Pólo no sentido do ajustamento dos projetos às diretrizes da PNEPS, os projetos, a princípio, não seriam submetidos a um processo aceitação/negação. A relevância do projeto e sua pertinência seriam consideradas válidas se todo o processo de tramitação fosse cumprido com o aval das instâncias participantes.</p>
Financiamento	<p>Feito com recursos financeiros provenientes do orçamento do Ministério da Saúde, vinculados ao programa "1311", do PPA 2004-2007. Propõe critérios e uma sistemática de distribuição e alocação dos recursos federais para a execução descentralizada das ações educativas. Os recursos ficam centralizados no Ministério da Saúde e financiam os projetos locais (que devem ser enviados ao Ministério) até o limite estipulado. Propõe o financiamento tripartite, mas não estabelece compromissos para a sua efetivação. Para o primeiro ano da política foram destinados R\$ 40 milhões para o financiamento federal das ações de educação na saúde. Mais R\$ 100 milhões foram destinados para o segundo ano de execução.</p>
Acompanhamento da Política	<p>Uma comissão nacional de acompanhamento da PNEPS ficaria sob a responsabilidade da SGTES e seria constituída por representantes de todas as áreas do MS (inclusive suas autarquias), do CONASS, do CONASEMS, do Ministério da Educação, dos estudantes e das associações de ensino das profissões da saúde. Teria o papel fundamental de pactuação em torno das diretrizes políticas gerais, dos eixos e linhas de ação, e de formulação de critérios para o acompanhamento e ressignificação dos projetos, além de acompanhar a implementação da política, no âmbito nacional.</p>

Em síntese, poderíamos caracterizá-la como uma política regulatória que busca determinar novas “regras do jogo”, alterando as condições gerais sob as quais vinham sendo negociadas as ações de educação na saúde. Lembramos que, até a sua instituição, várias ações de capacitação estavam dispersas entre as diferentes áreas e setores do Ministério da Saúde, vinculadas aos diversos programas de ação desenvolvidos.

Concluindo este capítulo, destacamos que, embora as características acima demonstrem um compromisso público entre os gestores do SUS para a efetivação da política em foco, com critérios objetivos e definições para a distribuição dos recursos financeiros federais, o desenho proposto ainda não considera integralmente o princípio da descentralização e a autonomia dos entes federados na gestão própria dos recursos financeiros da saúde. Também não avançava no estabelecimento de compromissos com as demais esferas de gestão do SUS para tornarem públicos a sua contrapartida no financiamento da educação na saúde e nem mesmo os critérios de distribuição dos recursos no interior de cada estado.

Portanto, o resultado do processo de construção da política para a educação na saúde acaba por impor uma descentralização da formulação, mas não avança na consolidação efetiva de uma descentralização autônoma radical, fundamentada no arcabouço jurídico-constitucional brasileiro e nos princípios norteadores da política. Ao menos no texto normativo, fica expressa a declaração de abertura política para a sua qualificação no processo e a previsão de ações de cooperação técnica aos estados e municípios para o desenvolvimento das suas atribuições constitucionais e legais nesse campo.

7. A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.

Analisar o processo de implementação significa acompanhar a política ao longo do tempo. É o que, de certa forma, já viemos construindo até o momento. Para sermos mais coerentes com o referencial que estamos usando, o mais adequado seria nos referir a um acompanhamento de uma área de política⁸ (de Recursos Humanos em Saúde), pois em última instância, estamos procurando compreender a PNEPS e os desafios que ela enfrenta, a partir do seu desenvolvimento dentro do subsistema da política de saúde brasileira e de sua relação com um conjunto de elementos mais amplos do contexto político.

Assim, propomos um estudo que considera o vínculo entre a ação política e a ação pública, entre *politics* e *policy*, o que significa buscar elementos no contexto político e institucional que possam explicar os problemas e desafios enfrentados, bem como oferecer algumas alternativas para o desenvolvimento da política sob análise.

Fizemos a opção por centrar a análise em 3 elementos da PNEPS, no período de 2003 a 2006. São eles: a efetivação da proposta de descentralização, a aplicação dos princípios da Educação Permanente em Saúde nas atividades propostas pelos PEPS e a execução orçamentária. Em relação à produção de ações que levassem em consideração o conceito de educação permanente em saúde, a dificuldade operacional de acessar todos os projetos e analisá-los um a um sob essa perspectiva, levou-nos a considerar como material de pesquisa as avaliações já realizadas por diferentes atores e instituições.

A organização do texto, no entanto, está separada apenas em dois tópicos. O primeiro discutirá a implementação da política e das estratégias que dela decorrem à luz dos desafios da descentralização, gestão participativa e aplicação dos princípios da educação permanente em saúde. O segundo tópico discute a execução orçamentária relacionada à política. Tal escolha se fez pela intrínseca relação entre esses três elementos, pela capacidade que eles têm de revelar a interface entre o contexto institucional e político, e por conseguirem indicar o esforço efetivo do gestor federal e os problemas administrativos-burocráticos decorrentes da implementação dessa política.

⁸ O termo área de política está sendo utilizado aqui com o mesmo sentido de *issue network*, interpretado como um item, um aspecto, uma área, dentro de um subsistema político, portanto, abrangida por uma política pública maior, uma *policy network*. Seria exatamente essa a relação que a PNEPS estabeleceria com o SUS, ou melhor a relação entre área de recursos humanos em saúde e a política nacional de saúde. Nesse sentido, de acordo com Sabatier (2007, 192), as “coalizões de defesa” estariam situadas dentro de uma *policy network*. As diferentes idéias e alternativas para a gestão da educação na saúde, por sua vez, embora sejam vinculadas às diferentes “coalizões de defesa”, estariam mais fortemente associadas a determinados grupos de atores que se ocupam dessa área de política, ou *issue*, dentro das diferentes coalizões.

Apenas para nos ajudar no desenvolvimento da argumentação, elaboramos o quadro abaixo que procura sintetizar alguns eventos marcadores do contexto político e institucional do Ministério da Saúde, no período de 2003 a 2006. Como a nossa hipótese de trabalho associa o contexto do qual a política participa ao seu desenvolvimento, é importante destacá-lo.

QUADRO 3 – EVENTOS RELEVANTES NO DESENVOLVIMENTO DA PNEPS (2003-2006)

CONTEXTO POLÍTICO	CONTEXTO INSTITUCIONAL	LINHA DO TEMPO
Início do governo do presidente Lula	Criação da SGTES	– 1º Semestre 2003
–	Aprovação da PNEPS no CNS e CIT.	– Set. 2003
–	Publicação da Portaria GM/MS nº. 198/2004	– Fev. 2004
Início dos mandatos dos governos municipais eleitos em 2004.	–	– Jan. 2005
Mudança na base de sustentação do governo, com a ampliação da participação do PMDB para aumentar a governabilidade. Substituição de vários ministros de Estado, inclusive o da Saúde.	Substituição do Ministro da Saúde. Sai Humberto Costa (PT) e entra Saraiva Felipe (PMDB). Mudança dos dirigentes à frente da SGTES e do DEGES e em várias Secretarias do Ministério.	– Jun. 2005
	Pacto pela Saúde. Resultado de um processo deliberativo que foi iniciado em 2004, construído coletivamente com o CONASS e CONASEMS, aprovado pelo CNS. Nova regulamentação que institui mudanças significativas para a execução do SUS, entre elas: substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão, integração das várias formas de repasses dos recursos federais, unificação dos processos existentes de pactuação de metas e compromissos, entre outras alterações.	– Fev. 2006
Fim do primeiro mandato do governo do presidente Lula.	–	– Dez. 2006

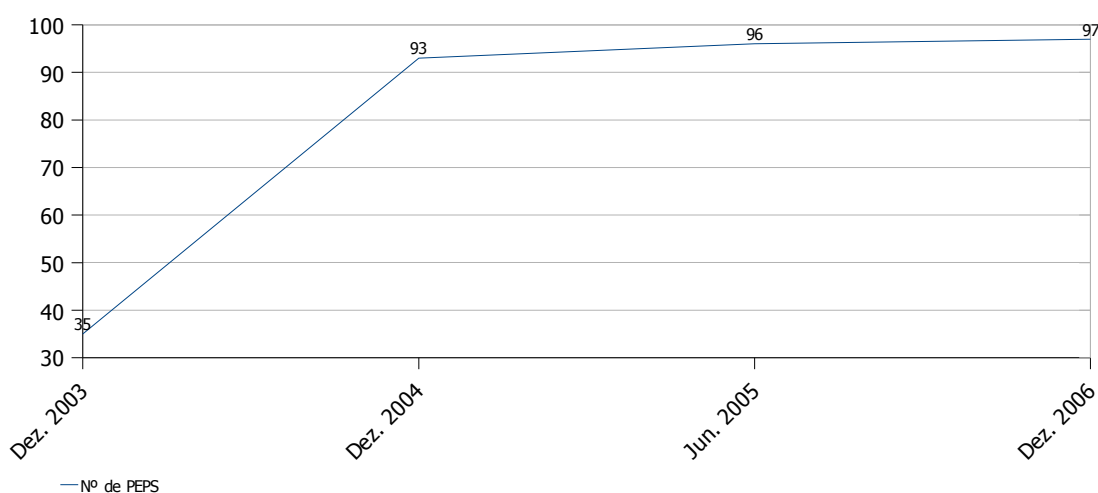
7.1. O desafio da descentralização, da gestão participativa e da aplicação dos princípios da educação permanente em saúde.

Pelo caráter inclusivo e regional e pela dinâmica conferida aos PEPS, instâncias descentralizadas de gestão participativa da política, grande parte da ação estatal na implementação dessa política é chamada à necessidade de implantá-los e acompanhá-los. Segundo Borón (1995, p. 64-65), a implantação da democracia pressupõe a coagulação de um determinado resultado da luta de classes, que está longe de ser um simples trâmite administrativo que apenas coloca problemas de governabilidade e eficácia administrativa,

portanto, a efetivação da democracia participativa na condução dessa política pública não é decorrência natural da simples previsão de um locus ou dispositivo para que ela ocorra.

A conformação desses espaços aconteceu de forma bastante acelerada. A portaria foi publicada em fevereiro de 2004, mas em dezembro de 2003 já existiam 30 (trinta) PEPS, sendo que mais 35 (trinta e cinco) estavam em processo de articulação (BRASIL, 2004a). Isso demonstra, por exemplo, a porosidade entre os momentos de formulação e execução das políticas públicas, já indicada pela literatura da área de avaliação de políticas públicas. Voltando aos pólos, em dezembro de 2004, estavam constituídos 93 (noventa e três) PEPS em todo o território nacional (BRASIL, 2005a). Em julho de 2005, eram 96 (noventa e seis) e mais 9 (nove) estavam em articulação (BRASIL, 2005b). Em dezembro de 2006, existiam 97 (noventa e sete) pólos instalados. Exceto Pernambuco, dentre todos os estados da federação não contava com os PEPS no final de 2004 pois, apesar de ter instituído cinco, eles foram posteriormente desarticulados quando o CES os desaprovou (ALVES, 2006)⁹. Na pesquisa, não foi possível resgatar a trajetória ano a ano de constituição desses pólos em cada estado. A situação nacional por ano e a situação por estado em dezembro de 2006 são apresentadas nas ilustrações abaixo.

GRÁFICO 1 – Nº DE PEPS INSTALADOS NO BRASIL - 2003 - 2006



FONTES: (BRASIL, 2004a, 2005a, 2005b; ALVES, 2006)

⁹ Foi utilizado o trabalho desta autora e não os relatórios de gestão do próprio DEGES/SGTES, no período entre jul. 2005 e dez. 2006, porque os mesmos não trazem informações sobre o desenvolvimento dos PEPS. Desses relatórios constam, apenas, a informação de que estava sendo desenvolvida a pesquisa de avaliação da PNEPS, solicitada pela SGTES ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). O relatório é um dos produtos da sua consultoria técnica, parte do acordo de cooperação técnica entre MS-OPAS.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO ESTADUAL DOS PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

UF	Nº DE PEPS	UF	Nº DE PEPS
AC	1	PB	1
AL	1	PE	0 (5)
AM	1	PI	1
AP	1	PR	6
BA	7	RJ	5
CE	4	RN	1
DF	1	RO	1
ES	1	RR	1
GO	7	RS	7
MA	3	SC	12
MG	13	SE	1
MS	2	SP	8
MT	1	TO	1
PA	9	TOTAL	97 (102)

FONTE: ALVES, 2006.

A rápida constituição dos pólos mostra uma grande adesão à política. O grande tempo (aproximadamente um ano) de deliberação e a mobilização que a sua formulação envolveu parecem ter sido fatores determinantes para esse quadro. Contudo, para além do quantitativo de pólos instalados, havia uma certa liberdade de organização, que ensejou diferentes compreensões do papel desse espaço, diferentes desenhos organizativos e avaliações comuns de que esses espaços enfrentavam problemas na sua organização e fortes conflitos internos e externos.

[Falando sobre os pólos] Na verdade tinha uma representação, tinha uma previsão de representação do segmento. [...] Agora como é mesmo que eles iam se organizar, havia uma certa liberdade para a conformação, mas a Portaria tinha algumas definições com relação a isso. Ela era genérica porque aí tem [a possibilidade de diferentes formas de] organização do espaço local, para não engessar os espaços locais. **Então, ele não era um espaço de democracia representativa, ele era mais um espaço de democracia participativa, em que se previa a participação de diferentes atores, numa configuração que ia ser produzida em cada lugar.** Acho que esse era um dos motivos de estranhamento dos gestores. A gente não previa que ali ia se deliberar nada. Não ia ter votação no pólo, assim como na tripartite não tem votação. Você pactua, pactua, pactua até chegar num acordo. Então não precisa ter representação [paritária], não vai ter votação, entendeu, a idéia não é essa. A idéia é discutir, discutir, discutir até chegar num acordo entre os diferentes. Acho que no começo os gestores municipais, e até no começo da discussão do pacto, os gestores municipais e estaduais falaram assim “não, mas nós que temos que deliberar”. Agora eu acho que eles avançaram ao reconhecer que esses espaços de articulação regional, todos esses atores são formuladores também da política, são, digamos assim, o grupo técnico das articulações regionais. (entrevistado 1, grifo nosso)

...a estratégia inicial dos pólos de educação permanente ela traz para o cenário atores que, até então, não estavam representados. Ela acorda, ela desperta, ela traz à consciência processos, discussões, a questão da educação permanente para o centro das atenções e a tentativa nesse processo da aproximação do ensino e do serviço, da academia com o serviço. Na prática, eu acho que uma série de dificuldades ainda permanecia no processo. (entrevistado 3)

Então, a cada vez que os lugares perguntavam pra gente, mas como que faz, e a gente dizia: faça; está, mas é como? E a gente dizia: faça, o que por um lado dava um nervoso insuportável, por outro lado também fazia com que você tivesse que se reunir e pensar coisas. (entrevistado 4)

Assim, a primeira produção desses espaços foi de muito estranhamento entre os atores participantes, estranhamento e baixa compreensão do seu papel na gestão da educação na saúde. Há várias análises da baixa capacidade de produção dos atores envolvidos, da inadequação dos produtos à lógica da educação permanente em saúde e de conflitos e disputas que se instalavam pela apropriação daquele espaço, a ponto de emperrar a dinâmica dos colegiados, em determinados momentos.

E apesar de toda dificuldade que é botar esse tanto de gente diferente pra sentar e conversar, eles têm papéis fundamentais a cumprir. E se a gente não recheia, não amplia a capacidade de formulação do nível local, acaba existindo mesmo uma subordinação, uma dificuldade de dar resposta para as realidades tão diferenciadas que existem no nível local, e acaba vindo uma subordinação às políticas de formulação central. [...] E acho isso, quanto menos capacidade de formulação política os atores tiverem, mais problemático é esse espaço; então essa é uma preocupação que eu tenho em relação ao pacto. Porque os gestores municipais, e os gestores estaduais, e os municipais principalmente, se eles não ampliarem a capacidade de formulação e proposição deles, eles vão continuar a reboque, porque a grande dificuldade deles é essa. Eles tinham um papel definidor, e eles não sabiam o que propor. (entrevistado 1)

Eu faço o discurso lá na ponta, mas como é que eu chego daqui até lá? Você tem muita capacitação que foi aprovada, e eu acho que você não tem dúvida disso, que é capacitação ao pior estilo que a gente criticava. (entrevistado 2)

Tem uma coisa bem importante [...] que essa idéia que a gente começou a construir ao longo da política de que o Pólo ele é uma instância do SUS, quando a gente conseguiu dizer isso, eu acho que a gente deu um passo mais seguro nessa negociação com o CONASS e com o CONASEMS. Porque se o pólo é uma instância, o que hoje é a comissão permanente, era uma instância, então ele é um lugar para ser ocupado. E é um lugar em que se pode ir disputar com todos os outros. Conselho é um lugar de disputas, é. Tudo bem, todo mundo está lá. Ninguém acha que não tem que estar lá sabendo que ali é um lugar de disputas e todo mundo chega lá com seus argumentos. Se o pólo é um lugar, é uma instância, então ele é lugar de disputa. Se ele é um lugar de disputa a gente tem que ir pra lá e levar as coisas, disputa política, disputa de entendimento de conceito e tudo mais. Só que o drama que todo mundo tinha que suportar, e a lei do SUS obriga que suporte, é que é participativo, é todo mundo, todos os seguimentos. Não adianta ficar brigando com quem entra, quem sai. (entrevistado 4)

Mas a estratégia central da política é mesmo produzir espaços participativos de gestão de uma política pública, os PEPS. E isso foi compreendido como um dos elementos de inovação desta política pelos entrevistados, mas também como um espaço de tensão.

[...] eu só acho que realmente, e acho que já falei isso, a gente enxergava a política de educação através do SUS como uma política que não era uma política meio, era

uma das políticas que podia ser estratégica na construção do próprio sistema, entendendo exatamente a potencialidade do espaço local micropolítico na produção das coisas novas. Então eu acho que ele avançava muito mais, era uma política que ousava não só no campo da educação. Ela ousava no campo da produção de política, no campo da construção do SUS. (entrevistado 1)

Ela muda toda a conformação. Em primeiro lugar ela amplia os atores que vêm participar desse processo. Tira do centro do gestor e envolve de maneira mais democrática a questão da participação do controle social, dos trabalhadores, e das próprias instituições de ensino também, a própria área da educação. Ela inova à medida em que a própria formulação, a negociação e a formulação ocorrem de maneira mais ampliada e horizontal, sem uma relação vertical de imposição. (entrevistado 3)

O componente agregador, o componente de convocação de novos atores; dá para dizer que a gente inventou atores. Eles não estavam na roda, eles entraram e foram tornados atores. Eu gosto da palavra atores, muito mais do que a palavra sujeito. Eu digo que eles são tornados atores porque eles se percebem movimentando a sociedade. Os docentes passaram a se perceber, os estudantes passaram a se perceber. Pequenos movimentos sociais, foi difícil porque parece que a gente quase não fala disso, pequenos movimentos sociais passaram a falar de educação permanente. [...] então teve inovação com a incorporação de novos atores, teve inovação com a lógica organizadora, teve a invenção de uma nova instância do SUS. (entrevistado 4)

A compreensão desses espaços e os esforços para efetivá-lo, entretanto, diferem entre os atores políticos que ocupam a gestão da SGTES em diferentes momentos e é, também, ponto que divide as opiniões mesmo entre os gestores estaduais e municipais e atores sociais que participavam dos pólos, alimentando conflitos e reduzindo a sua capacidade produtiva.

[...] como era um campo novo de formulação de políticas, existia muito pouca acumulação nos espaços locoregionais. [...] Sem esse tipo de formulação, e na verdade acho que a gente percebeu isso, que era necessário um apoio específico para ampliar a capacidade de formulação dos diferentes atores. Então a gente começou a fazer isso. Iniciou com aquela coisa dos municípios colaboradores [...] Os municípios não estão se apresentando como formuladores, vamos ampliar a capacidade de formulação dos municípios com um apoio específico para eles. Vamos ampliar o protagonismo das associações de ensino que de certo modo agregam as instituições formadoras, apoiando o desenvolvimento de certas coisas, para fortalecer a capacidade deles de formulação. Vamos ampliar a capacidade de formulação do movimento estudantil, do movimento popular. Então, enfim, a gente acabou desenvolvendo estratégias que visavam exatamente isso, ampliar o protagonismo dos diferentes atores. Mas eles precisavam de apoio para isso, entendeu? Deixar espontaneamente, ia acontecer, só que ia demorar muito mais. E é muito importante que essas coisas fossem trabalhadas de maneira articulada, todo mundo se fortalecesse nesse processo. [...] Então as pessoas reclamavam “mas a política de vocês é muito vaga”. É vaga de propósito, ela punha as linhas gerais, e o específico tem que ser definido no espaço local. Só que os atores não estavam prontos para fazer isso, eles tinham que ser produzidos. A gente até demorou um pouquinho, a gente meio que se assustou com o fato de que eles não tinham capacidade de formulação, depois é, não tem mesmo, então o que que a gente faz com isso. Os atores são construídos no processo, eles não estão fabricados a priori. (entrevistado 1)

Eu acho que tem sim [referindo-se à afirmação de que houve baixa capacidade técnica-administrativa para operar todo o processo de financiamento dos projetos que chegavam dos pólos, que acarretaram uma morosidade elevada no financiamento e na resposta aos locais], eu acho que é evidente [...], mas se você pensar bem é o seguinte, quer dizer, a SGTES faz uma portaria, o tal do *wishful thinking*, quer dizer o sonho que você tem que é o que eu queria também, mas até que ponto o *wishful thinking* reflete o mundo real? Pode ser que eu esteja completamente errado nisso, mas quando você coloca num pólo a capacidade de decisão, por exemplo, o que está acontecendo? Ele não têm de fato, na prática, processos educativos em curso nas universidades que atendam aos pressupostos de uma educação que seja uma educação libertária no processo de trabalho, como construção ativa, pelo contrário, você tem, [...] e você sabe disso porque você analisou, muitas das propostas que foram aprovadas, podem ter sido aprovadas até com uma conjuntura emergencial, porque não tem o outro, então não tem jeito de eu fazer. Eu faço o discurso lá na ponta, mas como é que eu chego daqui até lá? Você tem muita capacitação que foi aprovada, e eu acho que você não tem dúvida disso, que é capacitação ao pior estilo que a gente criticava. [...] Vamos pensar um pouco assim, com o conhecimento que você tem, e você tem um bom conhecimento disso, qual que é a capacidade que a gente tem hoje, por exemplo, de que esse discurso que nós fazemos, esse nosso *wishful thinking* de processos educativos integradores seja colocado na realidade? A meu ver o maior problema que tem é esse. [...] Quer dizer, como é que você faz uma roda representativa e não hierarquizada num mundo que é profundamente hierarquizado? [...] Então eu acho que é isso, eu sinto um pouco aqui que esse modelo, que eu acho que estrategicamente estava correto, porque era a forma de introduzir gente nova que pudesse avançar a discussão, porque os que estão fazendo a coisa, continuam fazendo a coisa do mesmo jeito que eles fazem. Mas aí, ele bate nessa história porque cria um mundo de representações que não têm nada a ver com o mundo real. E adianta muito? Também não adianta muito você decidir, quer dizer, decidiram-se muitas coisas nos conselhos e pólos que são coisas que não foram cumpridas. Quer dizer, como é que a gente pode fazer um meio termo aí, entre manter as coisas exatamente como elas estão, mas não fazer uma coisa que seja também tão plana como essa outra. Então acho que isso que foi, acho que exauriu um pouco por isso. É o mesmo sentimento. (entrevistado 2)

Então, cada uma das gestões da SGTES, em diferentes tempos e a partir das diferentes compreensões do sentido da participação, optaram por movimentos distintos, num primeiro momento apostando pesadamente na descentralização das ações e, posteriormente, (re)centralizando grande parte delas e das decisões. Por exemplo, partindo-se da identificação da fragilidade dos atores que participam dos pólos, as decisões parecem claramente opostas: uma, busca qualificar os atores para participar efetivamente do processo democrático e percebe a potencialidade inovadora dessa participação na própria produção e execução de alternativas políticas, administrativas, gerenciais e executivas; a outra percebe a participação apenas em seu sentido tático, como estratégia política para a mudança de direção de determinado programa, a fragilidade da participação (ou a ameaça que dela emerge) é vista como um obstáculo à efetiva consideração desse espaço como produtor de inovação no campo próprio da gestão e execução dos programas, ou seja, o sentido da participação não avança

para além da idéia comum de legitimação política de uma decisão. Essas diferenças não são exclusivas na gestão federal.

Ainda se observa muita confusão sobre o papel do conselheiro e a necessária distinção entre este e o papel do gestor. Não é incomum que o conselho, cujo papel situa-se em área ampla de deliberação das políticas e fiscalização e aprovação de gastos, pretenda atuar na esfera administrativa e gerencial, gerando conflitos de competências com os gestores; (CONASEMS, 2006)

A falta de visualização clara do papel das SES nos PEPS [e] a representatividade das deliberações dos PEPS [foram apontados como problemas na constituição e funcionamento dos pólos] (CONASS, 2005).

Analisando, por exemplo, o curso de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde, que foi uma estratégia para o desenvolvimento de ferramentas e metodologias para Educação Permanente em Saúde, articulada para superar dois grandes obstáculos ao desenvolvimento da política (também apontados nos discursos acima): a baixa capacidade de formulação dos diferentes atores, e o distanciamento entre os projetos formulados e os princípios e diretrizes da educação permanente em saúde.

À medida que a estratégia foi se mostrando capaz de promover e desenvolver a capacidade de descentralização pedagógica para o setor saúde, problematizar a configuração e o funcionamento dos pólos existentes e disseminar os princípios da Educação Permanente em Saúde, o DEGES foi ampliando a oferta do curso para atores mobilizados em outras estratégias, como o AprenderSUS (proposta para a mudança na graduação dos profissionais de saúde) e o apoio aos municípios colaboradores da Educação Permanente em Saúde. O curso que se iniciou em março de 2005, com dimensões ambiciosas de formar 6000 (seis mil) facilitadores em todo o país, rapidamente alcançou o número aproximado de 9000 (nove mil) facilitadores em formação.

Contudo, sua coordenação e execução não estavam isentas de enfrentamentos e de problemas. Houve, especialmente no que se refere ao alcance e à comunicação com os atores implicados e as instâncias do SUS (tão descentralizados) várias queixas, acarretando uma série de conflitos com os gestores das demais esferas de governo, em especial com as Secretarias Estaduais de Saúde, e os próprios pólos, como pode ser constatado:

[A] inserção de novos agentes no processo sem clara definição de suas funções e relações com sistema e gestores, como é o caso dos facilitadores no presente momento [foi identificado como um problema operacional no desenvolvimento da política] (CONASS, 2006).

[O] processo de seleção dos tutores [foi] muito confuso com indicação dos tutores à revelia dos critérios estabelecidos regionalmente. Se os tutores/facilitadores são agentes de mudança, eles têm que estar acordados entre os componentes,

principalmente os gestores presentes no Pólo e não serem simplesmente selecionados por um agente externo. Eles não são agentes do Ministério, mas agentes de apoio à educação permanente locorregional. (CONASS, 2005)

Outro aspecto enfatizado foi a necessidade de se criar sinergia entre os facilitadores capacitados e a administração. Alguns facilitadores foram colocados “no meio do bolo da secretaria”, com um interessante conteúdo do ponto de vista formativo, mas que só tem sentido se for sustentado pelo gestor. Esta é uma crítica ao "exército de facilitadores" que foi formado, sem amarração com a legitimidade que esse sujeito tinha dentro da gestão. O facilitador “tem que estar conversando com a gestão para saber se aquilo é isto mesmo, se não é. Se for capacitado para ficar atormentando, uma voz crítica a mais dentro do Pólo (...)”. [...] Do ponto de vista dos entrevistados, a inserção dos facilitadores no processo de educação permanente é criticável pois, embora o conteúdo do curso seja bom, não há vinculação com a gestão, de forma que os facilitadores ficam somente "ligados à idéia" (USP, 2007).

Se olharmos para outras estratégias encampadas pelo Ministério da Saúde para a ampliação do diálogo com outros atores específicos, como docentes de graduação (processo de formação de ativadores de mudança nas graduações de saúde, financiamento de espaços e momentos de discussão sobre a formação em saúde para associações de ensino de graduação das profissões de saúde), gestões municipais (municípios colaboradores de educação permanente em saúde) e movimentos sociais (fortes incentivos à Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde), elas também produziram vários conflitos, chegando a serem interpretadas como uma “intervenção” do governo federal, que desconsiderava o papel dos demais entes federados e dos próprios PEPS. Mais uma vez, os gestores estaduais foram os que melhor identificaram problemas específicos sobre esta questão, apontando-a como ponto crítico na condução da política:

As equipes da SGTES continuam se relacionando diretamente com as instituições, principalmente com as instituições formadoras, freqüentemente sem a presença e participação da gestão estadual; (CONASS, 2005)

Desconhecimento das instâncias gestoras do SUS, estabelecendo relações paralelas ou até mesmo “oficiais” com outros atores, gerando uma infundável série de conflitos; (CONASS, 2006)

Imensa dificuldade em reconhecer o papel da gestão estadual e, muitas vezes, interferências negativas, atropelando os gestores (CONASS, 2006).

No âmbito federal, por outro lado, no que diz respeito à participação dos movimentos sociais e do controle social na política, há uma clara cisão na forma de entender o espaço institucional da Coordenação de Ações de Educação Popular em Saúde, dentro do próprio DEGES. Até junho de 2005, essa coordenação era parte da sua estrutura organizacional. Após esse período, com as mudanças políticas no Ministério da Saúde, a referida coordenação foi transferida para a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) sob a justificativa

de que constavam dentre as atribuições daquela secretaria, o estímulo e apoio ao bom funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e a proposição de estratégias de fortalecimento do controle social, por exemplo, por meio da capacitação continuada de conselheiros de saúde. Entretanto havia outra percepção para esse espaço dentro do DEGES, muito além da capacitação dos conselheiros de saúde, uma vez que essa última há muito já era referenciada ao próprio Conselho Nacional de Saúde com o apoio do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP). Segundo um dos entrevistados,

[...] a educação popular não estava ali como componente de educação pra saúde, a educação popular estava ali com um entendimento de que eu precisava ampliar a participação da sociedade na discussão da política, entendendo que isso era formativo, e que isso era o único jeito de colocar a educação permeável ao desejo da sociedade. Que era reconhecer que tinha um segmento da própria sociedade que estava dentro da política de educação. Que era na linha do que a gente chamava de educação popular, onde estava a ANEPS e aquelas coisas todas que também foram uma articulação importante. [...] uma das primeiras coisas que o novo governo fez, quando assumiu, foi mandar embora a educação popular. Então mesmo que estivesse lá no documento base [referindo-se ao documento base da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde], [...] a tentativa de conseguir esse entendimento, entraram os novos gestores no nosso lugar e extinguiram imediatamente a coordenação de educação popular, o conceito de educação popular, qualquer coisa que tivesse a ver com isso, entendendo que isso era coisa da gestão participativa. (entrevistado 4)

Assim, vemos que várias decisões no processo de implementação da PNEPS movimentavam um emaranhado de atores, com seus interesses e preferências, que, de acordo com Offe (1984, p. 39-40), determinam os seus resultados, pois esses não podem ser previstos nem são definidos pelo texto político, que representa apenas a condição inicial de interação entre os diferentes atores sociais.

A pesquisa de avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde, produzida pelo Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da USP, sob coordenação da Profa. Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana, serve como mais um exemplo da assertividade da afirmação acima. Contratada a partir da mudança de gestão do DEGES, em julho de 2005, seu objetivo inicial era produzir informações para orientar futuras decisões acerca da política. Isso fica claro na fala de um dos entrevistados.

Quer dizer, por que que é feita essa pesquisa? Acho que tem que falar isso muito claramente. É feita essa pesquisa porque na verdade existia, quando eu perguntei especificamente isso, eu posso repetir essa pergunta na frente das pessoas, quando eu perguntei para a secretária Maria Luiza Jaeger, dos cem pólos existentes no Brasil, quantos você me recomendaria como aqueles que de fato funcionam? Ela me disse quatro. Talvez eu não esperasse ser diferente disso, porque até com uma política dessa, de fato é uma política em construção, não é uma política que você pode esperar que você anuncia uma coisa e imediatamente vá funcionar. Mas provavelmente eu tivesse a expectativa de que um número maior do que esse

puddesse acontecer. Eu não esperaria os cem. Mas eu esperaria o seguinte (...), uma política que você propõe com um nível razoável de financiamento no primeiro ano, e que de cem [pólos] sobra, ou está funcionando apenas poucos, é um negócio muito complicado. (entrevistado 2)

A pesquisa teve impacto relevante na condução da política, mais pela dinâmica que ela “impôs” à sua implementação, do que por seus resultados. Antes, porém, a nossa pesquisa registrou que, anteriormente à avaliação desenvolvida, outra havia sido construída, que no referido momento foi substituída pela nova pesquisa.

[...] a gente entendia que precisava de uma avaliação, e a gente estava contratando uma avaliação naquele período quando a gente saiu do Ministério. [Daí] o processo contratado de avaliação foi cancelado, e foi chamado um outro. E o processo de avaliação que nós contratamos tinha uma representação até internacional, ele juntava um grupo da UFRGS com um grupo do Uruguai que discute avaliação institucional. Que era um grupo, um coletivo que chama AUGM que é das universidades do cone sul que discutem avaliação institucional. Então era para ser uma coisa responsável, teve um debate muito extenso de como fazer o desenho da avaliação, ele foi feito e na hora de executar, já contratado [...] ele foi cancelado e foi chamada essa outra avaliação mais instrumental. Eu acho que mais instrumental, era coisa de prazo rápido, resposta rápida, uma ou outra pergunta de como que foi construída uma política, como que foi agregar atores. Se estas fossem as perguntas: como foi construir uma política? Agregar atores? Apresentar um novo conceito, conceitualizar situar na sociedade? Essas deveriam ter sido as perguntas de avaliação. E a pergunta de avaliação foi como é que executou? Como é que implantou? Qual o volume de produtos? E essas perguntas não se ajustavam exatamente ao que a gente tinha feito. (porque ela tinha a ver com “Como implantar um programa?” Mas não tinha um programa a ser implantado, era uma política, um debate, um debate nacional) Considerando que as perguntas não se ajustavam, eu acho que ela, ainda assim, encontrou muita positividade, e o que ela encontrou como negativo era óbvio que ia encontrar, era um pedaço do seu processo. (entrevistado 4)

A pesquisa foi contratada em julho de 2005. Em novembro de 2006, foram apresentados os primeiros resultados preliminares tanto aos gestores do Ministério da Saúde, quanto ao CONASS e CONASEMS. Somente em novembro de 2007, a pesquisa foi concluída com a entrega do relatório final aos gestores da SGTES, sem, contudo, ter havido, até o presente momento, a sua publicação. Durante esse período, é notório por todos os atores envolvidos, um arrefecimento do esforço do próprio Ministério da Saúde de implementação da PNEPS.

Se formos analisar o volume de páginas dedicadas à política nos relatórios de gestão do DEGEGES, entre os anos de 2004 e 2006, veremos que ele se reduz drasticamente, além disso foram sendo progressivamente reduzidos os esforços de apresentação e referência das outras ações apoiadas e desenvolvidas pelo DEGEGES à PNEPS. O número de publicações do próprio Ministério da Saúde (e sua distribuição), com discussões, avaliações e orientações para a implementação da política e suas instâncias (os pólos), cai a zero após julho de 2005 (não

foram produzidas novas publicações, nem impressas novas tiragens), sendo mantida apenas a disponibilidade do material já produzido na internet. A percepção dos próprios gestores da gestão federal do SUS, seja o próprio Ministério da Saúde, o CONASS ou o CONASSEMS indicam e confirmam essa tendência.

Acho que, do nosso ponto de vista de pressão sobre a gestão, houve um movimento. Nós não podíamos mais ficar numa posição estagnada. Então, ou a gente corria para esperar os resultados da pesquisa, publicar com rapidez esse resultado, ou a gente entrava num processo de reformulação conforme os resultados preliminares já apontavam. Acho que a gente concentrou energias em procurar recolocar a estratégia, até para poder desacelerar o mínimo, eu tenho certeza que alguma desaceleração houve à medida em que a gente precisava desses resultados para entender que direção caminhar, aonde caminhar e não aprovar e liberar recursos no escuro ou em coisas que a gente não tinha convicção efetiva de que estava sendo efetivo. (entrevistado 3)

Eles queriam que a avaliação mostrasse o resultado negativo. Não mostrou. As pessoas falam “tem problema nesse estado”, mas ele é positivo, nunca teve uma movimentação assim. Isso eu vi. O que os dados apresentavam para eles, e aí não era isso que eles queriam (...), e, aliás, eles mudaram a política sem esperar a avaliação. Eles já foram tirando dinheiro, desvalorizando, sem esperar a avaliação; não é com base na avaliação que eles mudaram. Tanto não é, que eles estão sendo de certo modo pautados particularmente pelos gestores estaduais e municipais, que são quem tem capacidade de pautar Ministério nesse âmbito, a retomar financiamento por essa via. Claro que isso é um jogo de pressão, mas o CONASS e o CONASSEMS estão jogando pesado nisso. [...] Por que eles tiveram que reativar a portaria? Porque eles tiveram que voltar a falar desse negócio? Por eles, eles não falariam nunca mais, mas eles não conseguiram revogar a política. Ela realmente tem muitos defensores, ainda bem. Ela não ficou dependendo de quem formulou inicialmente. Ela foi apropriada amplamente por diferentes atores. E aí eles têm que se ver com isso, não tem jeito. Agora, que há um prejuízo, claro que há. [...] Então tem prejuízos significativos, porque a coisa vai andar, mas vai andar muito mais devagar do que poderia. (entrevistado 1)

Na avaliação do CONASS (2006), houve: descontinuidade, pois o programa funcionou de modo espasmódico; ausências de critérios pactuados para avaliar projetos, gerando discricionariedade por parte da equipe técnica responsável por isso; recentralização da decisão: a equipe técnica do MS decide o que é ou não prioridade, que já foi pactuada antes em todas as instancias estaduais como os pólos, a CIB, o CES; imensa dificuldade em reconhecer o papel da gestão estadual e, muitas vezes, interferências negativas, atropelando os gestores.

O CONASSEMS, por sua vez, em uma pesquisa sobre a percepção dos representantes estaduais das secretarias municipais de saúde identificou os seguintes problemas na condução da PNEPS: baixa implementação da política, minimização das instâncias gestoras, recursos financeiros centralizados, excessiva burocracia e baixa transparência na análise dos projetos, falta de definição da linha de atuação mais consistente. Várias propostas foram feitas para

mudanças em vários quesitos: fortalecimento da PNEPS; maior articulação entre os três entes federados; melhorar a questão do financiamento; agilizar os processos de aprovação dos projetos; aumentar a capacidade operacional dos pólos; institucionalizar os Pólos com Secretarias Executivas e estruturação física e financeira; fortalecer a participação dos gestores municipais nos Pólos. (CONASEMS, 2007)

Assim, o processo de avaliação por que passa a política parece ter alcançado (por seu processo e nem tanto por seus resultados) usos distintos pelos diferentes atores, superando a atribuição instrumental alegada, primeiramente, para justificar a pesquisa. De acordo com Weiss¹⁰, citado por Faria (2005, p. 102, 103), pelo menos outros três usos podem ser referidos às percepções dos diferentes atores, acima relatadas, a saber:

- uso conceitual - caso em que as descobertas da avaliação (e o seu próprio processo de realização) podem alterar o modo de compreensão da natureza, do modo de operação e do impacto do programa implementado;
- uso como instrumento de persuasão - quando utilizado para mobilizar o apoio para a posição que os tomadores de decisão já têm sobre as mudanças na política ou programa, buscando legitimar uma posição e ganhar novos adeptos para as mudanças desejadas;
- uso para o “esclarecimento” - quando pela via do acúmulo de conhecimento oriundo de diversas avaliações, acarreta impacto sobre as redes de profissionais, sobre os formadores de opinião e sobre as “coalizões de defesa”, bem como alterações nas crenças e na forma de ação das instituições, chegando a pautar a agenda governamental.

Ao final, esse movimento produziu mudanças na política, as quais só foram aceitas sob um intenso processo de pactuação entre os gestores (como no início da sua formulação, embora mais restrito), acarretando a publicação de uma nova portaria que altera a anterior, a Portaria GM/MS nº. 1996, de 20 de agosto de 2007. A análise desse material, entretanto, foge ao escopo desta pesquisa, que se atém sobre o período compreendido entre os anos de 2003 e 2006. No entanto, o reconhecimento desse processo está presente, também, em algumas das falas acima e nos seguintes discursos:

Mas é muito interessante, porque a gente saiu do Ministério e agora quando houve a reformulação, os gestores do SUS que, no começo, estranhavam muito a inclusão dos outros atores, agora defendem. Os gestores estaduais e municipais agora defendem a participação dos outros atores. Na verdade houve, acho que ao longo desse tempo, houve o reconhecimento da importância desse negócio. [“Agora eu

¹⁰ WEISS, Carol H. *Have we learned anything new about the use of evaluation?* **American Journal of Evaluation**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 21-34. 1998.

acho que, realmente, depois de um tempo, dá para ver que é interessante, que agora os gestores que tiveram tanta dificuldade valorizam o espaço. Não quer dizer que eles pararam de ter dificuldade, mas eles reconhecem que têm uma potencialidade ali que não pode ser desconsiderada”]. Tinha a formulação geral, formulação de diferentes estratégias para mobilizar diferentes atores, porque os atores não se mobilizam com uma estratégia só, reconhecendo a complexidade do processo e investimento na qualificação dos diferentes atores mesmo para o negócio rolar. E aí isso faz muita falta, quer dizer, os movimentos vão se virar, mas faz falta. Eu acho que o que as pessoas sentiram naquela época, nossa, o negócio fervilhou e andou muito depressa. E aí, depois, vai muito mais devagar. (entrevistado 1)

Eu acho que diante de implantar uma política pública, mudar uma política pública não é coisa fácil, olhar para uma pressão de sociedade, pelo menos eu entendo assim, e aí daqueles gestores que inclusive eram [...] mais resistentes, mais hostis. Hoje eu sei que CONASS e CONASEMS. acham que aquilo era legal e aquilo tinha que ser mantido. Conselho Nacional de Saúde acha que aquilo era legal e que tinha que ser mantido. A CIRH acha que aquilo era legal e tinha que ser mantido. Então houve uma ampliação de compreensão, ampliou comparando a resistência anterior com o que se tem hoje. Eu acho que há um reconhecimento de que foi participativo, foi agregador, foi integrador, e que precisava haver integração. Então está anunciado é para ter, sabemos como fazer, experimentamos como fazer, vamos manter. Eu acho que isso está posto ali. Ainda se tem muito medo de se colocar muito dinheiro, eu acho isso, porque deixa aberto demais, é muita decisão local, significa ser menos menos indutor. Continua se desejando ser indutor e proprietário dos dinheiros e do que vai ser feito. Mas não deu para eliminar. Não deu pra recuar e dizer: não vai ter mais. (entrevistado 4)

Do exposto, deduz-se que, entre outros fatores, as diferentes avaliações feitas pelos mais variados atores sociais implicados, a mobilização nacional em torno da política, a descentralização operada nos PEPS, a articulação de diferentes instâncias do SUS, as decisões tomadas ao longo do processo e o impacto de algumas estratégias operacionais acarretaram uma aprendizagem social que foi capaz de sustentar a política, mesmo diante de um processo de desmobilização, e exigir a revisão de determinadas posturas e a modificação de pontos específicos do seu programa de ação. Um deles, por exemplo, diz respeito à relação interministerial entre Saúde e Educação.

[...] eu acho assim, tem algumas coisas que o Ministério atual está tendo mais governabilidade do que a gente teve para fazer certas coisas. Então, por exemplo, a nossa relação com o MEC sempre foi muito difícil. Por exemplo, teve várias coisas que a gente propôs no primeiro dia de governo que agora estão acontecendo, por exemplo a criação da Comissão Interministerial que junta os gestores do MEC, os gestores do Ministério da Saúde, o CONASS e CONASEMS, acho que é um avanço muito importante. Precisa ver outra vez se os caras vão ter capacidade de formulação, mas a criação desse espaço eu acho que é um avanço muito significativo. [...] foi um longo processo até o Ministério da Educação entender que o Ministério da Saúde não queria ocupar o lugar do Ministério da Educação. A SGTES não é uma SESU paralela, a gente não quer, não é isso, mas tem uma coisa (...) há um objeto que agora eles reconhecem que realmente necessita ser trabalhado, que precisa ser trabalhado intersetorialmente. Então eu acho que é um grande avanço, porque antes eles perguntavam assim “por que tem que fazer isso pra saúde

e não tem que fazer isso pras outras áreas?” Um grande avanço, pelo menos no desenho geral assim, se vai ser alterado, não sei. Porque ainda existem muitas resistências mesmo dentro da estrutura, não só da estrutura do MEC, mas no campo da educação existe resistência em relação a isso, a autonomia universitária, e não sei o quê. Então, tem problema, mas acho que se avançou, foi um processo de construção também desse âmbito. (entrevistado 1)

Os resultados alcançados pela Pesquisa de Avaliação da PNEPS, encomendada pela SGTES, por sua vez, não apontam diferenças substantivas em relação às avaliações anteriores feitas pelo próprio órgão ou por outros atores institucionais. Nesse sentido, sobre o segundo ponto de análise apontado no início desta discussão, ou seja a avaliação da utilização dos princípios da educação permanente em saúde, poderíamos dizer que houve uma baixa apropriação dos conceitos de educação permanente em saúde, com poucas inovações didático-pedagógicas dos projetos educativos, mostrando-se insuficientes para modificar o perfil dos profissionais de saúde, adequando-o às necessidades de saúde da população e contribuindo para o desenvolvimento do SUS. Entretanto, pode-se questionar se apenas mudanças dessa ordem conseguiriam alcançar tal intenção. Se voltarmos para o conceito de Educação Permanente em Saúde, apresentado pela política e, em vários outros documentos ministeriais, veremos que ela avançou na consolidação de uma nova referência para pensar os processos educativos na saúde.

[...] aplicar um curso com metodologias ativas, isso é a educação permanente? Não, não é mais isso a educação permanente. A educação permanente agora é: todo mundo senta numa roda e discute, “queremos isso”, “queremos aquilo”, “vai ser assim”, “vai ser diferente”. Então tem gente que ainda diz que estava errado o conceito de educação permanente. Errado não, porque o que nós chamamos de educação permanente era isso, era o participativo, era o ampliado, [“era a discussão do cotidiano e implicação dos atores com ele”] não era apenas uma didática. [Mas] para muita gente ainda é apenas a didática. (entrevistado 4)

O quadro abaixo apresenta uma correlação entre os problemas e desafios à consolidação da PNEPS sob a perspectiva de diferentes atores. Ele, de uma forma geral, mostra a pouca novidade dos resultados apresentados pela pesquisa, o que não a invalida, pois ela tem o grande mérito de reconhecer os desafios e os impactos da política no contexto, na realidade, e não apenas nas falas e discursos dos atores que transitam no âmbito da gestão federal do SUS.

QUADRO 4 – PROBLEMAS E DESAFIOS IDENTIFICADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA PNEPS

RELATÓRIO DE GESTÃO DO DEGES DO ANO DE 2004.	OFICINA DO CONASS SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO ANO DE 2004.	PESQUISA DE ACOMPANHAMENTO DA PNEPS (USP, 2005-2007)
<ul style="list-style-type: none"> •Dificuldades nas articulações entre os atores locais na configuração concreta dos PEPS: necessidade de mediação em casos em que processo se paralisa por excessiva disputa de poder. 	<ul style="list-style-type: none"> •Dificuldades na pactuação das ações, sem obtenção de um consenso sobre o conceito de educação permanente. •As equipes da SGTES continuam se relacionando diretamente com as instituições, principalmente com as instituições formadoras, frequentemente sem a presença, participação da gestão estadual (2005). 	<ul style="list-style-type: none"> •Dificuldade de compreensão quanto ao papel destinado a SES no processo de implementação dos Pólos. •O MS tinha, em certa medida, comunicação direta com representantes dos Pólos, o que gerou conflitos com as SES no sentido de que elas entendiam que esse processo se efetivaria através de sua intermediação. •Houve uma mudança de atores na condução da Política de Educação Permanente em nível nacional, com identificação clara de dois grupos com percepções, maneiras de atuar e conhecimento da política diferentes, também com estratégias de interlocução e valorização de determinados atores/parceiros locais diferenciada.
<ul style="list-style-type: none"> •Baixa capacidade de formulação de políticas por parte dos atores locais e de áreas técnicas específicas. Baixa apropriação em relação aos conceitos e às práticas de educação permanente. 	<ul style="list-style-type: none"> •Pouca experiência das equipes das SES com o tema educação permanente. Dificuldades na assessoria para elaboração dos projetos por parte da equipe matricial do MS. 	<ul style="list-style-type: none"> •Não há consenso de opinião dos entrevistados sobre o conceito de educação permanente. Ora está relacionada com o exercício profissional, propondo-se conteúdos a partir da realidade; ora é igual à educação continuada, à medida que ambas são ininterruptas e ocorridas em processos duradouros, a questão metodológica é identificada como um dos importantes diferenciais da estratégia ativa e reflexiva. Compreendendo adequadamente o conceito, ou não, é quase unânime a opinião que a estratégia proposta significou um avanço por pelo menos duas razões: (a) ter ampliado o universo de atores participantes e (b) ter definido os elementos constitutivos do quadrilátero de sustentação da política de EP para o SUS.

QUADRO 4 – PROBLEMAS E DESAFIOS IDENTIFICADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA PNEPS

RELATÓRIO DE GESTÃO DO DEGES DO ANO DE 2004.	OFICINA DO CONASS SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO ANO DE 2004.	PESQUISA DE ACOMPANHAMENTO DA PNEPS (USP, 2005-2007)
<ul style="list-style-type: none"> •Complexidade da construção do conceito de gestão social das políticas públicas de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> •A política estadual para a educação permanente ainda está em construção. Tradição incipiente em trabalhar de forma ascendente, a partir das necessidades. Descontinuidade dos atores que participam das reuniões, obrigando a retomada das discussões em cada reunião. 	<p>[<i>Considerando-se o caso dos PEPS do estado do Rio de Janeiro</i>]</p> <ul style="list-style-type: none"> •Perpassam o campo da verticalidade do processo de implantação da política pelo MS, das dificuldades de operacionalização da gestão colegiada no que diz respeito às diferenças entre os diversos atores participantes e do processo de avaliação/aprovação dos projetos. •Sobre o texto jurídico houve poderes e interesses que definiram condições e limites no exercício da norma e que operaram por inclusão/exclusão dos interesses em conflito tornando a política fragmentada e descontínua. Observando que no que se refere aos objetivos, financiamento e resultados, os processos de execução da Política de Educação Permanente em Saúde não acompanharam um padrão de desenvolvimento continuado.

FONTES: (BRASIL, 2004a; CONASS, 2004; USP, 2005)

Por fim, é importante nos referirmos a uma avaliação unânime em todas as análises feitas por diferentes atores e em diferentes momentos: a morosidade na liberação dos recursos financeiros e a demora na análise e aprovação dos projetos pelo Ministério da Saúde. Afora as várias condições já discutidas sobre as diferentes inter-relações que podem determinar tal fato, é importante destacar um dado de contexto, ainda não apresentado, que é também relevante quando se discute esse ponto de análise. O Ministério da Saúde, como um todo, tem uma massa de trabalhadores extremamente precarizada, com vários vínculos e formas de contratação, sendo preponderante a contratação de profissionais, para atuar na implementação de políticas e programas de saúde, por meio de parcerias e contratos de apoio técnico com organismos internacionais, como a OPAS e UNESCO.

Chega-se, por exemplo, à situação de que em toda a SGTES não há nem 10% dos seus trabalhadores vinculados ao regime jurídico único da União. Há terceirizados de empresas privadas e contratações por meio de organismos internacionais, sendo essas de diferentes tipos e dedicações. Há dificuldades de se apontar o número total de colaboradores e suas funções em cada uma das gestões da SGTES, no período estudado. Tal condição opera

negativamente sobre a continuidade das políticas e processos instituídos, uma vez que possibilita uma forte vinculação da força de trabalho ao quadro político-institucional que ocupa a gestão do Ministério da Saúde em determinados momentos. O fato é que sem uma burocracia estatal ficam prejudicados o princípio da supremacia do interesse público, a continuidade das ações desenvolvidas, a qualificação dos técnicos para o trabalho e o desenvolvimento de um processo de aprendizagem institucional a partir da história do processo de implementação de determinada política ou programa (esse último, claramente identificado nesta análise).

7.2. A dinâmica do financiamento.

É importante frisar, neste momento, que a análise do financiamento da PNEPS ultrapassa o período da pesquisa, alcançando o ano de 2007, pois as informações financeiras sobre a política não estão disponíveis seguindo o curso dos anos. Foi possível levantar apenas os dados consolidados para o período entre os anos de 2004 e 2007, vinculados ao Plano Plurianual (PPA), no período entre os anos de 2004 e 2007. Portanto, a justificativa, para termos extrapolado o período definido na metodologia da pesquisa na análise do financiamento da política, baseia-se na impossibilidade de estabelecermos uma comparação anual da programação e execução orçamentária vinculada à PNEPS apenas para os anos de 2003 a 2006, pois as informações disponíveis não estão desagregadas por ano civil.

Conforme já abordamos em outro momento, a portaria que instituiu a PNEPS destinou para a sua implementação, no primeiro ano, o montante de R\$ 40 milhões. Além dessa, a Portaria GM/MS nº. 1829/2004, destinou mais R\$ 100 milhões para a sua execução no ano de 2005. Para os anos de 2006 e 2007, a SGTES/MS não fez novas destinações de recursos financeiros para o desenvolvimento da política.

O PPA 2004-2007, em seu anexo II, que trata dos programas de governo, estabelece o Programa “1311 – Educação Permanente e Qualificação Profissional no SUS”. O seu objetivo é promover a qualificação e a educação permanente dos profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde, sendo o público-alvo do programa os profissionais de saúde das três esferas de governo. A lei ainda informa que a responsabilidade de execução é do Ministério da Saúde e que será aplicado no programa, no período de quatro anos, o valor de R\$ 1.372.782.279,00 (um bilhão, trezentos e setenta e dois milhões, setecentos e oitenta e dois mil e duzentos e setenta e nove reais).

Contrapomos os dados de financiamento das ações de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde do PPA 2004-2007 com os dados de financiamento da

PNEPS , no mesmo período. Com isso, temos um indicativo da importância atribuída à política no contexto institucional do próprio Ministério da Saúde. Tratando-se de uma política reguladora para a área é de se esperar que a mesma conte com investimentos significativos no período, em relação às demais atividades.

TABELA 2 – PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA COMPARADA: PROGRAMA 1311 E PNEPS - 2004-2007

ANO	RECURSOS FINANCEIROS LIBERADOS - PROGRAMA 1311	ORÇAMENTO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PNEPS	RELAÇÃO ENTRE OS ORÇAMENTOS PNEPS/PROG. 1311
	Em R\$ 1.000,00	Em R\$ 1.000,00	%
2004	359.862,60	40.000,00	11,12
2005	241.710,31	100.000,00	41,37
2006	315.883,40	0,00	0,00
2007	329.897,50	⁽¹⁾ 0,00	0,00
TOTAL	1.247.353,81	140.000,00	11,22

FONTE: CGPLAN/SGTES/MS – Relatório Gerencial Financeiro dos PEPS – Abril/2007.

NOTA: A programação orçamentária para a execução da PNEPS não necessariamente está vinculada à execução orçamentária no mesmo ano, exceto para o ano de 2004. Assim, o valor referenciado para um determinado ano deveria ter sido planejado no ano anterior. De acordo com essa lógica, no ano de 2004, conforme a exceção descrita, foram feitas a primeira e a segunda programações orçamentárias, sendo que a última corresponderia à alocação para o ano de 2005. Nos anos de 2005 e 2006, não foram feitas as respectivas programações para os anos seguintes. A programação é publicada em portaria ministerial.

(1) Apesar de terem sido alocados R\$ 35 milhões para o desenvolvimento da PNEPS por meio da Portaria GM/MS nº. 1996/2007, com a transferência dos recursos financeiros aos estados e municípios ainda em dezembro de 2007, esses os executarão ao longo do ano de 2008.

Os dados acima representam a programação orçamentária para as respectivas ações. Se o orçamento-programa cumpre uma função de planejamento, ou seja, deve considerar os objetivos que o governo pretende alcançar, durante um período determinado de tempo, e se a PNEPS realmente se institui como uma política reguladora para a área de educação na saúde, os dados acima apresentam uma grande contradição.

O primeiro ano prevê uma aplicação de 11% dos recursos destinados ao DEGES. O volume pode ser justificável pelos compromissos assumidos no exercício passado com atividades de longa duração. Além disso, é coerente esperar-se uma reduzida execução orçamentária no primeiro ano de um programa de ação pública, uma vez que a política institui novas regras para o financiamento das ações de educação na saúde e a adesão dos estados e municípios e os encaminhamentos dos projetos deve cumprir todo um trâmite burocrático, reduzindo o tempo disponível para a execução.

Do primeiro para o segundo ano, os recursos financeiros para a execução da PNEPS aumentaram, em 150%, alcançando a marca de 41% do orçamento total do DEGES. Esse movimento de ampliação revela a importância conferida à PNEPS entre as demais ações desenvolvidas naquele ano, e é justificável frente à grande adesão das demais esferas de

gestão do SUS. De 30 pólos, no início de 2004, passam a ser 93 no final do mesmo ano, um aumento de mais de 200%.

A ampliação ou a manutenção do nível alcançado de financiamento, no entanto, não se mantém para os anos de 2006 e 2007. A previsão orçamentária para a execução da política nesses anos é igual a zero. Se formos considerar a execução orçamentária (gastos efetivados), no mesmo período o quadro agrava-se.

TABELA 3 – EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA COMPARADA: PROGRAMA 1311 E PNEPS - 2004-2007

ANO	EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA PROGRAMA 1311 ⁽¹⁾	EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA PNFAPS	RELAÇÃO PNFAPS/PROG. 1311
	Em R\$ 1.000,00	Em R\$ 1.000,00	%
2004	303.589,66	23.918,55	7,88
2005	221.747,21	54.225,82	24,45
2006	300.166,99	0,00	0,00
2007	322.222,94	⁽¹⁾ 0,00	0,00
TOTAL	1.147.726,80	78.144,37	6,76

FONTE: CGPLAN/SGTES/MS – Relatório Gerencial Financeiro dos PEPS – Abril/2007.

NOTA: Os dados coletados na CGPLAN vinculam a execução orçamentária da PNEPS à programação publicada nas Portarias nº 198/2004 e nº 1829/2004 e não efetivamente ao ano orçamentário. Assim, pode ter havido empenhos e pagamentos de recursos financeiros relativos aos projetos dos PNEPS nos anos de 2006 e 2007. Entretanto, como os dados são consolidados para as duas únicas alocações, ter executado os recursos em 2006 e 2007 acarretaria uma diminuição equivalente nos anos de 2004 e 2005, o que representaria diferença para o resultado final.

(1) Os dados referem-se ao valor empenhado no respectivo exercício financeiro, conforme informação da GGPLAN, pois se os mesmos não fossem liquidados no mesmo exercício, geram restos a pagar no exercício subsequente. Destaca-se que os dados contemplam apenas os recursos do Programa 1311 sob gestão da SGTES, uma vez que, a partir de 2005, os recursos financeiros de algumas atividades/projetos vinculados ao Programa 1311 (aqueles vinculados ao controle social e à educação popular em saúde) passaram a estar sob a gestão da SGEF.

Os dados mostram uma execução orçamentária da PNEPS, em quatro anos, um pouco maior do que 50% do programado para o período de 2 anos de implementação, uma vez que não foram feitas novas alocações de recursos financeiros nos anos de 2006 e 2007. Se considerarmos a diferença entre o programado e o executado pela PNEPS em relação às outras ações vinculadas ao Programa 1311, vemos despencar a expressão da política na execução orçamentária total do DEGES de 11% (programado) para 6,6% (executado).

Esses dados, entretanto, tendem a sobre-estimar o financiamento da política, uma vez que neles estão incluídos os financiamentos de cursos de formação profissional de nível técnico, como auxiliar de enfermagem e técnico de higiene dental, os programas de residência multiprofissional em saúde da família, além de algumas poucas residências médicas. O financiamento desses programas, de 2004 até julho de 2005, não estava associado ao orçamento da PNEPS, porque eram programas de custo elevado; não estavam regularmente distribuídos no território nacional; vinham de compromissos anteriores; e já estavam

associados a alguns subprogramas/projetos do Programa 1311 do PPA 2004-2007, e sua dinâmica de financiamento exigia certa celeridade para não interrompê-los.

A partir do mesmo relatório da GCPLAN, se excetuarmos o apoio financeiro para o desenvolvimento das residências, formação de nível técnico e outros projetos não demandados pelos PEPS, o total aplicado na implementação da PNEPS reduziria mais de 50%, passando de R\$ 78.144.370,02 para aproximadamente R\$ 37.415.958,19 (ALVES, 2007). Isso representaria apenas 3,2% da execução orçamentária do programa 1311 do PPA 2004-2007, no mesmo período.

De qualquer maneira, seguiremos apresentando e analisando os dados dos relatórios oficiais disponibilizados pela CGPLAN, já consolidados nas tabelas acima, pois eles continuam informando mais sobre as opções dos gestores. Antes de avançarmos, deter-nos-emos um pouco na análise dos baixos números da execução orçamentária na percepção de outros atores.

A pesquisa de avaliação e acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde (USP, 2007), também identificou problemas com o financiamento da política:

- a) dos 58 PEPS pesquisados, 48.3% não haviam recebido recursos do Ministério da Saúde para a execução das atividades propostas;
- b) os recursos financeiros recebidos do Ministério da Saúde, declarados pelos PEPS, estão muito aquém daqueles apresentados nas planilhas do Ministério. Isso pode indicar problemas tanto na comunicação entre o MS e os PEPS, quanto o financiamento de ações que, embora viessem dos estados, não foram encaminhadas pelos pólos, mas o MS na contabilização incluiu sob os recursos da PNEPS. Esta situação é coerente com a análise de Alves (2006), apresentada anteriormente, e que mostra uma sobre-estimativa da execução financeira da política;
- c) a transferência de recursos financeiros diretamente às instituições executoras privou os PEPS da possibilidade de realizar o acompanhamento da execução orçamentária e técnica;
- d) as falas dos entrevistados na pesquisa mencionaram diversas vezes os problemas no financiamento como: não financiamento dos projetos enviados; morosidade na análise dos projetos pelo MS; falta de informação por parte do MS sobre a situação dos projetos encaminhados para financiamento; excesso de exigências e mudança nas regras e procedimentos para a contratação.

A nossa entrevista com os gestores da SGTES e do DEGES mostra que os problemas apontados no financiamento da política já eram do conhecimento deles. Em alguns casos, desde a formulação já se previa problemas desse tipo:

Acho que num primeiro momento era isso mesmo, a gente sofria desta contradição. A gente tava produzindo uma política que era financiada por projetos. Isso é uma contradição, é inviável. Isso daí, a gente sabia disso logo no começo. Mas é que tinha que começar a operar de algum modo. (entrevistado 1)

Eu acho que existe uma dificuldade grande na burocracia estatal de refletir todo o processo de negociação e o resultado que se dá de implementação das políticas, então a própria forma de financiamento, a conformação das linhas de financiamento, as formas de repasse, as regras de repasse, muitas vezes, são empecilhos pra que a gente consiga, a própria gestão, a gerência que a gente tem sobre a gestão dos recursos, elas dificultam ao longo do processo de implementação da política que a gente possa monitorar e garantir a indução e o resultado que se quer, o resultado esperado. (entrevistado 3)

Tem isso no geral [referindo-se à afirmação de que poderia haver problemas no financiamento] e a gente quando teve oportunidade a gente trabalhou com uma certa urgência, a gente não queria reinventar o estado e então implantar, a gente queria implantar imediatamente, então, o financiamento foi um nó terrível. [...] foi este jeito que a gente conseguiu o mais rápido possível [se referindo aos contratos e acordos de cooperação mediados por organismos internacionais, com OPAS e UNESCO], não foi rápido como a gente queria, mas mais rápido que se tivesse (...). Imagine trocar uma lei, instituir uma lei, criar uma outra normativa de execução financeira? A tal da tabela de distribuição de recursos era para isso, para facilitar. Facilitou definir quanto iria, mas não me facilitou a execução, continuou sendo muito difícil executar o recurso. (entrevistado 4)

Essas falas revelam um descompasso entre os fundamentos da PNEPS e os mecanismos do seu financiamento. Uma “contradição”, para citar a fala de um dos entrevistados. Elas, ainda, referem que a decisão sobre a maneira de financiá-la teria sido determinada pela urgência em instituir a política. De certa forma, essa constatação valida a idéia de Jones (2001), apresentada no capítulo três, sobre as limitações que determinam um contexto de racionalidade limitada nos processos decisórios em política públicas (neste caso, o tempo). Além disso, reforça a idéia de que há dificuldades administrativas no próprio Ministério da Saúde para efetivar o financiamento dos projetos recebidos. Ainda sobre esse ponto:

...então tem um *modus operandi* que existe e que é profundamente modificado pela dinâmica de financiamento fundo a fundo. Então, na verdade, toda vez que uma política realmente se institui, ela passa a ser financiada por transferência fundo a fundo e a interferência da burocracia fica muito menor. Então o Fundo Nacional de Saúde, na verdade, ele é super ágil para fazer transferências fundo a fundo; e é uma desgraça pra fazer outra coisa. Porque na verdade todo mundo ali bota força pra ele ser ágil naquilo que interessa, e o que interessa é a transferência fundo a fundo. Então, o que é financiado por convênio é a minoria das coisas, é o que não é política

instituída. [...] eu acho que na verdade a questão fundamental é o investimento na educação ser reconhecido como uma área de política estabelecida que merece investimento da saúde [...]. Então é só que a política consiga ser incluída dentro desses mecanismos ágeis. (entrevistado 1)

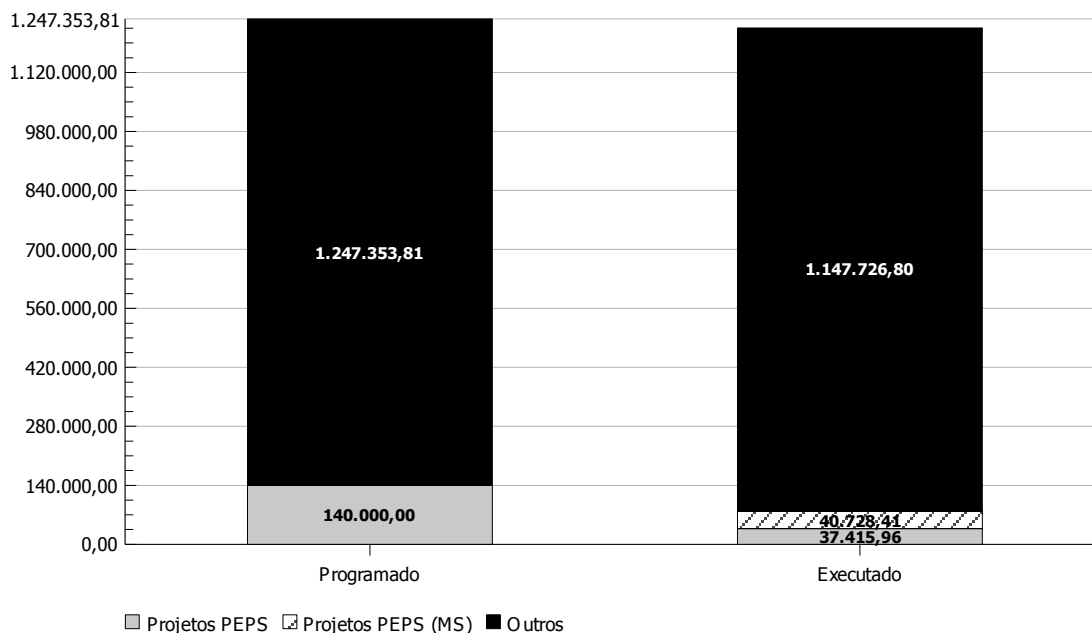
Neste ponto, aparece novamente a preocupação da interferência do contexto institucional (a própria burocracia e os atores da gestão) sobre o desenvolvimento das políticas instituídas. Diante dos quadros de alocação e execução orçamentária, apresentados anteriormente, em que é possível constatar a ausência de novas alocações para a PNEPS e o baixíssimo compromisso com a sua execução financeira, o discurso é bastante coerente.

O mesmo cuidado, também, está presente no relatório final da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, especificamente na parte que trata da gestão da educação na saúde, na qual constam várias deliberações com alguma destas cobranças: a garantia do financiamento tripartite com estabelecimento de mecanismos claros, facilitando o acompanhamento; o repasse de recursos financeiros, na modalidade fundo a fundo para a execução da política; aumento do financiamento com dotação orçamentária própria; mudança na legislação e redução da burocracia possibilitando maior agilidade no repasse de recursos financeiros. (BRASIL, 2007a)

Voltando aos dados financeiros e considerando o volume executado de recursos financeiros do Programa 1311 para outros projetos, no período de 2004-2007, fica difícil justificar a não execução orçamentária dos Projetos dos PEPS somente pela inadequação dos mecanismos de financiamento e por morosidade na máquina pública. Pelos relatos apresentados, dois outros fatores parecem ter contribuído para o cenário: (1) a dificuldade de comunicação entre DEGES, os pólos e as instituições executoras, o que prejudicava os ajustes necessários aos projetos; (2) uma baixa preocupação com a execução da PNEPS, que foi sendo diminuída ainda mais no período. O gráfico abaixo facilita a percepção visual das discrepâncias.

GRÁFICO 2 – PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO PROGRAMA-1311 – 2004-2007
(VALORES EM R\$ 1.000,00)

FONTES: CGPLAN/SGTES/MS – Relatório Gerencial Financeiro dos PEPS – Abril/2007.



ALVES, Ana Maria P. S. A. C. Documento contendo os resultados aferidos na parceria entre o Ministério da Saúde e a UNESCO com foco nos Pólos de Educação Permanente – na ótica do financiamento – para subsidiar a avaliação do Acordo de Cooperação Técnica. Brasília: CGPLAN/SGTES, out. 2007. Relatório Técnico.

NOTA: Na legenda, "Projetos PEPS (MS)" refere-se ao financiamento, apresentado no relatório oficial divulgado pela CGPLAN, dos projetos vinculados aos PEPS, e "Projetos PEPS" refere-se ao financiamento dos projetos efetivamente encaminhado pelos PEPS, segundo o relatório técnico.

Também novos relatos dos entrevistados referem-se a uma baixa preocupação com a execução da PNEPS:

E aí depois no processo, quando sabe (...), quando se desvalorizou, na verdade o Ministério desejaria matar os Pólos. Não matou porque não pôde. Mas retirou todo o apoio, parou de financiar projeto, parou de não sei o quê, e em muitos lugares as pessoas continuaram se reunindo. E as alternativas que o Ministério propôs, são todas alternativas de articulação de um ator só. E daí eles fazem um negócio que não interessa. Eu acho que no calor das disputas, as pessoas se incomodavam muito com aquilo. Mas na hora que se ameaçou tirar, aí esse espaço, as pessoas reconheceram o valor que ele tinha. (entrevistado 1)

Por que que você está falando que tem redução de financiamento? (...) mas é porque tem a história da estratégia também. Diminui uma das modalidades de financiamento. Nisso aí não importa assim (...), acho que não tem muita coisa, na verdade, primeira coisa: não existe uma decisão política por desfinanciar. Eu acho que existe uma coisa que é a seguinte: você atende num primeiro ano uma política que se coloca como uma política de novidade, ela gera uma expectativa muito grande, as pessoas apresentam muitos projetos. Então você gera de fato, quer dizer, em cima desse represamento, você tem um financiamento inicial, mas que é (...), cuja tendência, qualquer política pública tem um pouco isso, uma vez que se estabelece que a coisa não é bem assim, tem que ter certos critérios, você começa de fato a diminuir. (entrevistado 2)

Acho que do nosso ponto de vista de pressão sobre a gestão, houve um movimento. Nós não podíamos mais ficar numa posição estagnada. (entrevistado 3)

Porque daqui a pouco quando não se tem dinheiro, não tem dinheiro (...), aí nunca sabemos onde é que está o dinheiro. Então, vamos voltar para o edital, então pára com esse negócio, porque a gente não consegue ter dinheiro mesmo. Então eu acho que um bom modo de desacreditar é tirar o dinheiro fora. Se o dinheiro for zero, vai desacreditar bastante. Não vai eliminar, mas vai desacreditar muito baixo financiamento, ou zero financiamento, caminha para o descrédito rápido. Talvez a coisa mais relevante que a gente tenha nesse momento para avançar na consolidação é aumentar o financiamento. [...] Então eu acho que tem o problema do financiamento relevante, muito relevante; e o descrédito com as ações paralelas de não serem mais coordenadas numa unidade. (entrevistado 4)

Do ponto de vista do COSEMS de São Paulo, explicitado na Avaliação do Acompanhamento da PNEPS, a redução do financiamento acarretou uma desmobilização em torno da proposta no estado.

O papel do MS não se restringe ao financiamento de projetos, mas se isso não acontece, ocorre uma desestruturação da proposta. A partir do momento em que o MS começou a segurar os projetos, não liberar os recursos, e na ponta, os atores que participaram do processo não viam retorno, houve uma desmobilização [Fala atribuída ao COSEMS/SP]. (USP, 2007)

Para finalizar a abordagem do financiamento da PNEPS, retomamos os critérios de distribuição dos recursos financeiros federais, compondo um limite atribuído a cada estado para a implantação da política no seu território. A idéia dos critérios é gerar equidade na alocação orçamentária, incentivar através dos critérios os locais que maiores esforços fazem para a reorientação do modelo de atenção, e reduzir a discricionariedade no financiamento das ações educativas. A próxima fala reforça esse entendimento:

A Secretária exigia que a Portaria tivesse detalhamento, que tivesse critério de distribuição de dinheiro. [...] E talvez a gente pudesse ser o setor do Ministério que finalmente dissesse que critério técnico [que] não é tamanho da população. Critério técnico é uma avaliação das realidades, as realidades são divergentes, então vai considerar a divergência. O que também é tradicional no financiamento é mais dinheiro para onde tem mais população. E onde tem mais população precisa mais ou precisa menos? [...] O exemplo sempre da região norte, porque a ação na região norte é mais cara, pelo deslocamento, pelo afastamento. Então é um lugar que não tem nada e vai continuar não tendo nada. Então como é que a gente fazia uma coisa redistributiva que desse conta de interesses diversos. Aí a gente começou a trabalhar com uma tabela que dissesse aqui vale relação direta e aqui vale relação invertida. A gente achava que não era uma boa tabela, mas ela dizia de um desejo, de uma intenção. (entrevistado 4)

Ao longo da implementação da política, entretanto, os gestores estaduais e municipais verificaram que o financiamento das ações educativas não estava sendo coerente com a norma pactuada e publicada, e manifestaram-se publicamente solicitando a observação cuidadosa dos critérios da portaria.

Na oficina do CONASS, em 2005, que discutiu a política de educação permanente em saúde, entre as várias queixas destacam-se:

- projetos estavam sendo apresentados diretamente ao MS sem passar pelos PEPS;
- vários estados ainda não haviam recebido nenhum recurso (BA, PE, RJ, TO, MS; RS);
- demora na aprovação dos projetos; demora na contratação por parte da UNESCO e OPAS;
- falta de transparência dos recursos extra-teto. (CONASS, 2005)

A avaliação do PEPS feita pelo CONASS em 2006, aponta os seguintes problemas:

- mudanças das regras durante o processo;
- ausências de critérios pactuados para avaliar projetos, gerando discricionariedade por parte da equipe técnica responsável;
- a utilização excessiva de recursos denominados “extra-teto” para prioridades nacionais não explicitadas, não pactuadas e, muitas vezes, sequer informadas aos demais atores;
- recentralização da decisão: a equipe técnica do MS decide o que é ou não prioridade, que já foi pactuada antes em todas as instâncias estaduais como os pólos, a CIB, o CES etc. (CONASS, 2006)

As cobranças dos CONASEMS, embora baseadas em percepções semelhantes, são menos específicas:

- implementar uma política de educação permanente para todos os trabalhadores da saúde, que seja descentralizada e compartilhada financeiramente entre as três esferas de governo;
- buscar estratégias descentralizadas para facilitar a aprovação dos projetos em tramitação nos Pólos de Educação Permanente, bem como buscar mecanismos para agilizar a liberação do financiamento. (CONASEMS, 2006)

Na pesquisa realizada pelo CONASEMS, durante o Conselho Nacional de Representantes Estaduais dos Secretários Municipais de Saúde (CONARES), em setembro de 2007, cujo tema foi a gestão do trabalho e da educação na saúde, os principais problemas apontados, quanto ao financiamento da PNEPS, foram a centralização dos recursos financeiros, e a ausência de respostas do MS e de transparência quanto à tramitação e aprovação dos projetos. Identificados os problemas, as principais alternativas de ação

reivindicavam: melhorar a questão do financiamento para dar maior agilidade nos processos de aprovação dos projetos; estabelecer um financiamento tripartite e descentralizado para política; mudar a execução da Educação Permanente para torná-la mais ágil e eficaz. (CONASEMS, 2007)

A tabela abaixo desagrega os dados de execução orçamentária da PNEPS por estado da federação, no período de 2004 a 2007, e permite identificar, claramente, dados que reforçam as percepções acima apresentadas, em especial: baixo financiamento da PNEPS, elevado financiamento de ações educativas cuja tramitação não seguia a regulamentação dada pela política (identificado pelos atores como “extra-teto”), não observância dos critérios de alocação orçamentária presentes na portaria ministerial e elevada discricionariedade na distribuição dos recursos.

TABELA 4 – PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA PNEPS, E FINANCIAMENTO DE OUTRAS AÇÕES

UF	Nº DE AÇÕES APRESENTADAS	TODOS OS PROJETOS APRESENTADOS	RECURSO ALOCADO 2004/2005	PROJETOS CONTRATADOS C/ RECUSOS DA PNEPS	SALDO	OUTRAS AÇÕES FINANCIADAS
AC	16	2.338.132,60	3.148.438,00	2.338.132,60	810.305,40	300.000,00
AL	48	4.293.515,71	3.533.343,00	4.146.360,37	-613.017,37	4.092.400,00
AM	12	899.507,06	3.309.508,00	578.207,06	2.731.300,94	1.053.758,88
AP	41	1.207.361,50	2.903.206,00	1.207.361,50	1.695.844,50	0,00
BA	82	7.257.883,13	7.108.946,00	7.257.883,13	-148.937,13	4.446.460,20
CE	45	12.093.365,95	6.276.391,00	9.663.125,95	-3.386.734,95	3.806.608,08
DF	7	1.254.800,00	2.906.532,00	984.250,00	1.922.282,00	10.350.084,00
ES	21	2.020.968,52	4.447.093,00	1.780.968,52	2.666.124,48	332.240,34
GO	50	6.539.665,46	4.587.737,00	1.770.294,00	2.817.443,00	2.392.016,18
MA	10	4.137.734,98	5.867.493,00	1.210.636,98	4.656.856,02	51.700,00
MG	223	15.975.006,37	11.983.833,00	4.841.369,24	7.142.463,76	23.076.228,44
MS	23	1.712.713,33	3.017.023,00	1.590.927,33	1.426.095,67	0,00
MT	36	4.435.108,87	3.749.865,00	2.915.624,33	834.240,67	171.314,50
PA	92	2.540.935,65	5.359.977,00	234.925,00	5.125.052,00	994.145,50
PB	16	5.651.608,21	4.621.748,00	3.610.049,51	1.011.698,49	147.840,00
PE	2	151.000,00	5.843.719,00	151.000,00	5.692.719,00	1.708.270,00
PI	21	6.670.037,34	3.639.701,00	6.387.997,34	-2.748.296,34	2.376.474,20
PR	43	8.209.417,64	7.047.029,00	7.597.909,09	-550.880,09	4.530.263,00
RJ	9	3.879.229,72	6.536.329,00	213.990,00	6.322.339,00	34.751.327,23
RN	13	1.407.664,30	4.064.838,00	1.301.904,30	2.762.933,70	10.000,00
RO	32	3.662.030,43	3.228.928,00	1.166.032,27	2.062.895,73	116.788,00
RR	4	805.129,88	3.879.732,00	129.999,88	3.749.732,12	2.182.280,00
RS	110	47.759.805,66	6.117.079,00	1.368.659,17	4.748.419,83	3.302.274,53
SC	30	7.524.311,56	5.909.486,00	3.276.899,87	2.632.586,13	440.000,00
SE	27	4.066.284,30	3.552.696,00	2.233.284,30	1.319.411,70	1.276.800,00
SP	134	26.177.649,83	14.560.731,00	9.635.141,93	4.925.589,07	2.883.641,10
TO	9	1.470.927,62	2.804.539,00	551.436,35	2.253.102,65	0,00
BRASIL	1156	184.141.795,62	140.005.940,00	78.144.370,02	61.861.569,98	104.792.914,18

FONTE: CGPLAN/SGTES/MS – Relatório Gerencial Financeiro dos PEPS – Abril/2007;

NOTA: Valores em R\$.

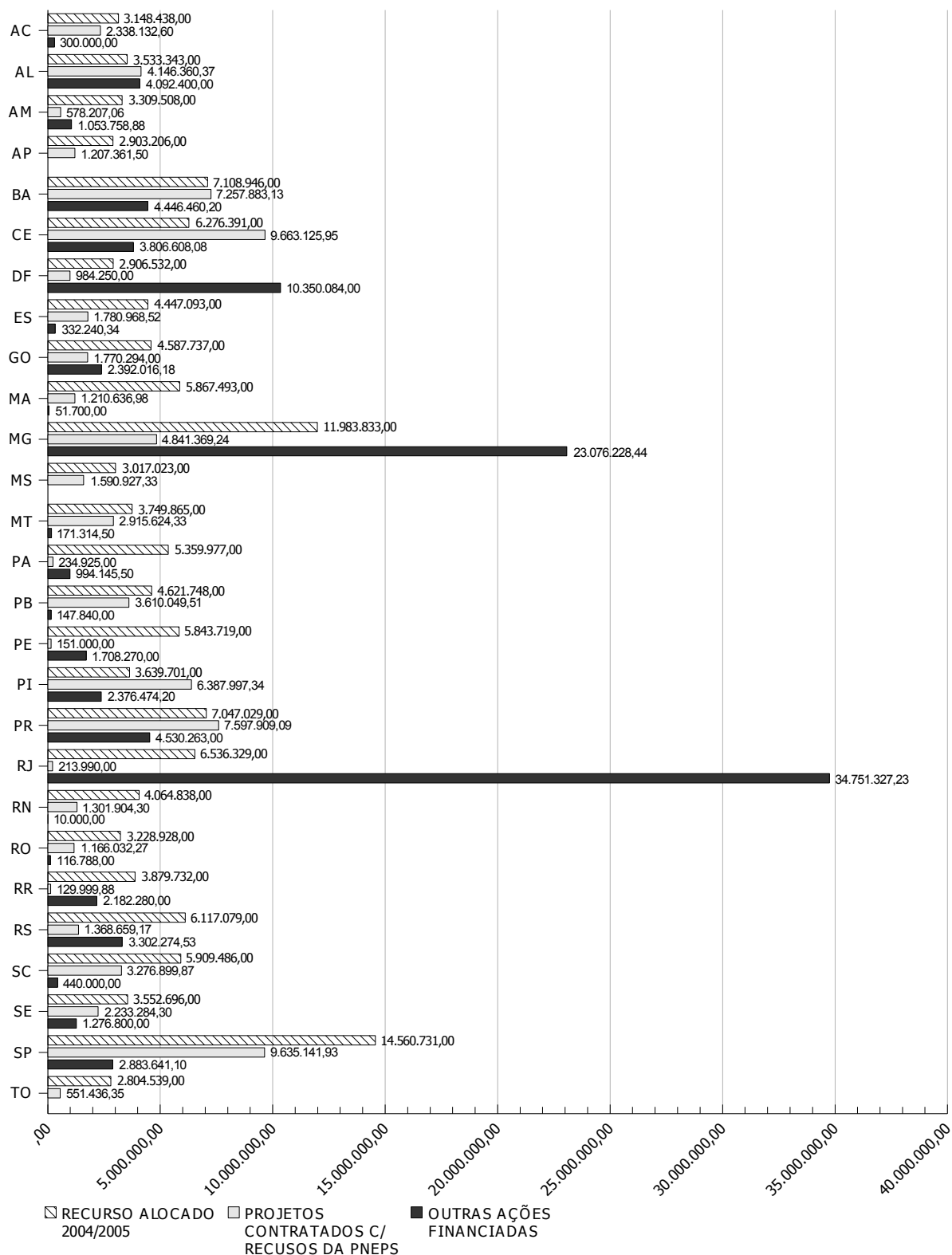
De acordo com a tabela, há uma demanda de R\$ 184.141.795,62 que poderia ser plenamente atendida se considerarmos o volume total financiado, no valor de R\$ 182.937.284,20 (composto pela soma do gasto com os projetos identificados com a PNEPS –

R\$ 78.144.370,02 – mais o financiamento das outras ações que não seguiram os trâmites por ela definidos – R\$ 104.792.914,18). Portanto, o alto financiamento de ações fora do marco regulatório da PNEPS não pode ser explicado como uma alternativa à baixa capacidade das demais esferas de gestão produzirem projetos de intervenção no campo da educação na saúde. Também não pode ser atribuído a dificuldades administrativa do Ministério da Saúde em contratar as ações oriundas dos pólos, visto o volume de recursos financeiros aplicados em outras ações.

Ainda, considerando os dados apresentados, identificamos uma incoerência elevada entre o volume de financiamento das “outras ações”, quando comparadas aos dados de execução orçamentária, que alcança, no mesmo período, o montante de R\$ 1.155.602.010,00. Concluimos, assim, que nem todas as ações financiadas pela SGTES/MS, vinculadas à execução do Programa 1311 no período de 2004 a 2007, estão ali registradas. Em que pese a existência de atividades estruturantes, como a gestão administrativa do programa, pesquisas encomendadas sobre a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, publicação de material e outros, a análise destes dados revela-nos a possível existência de outras políticas/programas em franca disputa com a PNEPS (e superando-a) no ordenamento e regulação da gestão da educação na saúde, uma vez que a execução das atividades, não computadas no relatório, superam de cinco a seis vezes os valores nele expresso.

O gráfico abaixo favorece uma percepção visual dos dados reunidos na tabela anterior. Nele fica mais fácil identificar que, em grande parte dos estados, mesmo se somados os recursos orçamentários executados através PNEPS e fora dela, o volume do financiamento não alcança o teto financeiro estipulado pela Portaria nº. 198/2004, ficando mais evidenciada a discricionariedade na destinação desses recursos.

GRÁFICO 3 – PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA PNEPS, E FINANCIAMENTO DE OUTRAS AÇÕES (VALORES EM R\$)



FONTE: CGPLAN/SGTES/MS – Relatório Gerencial Financeiro dos PEPS – Abril/2007.

Por fim, considerando a análise do processo de implementação e os dados financeiros sobre a PNEPS, concluímos que os desafios da sua execução financeira têm suas origens

associadas mais ao campo político que ao administrativo/burocrático, em que pesem a parcela destes últimos sobre os resultados. A manutenção dos compromissos assumidos, ou a repactuação deles, associada à efetiva assunção (pelas três esferas de gestão do SUS) dessa política como marco ordenador e regulamentador para o desenvolvimento da área de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde no SUS, parece indispensável diante do cenário identificado, antes de qualquer ajuste processual. Tal desafio, no entanto, implica em considerar, priorizar e desenvolver ações concretas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas em relação à gestão participativa e à aplicação dos conceitos de educação permanente em saúde, núcleos centrais da proposta. Do contrário, corre-se o risco da sua execução se arrastar de problema em problema, que já estão identificados há mais de três anos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomamos agora as duas hipóteses do trabalho e propomos uma discussão a partir da análise realizada e as referências teóricas desta área de estudo. Agora, após todo o desenvolvimento do trabalho, temos condições de validar as duas hipóteses de trabalho, apresentadas no segundo capítulo.

A primeira delas aponta como determinantes da capacidade dos gestores de inovar na formulação e sustentar a implementação da PNEPS, a dinâmica dos diferentes atores e suas relações nos espaços da gestão federal do SUS, a relação dos gestores e técnicos do Ministério da Saúde com espaços de gestão colegiada e participativa, a representação sobre o papel institucional e os processos de trabalho afetos à organização, bem como as coalizões de sustentação de um governo.

Ao longo de todo o trabalho essa correlação é demonstrada. O estudo, no entanto, avança ao reconhecer, na fala de alguns atores e suas produções sobre a PNEPS, a tendência recente, identificada por Surel (2006, p. 43), de oposição da ação pública (*policy*) à ação política (*politics*). Vamos analisar mais a fundo os pontos da discussão proposta pelo autor e as suas relações com o nosso trabalho.

Surel (2006, p. 43) constata uma expansão significativa, no meio político e nos recentes trabalhos em ciência política, da idéia de uma transformação contemporânea dos marcos da ação pública e do papel do Estado, associada a uma dissociação entre as *policies* (conceito que engloba o fenômeno burocrático e as políticas públicas) e as *politics* (conceito que designa o espaço da competição eleitoral e as dinâmicas clássicas da representação). No centro dessa análise são observadas crescentes e notórias transferências dos processos de decisão para organizações e setores não eleitos, tendo como consequência o distanciamento entre os lugares de decisão e de regulação, o espaço democrático da participação eleitoral e a mobilização política clássica.

Poderíamos dizer que o desenvolvimento da PNEPS, em relação à análise acima, é um produto claro dessa tensão. Identificamos no trabalho tanto concepções que defendem uma “tecnificação” e centralização das decisões sobre a política, baseadas na análise da baixa capacidade da mobilização política clássica produzir as decisões mais eficientes e eficazes sobre os seus diferentes aspectos, quanto uma tendência em ampliar a participação e descentralização da gestão política, baseada na compreensão da limitação que (mesmos) os espaços burocráticos e políticos formais têm de decidir com base num contexto de racionalidade compreensiva e no reconhecimento da legitimidade e capacidade inovadora dos

processos participativos, em especial aqueles mais próximos dos problemas cotidianos, concretos e reais.

Surel (2006, p. 46), no entanto, vai além da simples constatação e analisa os dois grandes conjuntos de argumentações utilizadas para sustentar o questionamento dos laços entre a ação política (*politics*) e ação pública (*policy*).

O primeiro deles estaria relacionado às limitações estruturais próprias das instituições e dos atores políticos. Nesse grupo de trabalho estariam aqueles trabalhos que sustentam um distanciamento entre o interesse dos atores políticos (voltados para a manutenção do poder, “para a reeleição”) e o interesse público (vinculado ao bem-estar da sociedade). Esta tese, embora criticada por seu simplismo e pela tendência em alimentar o senso comum de um complô das elites contra os cidadãos, conservaria a sua importância analítica exatamente pelo fato de permitir compreender as características atuais do comportamento das elites políticas e seus efeitos sobre as políticas públicas, identificando pelo menos três tipos de argumentos relacionados às opções, decisões e desenhos das políticas públicas: o discurso da competência, vinculado ao saber científico, à burocracia, à *expertise*; o discurso da legitimidade política, associado aos resultados eleitorais e suas conseqüências; e o discurso das comunidades de políticas públicas, orientado pelos necessários compromissos sociais em torno de toda decisão política. (SUREL, 2006, p. 46-52)

O segundo grupo de argumentações, que embasa a defesa de um distanciamento entre *politics* e *policies*, estaria associado aos fatores contemporâneos da transformação do espaço público. Este grupo de trabalhos, segundo Surel (2006, p. 52-57), insiste sobre os efeitos da globalização ou das dinâmicas de integração, que restringem a margem de manobra das elites nacionais eleitas na definição das principais orientações de política pública. A globalização, assim, determinaria uma transformação da lógica estrutural que possibilitou o surgimento do Estado-nação, ainda no século XIX, e teria produzido uma estabilização institucional e política desse Estado e da democracia representativa. Paralelamente e, em conseqüência desse pensamento, certos problemas novos questionariam o campo de competências tradicionais dos atores políticos, assim como sua legitimidade, baseada nos mecanismos representativos clássicos. Surge daí a idéia, cada vez mais comum, de despolitizar a decisão pública e a elaboração de políticas públicas, a fim de confiar a função de regulação a atores não eleitos, mas capazes de captar os desafios e as sutilezas das dinâmicas próprias de um setor definido, cada vez mais, pela dinâmica de especialização dos papéis sociais.

Voltando ao estudo de caso da PNEPS, podemos ver claramente como essas argumentações estão presentes nos trabalhos avaliativos e nas percepções dos diferentes atores sobre o espaço desta política, quase sempre determinando suas preferências e orientando as alternativas para a superação dos problemas encontrados. Percebemos tais tendências, por exemplo, no questionamentos constantes e recíprocos da legitimidade das decisões e dos projetos dos PEPS (seja pelo discurso da competência, seja pelo da legitimidade política), ou no questionamento que esses espaços, outras instâncias participativas ou as comunidades políticas, fazem ao Ministério da Saúde em relação às estratégias encampadas por ele (de mobilização ou desmobilização em torno da proposta), exigindo o reconhecimento dos compromissos sociais assumidos.

Reconhecemos, entretanto, a partir da nossa análise que esse último discurso (que exige a atenção às decisões políticas pelas conseqüências e compromissos que delas decorrem) foi sendo construído e qualificado ao longo da implementação da PNEPS, num primeiro momento, auxiliando a intervenção do Ministério da Saúde nas orientações sobre a dinâmica dos pólos e na “produção” dos atores (como dito nos discursos de alguns entrevistados) e, num momento posterior, possibilitando aos atores, mobilizados e implicados nos pólos, exigir do próprio Ministério a manutenção da PNEPS e o ajuste de determinadas decisões e condutas a ela relacionadas.

Voltando ao trabalho de Surel (2006, p. 68, 69), ele levanta algumas referências teóricas e estudos científicos, alguns deles utilizados também pela nossa pesquisa (como o conceito de “janela de oportunidade política”, desenvolvido por Kingdon) para concluir aquilo que nós, também, acabamos de identificar, que é a percepção de que os vínculos entre a ação pública e a ação política continuam a existir, mas definidos por uma relação circular entre a política e ação pública e não por uma relação determinista e linear, em que um determina o outro, ou vice-versa. Ademais, o autor, ainda, advoga que permanece relevante a preocupação em identificar essas relações a fim de melhor compreender as lógicas concretas de funcionamento, tanto do espaço político clássico, como o espaço de definição das políticas públicas.

Recuperando agora a nossa segunda hipótese de trabalho, concluímos que há determinadas características dos espaços democráticos que precisam ser consideradas e valorizadas para favorecer o enfrentamento de problemas complexos, um deles diz respeito à forma de compreender o conflito, inerente e legítimo destes espaços, em seu potencial problematizador da realidade e questionador, disruptor, de instituídos.

Como mostramos ao longo de todo o trabalho, grande parte dos esforços envolvidos na implementação da PNEPS está relacionado com a produção, consolidação e legitimação dos espaços dos PEPS e dos atores sociais participantes (seja para qualificá-lo ou defendê-lo, seja para desorganizá-lo ou limitá-lo). Tais esforços por si só, se não conseguem sustentar a idéia de que espaços participativos contribuem para o enfrentamento de questões públicas complexas, pelo menos reconhecem a relevância e poder da participação tanto para a ação política, quanto para a ação pública, que longe de serem entidades distintas, são no fundo dimensões de um mesmo espaço público multifacetado e conjuntural, no qual as variáveis políticas e os atores sociais são determinantes do processo de elaboração e implementação de certas políticas públicas, incluindo aí a PNEPS.

Sobre o valor das instâncias e decisões democráticas e os desafios vivenciados pela PNEPS no sentido de efetivamente se constituir em novo marco regulatório para a área de educação na saúde, O'Donnell fornece-nos indicativos e explicações interessantes para perceber a inter-relação e influências que têm o contexto e as características gerais do espaço político, em determinado Estado, sobre o espaço de uma política pública específica, e a contribuição desse para a transformação daquele.

O'Donnell (1991, p. 26-30) cria a categoria de democracias delegativas (referindo-se à dimensão de *polity*) agregando a ela as democracias não consolidadas e não institucionalizadas, que apesar disso são persistentes e caracterizadas pela baixa densidade de suas instituições, cujas influências de uma elite classista sobre as decisões políticas é pesada. Essas influências, por sua vez, são exercidas de forma direta, pautada pela ação particular dos indivíduos, e não de forma agregada, intermediada por associações e partidos políticos. Nesta categoria, ele inclui o Brasil e destaca o clientelismo, o patrimonialismo e a corrupção como artifícios que várias instituições consolidadas e indivíduos, frente à fragilidade e precariedade das novas instituições democráticas, lançam mão para sustentar o poder oligárquico e influenciar os processos político-administrativos. Tal reconhecimento é mesmo bastante relevante para compreender a PNEPS, pois segundo o autor, uma política pública específica, em uma democracia delegativa, encontraria enormes obstáculos à sua produção e implementação efetiva e se chegar a ser implementada, estaria limitada dentro das instituições e procedimentos formalmente previstos na Constituição, observando apenas de forma restrita os princípios de política aspirados teoricamente e os respectivos arranjos institucionais e procedimentais.

Concluimos, por fim, que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde enfrenta grandes desafios à sua consolidação como marco regulatório para a formação e

desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, até mesmo como política institucional do SUS, embora um movimento ascendente (no âmbito das diferentes esferas governo) tem defendido a sua manutenção e aperfeiçoamento. Sua implementação enfrenta problemas técnicos e administrativos, mas sobretudo sofre influência das disputas com outras idéias que concorrem no espaço político do subsistema da política de saúde, no Brasil, do contexto institucional e social e da lógica capitalista de desenvolvimento do setor saúde.

Esta breve discussão acerca das nossas hipóteses e conclusões aponta para a possibilidade de utilização do mesmo referencial para produção de novos estudos sobre esta mesma política em diferentes espaços territoriais e em diferentes níveis de gestão, bem como para estudos de outras políticas públicas, que possam favorecer o desenvolvimento desta área do conhecimento e ao mesmo tempo contribuir para o acesso e a compreensão das transformações da sociedade e do Estado.

Parece-nos oportuno, portanto, resgatar algumas idéias do capítulo 3 e sugerir as estratégias apontadas por Sabatier (2007, p. 206-207) para fomentar e implementar efetivamente as instâncias colegiadas de gestão participativa e os princípios da Educação Permanente em Saúde presentes na PNEPS, como vimos, nem sempre observados durante a sua execução:

- a) a retomada da produção técnica, científica e política problematizando a situação hegemônica dos processos educativos em saúde e sua baixa efetividade para a mudança do perfil profissional e das práticas de saúde, porque quando o *status quo* é percebido como inaceitável por todas as coalizões há maior predisposição a negociações bem sucedidas;
- b) a convite à participação e (re)inclusão de atores excluídos das pactuações e da gestão da política em todas as esferas de governo, o que evita anular os consensos conseguidos pelos apelos constantes dos atores excluídos;
- c) a intervenção como mediador e ou a pactuação e produção de um grupo de mediadores, cujo papel é rerepresentar constantemente aos participantes as balizas de atuação (o “regulamento” determinado por uma política, por exemplo), isso requer um esforço grande na educação permanente deste grupo (seja interno ou externo);
- d) a proposição do consenso e o investimento em estudos sobre essa forma de deliberação, pois ele reduz a possibilidade de bloqueios na implementação, uma vez que pressupõe a adesão comum;

- e) a proposição e manutenção de encontros regulares e freqüentes para os espaços de gestão da PNEPS, em todas as esferas de governo, dada a complexidade da negociação e do tempo que toma a eleição de prioridades para ação;
- f) o incentivo à produção e discussão de alternativas de enfrentamento de problemas concretos, uma vez que questões abstratas são geralmente identificadas com princípios éticos, reduzindo-se a chance de negociação pela baixa perspectiva de mudança da posição dos demais participantes;
- g) o zelo, cumprimento e manutenção dos compromissos assumidos, condição fundamental para gerar a confiança entre os atores participantes;
- h) desestímulo e não utilização de formas alternativas de solução das questões referidas à gestão da política (os projetos e recursos “extra-teto”), elevando-se com isso os custos da desconsideração dos espaços constituídos e, conseqüentemente, favorecendo-se a política e a produção de novos acordos.

Por fim, constatamos a validade das referências utilizadas, presentes na literatura internacional sobre análise de políticas públicas, para o caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, no âmbito da gestão federal do SUS, destacando a inter-relação entre a dinâmica dos atores políticos e sociais e a sua implementação.

REFERÊNCIAS

ABNT. **NBR 10520:2002** - Informação e documentação – Citações em documentos – Apresentação. Rio de Janeiro, ago. 2002.

ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: Heloisa Marcolino. (Org.). **Projeto MultiplicaSUS: (Re)Descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, v. 1, p. 23-40. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0374_M.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2008.

ALVES, Ana Maria P. S. A. C. **Um estudo da implementação da política de saúde que implantou os pólos de educação permanente**. Brasília: CGPLAN/SGTES, out. 2006. Relatório Técnico.

ALVES, Ana Maria P. S. A. C. **Documento contendo os resultados aferidos na parceria entre o Ministério da Saúde e a UNESCO com foco nos Pólos de Educação Permanente – na ótica do financiamento – para subsidiar a avaliação do Acordo de Cooperação Técnica**. Brasília: CGPLAN/SGTES, out. 2007. Relatório Técnico.

AZEVEDO, Sérgio; ABRANCHES, Mônica. Conselhos Setoriais: o caso de região metropolitana de Belo Horizonte. **Cadernos Metrópole**, [s.l.], n. 7, p. 41-71, 2002.

BOSCHETTI, Ivanete. **Questões correntes no debate sobre metodologias de avaliação de políticas públicas**. Texto didático preparado para o Curso de Especialização à Distância Política Social e Desenvolvimento Urbano. Brasília, UnB-Departamento de Serviço Social, 2006.

BOSCHI, Renato Raul. Descentralização, clientelismo e capital social na governança urbana: comparando Belo Horizonte e Salvador. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0011-52581999000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 jan. 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto Constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº. 1/92 a 56/07 e Emendas Constitucionais de Revisão nº. 1 a 6/94 (compilado). Brasília: Congresso Nacional, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm>. Acesso em: 08 jan. 2008.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 72 p. Série B: Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/odesenvolvimentodosistemaunicodesaude.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **EducarSUS**: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 44p. [Relatório de Gestão 2003]

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 32, seção I, 16 fev. 2004b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1829, GM/MS, de 03 de setembro de 2004. Define novos recursos financeiros do Ministério da Saúde para os projetos apresentados pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, 03 set. 2004c. Seção I. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1829.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2008.

_____. Lei n. 10.933, 11 de agosto de 2004. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2004/2007. Texto compilado com as alterações dadas pelas leis n. 11.318/2006 e n. 11.450/2007. **Diário Oficial da União**, 12 ago. 2004d. Seção I. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.933compilado.htm>. Acesso em: 12 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Relatório de Gestão 2004**. Brasília, fev. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS**: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde no período de fevereiro de 2004 a junho de 2005. [Relatório de Gestão jan. 2004 – jul. 2005]. Brasília, jun. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. [Realizada entre 27 e 30 de março de 2006]. Edição especial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (CGPLAN). **Relatório Gerencial Financeiro dos Pólos de Educação Permanente**. Brasília, abr. 2007b. Relatório Técnico.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2007.

CONASEMS. **Teses e Plano de Ação 2005-2007**. Brasília, nov. 2006. [Versão Reduzida 2006-2007]. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/teses_conasems_menor.pdf>. Acesso em: 08/01/2008.

CONASEMS. **Pesquisa com os Gestores Municipais sobre a Política de Educação Permanente em Saúde**. Pesquisa realizada durante o Conselho Nacional de Representantes Estaduais das Secretarias Municipais, reunidos em Brasília-DF, em 25 e 26 de setembro de 2007, para tratar da gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília, 2007.

CONASS. **Relatório final da oficina do CONASS com os representantes das secretarias estaduais de saúde nos fóruns e pólos de educação permanente em saúde**. Nota técnica 038/2004. Brasília, 07 out. 2004. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2038-04.pdf>>. Acesso em: 08/01/2008.

_____. **Relatório final da oficina do CONASS com os representantes das secretarias estaduais de saúde nos fóruns e pólos de educação permanente em saúde**. Nota técnica 010/2005. Brasília, 17 e 18 maio 2005. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2010-05.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2008.

_____. **Avaliação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Nota técnica 028/2006. Brasília, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2028-06.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2008.

CÔRTEZ, Soraya M. V. Fóruns participativos e governança: uma sistematização das contribuições da literatura. In: LUBAMBO, Catia et. al (orgs.). **Desenho Institucional e Participação Política**: experiências no Brasil contemporâneo. Petrópolis: Vozes, 2005. 301p.

DAGNINO, Renato et al. **Gestão estratégica da inovação**: metodologias para análise e implementação. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2002. 350p.

DEMO, Pedro. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1987. 255 p.

EVANS, Peter. Além da “monocultura institucional”: instituições, capacidades e o desenvolvimento deliberativo. **Sociologias**, [s.l.], n. 9, p. 20-63, jan. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n9/n9a03.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2007.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de Faria. A política da avaliação de Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v20n59/a07v2059.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2007.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. **Federalismo Fiscal e Descentralização no Brasil**: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. Rio de Janeiro 2002. 200p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva - Área de Concentração em Política, Planejamento e Administração) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FEUERWERKER, Laura M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2006.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de Políticas Públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/ppp/pdf/ppp21.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2007.

- GOHN, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e participação política**. São Paulo: Cortez, 2001.
- JAEGER, Maria Luiza. Mesa redonda sobre a Educação na Saúde. In: **3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, 2006, Brasília. Exposição oral.
- JONES, Bryan D. *Politics and the Architecture of Choice: bounded rationality and governance*. Chicago: The University of Chicago Press, 2001. 232p.
- KINGDON, John W. *Agendas, alternatives, and Public Policies*. 2. ed. New York: Longman, 2003. 253p.
- MENDES, Eugênio Vilaça. A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1984.
- MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface** – comunicação, saúde, educação. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174. 2005.
- MINAYO, Maria Cecília S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.
- MOTTA, José Inácio Jardim. **Educação permanente em saúde: da política do consenso à construção do dissenso**. Rio de Janeiro, 1998. 225 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MULLER, Pierre; SUREL, Yves. **A Análise das Políticas Públicas**. Tradução de Agemir Bavaresco e Alceu R. Ferraro. 2. ed. Pelotas: Educat, 2004. 156p. Coleção Desenvolvimento Social, 3.
- NOGUEIRA, Marco Aurélio. A dimensão política da descentralização participativa. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 8-19, jul./set. 1997.
- O'DONNELL, Guillermo e OSZLAK, Oscar. Estado y Políticas Estatales en America Latina: Hacia una estrategia de investigación. Buenos Aires: **CEDES/G.E. CLACSO**, n. 4, mar. 1976. Mimeo [republicado na Revista Venezuelana de Desenvolvimento Administrativo, Caracas, n. 1, jan. 1982 (*Revista Venezolana de Desarrollo Administrativo*)].
- O'DONNELL, Guillermo. Democracia Delegativa? **Novos Estudos**, CEBRAP: São Paulo, n. 31, p. 25-40, 1991.
- OFFE, Claus. **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. 386p
- POL COSTA, Patrícia. **Dos Projetos à Política Pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde**. Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).
- POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2007.
- POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o poder e o socialismo**. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 272p.
- SABATIER, Paul A (ed.). *Theories of The Policy Process*. 2. ed. Boulder: Westview, 2007. 344p.

SANTOS, Boaventura de Souza; AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Souza Santos (org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82.

SILVA, Pedro Luiz Barros. **Reforma do Estado e Política Social no Brasil: êxitos, problemas e desafios da coordenação intergovernamental**. Caderno de Pesquisa, n. 31. NEPP/Unicamp: Campinas, 1998. Disponível em: <<http://www.nepp.unicamp.br/Cadernos/Caderno31.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2008.

SUREL, Yves. *Relaciones entre la Política e las Políticas Públicas*. In: FRANCO, Rolando; LANZARO, Jorge (Coord.). **Política y Políticas Públicas en los Procesos de Reforma de América Latina**. México: Naciones Unidas, FLACSO, Miño y Dávila, 2006. 448p.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

USP. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. **Relatório Final da Pesquisa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde**. Coordenação de Ana Luiza D'Ávila Viana. São Paulo: FM/USP, ago. 2007.

ANEXO A – ENTREVISTAS REALIZADAS

Ana Estela Haddad. Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde. **Entrevista concedida ao autor.** Brasília, 06 set. 2007.

Francisco Eduardo Campos. Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde. **Entrevista concedida ao autor.** Brasília, 04 set. 2007.

Laura Camargo Macruz Feuerwerker. Coordenadora-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, no período de janeiro de 2003 a julho de 2005. **Entrevista concedida ao autor.** Brasília, 29 ago. 2007.

Ricardo Burg Ceccim. Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, no período de janeiro de 2003 a julho de 2005. **Entrevista concedida ao autor.** Porto Alegre, 28 set. 2007.

ANEXO B – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS GESTORES FEDERAIS DA SGTES NO PERÍODO DE 2003 A 2006

QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

Pesquisador/Entrevistador: Fábio Pereira Bravin

Entrevistado: _____

Data: ____/____/____

Pergunta 1.

DADOS DO CONTEXTO. Antes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a quase totalidade do financiamento das ações de educação na saúde estava disposta em políticas e programas específicos, como saúde da família, saúde da criança e adolescente, GERUS, PROFAE, entre outros. Da mesma forma, o financiamento da maioria dos projetos locais/regionais de ações educativas em saúde eram financiados pelo Ministério da Saúde por meio de convênios com o Fundo Nacional de Saúde e instrumentos de cooperação técnica com organismos internacionais, como OPAS e UNESCO, a partir de demandas específicas.

O que representa, considerando o histórico das demandas do setor e o momento de sua criação, a existência de uma estrutura organizacional (a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e um Departamento específico) para as questões vinculadas à Educação na Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde? Como você avalia o papel de uma Política para a Gestão da Educação na Saúde no âmbito da gestão federal do SUS?

Pergunta 2.

DADOS DO CONTEXTO. Considerando que a primeira regulamentação é fruto de um trabalho coletivo e de uma pactuação nas instâncias de gestão colegiada do âmbito federal do Sistema Único de Saúde (especificamente a CIT e o CNS), várias negociações e consensos foram constituídos ao longo de todo o processo para a viabilização do texto final. Semelhante esforço foi realizado na alteração promovida nessa primeira regulamentação.

Como você avalia todo esse movimento, o modo de discussão, negociação, tomada de decisão e a participação dos diferentes atores? Esse tipo de esforço é importante para o desenvolvimento e consolidação do SUS? Por quê?

Considerando que o Estado tem um papel importante para a consolidação da democracia e a garantia de direitos de cidadania por meio do processo de regulação política e legitimação na sociedade (BOSCHETTI, 2006, p. 9-10), de que forma você avalia que esta política e seu processo de formulação e implementação relaciona-se com esse papel?

Pergunta 3.

Ainda considerando a questão da participação na formulação e implementação dessa política, como você analisa a atuação do Ministério da Saúde, no âmbito da Política de Gestão da Educação na Saúde?

Considerando que o impacto das políticas públicas estaria associado menos às metas prescritivas e aos resultados esperados e mais às interações que envolvem a sua

implementação e desenvolvimento (OFFE, 1984, p. 39-40), como você avalia o papel da gestão participativa, em especial o papel dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, na política de Educação Permanente em Saúde.

Pergunta 4.

DADOS DO CONTEXTO: A lei 8.142/90, ao versar sobre as Conferências de Saúde estabelece que seus objetivos sejam avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Em março de 2006 aconteceu a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Conferência Temática).

Quais expectativas existiam com a realização da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde? As deliberações das Conferências de Saúde, assim como das Conferências Temáticas, têm sido levadas em consideração no processo de formulação, avaliação e alteração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde?

Pergunta 5.

DADOS DO CONTEXTO. Grande parte da inovação e dos compromissos oriundos de espaços de gestão participativa esbarram nas limitações estruturais, sejam jurídica, administrativa e mesmo cultural (considerando a cultura organizacional dentro do próprio Ministério da Saúde), aqui recupero: a dificuldade de adequação das linhas de financiamento à proposta, o que fez com grande parte dos projetos acabassem sendo ditados pela possibilidade permitida pela linha de financiamento; as demandas das outras áreas que chegam ao DEGES/SGTES; a capacidade técnica instalada para dar conta da análise do quantitativo de projetos que chegaram a partir da política; a posição em relação à análise de mérito dos projetos, etc.

A partir dos conflitos existentes nos processos de gestão pública democrática (Conferências de Saúde, Espaços de Gestão Colegiada do SUS no âmbito federal e CNS), que avaliação você faz sobre o papel que o poder público no Brasil assume em relação a esse espaço e sobre a sua capacidade de trabalhar com os relatórios finais das Conferências de Saúde e das pactuações produzidas como diretrizes para a formulação de Políticas Públicas para o setor?

Pergunta 6.

DADOS DO CONTEXTO. A primeira regulamentação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde buscou ordenar as ações de educação na saúde, indicando diretrizes, estratégias, eixos e atividades para a elaboração de propostas de educação na saúde e, ao mesmo tempo, conferir um maior protagonismo local (estados e municípios) na formulação e execução desses projetos. A alteração da proposta inicial mantém essa definição.

Como você analisa a agregação de novos atores, em especial usuários, trabalhadores e docentes na formulação, implementação e condução dessa política em todas as esferas de gestão, mas em especial no âmbito local/regional?

Pergunta 7.

DADOS DO CONTEXTO. Considerando que uma análise corrente sobre a

implantação dessa política avalia que os gestores (da saúde e educação) estiveram, em sua maioria, ausentes dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Considerando ainda que, especialmente os gestores, mas também os demais atores julgaram, quando da sua formulação, que a democratização dos espaços de gestão dessa política a favoreceriam.

Você concorda com esse ponto levantado pela avaliação? Como você interpreta essa ausência dos gestores, indicada pelas avaliações? E as assimetrias no reconhecimento e na participação nesses espaços entre os diferentes estados?

Pergunta 8.

DADOS DO CONTEXTO. Em meados de 2005 (agosto) foi contratada uma Pesquisa de Avaliação e Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente, que foi realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). O estudo teve como objetivo levantar e apresentar um conjunto de informações que subsidiariam os ajustes a serem efetuados na condução desta política. Apenas os resultados preliminares deste estudo foram divulgados. Avalia-se, entretanto, que houve uma mudança na condução da implementação desta Política em âmbito nacional, com redução do financiamento das ações de educação pactuadas pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde e com a ausência do Ministério da Saúde em vários espaços que discutiam essa política, especialmente vários Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Você tem informação ou conhece a Pesquisa de Avaliação e Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente, que foi realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)? Conhece os resultados apresentados por essa pesquisa? Em caso positivo, como os avalia? Considerando o momento em que essa avaliação é realizada (troca de gestão setorial), é possível estabelecer alguma relação entre a realização da pesquisa e os interesses institucionais em relação a essa política?

Pergunta 9.

O conceito de Educação Permanente em Saúde é central na proposta tecno/política para a gestão da educação na saúde. Você pode explicá-lo? Porque ele é importante para orientar as práticas de educação na saúde no SUS? Existe relação entre Educação Permanente em Saúde e aprendizagem significativa, qual?

Pergunta 10.

DADOS DO CONTEXTO. Na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde fala-se da necessidade da educação ir além da mudança e aprendizagem individual, extrapolando a centralidade do indivíduo e o isolamento do ato profissional do cuidado em saúde, para produzir mudança institucional (não apenas no âmbito das organizações de saúde, mas do instituído – cultura, poder, hegemonia, fragmentação, etc), reconhecendo-se o contexto histórico, social e político.

Que orientações políticas-ideológicas você identifica no texto da Portaria ministerial que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde? Você arriscaria identificar a origem dessas orientações e resgatar o processo pactuação para que estivesse no texto final?

Você concorda que essa Política representa uma inovação em matéria da gestão da educação na saúde? Que pontos de inovação você identificaria? Por quê?

Pergunta 12.

DADOS DO CONTEXTO. Considerando que o desenho original sofreu uma modificação, que pontos alterados na forma da gestão dessa política (nas diferentes esferas de governo) você identifica? Como **você os avalia em relação ao desenho anterior?**

Pergunta 13.

Você pode identificar que elementos do contexto político, institucional e intersetorial podem emperrar a implementação dessa política? Por outro lado, como você analisaria a capacidade do trabalho de implementação dessa política produzir desenvolvimento institucional e avanço na consolidação do SUS?

Pergunta 14.

Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa ou esclarecer alguns pontos?

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROPOSTO E ENTREGUE AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DIRETA

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL - MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PESQUISA

Eu, Fábio Pereira Bravin, discente do programa de pós-graduação em política social, por meio deste instrumento, solicito o seu consentimento livre e esclarecido para participar da pesquisa que estou desenvolvendo sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Sua participação consiste em responder a um questionário semi-estruturado de entrevista, que compõe a metodologia do projeto de pesquisa.

A pesquisa está sendo realizada sob orientação da Profa. Dra. Rosa Helena Stein e trata-se de um estudo de caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, cujo objetivo geral é analisar os elementos dos contextos histórico, político, institucional e intersetorial relacionados a essa política e identificar aqueles que, associados à composição das forças sociais em torno desse objeto, repercutem sobre a capacidade dos gestores públicos em inovar e sustentar a inovação.

O autor compromete-se a esclarecer qualquer dúvida do entrevistado em relação à pesquisa seja antes, durante ou após a sua realização e esclarece que a qualquer momento do estudo você estará livre para se recusar a participar ou retirar o seu consentimento. Sua participação é livre e voluntária. Este termo tem duas vias, uma será entregue ao pesquisador, a outra fica com você. A assinatura e entrega deste instrumento ao pesquisador manifesta objetivamente o seu aceite e consentimento livre em participar da pesquisa.

Eu, _____,
declaro que fui informado de maneira detalhada e esclareci minhas dúvidas sobre a pesquisa acima referida. Além disso, estou ciente de que poderei solicitar a qualquer momento novos esclarecimentos ao pesquisador através dos contatos fornecidos, caso tenha outras perguntas sobre este estudo.

_____, ____ de _____ de 2007.

(Nome e Assinatura)

Pesquisador: Fábio Pereira Bravin
Telefones: (61) 3351-2787 e (61) 9211-9138
Endereço: QSA 17 Casa 25 Taguatinga Sul
CEP: 72015-170 Brasília – DF
E-mail: fpbravin@gmail.com