



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



Fernanda Picinin Moreira

**UMA ANÁLISE DOS PROCESSOS DE GOVERNAMENTALIDADE DA
POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS**

Juiz de Fora
2014



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



Orientadora:
Prof.^a. Dr.^a. Juliana Perucchi

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Juiz de Fora
2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Moreira, Fernanda Picinin.

Uma Análise dos Processos de Governamentalidade da Política de Educação Permanente em Saúde no Município de Juiz de Fora, Minas Gerais / Fernanda Picinin Moreira. -- 2014.

107 p.

Orientadora: Juliana Perucchi

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2014.

1. educação permanente em saúde. 2. políticas públicas. 3. processos de governamentalidade. I. Perucchi, Juliana, orient. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

UMA ANÁLISE DOS PROCESSOS DE GOVERNAMENTALIDADE DA POLÍTICA DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA, MINAS
GERAIS

Autora: Fernanda Picinin Moreira
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Juliana Perucchi

Comissão Examinadora

Avaliador 1: Prof^ª Dr^ª Luciana Kind (PUC Minas)

Avaliador 2: Prof^ª Dr^ª Maria Stella Tavares Filgueiras (UFJF)

Avaliador 3: Prof^ª Dr^ª Juliana Perucchi (UFJF)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que estiveram comigo neste longo e difícil percurso:

À Deus, por estar presente na minha vida, me guiando sempre.

À minha orientadora Juliana, que confiou em mim, desde o primeiro momento, e esteve ao meu lado, sendo compreensiva, dedicada e dura, nos momentos em que precisava ser, mas, sobretudo sendo mestre e orientadora.

À minha irmã Vanessa, minha mãe Meire e meu pai Vamilson pela paciência, apoio e compreensão.

Ao Fellipe pelo o amor, a paciência e o incentivo.

À minha amiga Luciana que dividiu comigo todas as angústias de um mestrado. Torceu, vibrou e fez de tudo para me ajudar.

Às minhas amigas Lara e Bianca que me ouviam nos momentos de angústia.

Aos amigos do Núcleo PPS que construíram o conhecimento junto comigo.

Agradeço pelas importantes contribuições dos Professores Telmo Ronzani e Luciana Kind, e pelo aceite de participação da Professora Stella Filgueiras na banca de defesa.

À CAPES, pela bolsa de mestrado que viabilizou esta pesquisa.

Ao Newton Lessa que sempre esteve disponível às discussões sobre Educação Permanente em Saúde.

E também, a todos que estiveram envolvidos no contexto de Educação Permanente em Saúde em Juiz de Fora e aceitaram fazer parte desta pesquisa.

Acho que só há um caminho para a ciência — ou para a filosofia: encontrar um problema, ver a sua beleza e apaixonarmo-nos por ele; casarmo-nos com ele até que a morte nos separe — a não ser que encontremos outro problema ainda mais fascinante...

Karl Popper

RESUMO

A presente pesquisa parte do contexto das políticas públicas de saúde no Brasil, tendo como foco a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que desde o seu surgimento compõe processos de governamentalidade que sugerem transformações no seu desenho, no lugar na agenda governamental e, principalmente, nas formas de execução. Considerando que a execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em âmbito municipal, sofre efeitos dos regimes de verdade que atravessam os processos de governamentalidade no âmbito da saúde pública, a presente pesquisa de mestrado teve por objetivo identificar quais estratégias de Educação Permanente em Saúde vem sendo desenvolvidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, problematizando os discursos e as práticas que a compõem, analisando os processos de governamentalidade, segundo a perspectiva teórica de Michel Foucault. O delineamento metodológico foi contemplado pela pesquisa documental, pela etnografia e pela análise do discurso de referencial foucauldiano. A fonte de produção de dados foi composta por uma amostra de conveniência por saturação temática e saturação por contexto formada por informantes que ocupam posições político-sociais importantes na arena da saúde pública municipal no contexto da Política de Educação Permanente em Saúde na cidade, bem como por trabalhos de observação etnográfica de imersão ao campo com uso de diário de campo. A pesquisa mostrou que as mudanças ocorridas ao longo do tempo na trajetória da Política de Educação Permanente em Saúde no município de Juiz de Fora, legitimadas por regimes de verdades, foram definidas por processos de governamentalidade, que regularam práticas e definiram posições de sujeito que mantiveram vivos estes processos.

Palavras-chave: educação permanente em saúde; políticas públicas; processos de governamentalidade.

ABSTRACT

The present research encompasses the context of public policies on health in Brazil, having as its focus the National Policy on Permanent Health Education, which since its inception involves processes of governability that suggest changes in its design, in place of the governmental agenda and, mainly, in its forms of execution. Considering that the execution of the National Policy on Permanent Health Education, at municipal level, is suffers the effects of the true regimens which cross the processes of governability in public health, the present master's degree dissertation had as its goal to identify which strategies of Permanent Health education have been developed in Juiz de Fora, Minas Gerais, discussing the discourses and practices that compose it, analyzing the processes of governability, according to the theoretical perspective of Michel Foucault. The methodological outline was contemplated by field work, by ethnography and by the discourse analysis of Foucault's references. The source of data was composed of a sample of convenience by thematic saturation and context saturation formed by informants that occupy important political-social positions in the field of municipal public health in the context of the Policy on Permanent Health Education in the city, besides ethnographic observation and field immersion with the use of a field diary. The research showed that the changes which occurred during the trajectory of the Policy on Permanent Health Education in the city of Juiz de Fora, legitimized by a regimen of truths, were defined by processes of governability, which regulated practices and defined positions of subject that kept those processes alive.

Keywords: permanent health education; public policies; processes of governability.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPP	Círculo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional
CGPRH	Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos
CGR	Colegiados de Gestão Regionais
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Processos de governamentalidade
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Degerts	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
Deges	Departamento de Gestão da Educação em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB/RH	Norma Operacional Básica voltada para Recursos Humanos
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PDP	Plano de Desenvolvimento Pessoal
Pet-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
Profaps	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos Humanos

SEGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SES/MG	Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais
SSSDA	Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental de Juiz de Fora
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura
PEP	Programa de Educação Permanente para médicos de família
GAP	Grupos de Aperfeiçoamento da Prática
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	15
1.1	Políticas voltadas para o pessoal da saúde: Percurso histórico e debates atuais	15
1.2	Os enfoques educativos relacionados à educação em saúde	21
1.3	A gestão da educação em saúde	23
2	PROCESSOS DE GOVERNAMENTALIDADE	28
2.1	Os regimes de governamentalidade e a gestão do estado neoliberal nas políticas públicas	28
3	MÉTODO	35
3.1	Delineando o campo da pesquisa: sobre as pessoas interlocutoras	35
3.2	Análise dos dados	39
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
	Análise das entrevistas	42
4.1	Programas atuais relacionadas à educação permanente em saúde em Juiz de Fora	45
<i>4.1.1</i>	<i>Programa de Educação Permanente para médicos de família (PEP)</i>	53
<i>4.1.2</i>	<i>Pró-Saúde e PET-Saúde</i>	63
<i>4.1.3</i>	<i>Canal Minas Saúde</i>	68
<i>4.1.4</i>	<i>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)</i>	72
4.2	Processos de governamentalidade relacionadas à gestão da Educação Permanente em Saúde: trajetória das discussões em Juiz de Fora	75
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	95

ANEXOS

Anexo 1..... 104

Anexo 2.....105

INTRODUÇÃO

O contexto das políticas públicas de saúde no Brasil é um campo sempre amplamente discutido, foco de investigações e problematizações. Minha inserção neste campo teve início no decorrer de minha formação, com os estágios dos cursos de Psicologia e de Serviço Social, aos quais me dediquei de maneira conjunta. A experiência, principalmente na atenção primária, em Unidades Básicas de Saúde (UBS), ora como estagiária de Serviço Social, ora como estagiária de Psicologia, mostrou-me a importância da relação entre profissionais de saúde e usuários e certamente a relevância dessa discussão na formação dos profissionais de saúde.

Durante minha trajetória, comecei a perceber que alguns profissionais, imersos na demanda imediata de atendimentos, acabavam executando seu trabalho de maneira a atender o maior número de pessoas possível. As consequências disso eram ações que se apresentavam cada vez mais imediatistas e fragmentadas, de forma a não contribuir para o alcance das necessidades mais amplas da população.

Diante dessas observações, dediquei-me, no trabalho de conclusão de curso em Serviço Social, a discutir a humanização como política de atuação de uma equipe de saúde na atenção primária com enfoque no Programa Saúde da Família (PSF). A pesquisa se deu a partir do acompanhamento de uma equipe de uma UBS em Juiz de Fora, em um determinado período de tempo, na tentativa de identificar os serviços prestados pelos profissionais na atenção primária à saúde (APS) com vistas à humanização do atendimento e compreender se o trabalho desenvolvido pelos profissionais era respaldado pela perspectiva da humanização, conhecendo qual o entendimento desses profissionais inseridos nas equipes de saúde das APS sobre humanização.

Já como profissional, deparei-me com a oportunidade de trabalhar como psicóloga em um projeto, vinculado à faculdade na qual me formei. O projeto, intitulado “Cuidar dos cuidadores”, tinha como objetivo discutir as dificuldades do cotidiano de trabalho de uma equipe de saúde da família em uma UBS em Juiz de Fora. A proposta era que pudessemos refletir com toda a equipe as especificidades do trabalho na atenção primária, a partir da troca de experiências e ressignificação dos conflitos, na tentativa de integração dessa equipe para a construção de um sentido pessoal no exercício da função.

Imersa neste contexto, vinculei-me ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora e, junto ao Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais em Psicologia Social, Políticas Públicas e Saúde (PPS), motivada e orientada pelas leituras e estudos lá realizados, aliados à prática concernente à minha formação, surgiu então a possibilidade de produzir conhecimento acerca da formação e das práticas dos profissionais de saúde. Na busca por maiores informações sobre o que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS) no tocante à relação entre profissionais de saúde e usuários, atendimento humanizado, educação em saúde, etc., cheguei à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A proposta desta, em linhas gerais, é o planejamento da formação e educação permanente de trabalhadores em saúde, necessários ao SUS.

Dessa forma, comecei a pensar na hipótese de que a execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em âmbito municipal, sofre efeitos dos regimes de verdade que atravessam os processos de governamentalidade no âmbito da saúde pública, que, por sua vez, designam o que é privilegiado ou negligenciado pela gestão municipal de saúde no que se refere à Educação Permanente em Saúde como política pública. Tais movimentos da gestão contribuem na fabricação de práticas profissionais que definirão a qualidade do atendimento e do cuidado à população.

A partir dessa hipótese, esta dissertação teve por objetivo identificar quais estratégias de Educação Permanente em Saúde vêm sendo desenvolvidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, problematizando os discursos e as práticas que a compõem, analisando os processos de governamentalidade, segundo a perspectiva teórica de Michel Foucault.

Para o desenvolvimento deste estudo, tornou-se relevante trazer o percurso histórico da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na tentativa de identificar pistas que pudessem nos levar ao objetivo proposto por esta pesquisa, investigando a trajetória das discussões e ações voltadas para a Educação Permanente em Saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Procurou-se pesquisar quais ações, referentes à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, têm sido privilegiadas pela gestão municipal de saúde descrevendo as enunciações das práticas discursivas da gestão municipal de saúde do município.

As práticas enunciativas para Foucault podem ser consideradas como “[...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram para uma época dada e para uma área social, econômica, geográfica ou linguística

dada, as condições de exercício da função enunciativa” (Castro, 2009, p. 337). Nesse sentido, tais práticas não podem ser confundidas com a forma que os indivíduos expressam suas ideias, desejos, imagens, ou constroem frases gramaticais.

Na condução da pesquisa, busquei apoio na literatura científica e demais reflexões teóricas tecidas em artigos e pesquisas com base no referencial foucauldiano, na saúde coletiva, bem como em autores da psicologia social – que discutem as obras foucauldianas – e da saúde coletiva. O presente trabalho teve a pretensão de explorar junto a esses referenciais o resgate dos marcos histórico e discussões acerca da Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil, com o objetivo de trazer à tona, a partir do referencial foucauldiano, como os processos de governamentalidade estão presentes nas ações propostas pelo Estado. Diante desse contexto, foi possível fazer uma análise dos jogos enunciativos que fizeram e fazem parte dos processos de governamentalidade presentes nas práticas dessa política no município de Juiz de Fora.

A noção foucauldiana de governamentalidade norteou esta pesquisa e esteve presente em toda a análise. Nesse sentido, foi preciso fazer um exercício a todo o tempo de problematização das formas de governamentalidade, desconstruindo práticas naturalizadas. Foucault (2008, p. 474), ao dizer sobre a forma de governamentalidade que passa a ser prescrita ao Estado, afirma que “Vai ser preciso manipular, vai ser preciso suscitar, vai ser preciso facilitar, vai ser preciso deixar fazer, vai ser preciso, em outras palavras, gerir e não mais regulamentar”. Dessa forma, no trabalho de análise dos processos de governamentalidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em Juiz de Fora, foi preciso problematizar o manipulado, o suscitado, o facilitado, o que foi deixado fazer, enfim, foi preciso problematizar o que foi gerido pelo Estado. Esse processo foi sendo construído a partir da análise dos relatos das pessoas interlocutoras desta pesquisa. Pessoas que, em algum momento, foram chamadas a ocupar posições político-sociais na arena da saúde pública municipal no contexto da Política de Educação Permanente em Saúde na cidade de Juiz de Fora.

A presente dissertação foi dividida em quatro capítulos. O primeiro resgata, de maneira breve, o percurso histórico e os debates atuais voltados para as políticas de pessoal da saúde, trazendo a discussão dos enfoques educativos presentes na educação em saúde nas discussões e a forma de organização da sua gestão ao longo do tempo. O segundo contextualiza no cenário socioeconômico brasileiro, o debate acerca dos regimes de governamentalidade proposto por Michael Foucault, problematizando a gestão do Estado

Neoliberal e as ações que emergem desta, tendo como foco as políticas públicas. No terceiro capítulo, é delineado o campo da pesquisa a partir da perspectiva foucauldiana. Já no quarto capítulo, são apresentados os resultados e discussões da pesquisa.

Em síntese, a proposição aqui apresentada contempla uma proposta de pesquisa que buscou contribuir para a análise crítica das políticas públicas e dos discursos que atravessam e compõem essas políticas na área da saúde pública municipal, construindo uma realidade social, viabilizando propostas de estratégias no campo da saúde pública, ampliando o controle social dessas políticas.

1 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

1.1 Políticas voltadas para o pessoal da saúde: Percurso histórico e debates atuais

As discussões voltadas para o pessoal que trabalha na área da saúde estiveram presentes desde as primeiras Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e de Recursos Humanos (CNRH), retratando as modificações ao longo do tempo das diferentes concepções, modelos de assistência e prestação de serviços. Muitos foram os assuntos abordados, como perfil profissional, distribuição dos trabalhadores no país, formação, desempenho, avaliação e gestão de pessoal para o setor (Batista, 2012).

Ao fazer uma leitura do percurso histórico das discussões das políticas voltadas para o pessoal da saúde, percebemos que, durante muito tempo, a organização do sistema de saúde e o financiamento dos serviços ocuparam lugar de destaque nas agendas governamentais, enquanto os recursos humanos eram considerados como mais um insumo, não sendo dada importância às especificidades dessa área. Nesse sentido, é importante estarmos atentos aos jogos de verdades¹ que marcam os diferentes momentos das políticas de saúde no Brasil e que irão, ao longo do tempo, contribuir para a definição de prioridades.

A década de 1960 foi um marco para as políticas voltadas para o pessoal da saúde. Foi um período marcado por uma crise no setor decorrente da carência de mão de obra qualificada e da falta de preparo do setor público para um recrutamento fácil e seletivo de recursos humanos que pudesse facilitar a preparação adequada dos trabalhadores selecionados. Além disso, já nesta época, estava presente a dificuldade em distribuição proporcional de profissionais nas diversas regiões do país² (Pierantoni et al., 2012).

É importante ressaltar que, nesse momento, foram marcantes a presença da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o incentivo aos governos latino-americanos à execução de políticas voltadas para o desenvolvimento social através da programação, no campo sanitário, de técnicas e procedimentos de planejamento para a formulação de políticas

¹ Jogos de verdade não se tratam da descoberta do que é verdade, mas das regras que possibilitam a construção da fala (do discurso) de um sujeito sobre o que é verdadeiro ou falso em relação a certo objeto (Foucault, 1993).

² Problemática ainda atual vivida pela dificuldade de fixação de algumas categorias profissionais nas cidades de pequeno porte, particularmente no norte, nordeste e centro-oeste do Brasil (Almeida, 2013).

sanitárias. Diante das questões apontadas, a 3ª Conferência Nacional de Saúde foi marcada pela necessidade de uma política planejada, voltada para o pessoal técnico. Começa a se pensar também em novas formas de relação entre as três esferas de governo: municipal, estadual e federal. Este momento é considerado o ponto de partida para as políticas de recursos humanos no Brasil (Sayd, Vieira Jr, Velandia, 1998; Pierantoni et al., 2012).

O período em que ocorreu a 3ª CNS (1963) foi um momento político de intensas discussões em torno de posições extremas de “esquerda” e “direita” no que dizia respeito ao crescimento econômico do país. Ponto de extrema relevância ao considerarmos que as decisões políticas relacionadas ao direcionamento da saúde sempre será marcado por forças de atores e instituições envolvidos no contexto de produção discursiva dessas políticas (Sayd et al., 1998; Batista, 2012).

Vale ressaltar que as discussões não estavam vinculadas a períodos campanhistas, e o poder de planejamento e o encontro de soluções estavam vinculados a instâncias locais. A nomenclatura ainda utilizada era “pessoal” da saúde, e não “recursos humanos”. Algumas escolas governamentais, como a Escola de Saúde Pública e faculdades de medicina, foram locais de treinamento para uma atuação mais inovadora de profissionais técnicos que assumiam o atendimento a população em cidades do interior. No entanto, a figura do médico era marcante, e ainda não se via a perspectiva de equipe de saúde (Sayd et al., 1998).

Entre a 4ª e a 7ª Conferência Nacional de Saúde, os problemas relativos à gestão do RH tiveram pouca ênfase. Os assuntos que receberam mais atenção foram os voltados para as questões relacionadas à qualificação, principalmente do ensino médico. Outra discussão referiu-se à preocupação em sugerir a formulação de uma política permanente de avaliação de recursos humanos, além do debate sobre a responsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e Cultura no que diz respeito à formação e ao aperfeiçoamento dos profissionais de saúde de nível médio. Também se frisou a importância do comprometimento das escolas e universidades na formulação de políticas de saúde. Nesse momento, é utilizado o termo “treinamento em serviço”, diante das necessidades de atualização do nível médio, e a educação continuada aparece também de forma mais explícita (Pierantoni et al., 2012; Ribeiro & Mota, 1996).

O contexto político, nessa época, foi marcado pelo poder da ditadura militar e pela extinção das discussões políticas nos processos decisórios. As ações tinham um cunho “racional” pautado no conhecimento “técnico”, que não abria espaço para debates. As

decisões, no âmbito da saúde, estavam marcadas pelos momentos do chamado “milagre brasileiro” e de uma crise mundial do capitalismo. No primeiro momento, notamos uma política de saúde ligada ao campanhismo e curativismo, fazendo com que a saúde se tornasse um bem de consumo de massa. Já no período da crise econômica, todos os setores da economia do país são atingidos, principalmente os programas das políticas sociais (saúde, educação, habitação). As teses da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde ganharam força. Segundo estas, a saúde do homem é um fator importante para o seu desenvolvimento. O homem é, ao mesmo tempo, recurso, instrumento e objeto de desenvolvimento social e econômico. Dessa forma, o crescimento econômico do país está relacionado também ao desenvolvimento do pessoal que trabalha nas atividades de saúde e a como esse pessoal é utilizado em benefício da população, principalmente a qualidade do atendimento oferecido e o treinamento para tal. Nota-se que, como os jogos de verdades vão mudando, as terminologias também mudam e passam a ser utilizados os termos “recursos humanos” e “desenvolvimento de recursos humanos” ao invés de “pessoal” e “treinamento de pessoal” (Sayd, Vieira Jr, Velandia, 1998).

Nesse período, também foi importante a Declaração de Alma-Ata (1978), que afirma a atenção primária a saúde como base de orientação dos sistemas de saúde. Dessa forma, as populações desassistidas passam a receber atendimento das equipes de atenção primária, estando presentes as falas vinculadas à promoção da saúde e prevenção de doenças. As equipes são organizadas de forma extremamente hierarquizadas em torno da hegemonia médica (Sayd et al., 1998).

Podemos perceber que, a partir do momento em que se tem uma visão mais ampliada do processo saúde-doença, começam a ser evidenciadas determinantes mais plurais, fazendo com que o campo da saúde ganhe uma extensão maior, abrindo a possibilidade de intervenção de um conjunto maior da sociedade e, conseqüentemente, ampliando as possibilidades de aplicação de estratégias biopolíticas de governo da população (Ferreira Neto & Kind, 2011).

Na década de 1980, o Brasil passou por um processo de intensa democratização e pela Reforma Sanitária. Como resultado desse movimento, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, contou com a participação ativa da sociedade civil, e, pela primeira vez, a saúde é discutida sob os auspícios do Estado em uma perspectiva política, e não medicalizada. A saúde foi considerada um direito do cidadão e dever do Estado. A premissa de que “saúde é um direito de todos e dever do Estado” trouxe resultados para a formulação da Constituição Federal de 1988, onde é previsto o olhar para os recursos humanos na saúde no art. 200, o

qual afirma que é de responsabilidade da gestão do SUS “o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde” (Brasil, 1988, p. 40). A formação dos trabalhadores foi indicada também na Lei nº 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), Artigo 6º, inciso III.

Ainda foi discutida, na 8ª CNS, de forma preliminar, a política nacional de recursos humanos em saúde, que dava ênfase à capacitação e à reciclagem permanentes, transformações necessárias para a nova fase de discussões das políticas de saúde. As intensas discussões deram lugar, também em 1986, à 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que abordou principalmente a valorização do profissional, preparação, organização dos trabalhadores de saúde e a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema. A partir das discussões, pode-se identificar também a necessidade de uma maior articulação entre os serviços e as instituições formadoras, visto que a formação dos recursos humanos da saúde não atendia às reais necessidades de saúde da população (Pierantoni et al., 2012). Alguns autores, a partir das discussões da 8ª CNS e da 1ª CNRH, apontam para uma dissociação entre as necessidades de recursos humanos para o SUS e a formação dos profissionais de saúde (Camelo, 2009).

O que chama a atenção neste momento é uma mudança nos eixos de discussão da temática “recursos humanos em saúde”. Antes marcada por temas tradicionais das conferências anteriores, como dados sobre a distribuição geográfica, sistema de ensino, e, agora, baseada em uma lógica de regime jurídico trabalhista específico para o mercado de trabalho em saúde (Sayd et al., 1998).

Em 1992, na 9ª Conferência Nacional de Saúde, ao contrário da anterior, pouco se avançou frente às questões referentes aos recursos humanos. De acordo com Pierantoni et al. (2012), nesse período, fica evidente a falta de definição clara de uma política de RH integrada ao modelo de saúde proposto, a precariedade das condições de trabalho, a falta de motivação da força de trabalho, a ausência de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), a falta de integração das três esferas do governo, entre outras situações. Essas questões continuaram a ser apontadas na 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em 1994.

Já na 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, ficou determinado que o Ministério da Saúde assumiria, junto com o Ministério da Educação, a responsabilidade legal na ordenação e formulação dos recursos humanos para a saúde e, dessa forma, junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, deveria promover programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das equipes e dos

profissionais. Foi determinada, também, a elaboração de uma Norma Operacional Básica (NOB) voltada para os recursos humanos (Pierantoni et al., 2012). Nesse sentido, observamos a necessidade de a gestão do SUS promover mudanças de modo a interferir na formação a fim de superar o modelo vigente, aproximando o ensino e os serviços, à realidade dos usuários.

É interessante ressaltar que, neste momento, o foco de intervenção para o desenvolvimento dos recursos humanos na saúde ainda estava voltada para capacitações mais pontuais, reciclagens e educação continuada, através de ações de atualização e treinamentos. O objetivo era capacitar os profissionais para que eles pudessem atender às novas demandas que surgiam com as mudanças na condução das políticas de saúde.

Durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, foi aprovada a 3ª versão da NOB-RH/SUS, com a proposta de uma adequação às demandas locais. É importante destacar também a introdução do conceito de equipe multiprofissional e de processos de avaliação de desempenho sob o controle popular. O tema recursos humanos perpassou todos os temas da Conferência, colocado como fundamental e indispensável no processo de organização e desenvolvimento do setor (Pierantoni et al., 2012).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) passa a ser sugerida para a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde a partir da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2003), na busca por estratégias de consolidação da formação dos trabalhadores, que vinha se desenvolvendo de maneira esporádica através de cursos de atualização e treinamentos, sujeitos a implementação de projetos com recursos específicos e pontuais. Em decorrência de vários problemas do SUS, principalmente na área de recursos humanos e na qualidade dos serviços, o trabalho em saúde compôs um dos dez eixos temáticos dessa Conferência, com a educação permanente em saúde como proposta estratégica central para formação dos trabalhadores (Sarreta, 2009).

Em 2003, a Educação Permanente em Saúde ganha uma face institucionalizada. Apresentada com o objetivo de reestruturar administrativamente o Ministério da Saúde, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), compreendendo dois departamentos: o de Gestão da Educação em Saúde (Deges) e o de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts). A partir de então, é assumido pelo Ministério da Saúde o papel de gestor federal do SUS no que se refere à gestão do trabalho e da educação em saúde. Nesse momento, a SGTES assume a responsabilidade pela proposição, incentivo,

acompanhamento e elaboração de políticas, nas três esferas de governo, em âmbito nacional (Teixeira, Oliveira & Arantes, 2012).

Teixeira, Oliveira & Arantes (2012) salientam as consequências da junção, em uma mesma área ministerial, das dimensões educação e trabalho, que vem de encontro à lógica anteriormente adotada de organização dos recursos humanos na saúde, responsabilidade da Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos (CGPRH), dificultando a articulação entre as duas dimensões. Outro ponto a destacar é o lançamento de uma agenda governamental própria para o campo, diante da nova estrutura dividida em duas subáreas: gestão do trabalho e educação em saúde.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) vem sendo implementada no Brasil desde 2004, a partir da Portaria n.º 198, que institui tal política como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, fomentando uma reflexão das concepções dos processos educativos voltados para os profissionais dos serviços de saúde. O conceito de educação permanente em saúde refere-se ao processo de ensino-aprendizagem capaz de efetuar relações de ensino, ações e serviços de saúde no cotidiano das organizações e do trabalho. Nota-se que neste momento os profissionais de saúde são chamados para participar e mais ainda se responsabilizarem pelos serviços de saúde. Nesse sentido, a política de EPS deve se processar como um eixo transformador, como estratégia mobilizadora de recursos e poderes e parte importante para o fortalecimento da estrutura do SUS, de tal modo que efetive o conceito ampliado de saúde (Brasil, 2004a).

Cabe ressaltar que, neste momento, existe uma substituição do termo “recursos humanos” para o termo “gestão do trabalho”, alteração marcada na 3ª Conferência Nacional de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. É interessante notar que a fala do responsável pelo Ministério da Saúde coloca os trabalhadores da saúde não mais como insumo, como discutido anteriormente, na década de 1960. Os trabalhadores são os próprios serviços de saúde (Dominguez, 2006, p. 10).

Em 2007, foi realizada a 13ª Conferência Nacional de Saúde, em que ainda são considerados como problemas críticos a precarização do trabalho e o baixo investimento na qualificação dos recursos humanos. Nas propostas aprovadas, é possível perceber um fortalecimento das instituições formadoras do SUS e um plano de cargos e salários específico para os trabalhadores da saúde pública (Pierantoni et al., 2012).

Ao longo da trajetória das Conferências Nacionais de Saúde, podemos observar como as políticas voltadas para o pessoal da saúde vêm sendo tratadas ao longo da construção do sistema de saúde nacional, trazendo um aumento da formulação de propostas voltadas para a educação continuada/permanente dos trabalhadores. No entanto, a visão que temos é a de que muitas dessas propostas permaneceram no campo das ideias, indicando como os jogos de forças vão se alterando, ditando verdades e determinando o direcionamento das discussões e das ações neste contexto.

1.2 Os enfoques educativos relacionados à educação em saúde

Nos últimos anos, os enfoques educativos foram se transformando, acompanhados de uma reflexão crítica das tendências clássicas e discussões em torno da sociologia nas organizações, a análise institucional e a importância de se pensar em educação de adultos no ambiente de trabalho. Tais reflexões culminaram no surgimento de novas correntes de pensamento (Davini, 2009).

No começo da década de 1970, teve início uma corrente de pensamento embasada na perspectiva de educação permanente, difundida principalmente pela Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (UNESCO). A partir desta, o adulto passa a ser reconhecido como sujeito de educação, o que tradicionalmente era voltado para a criança no contexto escolar. Deste modo, a possibilidade de aprendizagem passa a se ampliar também para ambientes comunitários e laborais. Nesse momento, passa-se a se falar mais sobre novas abordagens no campo da capacitação no trabalho, principalmente em empresas, entre elas o Desenvolvimento Organizacional, os Círculos de Qualidade e a Qualidade Total (Davini, 2009).

Na década de 1980, o conceito de educação permanente em saúde passa a ser estruturado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) diante das mudanças que o setor saúde iria enfrentar com as transformações do capitalismo e as conseqüentes agudização da miséria e o aumento da insatisfação social. Nesse contexto, acreditava-se que o investimento na área de recursos humanos seria uma importante ferramenta no enfrentamento da diminuição dos custos do Estado (Vieira, Durão, Carvalho & Barreto, 2008).

Os debates giravam em torno do desenvolvimento dos recursos humanos a partir dos paradigmas da “Educação Continuada” e “Educação Permanente”. As duas concepções

trazem uma dimensão temporal de continuidade ao processo de educação, porém com a utilização de metodologias diversas. A primeira, mais tradicionalmente utilizada no setor de saúde, representa uma continuidade do modelo acadêmico centralizado na atualização de conhecimentos. É, muitas vezes, organizada em forma de treinamento a fim de garantir uma atualização de conteúdos que possam ajudar o profissional a acompanhar as mudanças trazidas pelo desenvolvimento técnico científico. Tem como um de seus objetivos promover mudanças nas instituições a partir da atualização das informações e das políticas. Aí está o seu ponto crítico, pois, muitas das vezes, os conhecimentos técnicos científicos são apropriados pelos indivíduos sem que estes façam uma apreciação do próprio fazer associado à organização do trabalho (Davini, 2009; Ribeiro & Mota, 1996; Batista, 2012).

No entanto, temos que ter em mente que a educação continuada possui grande potencial de transformação se forem revistas as concepções predominantes sobre o trabalho, que frequentemente é reduzido às dimensões técnicas e objetivas das práticas profissionais, refletindo estilos de gestão que enxergam os usuários e o pessoal dos serviços como objetos. Quando a educação continuada prioriza o repasse de informações técnicas, ela reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho (Ribeiro & Mota, 1996).

Já a educação permanente marca uma mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos profissionais dos serviços de saúde. Ela enxerga o ensino e o aprendizado dentro do contexto das organizações, a fim de problematizar o próprio fazer, construindo, em conjunto, estratégias educativas a partir da prática. Traz como objetivo a transformação do processo de trabalho, a fim de alcançar uma melhora dos serviços. O centro de aprendizagem passa a ser o processo de trabalho, buscando lacunas entre o conhecimento e as práticas cotidianas. (Davini, 2009; Ribeiro & Mota, 1996).

A EPS precisa ser estruturada a partir de elementos concretos do cotidiano vivenciado, através da troca de experiências entre os trabalhadores de saúde envolvidos. O objetivo é estimular a construção de novos saberes e práticas, e não a reprodução de um conhecimento pronto e endurecido, depositado por um professor. A intenção é a promoção de um processo pedagógico no qual teoria e prática possam caminhar juntas, constantemente se renovando. Dessa forma, os projetos e ações de EPS devem deixar de lado o ponto de vista apenas da doença, tendo um foco maior para a promoção da saúde através da tradução das necessidades e diferenças locais e regionais (Davini, 2009 e Sarreta, 2009).

Em nossa visão, está claro que o campo da educação em saúde é marcado por embates e conflitos no que se refere à construção de conhecimento interdisciplinar essenciais para a configuração de conceitos e práticas de saúde. Contudo, “quando esses saberes são enlaçados na tessitura da política de educação em saúde, inclusive com o acréscimo do termo *permanente*, as concepções do campo parecem ser únicas e livres de diferenças, compondo um discurso aparentemente sem tensões” (Batista, 2012, p. 52, grifo no original).

Ceccim & Feuerwerker (2004), em suas discussões, colocam, nesse contexto, a importância da articulação permanente do quadrilátero do SUS – serviços, ensino, gestão e controle social – para a construção de compromissos com a transformação do modelo assistencial, no sentido de propiciar a educação visando à integralidade da ação de forma crítica e reflexiva. A participação dos diversos atores sociais é colocada pelos autores como inovadora, desconsiderando ideias de discussão entre os atores sociais já propostas na década de 1970. Podemos dizer, também, que a maneira como é formulada a proposta do quadrilátero apresenta alto grau de idealização. Há que se ter em mente que nem sempre haverá cooperação entre serviços, ensino, gestão e controle social, visto que cada lado do chamado quadrilátero opere de acordo com graus de acumulação de poder, papéis e lógicas de organização específicos e mutáveis ao longo do tempo (Kind & Coimbra, 2011).

1.3 A gestão da educação em saúde

Ao analisarmos o histórico das políticas de formação e desenvolvimento para a qualificação do trabalho em saúde, podemos dizer que, entre 2003 e 2010, ocorreram dois momentos que se diferem no que tange ao entendimento das políticas e as estratégias de implantação (Teixeira et al, 2012).

O momento entre 2003 e 2005 foi proposta e discutida, por diferentes atores e instâncias, a ‘Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde’, que marca uma ênfase na fundamentação das diretrizes da educação permanente. Nessa proposta, a educação não é vista mais como complementar às políticas de saúde, mas como ela própria uma política (Ceccim, 2005; Teixeira et al., 2012).

A partir das discussões e debates, em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Nesse momento, fica mais evidente a centralidade dada ao conceito de educação permanente em saúde pelo Governo Federal. Esse conceito,

orientado para a mudança das práticas de formação em saúde, passa a se apresentar como um dispositivo estratégico da política de educação para o SUS (Teixeira et al., 2012).

A criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde está pautada nos ideais da Reforma Sanitária Brasileira, na qual os conceitos de saúde abarcam os determinantes sociais, buscando alcançar um nível de qualidade e humanização no atendimento. Desse modo, a educação permanente em saúde visa à construção de conhecimentos de forma horizontal, intersetorial e interdisciplinar, priorizando a relação ensino-aprendizagem a partir da reflexão crítica do cotidiano dos serviços de saúde, problematizando a realidade concreta. Assim, pode-se dizer que esse modelo vai além de um formato de capacitação ou treinamento ao indicar a necessidade de reflexão entre os envolvidos nos processos de trabalho em saúde, e não apenas o repasse de informações técnicas (Sarreta, 2009).

A política teria como estratégia a criação dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, como instâncias locorregionais e interinstitucionais para a gestão da educação permanente (Brasil, 2003). A proposta dos Polos de EPS é a formação de uma gestão colegiada da Educação Permanente em Saúde com o objetivo de identificar as demandas de saúde da região, traduzindo-se na formação dos trabalhadores de saúde e construindo estratégias para a qualificação da atenção e da gestão. A principal função é articular e integrar o quadrilátero do SUS – gestão, serviços, ensino, controle social –, visando à identificação dos problemas, prioridades e alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, programando mudanças de acordo com as necessidades dos serviços, com o intuito de superar o poder hegemônico na saúde (Brasil, 2009).

Os referidos Polos são responsáveis também pela integração interinstitucional e intersetorial orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento, pelos princípios e diretrizes do SUS e pela articulação e gestão da inserção de docentes e estudantes nos contextos práticos dos serviços de saúde (Brasil, 2009). Nesse processo, a integração do quadrilátero do SUS implica um cotidiano de parcerias que possam alargar a troca de experiências, reconhecer as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde e incitar a participação dos atores sociais da saúde, ampliando a corresponsabilidade social (Brasil, 2009). O objetivo a ser alcançado pelos Polos é que, a partir destes, possam ser identificadas as necessidades e as possibilidades para o desenvolvimento de uma formação de trabalhadores de saúde, voltada para ampliar a capacidade resolutiva dos serviços. Da mesma forma, fomenta-se o desenvolvimento da educação popular com o aumento da gestão social sobre as

políticas públicas, reconhecendo as demandas reais da saúde, levando-as para o contexto da educação permanente (Sarreta, 2009).

Em 2004, destaca-se também o lançamento do projeto “AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde”. O projeto partiu de uma iniciativa entre os ministérios da Educação e da Saúde a fim de fortalecer a cooperação entre instituições de ensino e o sistema de saúde, com a proposta da revisão das bases curriculares dos cursos de graduação vinculados à área da saúde. Entre as estratégias adotadas, foi criado o curso de especialização de Formação de Ativadores de Processos de Mudança voltado para as profissões da saúde (Teixeira et al., 2012).

Ceccim (2005), ao discutir a relevância e a viabilidade de disseminação da capacidade pedagógica pelo SUS, afirma que, no primeiro ano de implantação da política e dos Polos de Educação Permanente, houve transformações no número de mobilização das organizações participantes que ofereciam ações de educação permanente, como também ações no âmbito da formação.

Porém, Vieira, Durão, Carvalho & Barreto (2008), a partir de uma pesquisa de análise da implantação da política através de projetos apresentados ao Ministério da Saúde e pareceres técnicos, apontaram para a fragilidade conceitual presente nesses projetos, nos quais a intenção era de uma proposta voltada para a educação permanente, mas assumiam características de ações pontuais e localizadas de educação continuada. Ressalta-se, também, que, mesmo com as novas diretrizes e as relocalizações da gestão da política em espaços democráticos, esta continuou centralizada no âmbito federal, visto que o Deges mantinha o posicionamento da aprovação final dos projetos (Guizardi & Cavalcanti, 2009).

A partir da mudança no Ministério da Saúde, em 2005, e das equipes de coordenação da SGETS e do Deges, houve alterações na condução da política. Os projetos adotados até então, entre 2003 e 2005, passaram a ser revisados estrategicamente. Optou-se por dar prioridade a projetos de incentivo de mudanças na formação, como o Promed, que teve influência no desenho do novo projeto Pró-Saúde (Teixeira et al., 2012).

Em 2006, com o Pacto pela Saúde, foi proposto um conjunto de reformas institucionais do SUS entre as três esferas de gestão (união, estados e municípios), visando à promoção de inovações nos processos e instrumentos de gestão. O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor, em função das necessidades de saúde da população, buscando a equidade social. Assim, são criados os Colegiados de Gestão Regionais (CGR), a

fim de operacionalizar a regionalização do SUS. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde é reafirmada como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.

Dessa forma, a Portaria nº 1996, em 2007, dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, trazendo como principais mudanças: a descentralização dos recursos financeiros; o Colegiado de Gestão Regional passa a ter o poder de decisão e aprovação dos projetos de EPS; a Elaboração do Plano de Ação Regional de EPS coerentes com o Plano Estadual e Municipais de Saúde; e a criação da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), que substituem os Polos de Educação Permanente em Saúde.

De acordo com Teixeira et al. (2012, p. 216), nota-se nesse período uma inflexão na condução federal, que passa a operar a política de formação e desenvolvimento para o SUS de uma nova forma, na qual é delegada aos estados e municípios a responsabilidade de implementação dessa política. Esse novo formato traz importantes desafios para a efetivação da Política de Educação Permanente. As autoras ainda destacam as assimetrias no que se refere à maturidade dos colegiados e “a permanência de disfunções, ainda não solucionadas, com baixa execução dos recursos destinados à educação permanente.”

Teixeira et al. (2012) afirmam que a nova regulamentação, representada pelo binômio ensino-serviço, pode indicar um afastamento da educação permanente, marco anterior, cujo foco era a aprendizagem e produção de conhecimento no espaço prático. A nova regulamentação acaba por manter o buraco entre o mundo do saber e o mundo do trabalho, não superada com as reformulações da política de educação permanente.

Nota-se ainda a existência de muitos projetos com formatos de capacitações ou cursos pontuais, o que denota as fragilidades conceituais e metodológicas suscitadas no momento inicial de formulação da Política de Educação Permanente. No entanto, as ações de institucionalização da Política de Educação Permanente apontam para mudanças nas ações voltadas para a formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde (Teixeira et al., 2012).

Nesse contexto, foi criado o Programa Nacional de Telessaúde no âmbito da educação permanente, voltado principalmente para o apoio e a assistência em saúde na Saúde da Família. O projeto objetiva a implantação de telecomunicação voltada para a educação permanente, dando prioridade a áreas marginais do Brasil, visando ao desenvolvimento à distância contínuo das equipes de saúde da família (Teixeira et al., 2012).

A Política de Educação em Saúde, além do eixo de educação permanente, ainda assume dois importantes eixos. O eixo de educação profissional, que visa ao fortalecimento da rede pública dedicada à área técnica em saúde, destacando-se o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). Também o eixo da educação superior, com prioridade no ensino-serviço, em que se destacam os programas: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), Residência Multiprofissional em Saúde e Universidade Aberta do SUS (UMA-SUS).

Teixeira et al. (2012), diante das transformações estruturais da Política de Educação na Saúde, apontam como desafios, a dificuldade ainda existente de se consolidarem os fundamentos da educação permanente, assim como a falta de protagonismo na condução da política pelos municípios no que diz respeito à utilização dos recursos em iniciativas com as diretrizes e as necessidades locais e regionais.

No capítulo a seguir, apresentamos os conceitos e postulados fundamentais que norteiam o desenvolvimento desta pesquisa no que tange aos processos e regimes de governamentalidade.

2 PROCESSOS DE GOVERNAMENTALIDADE

2.1 Os regimes de governamentalidade e a gestão do estado neoliberal nas políticas públicas

Esta seção tem como objetivo contextualizar, no cenário socioeconômico brasileiro, o debate acerca dos regimes de governamentalidade proposto por Michael Foucault, problematizando a gestão do Estado Neoliberal e as ações que emergem desta. Nossa discussão terá como foco as políticas públicas, considerando estas como investimento da ação do Estado na vida da população.

Quando falamos em políticas públicas, geralmente associamo-las a ações governamentais, de responsabilidade do Estado, que têm por objetivo manter a ordem e o bem comum. Segundo Batista e Mattos (2011), esse entendimento é proveniente da concepção que se tem sobre Estado, uma herança da trajetória de constituição do Estado Moderno. Com a mudança do Estado antigo, onde eram soberanas as ideias da Igreja, para o Estado Moderno, se configurou um cenário de transformações políticas, sociais, culturais e econômicas, sob o argumento da racionalidade e liberdade do homem para definir as regras que garantiriam a ordem social.

De toda esta mudança nasceu a ideia de que os governos deveriam atuar em territórios e sobre populações, e em especial sobre os fluxos de produção. A população passou a ser compreendida como um corpo social localizado em um território e ao governo definiu-se à atribuição de estabelecer o controle das populações e dos movimentos que se fazem entre territórios, com as entradas e saídas de pessoas e de produtos. Com isso, inventou-se outra maneira do Estado atuar sobre as pessoas e de se exercer o poder, tudo em nome de uma dada segurança. Governar um Estado passou a significar gerir bem uma população em seu território, e estabelecer mecanismos de controle social com determinado embasamento racional (Batista & Mattos, 2011, p. 54).

Ao discutir a formação do Estado Moderno, Foucault se embasa nas ideias de disciplina, biopolítica e nas transformações das relações de poder na sociedade. Na soberania clássica, as técnicas de poder eram centradas no exercício do direito do soberano de matar ou

deixar viver, tendo o poder uma instância de confisco (Foucault, 2005). Segundo o autor, “o poder era, antes de tudo, nesse tipo de sociedade, direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida; culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la” (Foucault, 2010, p. 148).

Com a emergência do Estado Moderno, a relação entre indivíduos e Estado passa a ter como elemento central a organização da vida. A partir de então, “é sobre a vida e ao longo de todo o seu desenrolar que o poder estabelece seus pontos de fixação; a morte é o limite, o momento que lhe escapa; ela se torna o ponto mais secreto da existência, o mais ‘privado’” (Foucault, 2010, p. 151). O autor ainda desenvolve com maior detalhamento essa intrínseca correlação entre poder e vida:

Concretamente, esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais; que não são antitéticas e constituem, ao contrário, dois polos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações. Um dos polos, o primeiro a ser formado, ao que parece, centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as *disciplinas: anátomo-política do corpo humano*. O segundo, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população*. As disciplinas do corpo e as regulações constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. (Foucault, 2010, p. 151,152, grifos no original)

Essas duas tecnologias, a disciplina e a biopolítica, sustentam e compõem o chamado biopoder, colocando em funcionamento essa nova dinâmica social, marcada pela necessidade de corpos que sustentassem, com o máximo de suas forças, a produção do capital. Indivíduos capazes de exercer seus potenciais, dependendo da regulamentação do espaço social que ocupam, em um contexto no qual prevalece um saber que diz como os indivíduos devem agir e até mesmo como pensar os diversos momentos de suas atividades sociais. Nesse sentido, a biopolítica, como técnica de poder, faz a gestão da vida para regulá-la através do manejo da população (Guareschi, Lara, Adegas, 2010). Foucault também se manifesta nesse sentido:

Não é exatamente com a sociedade que se lida nessa nova tecnologia de poder (ou, enfim, com o corpo social tal como definem os juristas); não é tampouco com o indivíduo-corpo. É um novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito, pelo menos necessariamente numerável. É a noção de ‘população’. A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder, acho que aparece nesse momento. (Foucault, 2005, p. 292)

Com a expansão dos mercados, a partir do século XVIII, os fisiocratas propuseram um maior uso das tecnologias biopolíticas, pois estas atingiriam a população com mecanismos cada vez menos coercitivos e disciplinares na busca pela promoção da autonomia da população, a fim de diminuir as intervenções do Estado no sistema econômico. A biopolítica auxiliaria a dominação da população pelo Estado, tentando responder a necessidade de expansão dos mercados, permitindo que os sujeitos se tornassem cada vez mais livres para atuarem no liberalismo econômico (Guareschi et al., 2010). No entanto, esse liberalismo não diz respeito a uma liberdade “sem limites”; pelo contrário, definiram-se “mecanismos de coerção e restrição de poder, com limites para as pessoas comuns e para os governantes, no interior dos Estados e na relação entre eles” (Batista & Mattos, 2011, p. 55).

Foucault (2008) denomina essa transformação como razão governamental moderna a partir de uma regulação interna da própria racionalidade governamental. Essa nova racionalidade permite a limitação das ações do Estado, e o Estado que não respeita essa limitação é considerado um Estado inadequado. Esse limite seguirá um traçado relativamente uniforme em função dos princípios colocados pelo próprio Estado, e esses princípios que irão limitar o Estado são internos às práticas governamentais, servindo como meios para se atingir os objetivos. Essa limitação, que se realiza em função da prática governamental, vai estabelecer uma demarcação entre o que o Estado deve fazer e o que convém que ele não faça, tendo como limite sua própria ação. Agora, o governo não é mais do soberano sobre os súditos, existe uma relação recíproca entre governantes e governados, sendo que essa regulação interna será dada através da transação (conflitos, acordos, discussões, concessões recíprocas) que irão decidir o que se deve ou não fazer.

A economia política possibilitou assegurar a autorregulação governamental, propondo o enriquecimento do Estado, também o crescimento simultâneo, correlativo e convenientemente ajustado da população e dos meios de subsistência. Ela se propõe a garantir a manutenção de um certo equilíbrio entre os Estados para que a concorrência possa se dar. A

partir da economia política, inaugura-se o regime de verdade que irá guiar as ações políticas, dizendo o que se deve dar prioridade ou não (Foucault, 2008).

Nesse contexto, de acordo com Guareschi, Lara e Adegas (2010), a forma de que o Estado irá se utilizar para intervir nos fenômenos da população, promovendo a autonomia liberal de seus membros enquanto consumidores e sujeitos livres para vender sua força de trabalho, na sociedade biopolítica, será a de políticas públicas. Nesse sentido, esta população passa a ser fracionada de acordo com suas características estatísticas e demográficas, passando a exigir campos específicos de políticas para a construção das intervenções. Estes campos de saberes, junto às práticas do Estado, vão se constituir em “formas de governmentação capazes de classificar segmentos populacionais, diagnosticar os níveis de normalidade ou de desvio dos sujeitos, propor formas não só de tratamento, como também de prevenção, educação ou regulação e até mesmo, como vemos nos dias de hoje, de promoção da vida” (Guareschi et al., 2010, p. 335). Em consonância com esse pensamento estão também os escritos de Foucault:

O papel do Estado e, por conseguinte, a forma de governmentabilidade que doravante vai lhe ser prescrita . . . deverá ser limitada. No interior do campo assim delimitado, vai aparecer todo um domínio de intervenções, de intervenções possíveis, de intervenções necessárias, mas que não terão necessariamente, que não terão de um modo geral e que muitas vezes não terão em absoluto a forma da intervenção regulamentar. Vai ser preciso manipular, vai ser preciso suscitar, vai ser preciso facilitar, vai ser preciso deixar fazer, vai ser preciso, em outras palavras, gerir e não mais regulamentar. Essa gestão terá essencialmente por objetivo, não tanto impedir as coisas, mas fazer de modo que as regulações necessárias e naturais atuem, ou também fazer regulações que possibilitem as regulações naturais. Vai ser preciso, portanto, enquadrar os fenômenos naturais de tal modo que eles não se desviem ou que uma intervenção desastrada, arbitrária, cega, não os faça desviar. Ou seja, vai ser preciso instituir mecanismos de segurança. Tendo os mecanismos de segurança ou a intervenção . . . do Estado essencialmente como função garantir a segurança desses fenômenos naturais que são os processos econômicos ou os processos intrínsecos a população, é isso que vai ser o objetivo fundamental da governmentabilidade. (Foucault, 2008, p. 474)

Foucault (2008) problematiza que o papel do Estado passa a ser o de regulador de interesses, deixando agirem os interesses particulares, que serão guiados pelos fenômenos da acumulação e regulação do capital. Não se trata mais do princípio do bem de cada um, fazendo com que “o melhor viver de cada um seja utilizado pelo Estado e retransmitido em seguida como felicidade da totalidade ou bem-estar da totalidade” (Foucault, 2008, p. 466). O

Estado agora só intervém quando seu propósito for o de regular de maneira que o interesse de cada um possa servir a todos. A função do Estado é, assim, o de regular um jogo fundamental e natural dos interesses particulares consequentes do capital.

Nota-se que, nesse movimento, não só o Estado constitui-se em uma nova institucionalidade, mas o homem também passa ter um novo entendimento da sua relação com o Estado, ganhando aos poucos o status de cidadão, portador de uma identidade nacional, sendo assim, detentor de direitos (Batista & Mattos, 2011). A conquista desses direitos surge na tentativa de se firmar o desenvolvimento do capitalismo, garantindo a liberdade e a construção do sujeito livre, de acordo com a forma de produção. Será a partir desses direitos, também, que o Estado passa a ser convocado a promover políticas públicas para responder às necessidades sociais da população (Guareschi et al., 2010).

Segundo Guareschi et al. (2010), o mercado econômico, principalmente em sua versão neoliberal, é considerado um ponto relevante na trama de governo, pois, ao se dedicar a produzir sujeitos autônomos, como discutido acima, faz emergir a figura do *homo oeconomicus*. Esta é a figura do sujeito que segue voluntariamente as demandas do mercado econômico, se tornando o empreendedor de si mesmo. Essa se contrapõe à figura do sujeito de direitos, o cidadão, que depende do Estado.

Essa racionalidade econômica, aplicada aos sujeitos da sociedade, permite que as relações sociais se deem de forma econômica. Ao mesmo tempo, ela também deve permitir uma crítica mercantil permanente da política e da ação governamental com o objetivo de refrear as interferências do Estado na sociedade. Nesse sentido, no Estado neoliberal, a economia acontece de acordo com a sua própria mecânica, o Estado não possui legitimidade de intervenção direta na economia, sendo assim, é o mercado que irá estabelecer as regras econômicas (Foucault, 2008).

No Brasil, a reforma da administração pública e a instalação de um Estado neoliberal se deram no governo Fernando Henrique Cardoso, desde 1995. Tal reforma apoiou-se na proposta da gestão pública gerencial, que redefine as funções do Estado e de sua burocracia, sendo uma resposta à crise dos anos 80 e à globalização da economia. Com isso, o novo papel do Estado passa a ser o de facilitar o fortalecimento da economia nacional para competir internacionalmente com outras economias. Segundo Pereira (2006), nesse contexto de reforma, a regulação e a intervenção na população continuam necessárias, mas uma intervenção que capacite os agentes econômicos a competir em nível mundial, não

compensando o desequilíbrio distributivo provocado pela globalização do mercado. Nesse sentido, vemos a transformação de um Estado que passa a ser cada vez menos promotor do bem público e representante dos interesses gerais e cada vez mais defensor da primazia do mercado, buscando uma maior eficiência (Pereira, 2006; Paula, 2007).

Além de reorganizar o aparelho de Estado e fortalecer o Núcleo Estratégico, a reforma do Estado brasileiro objetivou mudar a gestão pública vigente alterando a cultura burocrática para a cultura gerencial, que visa à prestação de serviços públicos orientados para o cidadão-cliente e com o controle da sociedade. Nesse contexto, o discurso da participação ficou esvaziado, não garantindo uma inserção efetiva da sociedade nas decisões estratégicas e na formulação de políticas públicas, mantendo a centralização do processo decisório nas mãos da gestão (Nogueira, 2005). Assim, vemos um Estado no qual os processos de governamentalidade estão cada vez mais dominados pelo discurso do mercado, como também o *homo oeconomicus*, que deixa paulatinamente de participar dos processos decisórios. Dessa forma, os que não se encaixam neste quadro, os que não conseguem se inserir no mercado, são alvos das políticas públicas e recebem status de cidadãos:

Um efeito dessa incompatibilidade e coexistência é entendermos que o fato de os usuários das políticas públicas, principalmente das políticas sociais, serem basicamente grupos populacionais que não possuem acesso à saúde, educação, moradia e trabalho deve-se ao lugar compensatório que essas políticas podem estar assumindo nessa configuração econômica – ou seja, as políticas públicas são destinadas às populações que não conseguem se garantir na lógica do mercado. Assim, as políticas públicas, ao se direcionarem para as pessoas que não conseguem acessar seus direitos mediante sua inserção no mercado econômico, estariam fortalecendo a fragmentação existente entre sujeito de direitos, usuário das políticas e, sujeitos econômicos, capazes de sustentarem-se nas práticas econômicas. As políticas públicas estariam atuando no sentido de assegurar os sujeitos desprovidos das condições de garantir sua inserção no mercado e de recolocá-los na dinâmica de multiplicação espontânea inerente à racionalidade econômica. (Guareschi et al., 2010, p. 338)

Destacamos este contexto no intuito de refletirmos sobre como as políticas públicas e a gestão das mesmas ocupam uma posição suscetível à racionalidade estatal moderna, que, por sua vez, sofre, continuamente, interferências do mercado econômico. Ainda de acordo com Guareschi, et al. (2010, p. 339), “as políticas públicas, analisadas a partir dos modos de governamentos, colocam como questão a inter-relação da lógica econômica nas ações do Estado – não como uma racionalidade externa e contrária aos interesses do Estado, mas como inerente às políticas públicas e como efeito da própria existência delas”.

No capítulo a seguir, detalhamos os procedimentos metodológicos que nortearam a realização desta pesquisa.

3 MÉTODO

3.1 Delineando o campo da pesquisa: sobre as pessoas interlocutoras

Para delinear o campo da presente pesquisa, partimos da perspectiva de Foucault. O autor sugere que, para analisarmos discursos, precisamos fazer o exercício de ficarmos somente no nível de existência das palavras, do que é dito. Ou seja, é necessário trabalhar com o próprio discurso com o que lhe é peculiar. Como no trabalho de um arqueólogo, é preciso buscar o que emerge do emaranhado de narrativas que cobre uma densa camada de acontecimentos (Foucault, 2012).

Dessa forma, ao analisarmos os relatos das pessoas interlocutoras desta pesquisa, foi preciso lembrar que, para Foucault, não há nada “por trás” das falas, os discursos emergem a todo tempo nas palavras e nas linguagens que são constitutivas de práticas (Fischer, 2001). No trabalho de investigação é preciso

descrever quais são as condições de existência de um determinado discurso, enunciado ou conjunto de enunciados. Suspendendo continuidades, acolhendo cada momento do discurso e tratando-o no jogo de relações em que está imerso, é possível levantar um conjunto de enunciados efetivos, em sua singularidade de acontecimentos raros, dispersos e dispersivos e indagar: afinal, por que essa singularidade acontece ali, naquele lugar, e não em outras condições? (Fischer, 2001, p.221).

É preciso que o analista tenha em mente também que o discurso não pertence a alguma consciência individual. É necessário analisar as posições e funções que o sujeito pode ocupar na diversidade dos discursos (Foucault, 2012). Nesse sentido, no decorrer da análise desta pesquisa, não tivemos a pretensão de focar nossa atenção nas pessoas que participaram como interlocutoras das entrevistas, ou no cargo que elas ocupavam no momento em que foi desenvolvida a pesquisa. Nosso foco esteve na posição de sujeito institucional que esses indivíduos ocupavam e o que era enunciado por esta posição.

Foucault (2008), sobre a tarefa da pesquisadora como analista do discurso, pondera:

Supõe . . . que esse domínio enunciativo não tome como referência nem um sujeito individual, nem alguma coisa semelhante a uma consciência coletiva, nem uma subjetividade transcendental; mas que seja descrito como um

campo anônimo cuja configuração defina o lugar possível dos sujeitos falantes. Não é mais preciso situar os enunciados em relação a uma subjetividade soberana, mas reconhecer, nas diferentes formas de subjetividade que fala, efeitos próprios do campo enunciativo. (Foucault, 2008, p. 138)

Em outras palavras, na análise do discurso do que emerge dos enunciados da Política de Educação Permanente em Saúde em Juiz de Fora, buscamos estar atentos ao jogo de exterioridade. Não colocamos em questão quem fala, mas “como o conjunto das coisas ditas, as relações, as regularidades e as transformações que podem aí ser observadas, o domínio do qual certas figuras e certos entrecruzamentos indicam o lugar singular de um sujeito falante e podem receber o nome de um autor. ‘Não importa quem fala’, mas o que ele diz não é dito em qualquer lugar” (Foucault, 2012, p. 150).

Nesse sentido, esta análise se deu a partir da busca por se compreender os jogos de enunciação e as formações discursivas, tentando analisar os sentidos e concepções atribuídos pelos sujeitos, nas diferentes posições que ocupam, no âmbito dos discursos que compõem a política de educação permanente em saúde, buscando atentar às verdades que se articulam nesse contexto e que contribuem para legitimar os processos de governamentalidade.

A seleção de informantes da pesquisa levou em conta as posições político-sociais ocupadas por essas pessoas na arena da saúde pública municipal no contexto da Educação Permanente em Saúde na cidade de Juiz de Fora, compondo-se uma amostra de conveniência por saturação temática e saturação por contexto. A saturação temática se deu a partir do momento em que os analisadores utilizados pela pesquisadora na construção do roteiro de entrevista foram adequadamente contemplados no conteúdo das entrevistas. A saturação por contexto se deu de maneira a contemplar os atores envolvidos no processo de saúde do município, a saber: profissionais de saúde, representantes do controle social, da gestão e das instituições de ensino em saúde. O acesso a essas pessoas se deu por meio de consulta aos documentos oficiais encontrados pela pesquisadora em trabalho etnográfico de campo e pesquisa pela internet³, relacionados à Política de Educação Permanente em Saúde, bem como ao que diziam esses documentos em relação às responsabilidades dos atores e instituições envolvidos no contexto da educação permanente em saúde pública do município. A pesquisa contemplou também trabalhos de observação etnográfica de imersão ao campo. Para isso, a pesquisadora esteve presente como observadora nos serviços de saúde, em unidades de

³ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/educacao>

atenção primária à saúde do município, como também em encontros em que foram debatidos temas relacionados à Política de Educação Permanente em Saúde.

Na escolha dos informantes, buscamos contemplar o quadrilátero da formação em saúde composto por gestores, trabalhadores do SUS, instituições de ensino da área da saúde e representantes do controle social do SUS. A amostra foi composta por 08 (oito) interlocutores: um representante dos usuários da gestão da Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde; uma gestor da Subsecretaria de Atenção Primária do município⁴; uma profissional de saúde que atuou nos serviços de saúde do município e, na altura da produção das análises desta pesquisa, ocupava um lugar na gestão, sendo responsável pelo Programa de Educação Permanente (PEP) para os médicos de famílias; um gestor da Secretaria Executiva de Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES); um responsável pela Gerência Estadual de Saúde; uma profissional de saúde atuante em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município e que participou ativamente de ações relacionadas à Educação Permanente; uma representante universitária vinculada à UFJF, que foi responsável pela seção de Educação Permanente na Pró-reitoria de Pós-graduação na UFJF; e uma outra representante universitária, também da UFJF, que compõe a equipe técnica do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES)⁵.

A estratégia de composição da amostra e acesso aos informantes teve início com a busca de um representante do controle social do SUS do município de Juiz de Fora. Nesse sentido, foi feito o contato com o Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde, visto ser atribuição do Conselho a formulação, normatização, acompanhamento, avaliação e controle da execução da política municipal de saúde, inclusive no que se refere à alocação de recursos humanos e à educação permanente desses. Também são atribuições do Conselho a aprovação, avaliação, o acompanhamento e o controle da execução do Plano Municipal de Saúde, revisto anualmente, além da proposição – quando for o caso – de novas estratégias e prioridades para o alcance dos objetivos formulados a partir das diretrizes emanadas da Conferência Municipal de Saúde, no equacionamento de questões do interesse sanitário municipal (Prefeitura de Juiz de Fora, 2013).

⁴ Esta pessoa, à altura da produção dos dados desta pesquisa, era quem estava responsável pela Educação Permanente em Saúde em Juiz de Fora.

⁵ O NATES é um núcleo acadêmico da UFJF, que destina-se a fomentar as discussões no campo da saúde coletiva, visando o fortalecimento e a consolidação das diretrizes do SUS, tendo como eixo a Atenção Primária. De 1999 a 2003 o NATES foi credenciado pelo Ministério da Saúde como referência na área de capacitação de RH.

Em contato com o Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde, foi possível ter acesso a informações sobre quem são os responsáveis pela Educação Permanente em Saúde na gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Dessa forma, tornou-se viável chegar a uma pessoa da Subsecretaria de Atenção Primária do município, responsável pela Educação Permanente em Saúde. O acesso a esse informante nos propiciou conhecer um pouco do histórico da Educação Permanente em Saúde de Juiz de Fora e alguns atores que participaram mais ativamente do processo, como a assistente social de uma UAPS e a professora da UFJF que foi responsável pela seção de Educação Permanente na Pró-reitoria de Pós-graduação da UFJF. Foi possível ter acesso também a uma pessoa responsável pelo PEP.

A imersão etnográfica em campo nos possibilitou conhecer também o Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde, vinculado à UFJF. O NATES/UFJF foi responsável pela capacitação, formação e Educação Permanente de pessoal para a Saúde da Família do Sudeste e Sul de Minas Gerais até 2003. Nesse sentido, entrevistamos uma professora do Núcleo, que teve participação ativa no processo.

A partir da Portaria GM/MS nº 1.996/2007, definiu-se que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se daria por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Em Juiz de Fora, está implantada a CIES Macrorregional na Superintendência Regional de Saúde. Dessa forma, buscamos entrevistar também uma pessoa da Secretaria Executiva da CIES.

O acesso a esses informantes deu-se por contato direto da pesquisadora por telefone. Assim, as entrevistas foram previamente agendadas e realizadas individualmente, em locais escolhidos pelos entrevistados – em geral, seus próprios locais de trabalho. Em um dos casos, foi solicitado que a entrevista fosse realizada na casa de uma das pessoas participantes, pois ela estava de atestado médico. As entrevistas tiveram duração média de cinquenta minutos, foram registradas com o auxílio de um gravador, sendo posteriormente transcritas.

O projeto para a realização da pesquisa teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora. Todas as pessoas participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como recomenda o Conselho Nacional de Saúde na realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

3.2 Análise dos dados

No intuito de problematizar as discussões e ações acerca da Política de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista as transformações ocorridas ao longo do tempo neste contexto em âmbito nacional e, conseqüentemente, em âmbito estadual e municipal, foi utilizado um método que possibilitasse analisar os processos de governamentalidade no campo das políticas públicas de saúde.

Nesse percurso, a pesquisa visou à utilização de uma multiplicidade de abordagens que se desenha de forma qualitativa, com caráter exploratório e orientação analítico-descritiva. Tal multiplicidade de abordagens de pesquisa pode ser enriquecedora para o conhecimento científico (Hollis, 2002), considerando-se que o rigor exigido ao procedimento de produção de dados passíveis de análise científica deva amparar-se nas égides teórico-metodológicas que orientarão os níveis de análise das problemáticas estudadas. Dessa forma, considerando que um dos objetivos do uso das chamadas metodologias críticas do campo discursivo consiste em analisar os sentidos atribuídos pelo sujeito (sejam indivíduos ou instituições) às práticas sociais, a presente pesquisa fez o uso de diferentes procedimentos de produção e análise de dados discursivos para sua realização.

É importante destacar que o referencial teórico-metodológico que orientou esta proposta de investigação foi o da análise do discurso, contemplando suas diferentes perspectivas, mas destacando, sobretudo, o enfoque trabalhado por Michel Foucault (2012). A análise do discurso se coloca não só como uma ferramenta metodológica, mas também como perspectiva de posicionamento diante do trabalho de pesquisa (Perucchi, 2008). Nesse sentido, quando utilizamos a noção de sujeito em nossos trabalhos no âmbito da linguagem, em psicologia social, afastamo-nos da ideia de sujeito racional, crítico de suas escolhas e de suas concepções de mundo. O que interessa nesse campo metodológico é a descrição do que emerge como enunciado, nas vozes que ressoam em um diálogo, em uma entrevista, em algum texto, que permitem que determinados enunciados aconteçam.

Para a Análise do Discurso, a linguagem não é o reflexo de algo que lhe é exterior. Toda produção de linguagem, portanto, não possui uma motivação outra, constituindo-se, de fato, como produto do encontro entre um eu e um outro, segundo formas de interação situadas historicamente. Não há, em Análise do Discurso, um espaço para formas de determinismo que possam constituir um limite entre um interior (a linguagem) e o seu exterior (o social

ou o psicológico). Há sim uma articulação entre esses planos. (Rocha & Deusdará, 2005, p. 317)

O campo sobre o qual se desdobrou a produção de dados contemplou duas fontes de naturezas diferentes: 1) entrevistas individuais com pessoas que ocupam posições estratégicas na gestão governamental da saúde pública municipal; 2) observação etnográfica em campo.

O critério de inclusão das fontes humanas consistiu na identificação do que estamos chamando de “posição estratégica no âmbito governamental”. Portanto, entrevistamos diferentes atores da área da saúde pública municipal que estiveram diretamente envolvidos nas ações de educação permanente em saúde no município. Utilizamos amostragem por saturação temática e saturação por contexto, já explicitadas acima.

O acesso a esses sujeitos – que ocupam tais posições e que foram entrevistados – se deu por meio dos trabalhos etnográficos de imersão ao campo. Para isso, de acordo com Fonseca (1998), é necessário que o pesquisador se situe dentro de um contexto social e histórico. Spink (2003) argumenta que, ao fazermos pesquisa de campo, podemos dizer que já estamos em campo no momento em que entramos em contato com o tema. O que fazemos é buscar localizar e estarmos mais próximos das partes e lugares nos quais estão contidas interseções e interfaces críticas do campo-tema onde as práticas discursivas estão se confrontando e se tornando mais reconhecíveis. Visando a essa prática, foram dados os primeiros passos seguindo as pistas dentro do percurso da Política de Educação Permanente em Saúde no município de Juiz de Fora.

A partir da realização das entrevistas, iniciamos a análise, que se desdobrou em dois níveis. O primeiro foi o longitudinal, que se refere aos enunciados que se repetem no decorrer de cada uma das entrevistas. O segundo foi o transversal, alusivo aos enunciados que atravessaram as diferentes entrevistas. Foram identificados e descritos tais enunciados, as questões que se repetiam e as que estavam ausentes. Logo após, foi realizada, ao longo das entrevistas, a identificação do campo de associação composto por diferentes enunciados. Michel Foucault afirma que “o material que temos a tratar, em sua neutralidade inicial, é uma população de acontecimentos no espaço do discurso em geral. Aparece, assim, o projeto de uma descrição dos acontecimentos discursivos como horizonte para a busca das unidades que aí se formam” (Foucault, 2008, p. 30).

Durante a análise da pesquisa, as falas das pessoas interlocutoras da pesquisa não possuem identificação. Foi preciso tomar certo cuidado para que esses indivíduos não fossem

identificados, visto que a pesquisa desenvolvida em âmbito municipal possui efeitos de poder que podem vir a refletir nos jogos de interesses no contexto da saúde pública no município. Nesse sentido, é válido ressaltar que o poder é exercido nos e pelos discursos, por meio de um mecanismo que controla a produção e baliza a circulação dos discursos, instituindo as disciplinas que os veiculam (Perucchi, 2008). Desse modo, podemos considerar que a análise do discurso foucauldiana pode ser considerada uma estratégia metodológica adequada para o estudo dos processos de governamentalidade que envolvem as políticas públicas.

Nesse sentido, trazemos, no capítulo a seguir, a apresentação e a análise dos resultados obtidos nesta pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise das entrevistas

A educação permanente em saúde é um assunto relativamente novo no âmbito das políticas públicas de saúde e, desde seu surgimento como política, tem passado por transformações no seu desenho, no lugar na agenda governamental e, principalmente, nas formas de execução. Nesse sentido, faz-se importante lembrarmos que a política formal está sempre próxima de um contexto social e, por isso, é desenhada a partir de conflitos e debates que expressam interesses e disputas entre grupos e sujeitos, expressando acordos momentâneos e dinâmicos que dizem sobre contextos históricos de cada sociedade.

Ao perpassarmos o histórico de discussões nas Conferências Nacionais de Saúde, percebemos que existiram momentos de mudanças, evoluções e retrocessos ao longo do tempo. Conforme debatido no capítulo teórico, o SUS exigiu a reestruturação do modelo de atenção à saúde, antes definido e orientado pelo modelo médico hegemônico com foco na doença, mais especificamente na cura da doença, tendo o hospital como instituição por excelência. Com as mudanças, a promoção da saúde e a atenção primária como porta de entrada do usuário aos serviços de saúde pública passam a ser prioridade das políticas.

Nesse contexto de reestruturação, os recursos humanos da saúde foram personagens do SUS bastante discutidos, considerados como um dos pilares de funcionamento do sistema. Visto isso, foi coerente o surgimento de propostas que pudessem estabelecer novos direcionamentos para que os recursos humanos da saúde pudessem estar aptos para atender às novas necessidades que começam a aparecer na atual perspectiva em saúde. Nesse propósito, para que a promoção da saúde e a atenção primária se consolidem no âmbito das políticas, é necessário que, nos serviços onde as práticas em saúde são desenvolvidas e, portanto, onde são implementadas as políticas, disponha-se de profissionais competentes.

As discussões acerca da educação em saúde apresentadas nesta análise problematizam a relevância e a viabilidade de se promover efetivas práticas pedagógicas na rede de saúde brasileira por meio do Sistema Único de Saúde. O pano de fundo dessa problematização é o debate acerca da educação permanente em saúde enquanto política pública federal a ser implementada nos municípios e formulada nos processos de saúde coletiva no Brasil com a

tarefa de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho em saúde (Ceccim, 2005). Neste contexto e para fins desta pesquisa relatada na presente análise, considera-se a concepção de educação permanente em saúde como aquele que serve para dimensionar esta tarefa de articular educação/atenção na área de saberes e de práticas em saúde (Ceccim, 2005).

No caso da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, percebe-se uma série de mudanças no que se refere ao investimento nos Recursos Humanos na saúde, produzidas de acordo com os debates da economia mundial e nacional, as mudanças de gestão presidencial e, conseqüentemente, dos representantes do Ministério da Saúde e das Secretarias. Tais mudanças são legitimadas por regimes de verdade que, como afirma Michel Foucault (1993), incorporados pela sociedade e engendrados nos mecanismos de saber/poder dos discursos, atravessam os processos de governamentalidade. Concebe-se, nesta análise, que isso se processa também no âmbito da saúde pública.

A fim de problematizarmos as questões concernentes a esta prática, partimos do pressuposto foucauldiano de que quando falamos de políticas públicas, estamos dizendo de maneiras, ou instrumentos de governo direcionados à população, que têm como objetivo disciplinar os corpos e/ou controlar a população, garantindo um controle da sociedade, como já discutido anteriormente. No contexto da saúde, essas questões ficam ainda mais marcadas pelo que Foucault chama de biopoder, que viabiliza a intervenção das massas pela biopolítica, traduzida em formas de governo capazes de propor formas de tratamento, prevenção, educação, promoção e controle da vida. Tendo em vista esses pontos e diante das questões colocadas referentes ao SUS, a proposta desta análise é problematizar os discursos e práticas que compõem as estratégias de Educação Permanente em Saúde no município de Juiz de Fora, analisando os processos de governamentalidade. Fimyar (2009) contribui com nossas reflexões ao afirmar que, quando usamos a governamentalidade como ferramenta conceitual, estamos nos preparando para problematizar os relatos aceitos normativamente do Estado, desconstruindo várias práticas e elementos inconsistentes que o constituem.

Ao iniciar este processo de análise, algumas questões nos chamam a atenção. Há de se ter certo cuidado para não ser governado pelo discurso da política, que, em um primeiro momento, pode ser vista como uma saída adequada para a resolução dos problemas do sistema de saúde brasileiro relacionados aos recursos humanos. O exercício é o de desnaturalizar o caráter de evolução e melhoria da ação do Estado na sociedade. Nesse sentido, a política se apresenta com o propósito de incorporar no interior das organizações o

ensino e o trabalho para que haja a possibilidade de transformação das práticas profissionais a partir da problematização das práticas cotidianas, partindo dos conhecimentos e das experiências dos envolvidos. No entanto, grande parte das entrevistas analisadas traz em seu conteúdo uma prática diferente da proposta no documento oficial e da discutida por vários estudiosos tidos como referências de discussão na saúde pública citados no corpo do texto. O relato das entrevistas traz uma prática muito relacionada à atualização de conhecimentos técnicos científicos e a discussões fragmentadas que envolvem os profissionais da saúde. Nesse sentido, é conveniente questionarmos: o que realmente está sendo enunciado nas práticas propostas pela política no âmbito da educação permanente em saúde?

Tendo em vista essa questão, esta proposta começa a tomar forma com a análise das ações relacionadas à educação permanente em saúde, onde buscamos descrever e analisar as verdades que vêm sendo enunciadas no âmbito da educação permanente em Juiz de Fora. Nesse sentido, assistimos a práticas de governo que ditam uma política em formatos preestabelecidos por protocolos e conteúdos formatados, que não abrem espaço para a discussão e uma verdadeira problematização dos processos de trabalho. Como consequência dessa prática, tem-se profissionais bem governados, que pouco se questionam ou se implicam nesse processo, além de relatos que trazem um cenário de desmotivação e pouco comprometimento.

Para clarificar essas questões presentes nos relatos das pessoas que ocupam lugares no contexto da Educação Permanente em Saúde de Juiz de Fora, buscamos também fazer uma análise da trajetória das discussões dessa política nacional no município, vislumbrando-se identificar os processos de governamentalidade relacionados à gestão da política nesse contexto. Dessa forma, discutimos como foram se dando, ao longo do tempo, as estratégias de governo, caracterizadas pela regulação de jogos de poder e conflitos de interesses. Buscamos analisar também quais são as posições de sujeito que os indivíduos que fazem parte desse processo são convidados a ocupar a todo momento a fim de manter vivas essas estratégias. Para tal análise, discutimos a participação dos profissionais, do ensino, do controle social, da gestão, e seus lugares de poder no jogo político. Nesse sentido, Weber (2008) nos lembra de que quando falamos da arte de governar pessoas e coisas, não estamos falando de um Governo que ocupa um lugar na instância central, mas de práticas de governo distribuídas pelos capilares do tecido social. Assim, podemos dizer que múltiplos atores têm a possibilidade de governar.

4.1 Programas atuais relacionadas à Educação Permanente em Saúde em Juiz de Fora

Ao longo das entrevistas, foi possível perceber que os enunciados de educação permanente em saúde se articulam com outros enunciados no âmbito da educação, como cursos, seminários, oficinas, treinamentos, capacitação e formação de habilidades técnicas, por exemplo. Tais enunciações articuladas vão construindo referenciais de sentido, que dizem respeito ao que é entendido e executado como sendo Educação Permanente em Saúde no município de Juiz de Fora.

A Educação Permanente em Saúde foi enunciada pelos interlocutores da pesquisa como uma prática que acontece no município, porém muito relacionada a ações pontuais, programas e capacitações isoladas, nas quais as práticas, muitas vezes, não estão condizentes com o conceito de Educação Permanente:

O que a gente vem observando, tanto no nível municipal, e às vezes no nível da Universidade, o que a gente encontra são ações educativas, então são cursos, seminários, oficinas, e capacitações que alguém acha que é importante e começa a desenvolver as ações. Tem um curso, um curso de agente comunitário. Alguém levanta que isso é importante, que tem que capacitar e aí começa a desenvolver as atividades.

Nesse relato, notamos que a interlocutora nomeia o que é praticado nos serviços de saúde, relacionado à educação permanente, como “ações educativas”, que, na sua descrição, não trazem ações condizentes com o que é conceituado pela política. Consideramos que tal afirmação corrobora o que foi discutido por Farah (2006) ao definir os conceitos de educação em serviço, educação continuada e educação permanente que surgiram no contexto dos processos educativos em serviço. Para a autora, esses conceitos, com diferentes concepções, são confundidos e/ou utilizados como sinônimos.

Os processos educativos foram vistos por diferentes abordagens ao longo do tempo. Farah (2006), ao fazer uma análise das Conferências Nacionais de Saúde, sugere que o conceito de educação em serviço foi operacionalizado, principalmente nas décadas de 1960 e 1970, como forma de enquadramento dos profissionais de saúde ao serviço público. Na época, houve um aumento no número de construção de hospitais, e esperava-se um currículo profissional com foco biomédico. Assim, o objetivo da educação em serviço era o de capacitar os profissionais de saúde para atenderem aos interesses da instituição, ficando em

segundo plano os interesses profissionais e da população. Os treinamentos focados em técnicas e conhecimentos teóricos, difundidos pelo processo tradicional de ensino, eram mais eficazes para o repasse de conhecimentos específicos para cada atividade, de forma fragmentada e com divisão de tarefas, sem partir das necessidades dos processos de trabalho ou das necessidades dos profissionais. O objetivo é o desenvolvimento de um profissional treinado para prover os serviços e desenvolver o trabalho sem um posicionamento crítico da realidade.

No caso da educação continuada, Haddad et al. (1994) e Farah (2006) a definem como parte do interesse de cada profissional com a finalidade de atualização dos conhecimentos, subsequentes à formação inicial, a fim de melhorar suas competências, contribuindo para o seu crescimento profissional individual. Tem como características o uso de metodologias tradicionais acadêmicas com enfoque disciplinar, marcado por uma distância entre prática e teoria. São cursos periódicos, sem sequência constante, centrados em categorias profissionais tidas separadamente, desconsiderando a perspectiva das equipes (Davini, 2006).

Os conceitos referendados foram, por diversos momentos, nomeados como educação permanente pelas diferentes posições de sujeito que os indivíduos interlocutores da pesquisa foram chamados a ocupar no contexto de saúde do município. Um dos indivíduos, entrevistado na posição de sujeito na gestão, ao se referir a um programa de educação permanente existente no município, traz em sua fala a ideia da educação permanente muito ligada à reprodução de um conhecimento orientado por protocolos. A proposta é que estes conhecimentos sejam repassados para os profissionais sem haver, antes, uma reflexão, com o objetivo principal de se ter uma otimização do tempo que os profissionais passariam longe dos serviços.

. . . tem hoje na rede cerca de 96 médicos. Então, saiu um protocolo novo de toxoplasmose. Tira os 96 para treinamento. Isso vai para a Unidade e não é repassado. . . . Então fica a confusão e até que eu consiga tirar os 96 já tá em outro protocolo, e já tem que sair de novo. Então, a ideia é que quando saísse não precisava tirar todos os médicos, tiravam só os coordenadores de GAP. Eles faziam o treinamento e parte do tempo deles de PEP, eles aplicavam o protocolo. Que é para funcionar realmente como educação permanente.

Entremeado nessa prática relatada, notamos um posicionamento da gestão muito preocupada com a presença ou a ausência dos profissionais em seus postos de trabalho, não sendo considerada importante uma reflexão das ações deles. Diante desse relato,

vislumbramos que a gestão também não se coloca com um posicionamento crítico no que se refere à educação permanente em saúde do município, ajudando a reproduzir a confusão entre os conceitos de educação em serviço, educação continuada e educação permanente, materializada no campo prático. Ao atentarmos para essa realidade vivenciada no município de Juiz de Fora, podemos considerar que a gestão, como aparelho do Estado, reproduz nas suas ações a lógica de uma prática não problematizadora, refletida nas práticas de saúde do município.

As discussões de Reis (2009) sobre a educação em saúde corrobora com nossa análise. De acordo com a autora, existem práticas normatizadoras, autoritárias e higienistas que perpassam historicamente as ações de saúde e ainda não desapareceram, apesar dos avanços registrados na forma de conceber as práticas educativas:

O ponto de vista problematizador tende a coexistir com o que há de mais tradicional no que se refere à educação em saúde. Até os dias atuais persiste a tendência em individualizar e culpabilizar os usuários pelos seus problemas de saúde. Nas instituições públicas, muitas vezes desconsidera-se os múltiplos fatores que afetam a vida do usuário e levam ao adoecimento. (Reis, 2009, p. 28)

As práticas normatizadoras, autoritárias e higienistas a que se refere a autora estão presentes em todo o contexto da saúde pública e contribuem para práticas pouco, ou nada reflexivas, que individualizam e culpabilizam os usuários. Podemos dizer que essas práticas também se repetem nas ações nomeadas como educação permanente em saúde, na medida em que os indivíduos envolvidos nesse processo recebem o conhecimento de forma técnica e fragmentada e não conseguem fazer uma análise da realidade vivenciada no cotidiano trazido pela população.

A confusão entre as práticas de educação continuada, educação em serviço e educação permanente, presente no contexto da Educação Permanente em Saúde em Juiz de Fora, tem origem na mesma lógica normatizadora que dita como a educação permanente vai funcionar. Nesse sentido, percebemos que, nas práticas relacionadas a essa política no município, não há uma reflexão, e sim um repasse de informações técnicas. As ações ligadas à educação permanente em saúde acontecem porque “alguém acha que é importante”, asseverando que a identificação dos problemas, advindos dos processos de trabalho a serem refletidos, é sempre externa e, na maioria das vezes, não diz a respeito de uma questão real presente nos processos de trabalho das equipes. Podemos afirmar que tais práticas estão mais próximas do conceito

de educação continuada ou do conceito de educação em serviço, na medida em que há uma prevalência de conteúdos técnico-científicos sem uma reflexão entre teoria e prática.

Nesse sentido, as práticas traduzidas nos relatos não dizem de uma educação permanente. São reproduzidas práticas de educação continuada, e o conhecimento adquirido não é trazido para as práticas dos serviços, como é possível verificar no seguinte fragmento de fala de um dos interlocutores da pesquisa:

Não tem uma preocupação em estar pegando o que está acontecendo no dia a dia que é problema para ser trabalhado na educação permanente, para melhorar o processo de trabalho. É uma coisa mais verticalizada, pontual. São capacitações que às vezes não atendem o foco central do processo de trabalho em uma determinada unidade básica do serviço de saúde.

Como propõem Davini (2009) e Haddad et al. (1994), a educação permanente representa uma mudança na concepção e nas práticas de capacitação. A proposta é de inversão da lógica do processo, fazendo com que o ensino e o aprendizado sejam incorporados ao contexto real das práticas das organizações. A ideia é que o processo educativo surja a partir da reflexão dos problemas da realidade, problematizando-se o próprio fazer, evitando a fragmentação disciplinar ao colocar a equipe em constante interação, também ampliando os espaços educativos. Nesse sentido, para fins de análise desta pesquisa, podemos considerar que o conceito de educação permanente (em saúde ou em outra área de investimento de políticas públicas) pode ser entendido como uma estratégia educacional mais ampla, contemplando a mudança institucional, enquanto que a noção de educação continuada é marcada pela atualização de conhecimentos específicos e aquisição de habilidades por meio de capacitações e formações pontuais para determinadas categorias profissionais (Montanha & Peduzzi, 2010).

Nas palavras de Hadadd et al. (1994), o processo de educação permanente

busca alternativas e soluções para os problemas reais e concretos do trabalho habitual privilegiando o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatizando a capacidade humana de criar conhecimento novo, a partir da discussão e análise conjuntas e participativas dos problemas reais, de suas causas e das implicações que as alternativas de solução têm na busca da transformação da prática de saúde, objetivo essencial do ato educativo. (HADADD et al, 1994, p. 25)

Davini (2009) também destaca que a aprendizagem na sala de aula ainda faz parte do processo, estando integrada à educação ampla e permanente e sendo utilizada em momentos de retroalimentação para a análise da prática e o desenvolvimento de novas ações. A ideia é que esses conhecimentos técnicos trazidos em salas de aula possam ajudar nos momentos de discussão. De acordo com a autora, o enfoque do conhecimento por meio de aulas ainda não foi superado, mesmo com as mudanças de concepção. Ele se mantém de forma paralela no desenvolvimento de diversas propostas alternativas.

A partir das ações relacionadas à educação permanente enunciada pelos interlocutores da pesquisa, ainda é comum a questão das salas de aula e da reprodução do conhecimento técnico sem uma problematização da realidade vivenciada no cotidiano das ações dos trabalhadores de saúde. De maneira geral, no contexto dos serviços de saúde do município, observa-se uma indução dos processos de educação permanente em saúde principalmente de forma verticalizada. Nesse sentido, as tentativas de reflexões no cotidiano do trabalho acabam se dando de maneiras individualizadas, sendo confundidas com tentativas de aperfeiçoamento técnico, visto que os profissionais ficam absorvidos com as ações educativas, temáticas e com os protocolos para trabalharem com as demandas técnicas do Ministério da Saúde. Dessa forma, não se vê uma organização na busca de um novo conhecimento, relacionado às reais necessidades de saúde da população.

O que normalmente ocorre são capacitações isoladas, de maneira vertical. Capacita pra trabalhar com vacina, capacita pra trabalhar com hiperdia, hipertensão, diabetes, saúde da família, mas não um levantamento de cada realidade, das necessidades daquele local. A educação permanente no meu entendimento é aquela que volta, . . . trabalha com os problemas levantados no dia a dia, no cotidiano pra resolver aqueles problemas pra poder melhorar o processo de trabalho.

Como colocado no relato, existe um entendimento do que seria a verdadeira proposta da educação permanente em saúde. Porém vemos que os profissionais reproduzem a lógica dada pelos processos de governamentalidade, sendo atropelados por capacitações verticalizadas, com conteúdos definidos, que dizem sobre as formas de governo colocadas pelo Estado, capaz de propor conteúdos e maneiras de desenvolver a educação dos profissionais, definindo este ou aquele conteúdo importante nesse momento para a gestão da vida da população.

Os autores Batista & Gonçalves (2011) vêm corroborar esta proposição ao afirmar que a perspectiva de Educação Continuada tem sido uma resposta frequente diante das demandas vindas das esferas de gestão dos serviços e das necessidades dos profissionais. Organizadas em forma de treinamento, acontecem com o intuito de recuperar conhecimentos e habilidades esquecidos e de acompanhar as mudanças trazidas pelo progresso científico-metodológico, pretendem provocar mudanças nas instituições através da acumulação da informação.

Nos últimos anos, houve um importante crescimento de atividades de capacitação para profissionais da saúde, principalmente no âmbito da atenção primária. As iniciativas voltaram-se para as diversas áreas programáticas⁶, como hipertensão, diabetes, tuberculose, Aids, emergências clínicas e traumáticas, gestação de risco, etc. Essas iniciativas nos remetem ao debate acerca de como o foco das iniciativas no âmbito da atenção à saúde ainda se mantém sob o enunciado da doença, norteadando o modo de intervenção na sociedade. Pinheiro & Luz (2007) ressaltam que na sociedade moderna é usual a ótica de uma lógica medicalizada, visando ao atendimento da demanda da sociedade, que busca o tratamento da doença. Ao pensar em assistência à saúde, pensa-se na aplicação de tecnologias para o bem-estar físico e mental das pessoas. Em geral, sua formação ocorre da seguinte maneira: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos e produz-se a saúde (Ayres, 2004).

Essa lógica segue uma ordem econômica, na qual o sistema deve atender o consumidor em potencial, o usuário do sistema. Nesse sentido, no momento de implementação das políticas públicas, embasada em componentes programáticos, na busca pela adaptação à realidade sociocultural de determinado local, as estratégias governamentais direcionam seu foco para atender à demanda da população (Paiva & Santos, 2007). Ayres (1996, p. 19) coloca que fatores como “pronunciamentos oficiais demonstrando compromisso com a solução do problema expresso por autoridades locais, ações efetivamente propostas pelo Estado, coalizção interinstitucional para atuação, planejamento de ações, qualidade do

⁶ Programáticas aqui se refere à ideia de normas constitucionais programáticas, normas que constituem princípios e regras definidores de diretrizes para o legislador e a administração pública estatal, “pelas quais o constituinte, em vez de regular direta e imediatamente os direitos sociais fundamentais, teria se limitado a traçar-lhes os princípios para serem cumpridos como programas destinados à realização dos fins sociais do Estado” (Cruz, 2012, p. 120).

gerenciamento dessas . . .” compõem o direcionamento das ações e dos resultados a serem alcançados.

Avaliamos que os relatos dos interlocutores da pesquisa apontam para uma política de saúde no município muito relacionada a esse atendimento imediato da demanda da população pela cura de doenças. Apesar de a proposta do modelo de atenção ser voltado para a prevenção de doenças e a promoção da saúde, princípios da atenção básica, o que vemos é uma priorização do pronto atendimento. Como consta no relato a seguir:

A questão da educação permanente está articulada com o modelo de atenção. Hoje nós temos as equipes de saúde da família, por mais que seja dito que elas são importantes, que elas vão resolver 80 e tantos por cento dos problemas da população, hoje nós estamos em uma contradição: por um lado um grupo achando que tem que ter UPA de pronto atendimento e desestabilizando o trabalho da atenção a saúde da família, então eu creio que o modelo de atenção da saúde ele é definidor de muitas coisas.

O cenário da saúde do município explicitado no relato diz de uma prática reproduzida nos serviços mais focada na doença e na transmissão de normas para a população propostas pelas Unidades de Pronto Atendimento. Nessa perspectiva, Reis (2009) defende que a forma como se dão as ações em saúde, em que o saber clínico e a formação técnica prevalecem, trazem consequências para a realização de uma prática onde as atividades junto aos usuários limitam-se à transmissão de normas e conhecimentos técnicos sobre doenças e cuidados considerados adequados para a saúde.

Pereira & Almeida (2005) corroboram a discussão e afirmam que há uma tendência do sistema de saúde em impor o discurso científico como se fosse um discurso universal, portador de uma autoridade. É possível perceber que a constatação dos autores está presente no contexto analisado, reproduzido não só nas ações em saúde, mas também nos processos de educação permanente que acontecem a partir do repasse de técnicas. Nesse contexto em que prevalecem o saber clínico e a formação técnica, as práticas de educação permanente são marcadas pelo modelo de atenção focado na doença, caracterizadas pelo desenvolvimento de ações pontuais, verticalizadas, voltadas para áreas programáticas:

Ações verticalizadas são aquelas propostas pelo próprio Ministério da Saúde, são ações voltadas para atender os programas e . . . nascem do Ministério da Saúde e não da realidade do município. É claro que o Ministério da Saúde é um indutor de políticas de saúde, e, às vezes então a educação permanente se perde no sentido que ele não trabalha com o que

surge mesmo no cotidiano dos trabalhadores, no seu fazer na unidade de saúde, por exemplo, na atenção primária.

Como afirmado no relato, ao realizar ações de educação permanente priorizando ações verticalizadas e programáticas, deixa-se de escutar o que surge do cotidiano do trabalho, legitimando o modelo de saúde focado na doença, como discutido por Reis (2009), Pereira e Almeida (2005).

É interessante observarmos que o próprio Ministério da Saúde, instrumento de governmentação do Estado para indução das políticas públicas, consente que as ações desenvolvidas, através dos cursos de capacitação, estão sobrecarregadas, repetitivas e fragmentadas, fundamentadas em uma lógica vertical e programática. O que vem sendo constatado é que esse processo tem aumentado a frustração dos profissionais que, na maioria das vezes, não conseguem aplicar o que aprenderam na prática cotidiana dos serviços, pois esses cursos não fornecem elementos suficientes que contribuam com o enfrentamento das problemáticas da realidade (Brasil, 2003). Verificamos que essa questão foi observada e sentida em relação ao município de Juiz de Fora, indo ao encontro do raciocínio descrito. A forma como se dão os processos educativos em saúde descritos pelos interlocutores da pesquisa diz de uma prática educativa pouco reflexiva, de maneira que os profissionais não se implicam no processo educativo de forma a trazerem o conhecimento apreendido para as práticas de saúde.

Nesse sentido, concordamos com a afirmação de Farah (2006) quanto ao fato de que, como os processos educativos não contemplam as questões pertinentes ao trabalho do profissional de saúde, eles acabam por assumir uma postura pouco comprometida e não se responsabilizam pelas ações desenvolvidas. Ainda segundo a autora, tais processos educativos têm como finalidade a capacitação dos profissionais para produzirem em quantidade e não com qualidade.

A constatação de Farah e os dados empíricos encontrados no decorrer da pesquisa nos permitem pensar numa perspectiva foucaudiana no que diz respeito à biopolítica. A educação permanente em saúde, como uma política pública no contexto de Juiz de Fora, se reproduz pela lógica biopolítica, que opera no sentido de investimento dos envolvidos no processo de saúde no município, potencializando a capacidade de produção desses sujeitos ao propor tal política, no entanto os engendra em mecanismos de governo.

Stoz (2007) afirma que os mecanismos de governo agem no sentido de controle de uma prática profissional e de serviços de saúde que operam como serviços de controle social, que têm como objetivo prevenir, suprimir e manipular as contradições, que tomam forma de “problemas de saúde”, provenientes do desenvolvimento capitalista no âmbito da vida social. Para o autor,

. . . o sistema de atenção médica funciona na sociedade capitalista, como forma de compensar, no nível individual, problemas ou condições sociais que apontam para situações socialmente injustas do ponto de vista da saúde. O que acarreta, objetivamente, a legitimação da ordem social capitalista. (Stoz, 2007, p. 50)

Esses mecanismos de governo, presentes no contexto dos serviços de saúde do município analisado, irão direcionar as práticas de educação permanente de forma fragmentada ao induzir programas verticalizados e programáticos, que, como discutido anteriormente, não levam a reflexões da prática cotidiana e induzem uma prática tecnicista focada na doença. Tal prática ajuda a reproduzir a lógica de controle social operada pelos serviços dentro da ordem capitalista discutida por Stoz (2007).

Para visualizarmos como esse processo se dá no contexto do município pesquisado, analisamos as programas relacionados à Educação Permanente em Saúde apontadas pelos interlocutores da pesquisa. São elas: o PEP (Programa de Educação Permanente para médicos de família), Pró-Saúde e Pet-Saúde, Canal Minas Saúde e o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica).

4.1.1 Programa de Educação Permanente para médicos de família (PEP)

O Programa de Educação Permanente para médicos de família (PEP) veio como uma das estratégias da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para o enfrentamento de problemas detectados a partir de um minucioso diagnóstico da situação da atenção primária de saúde de Minas Gerais. A estratégia tem como direção priorizar a universalização e a qualificação da atenção primária à saúde no âmbito do SUS, sendo uma intervenção educacional implantada para lidar com a grande heterogeneidade de competências e a

educação permanente dos médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) em Minas Gerais. (Silvério, 2008).

De acordo com o Art. 2º da Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.110/2012, que dispõe sobre as normas gerais do Programa de Educação Permanente para médicos de família, os principais objetivos do Programa são:

- I. Induzir uma cultura de mudança e renovação da prática profissional com busca permanente da excelência do desempenho clínico e da qualidade do cuidado médico prestado aos cidadãos;
- II. Aumentar a resolubilidade das equipes da ESF;
- III. Promover o uso racional dos recursos propedêuticos e terapêuticos e planos de cuidados baseados em evidências científicas;
- IV. Diminuir a variabilidade de condutas para um mesmo problema;
- V. Romper o isolamento profissional dos médicos das equipes da ESF;
- VI. Elevar a autoestima profissional dos médicos da ESF;
- VII. Contribuir para redução da rotatividade dos médicos da ESF;
- VIII. Criar um sistema de aperfeiçoamento contínuo da prática profissional aplicável a outras categorias profissionais de saúde e a outros contextos de trabalho.

O PEP é implementado a partir de parcerias com escolas regionais de medicina e conta com professores treinados, que assumem atividades docentes no programa. São instaladas Salas de Educação Permanente em Saúde nos municípios onde as atividades são desenvolvidas, com infraestrutura para atender à proposta de ensino-aprendizagem. O Programa é financiado integralmente com recursos do tesouro estadual, sem custos financeiros para o município, escolas de medicina e médicos participantes (Silvério, 2008).

O Programa está estruturado em torno dos Grupos de Aperfeiçoamento da Prática (GAP). Cada grupo é composto por 08 a 12 médicos que atuam em uma mesma microrregião de saúde. A dedicação desses médicos é de 16 horas mensais às atividades de aprendizagem no horário de trabalho, com tempo protegido para esse fim. As atividades educacionais estão organizadas em 04 (quatro) grandes eixos principais, sendo o primeiro o chamado Círculo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional (CAPP), baseado na metodologia da revisão entre pares, que propõe uma reflexão sobre a prática existente, a identificação de critérios e padrões, planejamento/implantação/avaliação de mudanças na prática e promoção de melhoria na qualidade do cuidado; o segundo, o Plano de Desenvolvimento Pessoal (PDP), focado na aprendizagem individual, destinada ao desenvolvimento da metacognição, da prática reflexiva e da aprendizagem autodirigida de longo prazo; o terceiro eixo seria o Módulo de Capacitação (Módulos Top), destinado à difusão rápida de informações e de conhecimento factual,

declarativo, oferecidos aos participantes de vários GAPs, para atender às necessidades dos participantes e/ou gestores; e o eixo quatro, voltado para o Treinamento em Serviço, desenvolvido nas próprias unidades de atenção primária, destinadas ao desenvolvimento de habilidades clínicas básicas ou habilidades clínicas especiais em unidades de atenção secundária e terciária. (Deliberação CIB-SUS/MG N.º 1.110/2012).

Um aspecto a ser salientado é o fato de que o foco de intervenção da educação permanente em saúde como política pública, instrumento de governo do Estado, está na atenção primária à saúde. Weber (2011), ao discutir o governo das populações, aponta o Programa de Saúde da Família como poderoso instrumento de governo das populações em que se constitui. O autor defende que, através da biopolítica, o Estado naturaliza suas ações de dominação, agindo sobre a vida para o controle e influência das pessoas. Nas palavras do autor,

. . . o programa de saúde da família pode ser pensado como um construto de diversas máquinas heterogêneas que constituem uma maquinaria, cuja operacionalidade é dada pelas relações que se podem estabelecer entre elas. Esse programa de saúde difunde práticas, discursos, regimes de verdades das mais diversas naturezas; representa diferentes instituições; e, por fim, se movimenta por normas, regulamentos, leis e medidas administrativas de diversas origens.

Nesse sentido, é possível perceber que o PEP, como um dispositivo de poder, composto de práticas e discursos, contribui para a operacionalização do Programa de Saúde da Família, repetindo propostas e ações marcadas pela biopolítica. O investimento da gestão da Secretaria do Estado de Minas Gerais, com o intuito de aperfeiçoar o trabalho na atenção primária à saúde através do Programa de Educação Permanente, é dirigido apenas aos profissionais médicos/as, não havendo, assim, um intercâmbio de conhecimento com os outros profissionais que atuam também no PSF. Em Juiz de Fora, o PEP também é aplicado a enfermeiros/as e auxiliares de enfermagem, entretanto não existe um horário protegido para a troca de conhecimentos e discussões entre os profissionais a fim de se construir e se aprimorarem os processos de trabalho em equipe.

De ações que existem em Juiz de Fora relacionadas à Educação Permanente em Saúde temos o . . . PEP, que é para médicos e enfermeiros na prefeitura, que é a educação permanente deles de 15 em 15 dias. Que eu sei é esse, do trabalho da prefeitura. Acontece tudo separadinho, enfermeiro, médico,

técnico. Tudo separado. Para um trabalho que ta consolidado o trabalho em equipe né? . . . Não se vê consequências do PEP na prática dos serviços.

A fim de problematizarmos essa prática, apoiamo-nos em Ribeiro et al. (2004), que nos ajudam a pensar no trabalho em equipe. De forma integrada, o trabalho em equipe significa relacionar processos de atuação e construir consensos quanto aos objetivos do conjunto de profissionais e sobre como atingi-los. É necessário propor formas de organização do trabalho que interfiram na qualidade da assistência e considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar que possibilite a satisfação pessoal e a integração do profissional.

Na proposta do PEP, existe a intencionalidade de melhorar a autoestima do médico, aumentando a resolubilidade das equipes de ESF e promovendo a integração do profissional, entre outras mais. O PEP, além de ser um programa verticalizado, ou seja, uma proposta do estado, tem como direcionamento o investimento no médico, e não na equipe interdisciplinar. Segundo Sdaudt (2008), a interdisciplinaridade acontece na comunicação das ideias e integração de conceitos entre duas ou mais disciplinas, promovendo a troca de diferentes saberes que podem gerar uma nova configuração. Uma relação interdisciplinar requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma mesma equipe. No entanto, a autora ainda aponta desafios presentes no cotidiano dos serviços de saúde, relacionados à dificuldade de a equipe efetuar relações de efetivas de equipe.

Nesse sentido, verificamos que a proposta estadual nomeada como educação permanente já traz características de fragmentação, e a equipe reproduz essa lógica nos processos de trabalho. O relato de alguns interlocutores da pesquisa diz de uma dificuldade dos profissionais integrantes da equipe se verem de forma interdisciplinar, não conseguindo articular os processos de trabalho de forma a se enxergarem como partes importantes e complementares dentro da equipe.

O que esse pessoal aprende no PEP que não traz nada pra cá? Muitas médicas que vão para o PEP voltam achando um absurdo . . . as agendas serem coletivas. Querem a agenda na sala deles igual consultório particular. Eu acho que teve um aumento que essa coisa da interdisciplinaridade, as pessoas andaram abrindo as cercas e hoje eu acho que as pessoas estão fechando as cercas, principalmente entre o médico e o enfermeiro. . . . É uma guerra, porque as atribuições são muito próximas.

Como a equipe não se enxerga de forma coesa no processo de educação permanente proposta pelo PEP, não é possível uma reflexão para a construção de um trabalho interdisciplinar, conseqüentemente, existe menos envolvimento dos profissionais no programa. Constatamos, assim, uma falha na reciprocidade entre os profissionais de saúde, principalmente no que diz respeito aos médicos. Segundo Pereira e Almeida (2005), esse fato se dá pela tendência crescente, no mundo dominado pela economia, à medicalização e compartimentação dos corpos e dos saberes da medicina, com o intuito de obter uma produção rápida e eficiente, mantendo os corpos fragmentados, mas produtivos e disciplinados. Esses corpos disciplinados produzem saberes que ajudam a legitimar a medicalização, ajudando a naturalizar normas médicas de disciplina e higiene atravessadas pelo biopoder. Essa lógica permite que os médicos ocupem um lugar de poder nas relações de saúde.

No relato abaixo, observa-se que os médicos participantes do programa não se comprometem com a proposta, apontando para um problema quando afirmam que o programa e os profissionais responsáveis por este estão descolados da realidade vivenciada.

Foi feito um documento, uma pesquisa, sem identificação, para todos os profissionais da rede, médicos, perguntando se eles participavam ou não e se não, por que. . . . Vieram respostas mais estranhas possíveis. Que era uma perda de tempo, que não discutiam nada, que os profissionais, coordenadores de GAP, eram completamente descolados da realidade, que eles não sabiam do que estavam falando, uma série de coisas.

Ainda apoiadas nas discussões de Pereira & Almeida (2005), podemos dizer que a constatação sobre a prática da política de educação permanente proposta pelo PEP descolada da realidade vivenciada pelos profissionais médicos está relacionada a um modelo hegemônico do discurso científico, que se encontra presente na indução do modelo de saúde e da educação permanente dos profissionais. Essas práticas, quando reproduzem os discursos científicos, ficam voltadas apenas para a reprodução de tratamentos rápidos, individuais e eficazes e realmente acabam ficando distantes da realidade.

Os processos pedagógicos da educação permanente vividos na realidade do município trazem nitidamente uma contradição entre o pensar e o fazer. Nesse sentido, a afirmativa de Rezende (1986, p. 153) contribui para a reflexão ao apontar que, “imobilizado o pensar, na

falta de retroalimentação pela realidade do meio, está mais próximo do verbalismo que da teorização. Em contrapartida, a prática, pouco crítica e aliada do pensar, tem se transformado num ativismo não reflexivo”. Dessa forma, o que assistimos no contexto da educação permanente relatado é um fazer não reflexivo.

Os interlocutores participantes da pesquisa que atuam diretamente nos serviços também marcam que existe uma dificuldade nos processos de trabalho em saúde. É importante pensar que a forma como tem sido articulada a chamada educação permanente, focada em treinamentos e não abrindo espaços para o diálogo entre integrantes da equipe, não valoriza a prática da comunicação onde exista um agir comunicativo conforme discutido por Ribeiro et al. (2004) e Peduzzi (2001).

Para Ribeiro et al. (2004), a integração dos saberes e dos agentes ocorrem, basicamente, através da linguagem. Assim, a comunicação entre os profissionais é resultado de uma relação entre trabalho e interação. Segundo Peduzzi (2001), essa interação pode ocorrer de três maneiras: comunicação externa ao trabalho, comunicação de caráter pessoal e comunicação como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe.

A primeira forma acontece apenas como instrumentalização da técnica, onde a comunicação é restrita. Há uma tensão entre o comunicativo e o instrumental, não havendo agir-comunicativo. A segunda forma é caracterizada pelos agentes que dão destaque às relações pessoais baseadas na amizade e operam sobre as dimensões pessoal e tecnológica, havendo sobreposição entre o agente técnico e o trabalho, diminuindo a interação e a noção de equipe. Nesse caso, também não existe agir-comunicativo, embora haja uma forma de comunicação. Na terceira forma, os agentes destacam como característica do trabalho em equipe a elaboração de um projeto assistencial comum, uma perspectiva do agir-comunicativo no interior da técnica que também gera tensões. A prática da comunicação tem a finalidade de interagir e construir consensos. Só será um agir comunicativo e técnico aquele em que o fim é alcançado com participação e intervenção (Peduzzi, 2001).

Nesse sentido, Peduzzi (2001) nos chama a atenção para a necessidade de uma prática na qual exista realmente uma comunicação e integração de saberes. Na política de educação permanente, os trabalhadores da saúde são colocados como autônomos para problematizar seu processo de trabalho, sendo responsabilidade deles mesmos dialogar com os integrantes da equipe, a fim de desenvolverem um trabalho interdisciplinar. Porém, o que verificamos em essência é que esses trabalhadores são objetos de governo e acabam reproduzindo o que é

ditado por ele, ou seja, por mais que reconheçam problemas no desenvolvimento da educação permanente e na relação entre a equipe, eles não conseguem problematizar sua prática a ponto de desmascarar verdades que ditam os jogos de poder dos processos de governamentalidade da educação permanente.

Weber (2011), Ferreira Neto & Kind (2011), a partir do referencial teórico foucauldiano, fazem uma análise similar do programa de saúde da família e da proposta de promoção da saúde, cenários das práticas de educação permanente. De acordo com os autores, o processo de produção do indivíduo, foco das intervenções do PSF, é formado por um conjunto de práticas pedagógicas, que o conduzem por um saber naturalizado, que acaba por subjetivá-lo pelos seus efeitos, convocando-o para a gestão dos cuidados em saúde. Esse processo de controle reproduz um sujeito que assume o cuidado de si e da sua saúde. O sujeito autônomo de si também está presente no discurso da PNEPS, no momento em que é colocada uma autonomia para os profissionais de saúde a fim de que eles discutam sua prática, porém eles também estão imersos em um conjunto de práticas pedagógicas que limitam as reflexões e não potencializam o processo de educação permanente. Essa questão fica marcada nos depoimentos que relatam sobre a falta de comprometimento dos profissionais em se implicarem no processo de educação permanente, ou mesmo na construção de um trabalho interdisciplinar, conforme relatado na fala a seguir:

Porque, no processo, ou você tem uma equipe e tudo gira em torno da equipe, e você me ajuda e eu te respeito e quando você precisar de ajuda eu também vou estar ali, e a gente trabalha junto, em união, ou então cada um trabalha no seu quadrado, e isso acaba acontecendo em muitas equipes.

...

O fato de fazer educação permanente mudou a prática dos profissionais? E praticamente todo mundo disse que não.

A educação permanente em saúde produzida a partir de práticas pedagógicas com reflexões limitadas não é representativa enquanto prática real de educação permanente e, como mostra o relato, não gera uma mudança nas práticas dos profissionais e nem uma construção de um trabalho interdisciplinar a partir da reflexão do cotidiano. Nesse sentido, Rizotti (1991) assevera que a interdisciplinaridade é mais que comunicação, podendo ser identificada quando a comunicação ou diálogo entre saberes e práticas gera uma integração, constituindo saberes e práticas que busquem a resolução de um problema concreto. A afirmativa de Rizotti (1991) aponta para a construção de um trabalho interdisciplinar a partir

da integração entre saberes e práticas, na qual os envolvidos possam se enxergar como parte do processo. No entanto, nos deparamos com uma lógica de um projeto de organização pública pautado em práticas que fortalecem o controle dos técnicos especialistas, com práticas hierárquicas e autoritárias, não havendo a troca de saberes. As reflexões de Ferreira Neto e Kind (2011) corroboram essa proposição ao discutir sobre os elementos da medicalização da sociedade. Nas palavras dos autores:

. . . enquanto medicalização traz consigo uma ação hierárquica, criando práticas de atenção autoritárias junto aos pacientes e de submetimento junto a outras categorias profissionais, também se torna um elemento contrário a um projeto inventivo, democrático e humanizado de gestão e atuação em saúde. (Ferreira Neto & Kind, 2011, p. 156)

Dessa forma, concordamos que a potencialidade da educação permanente como espaço de trocas e saberes na construção de uma prática comum só poderá se dar dessa maneira, quando essa prática normatizada, que visa à reprodução de verdades legitimadas como o saber das especialidades, for realmente problematizada. Porém, no contexto da saúde pública no município pesquisado, o que vemos é que a educação permanente reproduz essa lógica hierarquizada ao produzir ações de forma fragmentada. A exemplo do PEP, que não proporciona uma prática de educação permanente interdisciplinar ao colocar como foco das ações os treinamentos em procedimentos. O relato abaixo ilustra tal situação:

Agora vamos ter treinamento, vocês vão fazer um procedimento. Está se treinando em procedimentos, mas está se esquecendo de ser profissional médico, enfermeiro, que seja. Nenhuma hora eu vejo discutindo, por exemplo, conflitos das equipes.

Existe, no relato dos interlocutores da pesquisa, que vivenciam as práticas do cotidiano de saúde do município, um incômodo proporcionado pelos treinamentos e uma preocupação em se discutir realmente o desenvolvimento do trabalho em equipe a fim de se construir uma prática mais integrada. No entanto, quando são reproduzidos apenas procedimentos, os profissionais se veem novamente imersos em práticas hierarquizadas. Essas práticas hierarquizadas, que mantêm a precarização das relações de trabalho, são reflexo de uma fragilidade operacional de uma rede de ações e serviços de saúde, também hierarquizada e estratificada em níveis de complexidade, que acabam por comprometer a integralidade e a resolutividade da assistência realizada (Weber, 2011). De acordo com Weber (2011), a

maneira como esses problemas são tratados pelos responsáveis pela gestão imprime uma tendência à manutenção dessas formas de utilização das forças de trabalho. Nesse sentido, o que podemos perceber no contexto de saúde do município pesquisado é que existe a tendência em se manterem ações reprodutoras de práticas normatizadas que reproduz verdades legitimadas pelo saber médico. Essa afirmativa pode ser contemplada pelo relato a seguir:

Eu escutei isso, porque eu (médico) treino para o técnico virar quase um enfermeiro. Eu treino um enfermeiro pra virar quase um médico. Então é o médico que é o grande treinador, é o grande capacitador das pessoas.

O que se observa, na prática, é uma organização de processos de trabalho pautada em um fazer pouco articulado e pouco flexível. De maneira geral, os interlocutores da pesquisa trouxeram dificuldades em relação ao processo de trabalho em equipe, como também nos processos educativos que se propõem a discutir tal trabalho. A figura do médico, muitas vezes, é colocada como ponto central, como “o grande capacitador”, e o restante da equipe deve se articular em volta do mesmo.

A prática relatada vai de encontro ao que Souza & Mourão (2002) discutem sobre o trabalho em equipe. Para os autores, o objetivo do trabalho em equipe deve sustentar a totalidade de uma prática, possibilitando um intercâmbio teórico acerca das demandas e necessidades dos usuários, bem como trocas sobre os encaminhamentos e procedimentos adotados. Tal trabalho deve seguir os princípios de interação entre profissões buscando sempre deixar claro que o trabalho em equipe é uma ação na qual se compartilham conhecimentos específicos de cada área. A construção de um trabalho em equipe no qual é fundamental a troca de saberes é defendida também por Campos (1997), cujas teorias apontam que, em um trabalho de equipe interdisciplinar, deve haver coesão entre os profissionais buscando alcançar objetivos comuns e horizontalidade nas relações.

Dessa forma, compartilhamos da reflexão de Almeida & Mishima (2001), que, ao discutirem o trabalho em equipe na atenção à saúde da família, afirmam a importância de se rever o papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde. Os autores compreendem que o PSF pode ir além de um trabalho técnico hierarquizado, voltando-se para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. No entanto, acreditamos que, para que esse trabalho aconteça conforme proposto pelos autores, é importante que se produzam análises que

problematizem o lugar dessas dificuldades nas práticas do trabalho em equipe a partir das estratégias de governamentalidade. As especialidades, em seus vários campos de saber-poder, foram utilizadas ao longo do tempo como ferramentas do biopoder para o governo dos sujeitos. Será possível, então, que essas disciplinas podem questionar seu lugar dentro das estratégias de governo?

Para refletirmos sobre essa questão, podemos fazer uma relação com o lugar da doença na nossa sociedade e a forma como foram se dando, principalmente, as intervenções médicas ao longo do tempo. Para Foucault, a medicina está enraizada profundamente nas estruturas sociais. Foucault (1998) discute que o sofrimento humano, ao longo do poder disciplinar, foi se caracterizando como doença passível de intervenção médica.

No século XVIII, o corpo era origem e repartição da doença e podia ser gerido eficazmente. No século XIX, uma ruptura do saber médico contribuiu para que o sujeito deixasse de ocupar esse lugar de sujeito para ocupar o lugar de paciente. Foucault (1998) afirma que o avanço do conhecimento médico-científico e o surgimento de novas técnicas, trazendo um olhar mais mecanicista, foram desvinculando o sujeito de seu sofrimento na medida em que seus modos de vida atrapalhavam a identificação da doença.

Nessa nova racionalidade, o olhar clínico foi dirigido para o corpo, representado como lugar da doença. Houve um quase silenciamento do paciente que, em vão, tentava falar de seu sofrimento e daquilo que imaginava ser o seu mal. A doença foi retirada de sua metafísica da maldade, da qual tinha sido parte durante séculos e passou a ocupar um estado corporal que permitiu sua leitura pela ciência. . . . Os sintomas assumiram os significados de determinantes naturais das doenças, deixando de lado a articulação entre o sujeito e o sofrimento. (Brant & Gomez, 2004, p. 217)

Quando o sujeito deixa de ocupar esse lugar e passa a ocupar o lugar de paciente, ele passa a ser passivo e perde o domínio sobre o próprio corpo. A medicina, então, assume um lugar de poder designado pelo saber técnico-científico e passa a agir de forma ativa no paciente passivo, a partir de estratégias de biopoder. Esses traços históricos marcam ainda as práticas de saúde, construídas de forma que a figura do médico pode decidir sobre a vida do paciente.

Mattos (2006) defende que:

Uma das consequências dessas contribuições para a versão brasileira da medicina integral é que a atitude fragmentária e reducionista pareceu a

muitos, ser decorrente da própria racionalidade médica, e do projeto de cientificidade dos médicos, tipicamente moderno. Ou seja, para produzir-se uma postura integral, seria necessário superar alguns limites dessa medicina anátomo-patológica e, portanto, dessa racionalidade médica, que, diga-se de passagem, não se produz, mas que se reproduz na escola médica. (Mattos, 2006, s.p.)

O médico ainda ocupa esse lugar investido de saber/poder na sociedade, e a população usuária dos serviços de saúde também demanda do médico esse lugar. Dessa forma, pode-se dizer que essa situação é retroalimentada e, por isso, a importância de se problematizar essa verdade, que vem sendo reproduzida ao longo do tempo, junto com a equipe interdisciplinar, na tentativa de mostrar possibilidades de desconstrução das posições estabelecidas.

Essa problematização também se faz importante diante da realidade vivenciada, relatada durante a pesquisa, visto ainda ser um incômodo e uma dificuldade para os profissionais atuantes nos serviços de saúde lidar com as questões relacionadas com os processos de trabalho em equipe e o lugar de centralização da medicina demandado pela população usuária. O relato abaixo ilustra o que queremos dizer:

... quem está no nível de gestão é atropelado pelas questões do cotidiano. E quais são as questões do cotidiano? É atendimento, nós ainda temos um modelo biológico, onde o principal foco de atuação tem de ser o atendimento, é médico e o atendimento biomédico. Então, aí o que vai acontecer, essas pessoas nunca podem estar saindo, deixando de atender para estar se capacitando. Então uma vez ou outra eles participam de congresso, que são de atualização e não são de educação permanente.

Essa é uma questão não só apontada pelos profissionais de saúde que estão na ponta, mas também pelo nível da gestão, sendo que tanto esta quanto aqueles se deixam ser guiados por um jogo fundamental de interesses, no qual o saber biomédico ocupa o lugar de verdade legitimado pela demanda da população.

4.1.2 Pró-Saúde e PET-Saúde

Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, ficou definida como sua incumbência, entre outras coisas, a articulação entre o Ministério da Saúde e o da Educação e Cultura, a fim de criarem projetos em parceria para a

formação profissional para o SUS, pois, de acordo com o diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde, constatou-se que a formação dos profissionais de saúde estava distante da prática vivenciada pelos serviços de saúde propostas pelo SUS, não apresentando um debate crítico sobre o cuidado em saúde. A partir dessa parceria, foi criado o Pró-Saúde e, posteriormente, o PET-Saúde.

O Pró-Saúde, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, criado em novembro de 2005 por meio da Portaria Interministerial n.º 2.101, tem como objetivo “a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população” (Brasil, 2013, *online*). O Pró-Saúde, ao articular ações de ensino e serviço, ajuda também a estimular os cursos da área da saúde a se adequarem às novas Diretrizes Curriculares Nacionais propostas pela nova Lei de Diretrizes Básicas – LDB (1996) e pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Ferreira Neto e Kind, 2011).

Nesse contexto de articulações entre ensino e serviço, pode-se dizer que a educação age como ferramenta de gestão e tem grande potencial para transformar as práticas de atenção em saúde. O investimento na criação de novos programas de integração ensino-serviço repercute no surgimento de novos perfis profissionais mais preparados e que estejam atentos para lidar com as reais necessidades da população (Haddad et al., 2009).

O programa (Brasil, 2013, *online*) apresenta três eixos de transformação. O primeiro seria a orientação teórica que visa a “priorizar os determinantes de saúde biológicos e sociais da doença, uma pesquisa clínica-epidemiológica baseada em evidências para uma avaliação crítica do processo de atenção básica, orientação sobre melhores práticas gerenciais que facilitem o relacionamento, e atenção especial à educação permanente, não restrita à pós-graduação especializada”. O segundo eixo se refere aos cenários de prática, objetivando “a utilização de processos de aprendizado ativo (nos moldes da educação de adultos); aprender fazendo e com sentido crítico na análise da prática clínica; o eixo do aprendizado deve ser a própria atividade dos serviços; ênfase no aprendizado baseado na solução de problemas, e avaliação formativa e somativa”. Já o terceiro eixo se refere à orientação pedagógica, objetivando “a diversificação, incluindo vários ambientes e níveis de atenção; maior ênfase no nível básico com possibilidade de referência e contra referência; importância da excelência técnica e relevância social; ampla cobertura da patologia prevalente; interação com a comunidade e alunos, assumindo responsabilidade crescente mediante a evolução do

aprendizado, e importância do trabalho conjunto das equipes multiprofissionais” (Brasil, 2003).

Já o PET-Saúde, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, é, atualmente, uma das estratégias do Pró-Saúde, voltada para o fortalecimento de áreas estratégicas do SUS, de acordo com seus princípios e necessidades. O programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, tendo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade (Brasil, 2013). Segundo Haddad et al. (2009), os resultados esperados a partir do desenvolvimento do PET-Saúde incluem o fortalecimento do Programa Saúde da Família, o desenvolvimento de pesquisas que estejam consoantes com as estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, a criação de novas práticas e experiências pedagógicas que contribuam com a reorientação profissional.

As novas propostas relacionadas à política de educação permanente em saúde, voltadas para a formação dos recursos humanos do SUS, representam um grande avanço, mas ainda precisam superar alguns desafios. As necessidades e demandas de saúde se transformam rapidamente, e é necessário que o serviço e o ensino estejam em sintonia e mais bem preparados para identificar e trabalhar de modo a acompanhar essas transformações. Todavia ainda existem dificuldades na academia, principalmente relacionadas ao desafio de encontrar professores para o novo enfoque de ensino-aprendizagem, e há também a resistência dos alunos. Nos serviços, é comum a resistência dos profissionais, que não estão habituados com atividades ligadas à formação na sua agenda de trabalho, bem como se sentem ameaçados com a possibilidade de serem identificadas as fragilidades do serviço. Também são comuns problemas relacionados à estrutura física das unidades e resistência da população. As dificuldades sugerem a necessidade de encontro dos diferentes atores envolvidos no processo para o desenvolvimento de um trabalho a partir da construção coletiva (Cavalheiro e Guimarães, 2011).

De acordo com Ferreira Neto e Kind (2011, p. 155), o Pró-Saúde vem confirmar que a realidade social e epidemiológica da população é pouco ou nada evidenciada na orientação predominante na formação, com modelos curriculares fragmentados, não inseridos nos serviços públicos de saúde. As instituições formadoras na graduação pouco exploram a abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais, o que acaba sendo reproduzido nas equipes de saúde com ações isoladas, fragmentadas e sobrepostas de cada profissional. Contudo, “ao acenar para a educação permanente de modo articulado com as

necessidades assistenciais, o Programa revela defasagens também presentes nos processos formativos para trabalhadores do SUS”.

Na experiência do programa em Juiz de Fora, também se evidencia o propugnado pelos autores. Alguns relatos, como o exemplificado abaixo, explicitam uma formação que não prepara os profissionais para o desenvolvimento de um trabalho que vai ao encontro das reais necessidades de saúde vivenciadas no serviço público, principalmente no que se refere à importância do desenvolvimento da educação permanente em saúde como prática cotidiana de suas ações, um dos eixos dos programas discutidos:

. . . acredito que são poucas as faculdades e, vou dizer, até as universidades que trabalham isso com os seus, com os seus alunos, os seus estudantes, referentes essa, essa função, essa competência que cada estudante tem que sair, o futuro profissional, de estar fazendo a educação permanente.

Além disso, os relatos trazem que, mesmo com a existência do Pró-Saúde e Pet-Saúde em Juiz de Fora, há um afastamento entre as instituições formadoras e os serviços, denunciando desafios na prática dos programas no município, principalmente no que se refere às dificuldades de integração entre ensino e serviço entre universidade, responsável pelo processo de ensino, e unidades de atenção primária à saúde, que, em Juiz de Fora, recebiam os estudantes vinculados ao Pró-Saúde e Pet-Saúde.

A Universidade já esteve mais presente, a gente já teve uma pesquisa com quais temas que a gente gostaria de discutir, que foi o Pró-Saúde. Mas tem bastante tempo que não temos mais a discussão.

Os programas foram, de maneira geral, pouco citados nas entrevistas e, quando referendados, tinham a conotação de programas que existiam e que há tempos não desenvolvem mais ações. Nesse momento, podemos perceber que existe um entrave para a execução da proposta do programa no município muito relacionada à integração ensino-serviço. Esse entrave está marcado pelos poucos relatos dos interlocutores da pesquisa sobre os programas e também pelo que trazem esses relatos, com informações de programas que já foram mais intensos, como verificamos no exemplo a seguir:

Pet-Saúde a gente tinha ele aqui em Juiz de Fora também. . . . No Pet, . . . os alunos vinham à unidade trabalhar com a gente mais próximo da realidade e tudo. Agora o Pro-Saúde teve uma época que ele esteve mais

intenso. Ultimamente, eu pelo menos não tenho participado de capacitação nem de educação permanente nenhuma no Pró-saúde.

Nesse sentido, cabe a nós pensar sobre os motivos que podem ter levado a entaves na execução dos programas no município de Juiz de Fora. Ferreira Neto e Kind (2011), ao refletirem sobre a prática do Pró-Saúde, percebem que os objetivos acabam reiterando certa utopia presente nos discursos que fazem ecoar desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o texto constitucional e os vários documentos governamentais relacionados ao tema da formação em saúde. No caso do Pró-Saúde, são destacados, em seus eixos e respectivos vetores, desafios a serem permanentemente enfrentados no cotidiano da formação em saúde, como a interação ensino-serviço e a interdisciplinaridade.

A questão da interação ensino-serviço, gestada desde as primeiras iniciativas de expansão de cobertura, . . . , ganha novo fôlego, não apenas pela atualização das bandeiras utópicas favoráveis a formação profissional, mas também com incentivos financeiros advindos do Pró-Saúde e do Pet-Saúde. Apesar disso, nossa experiência no Pró-Saúde tem mostrado que a aproximação entre IES e os serviços é atravessada por relações de poder, trazendo à tona tensões crônicas vivenciadas nos estágios profissionais em cursos com inserção estabelecida. Alguns pontos que atravessam esse encontro entre diferentes lógicas institucionais podem provocar tanto estranhamentos como entendimentos produtivos. (Ferreira Neto e Kind, 2011, p. 154)

Como asseveram os autores citados, desde o início das discussões do programa, já foram colocados como desafios a serem enfrentados a interação ensino-serviço e a interdisciplinaridade. No que se refere à interação ensino-serviço, citada nos relatos dos interlocutores da pesquisa, também assistimos a um contexto em que estão presentes as relações de poder, trazidas por Ferreira Neto e Kind (2011), que ficam ainda mais acirradas pelas disputas pelos recursos financeiros. Os relatos mostram que a participação nos editais para a execução do programa pelas instituições de ensino no município está diretamente vinculada ao interesse por esses recursos, o que possibilita que a instituição formadora desenvolva determinados projetos apenas para se encaixar no edital, sem uma preocupação com as reais necessidades de saúde e educação permanentes no município. Esse fato fica evidenciado na fala de uma das pessoas interlocutoras da pesquisa:

Eu não vejo com bons olhos, por exemplo, que ações, por exemplo, do próprio PET, que tem uma ligação muito grande com a educação permanente em saúde, que haja um edital do ministério da saúde, abrindo

recursos para ações de A ou B, e essa ou aquela universidade, essa ou aquela faculdade, essa ou aquela instituição formadora, se abone desse processo, desenvolva um projeto qualquer e aí, a partir desse projeto, encaixe, por determinação do próprio edital, é, atores, por exemplo, desse ou daquele município, e a partir disso chame isso de um projeto onde a educação permanente esteja envolvida.

Nesse relato, o interlocutor questiona a capacidade de educação permanente de um projeto construído sem uma articulação com a realidade das necessidades de formação em saúde do município. Um questionamento pertinente, visto que, quando as instituições de ensino do município propõem tais projetos, como evidenciados no relato, elas não se mostram interessadas nas potencialidades do Pró-Saúde e PET-Saúde, principalmente no que diz respeito à construção de rearranjos nos processos de trabalho e de ensino com foco em uma prática reflexiva e democrática.

Ferreira Neto e Kind (2011) explanam que o Pró-Saúde tem a potencialidade de fazer com que os cursos de graduação possam identificar pontos endurecidos, estratégias de ensino pautadas na reprodução do conhecimento e a centralidade de modelos de atuação inspirados em práticas privadas. No entanto, diante das propostas apresentadas pelas instituições formadoras do município, ficam extinguidas as possibilidades de exercícios de reflexão que possam questionar estes pontos endurecidos da formação.

Nesse sentido, podemos refletir que, no município, campo da pesquisa, ao mesmo tempo em que estão presentes os programas de indução de educação permanente propostos pelo Ministério da Saúde, com discursos voltados para uma prática reflexiva entre ensino e serviço como o Pró-Saúde e o Pet-Saúde, está presente também a repetição de uma prática de educação permanente em saúde pouco problematizadora, como já vem sendo discutida nesta análise. Dessa maneira, ficam evidentes ações no campo da educação permanente em saúde predominantemente marcadas pelos jogos de poder e interesses que ditam a forma como serão executadas as políticas, garantindo efeitos de sujeição.

4.1.3 Canal Minas Saúde

O Canal Minas Saúde de Televisão, Rádio, Web e Educação a Distância, de acordo com as informações disponibilizadas na página do programa da internet, é uma rede estratégica multimídia para o desenvolvimento do programa de educação permanente a

distância da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) em parceria com a Fundação Renato Azeredo (Framinas). Desenvolve cursos de capacitação à distância para gestores e profissionais da saúde, com o intuito de fortalecer, por meio de ações de promoção da saúde, o Sistema Único de Saúde.

Ainda segundo as informações do site do programa, o programa estadual tem como objetivos desenvolver a Educação Permanente a distância; difundir informações, visando ao exercício do controle social no SUS; favorecer a visibilidade do SUS junto à população; difundir programas e vídeos educativos no sentido de fomentar a promoção à saúde e a prevenção das doenças pelos cidadãos; e colocar à disposição dos usuários e dos profissionais do SUS, por meio de rádio, web e televisão, informações, notícias, entrevistas e vídeos educativos.

A proposta do programa dispõe de algumas questões que nos chamam a atenção. Como descrito, o programa tem como um dos objetivos desenvolver a educação permanente através do desenvolvimento de “cursos de capacitação à distância”. No entanto, já é sabido que, para haver, de fato, uma prática de educação permanente, é necessário que se disponibilizem momentos de reflexão e discussão entre os envolvidos no processo sobre o conteúdo trabalhado e práticas vivenciadas no cotidiano. Como propõem Merhy, Feuerwerker & Ceccim (2006), as práticas de educação permanente são definidas por múltiplos fatores, dentre eles conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc. É importante que haja uma aprendizagem significativa, na qual sejam produzidos elementos que façam sentido para os atores envolvidos, possibilitando a criação de novos sentidos no interior das relações e nas ações práticas do trabalho. Nesse sentido, a partir da proposta do programa estadual, é importante questionarmos: até que ponto a transferência do conhecimento à distância tem sido significativa para fomentar discussões relevantes ao processo de trabalho dos profissionais de saúde de Juiz de Fora?

O município de Juiz de Fora está inserido no programa estadual, e os profissionais das unidades de atenção primária à saúde têm acesso ao conteúdo do Canal Minas Saúde. Sua organização no município prevê o fechamento das unidades de atenção primária à saúde todas as quintas-feiras, a partir de 15h, para que os profissionais possam assistir aos conteúdos propostos e discuti-los, de forma a realizar um processo de educação permanente em saúde.

O programa foi citado de duas maneiras diferentes pelos interlocutores da pesquisa que ocupam uma posição na gestão e nos serviços de saúde: como uma das grandes ações

vinculadas a educação permanente em saúde no município, e como uma forma de educação continuada que auxilia no processo de educação permanente.

. . . a educação permanente em saúde também acontece nos postos . . . para equipe de saúde da família. É... através do Canal Minas Saúde, é com tutor. Existe, é como se fossem vídeos conferências, aí todos participam, desde o agente ao médico do posto. Então ali são discutidas demandas que, do problema, dos problemas encontrados pra cada profissional , e eles vão trocando.

. . .

A proposta do Canal Minas Saúde não é Educação Permanente, . . . porque, ali, a Educação Permanente, a gente tira o problema do cotidiano né, é o problema do trabalho. O Canal Minas Saúde, ele tem o conceito, sabe, ele tem a linha de cuidado, ele tem vários cursos que a pessoa que trabalha na ponta tem que ter o interesse em aprender porque faz parte, de além de ele ter essa visão, ele tem que estar se capacitando sempre.

Nos relatos, podemos perceber posicionamentos diferentes, relacionados, primeiro, a um programa propositivo que evoca, verdadeiramente, ações de educação permanente entre os profissionais de saúde do município e, segundo, posicionamentos que dizem de não efetivação de um processo de educação permanente, mas sim de uma educação continuada. Tal questão não está ligada à concepção de educação permanente ou educação continuada, mas sim à forma de execução dessas propostas a partir do programa estadual.

Nesse sentido, a partir das colocações de Marques & Tavares Junior (2010), podemos perceber que, já na proposta idealizada pelo Canal Minas Saúde, está presente, como uma das questões essenciais, o repasse de conhecimento para os profissionais a fim capacitá-los para que possam trabalhar a partir do que está estabelecido em protocolos, igualando as informações repassadas a todos. Essa proposta se reflete na não efetivação do processo de educação permanente apontada pelos interlocutores da pesquisa.

O programa, ao visar apenas ao repasse de informações aos profissionais, direciona suas ações para a mudança de comportamento deles, sem abrir espaço para que as questões subjetivas e específicas das equipes possam aparecer. Estas características também estão presentes na atuação profissional ligada ao modelo sanitarista brasileiro prescritivo que visa o controle de doenças a partir da intervenção no comportamento da população (Jesus et al., 2008).

Ao analisarmos a proposta do Canal Minas Saúde, vemos, mais uma vez, a presença de um programa com caráter verticalizado e programático, no qual suas principais demandas não surgem das necessidades reais do dia a dia das equipes de saúde do município. Nesse

sentido, Ribeiro & Mota (1996) contribuem com a nossa reflexão ao apontar que os processos de formação e capacitação nos serviços de saúde excluem os próprios sujeitos agentes das práticas da possibilidade de reconstrução do seu trabalho, ao insistir, de forma predominante, na proposição de capacitação de “cabeças gerenciais” por tradição a modelos de administração verticalizados, sem considerar maneiras de incluir os trabalhadores dos serviços na transformação dos processos de trabalho. A constatação dos autores fica evidente no programa executado no município, em que suas práticas colocam os profissionais de saúde como meros expectadores de informações técnicas, sem o fomento de discussões que explanem sobre as reais necessidades de saúde do cotidiano dos serviços.

Dessa maneira, muitas vezes, não se enxerga no programa uma proposta real de educação permanente em saúde, trazendo como consequência o pouco comprometimento dos profissionais. Como fica evidente no relato a seguir, os profissionais dificilmente se comprometem a assistir o programa proposto e, quando assistem, não fazem uma reflexão dos conteúdos abordados.

Nós não discutimos sobre o que é tratado no Canal Minas Saúde, só assistimos.

...

Não sei, me corrija se eu estiver errado e acredito que isso pra mim é educação permanente. Toda quinta-feira, você tem conhecimento que as Unidades de Atenção Primária fecham para o Canal Saúde? ... Qual que é o objetivo desse fechamento da unidade a partir das 15h? Fazer um processo de educação permanente, concorda? Você já experimentou ir em alguma unidade? ... Quinta-feira você foi lá. 'Tava' todo mundo lá? ... Nós chegamos também ao absurdo, e isso é público e notório, de as pessoas fecharem a unidade e irem embora pra casa às 15h na quinta e ficar uma pessoa lá dentro ... vendendo cosméticos. Isso é Educação Permanente?

Podemos perceber que a execução de um programa, no qual está presente apenas o repasse de conteúdos informativos, não surte efeito de educação permanente em saúde. Ribeiro & Mota (1996) colocam que, na educação permanente em saúde, deve haver uma reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado. Nesse sentido, podemos afirmar que, como a proposta do Canal Minas Saúde não tem instigado a essa reflexão propositada, ele não se tem apresentado como um programa com capacidade de transformações.

Outros pontos devem ser considerados ao analisarmos a maneira que se faz a política no município. O programa emprega mecanismos de controle disciplinar, como uma lista de

presença, sendo colocada como obrigatória aos profissionais a participação, porém, ainda assim, estes não utilizam o tempo e os conteúdos abordados para um momento de educação permanente entre eles. O relato a seguir ilustra tal situação:

Eu, assim, vou te falar a verdade, quinta-feira acabou sendo um dia tão complicado, porque tudo que a secretaria tem ela põe na quinta-feira. Sempre eles 'tão' chamando a gente para outra coisa na quinta-feira, que é o dia de educação permanente de todos. Mas, a gente, quando está na unidade é obrigado a assistir, tem que assinar a lista de presença e tudo.

A partir do relato acima, de uma pessoa interlocutora da pesquisa que ocupa uma posição nos serviços de saúde, podemos perceber uma contradição: ao mesmo tempo em que é colocada a obrigatoriedade de participação dos profissionais de saúde no programa, a gestão municipal sobrecarrega os profissionais com outras atividades no mesmo dia disponibilizado para o Canal Minas Saúde. Esse fato nos aponta a falta de comprometimento também da gestão municipal em relação ao programa. Machado e Wanderley (2012) afirmam que, nos processos de educação permanente em saúde, deve haver espaços de interação e inter-relação entre equipe, gestão e comunidade para a construção de um processo produtivo. Na experiência relatada, verificamos que a gestão desresponsabiliza-se pelos processos de EPS e se coloca na função apenas de controlar a presença ou ausência dos profissionais nas atividades do programa.

Cabe ressaltar que o Canal Minas Saúde, em sua proposta, se destina não só a educar permanentemente os profissionais dos serviços de saúde, mas também a informar a população sobre o SUS, viabilizando o exercício do controle social, bem como a fomentar as discussões no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças. Essas ações não foram relatadas como ações do programa existentes no município de Juiz de Fora.

4.1.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

De acordo com informações no site do Ministério da Saúde, O PMAQ é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, que tem como objetivo melhorar o padrão de qualidade das ações direcionadas à atenção básica a nível nacional, regional e local. O programa também estimula a autoavaliação das equipes de atenção básica,

assegurando um melhor acesso e qualidade dos serviços à população e garantindo um padrão de qualidade de modo a permitir maior transparência e efetividade das ações. Está prevista também a realização de uma avaliação externa do PMAQ em parcerias com as universidades federais (Pereira et al., 2012).

O Programa está organizado em quatro fases que fazem parte de um ciclo contínuo de melhoria de acesso e de qualidade da atenção básica. São eles: a Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização. A primeira fase é a etapa formal de adesão ao programa. São contratualizados compromissos dos gestores locais com o Ministério da Saúde em um processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. A segunda fase é a etapa do desenvolvimento das ações pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, objetivando promover mudanças da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, que terão como consequência a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase está organizada em quatro dimensões – Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional. Já a terceira fase consiste na avaliação externa, na qual serão averiguadas as condições de acesso e qualidade dos municípios e das equipes participantes do programa. A quarta fase está relacionada ao processo de pactuação singular das equipes e dos municípios, com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

Conforme descrito acima, o PMAQ aparece como um programa que, apesar de não ter como objetivo central o desenvolvimento da educação permanente, tem grande potencialidade para o incremento de tal prática, visto que prevê a melhoria na qualidade dos serviços de atenção básica, através de um processo avaliação e reflexão da prática desenvolvida nos contextos de atenção primária à saúde. A partir do relato de umas das pessoas interlocutoras da pesquisa que ocupa uma posição na gestão, é possível perceber certa expectativa de mudança, depositada no programa, refletindo em processos de educação permanente do município a partir da identificação das reais necessidades dos serviços.

... existe uma potência mesmo de você criar dispositivos, tanto é que existe que hoje ainda continua. Por exemplo, igual eu te falei no Plano de Melhoria de Acesso e Qualidade, o PMAQ né, que é o que está acontecendo aí. São as estratégias do ministério pra melhorar no caso a atenção primária, a atenção básica. É, ele tem um componente que é a educação em saúde, que é educação permanente em saúde. Parece que o ministério está

induzindo para que essa política funcione, porque pelo que eu entendo, acredita que é um dispositivo potente de você dinamizar o processo de trabalho chamando quem participa para identificar problemas in loco e ainda a partir daí, assim, você ter processos de capacitação de educação que reflitam mesmo que necessidade é essa de educação no serviço.

Fontenelle (2012) nos ajuda a entender o fato de o programa gerar tamanha expectativa. Segundo o autor, o PMAQ tem como diretriz o estímulo à melhora do processo de trabalho da atenção primária a saúde. Para tal, o Ministério da Saúde criou instrumentos para avaliação que abrange a infraestrutura, a visão dos profissionais e também dos usuários. O direcionamento deste trabalho se apoia em uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde em executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação dos processos, trazendo resultados mensuráveis (Gonçalves et al., 2012), o que nos leva a perceber um direcionamento com parâmetros de uma visão administrativa gerencial.

Nesse sentido, é pertinente que exploremos algumas questões relacionadas ao programa federal. Apoiados na noção foucauldiana de biopoder, ensejamos problematizar a discursividade do PMAQ. Entendemos biopoder como forma de regulação que pode se dar através de várias técnicas com o objetivo de obter a subjugação dos corpos e da vida. Assim, alinhamos nossa visão com a concepção de Pereira e Almeida (2005, p. 93), que entendem que o biopoder, no campo da saúde, “tem a função de manter a capacidade produtiva das pessoas, durante o tempo mais longo possível, a serviço da acumulação capitalista”. Dessa forma, podemos dizer que o PMAQ estabelece a função de manter a capacidade produtiva das pessoas através de uma estratégia que visa a institucionalizar uma cultura de avaliação nos serviços de atenção primária, porta de entrada no sistema, sendo essa avaliação uma maneira de cobrar dos municípios resolutividade das ações. Esta análise fica ainda mais evidenciada pelo fato de a avaliação de políticas e programas ser colocada como essencial para que não haja desperdício de recursos e para que o programa seja implementado de forma mais eficaz (Gonçalves et al., 2012).

As avaliações estão atreladas também ao repasse de recursos financeiros, visto que as equipes que não se adequarem ao programa não recebem os recursos provenientes deste. Diante disso, notamos, de acordo com o relato abaixo, que as equipes aderem ao programa, mas não se veem como personagens ativos nele:

Em relação ao PMAQ, tá sendo o trabalho, tem um ano isso, que tá sendo feito. Só que você tem metas. Mas as metas também são assim, você vai tocando sabe? Tem as reuniões, mas também você chega da reunião, vai pra gaveta aquilo, vai tocando, vai fazendo. Existe uma desorganização.

Diante do relato, vemos que, assim como nos outros programas que vêm sendo discutidos no corpo desta análise, o PMAQ também possui características de um programa verticalizado, induzido pelo Governo federal, que não tem conseguido uma participação ativa e um comprometimento dos atores envolvidos no processo no contexto do município pesquisado. Vemos, mais uma vez, a construção de um trabalho em que não se consegue fazer uma reflexão da prática e das dificuldades do cotidiano para a reorganização do processo de trabalho em que esses atores possam se ver inseridos. O que fica marcado, no relato apresentado acima, é que existe uma desorganização e até mesmo um “desânimo” quando a interlocutora se refere a mais um programa que visa à reorganização dos serviços.

4.2 Processos de governamentalidade relacionadas à gestão da Educação Permanente em Saúde: trajetória das discussões em Juiz de Fora

A trajetória das discussões sobre a educação permanente em saúde em Juiz de Fora foi marcada por diferentes episódios, que refletiram, de certa forma, momentos de calor e esfriamentos das discussões da política em âmbito nacional. A partir do relato dos interlocutores participantes da pesquisa e dos ensaios etnográficos realizados pela pesquisadora, foi possível traçar alguns desses momentos marcantes vividos pela saúde pública no município. Buscamos fazer a descrição e a análise dessa trajetória de educação permanente em saúde de Juiz de Fora utilizando o conceito foucauldiano de governamentalidade, usado para designar as práticas de governo/governamento ou da gestão governamental que “têm na população seu objeto, na economia seu saber mais importante e nos dispositivos de segurança seus mecanismos básicos” (Machado, 2004, p. XXIII). Dessa maneira, torna-se possível discutirmos aqui como a educação permanente em saúde se mostra como uma política de governo utilizada pelo Estado.

As atividades que se referem ao desenvolvimento de recursos humanos em Juiz de Fora já eram discutidas e executadas antes da existência de uma política nacional de educação permanente em saúde, reflexos também das já citadas discussões nas Conferências Nacionais

de Saúde, que apontavam ações para os recursos humanos em saúde. Segundo os relatos da pesquisa, a partir de 1991, era possível identificar propostas de capacitações pontuais de pessoal, principalmente devido ao processo de implantação da estratégia de saúde da família.

No início da década de 1990, o SUS começava a dar seus primeiros passos, e, a partir de reflexos de discussões no contexto mundial e de algumas experiências já vividas no Brasil, principalmente marcadas pelas conquistas da Reforma Sanitária, algumas estratégias ganham notoriedade pelo Ministério da Saúde a fim de aprimorar a atenção à saúde das comunidades. Para tanto, em 1991, foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando a melhorias para a população como a redução da mortalidade infantil e materna. Esse Programa influenciou para que as políticas públicas despertassem para a importância da visão do usuário não como indivíduo isolado, e sim em toda sua rede familiar (Rosa; Labate, 2005).

O Ministério da Saúde, a partir da necessidade notória de se ampliarem as ações providas pelo PACS e para que esses agentes não trabalhassem de forma isolada, implementa o Programa de Saúde da Família (PSF). Publicado em 1994, o PSF é entendido como uma reorientação do modelo assistencial que se operacionaliza mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Weber (2011), ao discutir o Programa de Saúde da Família, faz sua análise considerando-o como um poderoso instrumento de governamento das populações, um instrumento de biopolítica que educa e controla. A lógica dessa nova gestão da população se apoia no discurso da promoção da saúde, visando a ações com menos foco na doença e mais nas capacidades de gerenciar, remodelar e modular as capacidades vitais das pessoas (Ferreira Neto e Kind, 2011).

No contexto de mudanças no cenário da saúde do país, foi importante um investimento na capacitação dos profissionais que não estavam preparados para atuar na nova conjuntura da saúde pública. Era preciso “instrumentalizar” os profissionais de saúde com conhecimento técnico para o exercício do controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas. Esse conhecimento técnico-científico estava pautado na biomedicina sobre os problemas de saúde, que vão sendo colocados como normas de condutas para as pessoas (Stoz, 2007).

Esta situação também era vivenciada em Juiz de Fora. Constatamos que, no município, o desenvolvimento dos recursos humanos esteve muito associado à necessidade de implementação do Programa Saúde da Família, e partia também da gestão o interesse em implementá-lo. O relato a seguir exemplifica esse cenário:

Nós tivemos vários cursos que a secretaria organizou de especialização de saúde da família pros seus profissionais. Então, quer dizer, era interesse do grupo fazer essa educação, esse curso de especialização, mas havia também o interesse da secretaria.

Os recursos humanos de Juiz de Fora também deveriam estar preparados tecnicamente para trabalhar com ferramentas que propiciassem a educação da população pobre, alvo do Programa Saúde da Família. Reis (2009) defende que as práticas educativas com foco na população eram norteadas pela ideia de que as classes populares necessitam de orientação das classes hegemônicas para que possa ser garantida a sua saúde. A autora aponta para o caráter essencialmente regulador em torno da questão da saúde em consonância com os interesses das classes dirigentes do Estado, com o objetivo de controle social.

Nesse caso, é preciso pensar também no papel dos profissionais de saúde como grandes reprodutores dessa lógica do Estado de controle da população. As capacitações dos profissionais sempre estiverem pautadas no conhecimento técnico-científico. Tal conhecimento também serve como instrumento de governo que incide sobre o profissional de saúde para dizer qual prática ele deve executar nos serviços, uma prática em que o profissional de saúde ocupa um lugar de saber que lhe dá direito de dizer o que é certo ou errado para a população. Essa prática acaba não abrindo espaços para que nem o profissional de saúde, nem a população consigam desenvolver uma reflexão crítica. Segundo Batista & Gonçalves (2011), tal reflexão crítica se define a partir dos problemas que acontecem no dia a dia, da organização do trabalho em saúde.

No contexto de Juiz de Fora, o direcionamento das ações vinculadas à capacitação dos recursos humanos do município sempre esteve articulado com o interesse dos gestores e com as formas de governo propostas por um contexto macro das políticas de saúde em âmbito nacional. Na fala de uma pessoa interlocutora que esteve envolvida neste processo histórico, esta questão fica evidente:

. . . o gestor que entra de quatro em quatro anos, ou de ano em ano, quando muda o secretário municipal de saúde, a gente tinha as nossas propostas, o nosso planejamento, as nossas metas de capacitação do pessoal, do desenvolvimento que, naquela época, era da implantação da Saúde da Família. Então nós tínhamos todo um esquema, todo um planejamento de desenvolvimento. Tinha ano que entrava um secretário, apoiava e liberava os profissionais para estarem participando das nossas ações de educação permanente. Tinha ano, mudava o secretário, você tinha que voltar no secretário, explicar tudo de novo pra ele e aí ele dizia, “não”! Nesse

momento, os profissionais, está havendo muita reclamação que os profissionais 'tão' saindo dos seus postos. Aí você tinha de parar com essa, essa capacitação, aí voltava tudo à estaca zero.

No relato, vemos articulados processos de governamentalidade que irão definir o direcionamento político do município ao dizer se é ou não um momento apropriado para fazer a capacitação dos recursos humanos. Será a ordem do discurso em que esse indivíduo, que ocupa lugar na gestão do município, está inserido que vai ditar a direção das ações voltadas para a capacitação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, vemos que os serviços de saúde ainda estão muito submetidos a uma tradição médico-centrada, que priorizam capacitações técnicas e o atendimento do paciente com foco na doença.

Foucault (1993), ao discutir sobre a microfísica do poder, afirma que os jogos de poder e saber produzem verdades que objetivam essencialmente a dominação do homem por meio de práticas políticas e econômicas presentes na sociedade capitalista. Para o autor, existem efeitos de poder próprios do jogo enunciativo. No cenário da execução das políticas de saúde no município de Juiz de Fora, verificamos que existem jogos de poder entre o que é enunciado pelos novos direcionamentos da política pública pelo Ministério da Saúde e o que é demandado pela população no que se refere às suas necessidades de saúde, conforme percebido no fragmento acima.

A partir de 1999, um novo personagem passou a fazer parte do contexto de desenvolvimento dos recursos humanos no município, assumindo também um lugar nas relações de poder dos jogos enunciativos. A Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) passa a sediar no Núcleo de assessoria, treinamentos e estudos em saúde (Nates), o Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Saúde da Família do Sul e Sudeste de Minas Gerais – Polo da UFJF. O Polo tinha como objetivo implantar ações de integração ensino-serviço, com foco na aproximação da formação às necessidades de expansão do Programa Saúde da Família, que estava em processo de constituição como estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde.

O início dessa parceria entre ensino e serviço para a capacitação dos recursos humanos em Juiz de Fora e região, preparando-os para trabalharem com o Programa de Saúde da Família, teve um peso importante nas práticas de capacitação desenvolvidas no município, visto que a UFJF, como detentora do saber científico e ocupando uma posição específica ligada às funções gerais do dispositivo de verdades na sociedade, começa a produzir

enunciados com efeitos de poder que passam a fazer parte dos jogos políticos do município. Começava uma discussão quanto à necessidade maior de integração entre ensino e serviço no cenário da saúde de Juiz de Fora, visto que a formação dos profissionais de saúde estava descontextualizada da prática.

Essa preocupação com os recursos humanos no que se refere a uma maior integração ensino-serviço já vinha acontecendo no contexto nacional a partir do movimento preventista, que define que a formação é parte estratégica para as mudanças nas práticas de saúde (Batista e Gonçalves, 2011). Nesse sentido, houve uma mobilização intensa para capacitação dos profissionais de saúde para trabalharem com a nova estratégia governamental, orientadas pelo do Ministério da Saúde.

O papel significativo da Universidade nesse processo pode ser evidenciada a partir da mobilização de um expressivo número de participantes nas atividades do Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Saúde da Família do Sul e Sudeste de Minas Gerais – Polo da UFJF. A imagem desse contexto mostrava em 2002 um total de 352 municípios compondo o Polo nas regiões Sul e Sudeste de Minas Gerais. 275 municípios contavam com a estratégia de saúde da família, totalizando 628 equipes, com o envolvimento de 7079 profissionais entre agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros (Minas Gerais, 2003). Esse momento foi relatado por um dos interlocutores da pesquisa, sendo considerado de grande efervescência das ações de desenvolvimento de recursos humanos no município, já denominado em alguns momentos por educação permanente.

. . . a gente saiu pelo Brasil afora trabalhando, no introdutório Saúde da Família. . . . Era bem intenso assim, a questão, né, do trabalho educativo lá. É o que a gente fala que é educação permanente.

. . .

A gente tava num momento do Saúde na Família, muitas pessoas precisavam se capacitar, precisavam trocar mesmo né, um pouco do novo que tava acontecendo, o que que tava pra vim, o que que era território, o que que era trabalho de equipe né, como é que a gente ia trabalhar com isso agora. Então acho que que foi o momento de muitas pessoas interessadas.

No relato, percebemos que, apesar de a pessoa interlocutora da pesquisa já ter se referido as atividades do introdutório de Saúde da família como uma prática de educação permanente, ainda não existia a proposta de uma política. É importante frisar que a interlocutora relatou esse momento quando estava sendo questionada pela pesquisadora, no

momento da entrevista, sobre processos de educação permanente, e, nesse instante, ela se remeteu a essa ocasião, como se nas atividades do introdutório de Saúde da Família tivesse sido possível executar ações como propõe o conceito de educação permanente em saúde.

Até este momento, o que existia era uma preocupação com os recursos humanos da saúde, no sentido de adequá-los às necessidades vigentes de um reordenamento das políticas de saúde. A partir de 2004, o tema Educação Permanente em Saúde passa a fazer parte do cotidiano da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental de Juiz de Fora (SSSDA), com o advento da publicação pelo Ministério da Saúde do documento “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e da Portaria GM/MS 198, de 13 de fevereiro de 2004, que formula as diretrizes para “a adoção da educação permanente como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas de controle social no setor saúde”. (Brasil, 2004, p. 6)

O surgimento da educação permanente em saúde como política pública se deu em um contexto em que eram discutidas as dificuldades de se produzirem práticas de saúde apoiadas na integralidade e intersetorialidade. Estes conceitos se relacionam diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde, pois dizem de uma necessidade de articulação de diferentes práticas e diferentes setores da saúde para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população (Mattos, 2006). Tais práticas deveriam estar atentas ao envolvimento mútuo da gestão, do ensino, do controle social e dos profissionais de saúde, no que se refere à construção contínua de saberes e práticas (Ceccim, 2005).

De acordo com Ceccim (2005), a integração entre estes segmentos permitiria valorizar características locais e capacidades instaladas, desenvolvendo as potencialidades de cada realidade, constituindo aprendizagem efetiva e capacidade crítica significativa, produzindo sentidos, autoanálise e autogestão. Partindo da análise de Ceccim (2005), podemos pensar que a dificuldade de produzirmos práticas apoiadas na integralidade e intersetorialidade está localizada nos jogos de poder que envolvem a gestão, o ensino, o controle social e os profissionais, e nos lugares em que esses personagens são convidados a ocupar no jogo político.

Diante desses jogos de poder, nesse momento, vislumbra-se um interesse maior por parte do Estado de usar estratégias de controle não só junto aos profissionais da saúde, mas também junto aos outros atores envolvidos no processo de saúde (instituições formadoras,

gestão e controle social). Assim, a Educação Permanente em Saúde, quando se transforma em uma política pública, passa a ser uma estratégia de governmentação do Estado, que se dirige ao controle e influência das pessoas. Desse modo, é possível fazer uma reflexão apoiada na análise de Weber (2011) sobre o Programa de Saúde da Família:

O programa de saúde da família se efetiva como uma política de governmentação, pois a sua operacionalidade é dada em inúmeras ações ou atos de governo. Trata-se de governar as pessoas e as coisas, não por um Governo que ocupa uma instância central no Estado moderno, mas práticas de governo distribuídas capilarmente pelo tecido social. São múltiplos atores com a possibilidade de governar: o chefe da família alvo, a liderança comunitária em suas relações sociais que se estabelecem no interior da comunidade, pelas práticas dos médicos, agentes comunitários de saúde, enfermeiros e dentistas, que integram as equipes do programa e pelo Estado na regulamentação do programa de saúde, entre inúmeros outros. (Weber, 2011, p. 880)

Podemos dizer que, assim como o Programa de Saúde da Família, a Política de Educação Permanente em Saúde também pode ser considerada uma política de governmentação, que se opera a partir de várias ações de governo. Esse governo também exercerá poder sobre os diversos atores que são chamados para fazer parte do contexto, além dos profissionais de saúde, também instituições de ensino, gestão e controle social. O relato a seguir ilustra esse cenário:

Em 2004, . . . foram chamados os representantes da gestão, dos trabalhadores, controle social e as instituições formadoras. E a proposta era de dividir, pensar num eixo único pra se fazer educação em saúde, que até então, segundo o ministério não existia. Eram capacitações pontuais que existiam, orientações conceituais bem heterogêneas e que muitas vezes não tinham um link com a real necessidade dos trabalhadores, ou seja, tava descontextualizada das reais necessidades percebidas no processo de trabalho, no cotidiano dos serviços de todas as instituições.

A partir do momento de criação da política de educação permanente em saúde, o Ministério da Saúde propõe um eixo único para que os quatro segmentos trabalhassem conjuntamente, responsabilizando estes atores envolvidos, a partir dos Polos de Educação Permanente em Saúde. Ceccim (2005) afirma que, com a implementação dos polos de educação permanente em saúde, em 2004, houve a possibilidade de articulação em roda dos diferentes atores, que passam a ocupar um lugar de protagonismo na condução dos sistemas

locais de saúde, tentando fugir da lógica programática de implementação de práticas através de treinamentos.

No que se refere aos debates no campo da educação permanente em saúde, Ceccim & Feuerwerker (2004) trazem a ideia do quadrilátero da formação para o SUS, que visa, a partir das análises da educação dos profissionais de saúde, das práticas de atenção à saúde, da gestão setorial e da organização social, à construção de práticas de saúdes compartilhadas, produzindo efeitos e processos de mudança. Esse conceito, considerado inovador, foi bastante difundido a partir das novas propostas da política de EPS, com uma conotação um tanto idealizadora. Contudo, foi um conceito presente nos relatos dos interlocutores da pesquisa que fizeram parte das discussões nesta trajetória. Esses interlocutores relatam esse momento, até mesmo com certo saudosismo.

Aqui na nossa macrorregião, rapidamente conseguimos disseminar isso e esse processo culminou na conformação do Polo . . . com a participação muito grande do controle social, através dos conselhos municipais de saúde. Muito grande das instituições formadoras. A Universidade Federal de Juiz de Fora foi uma, um ator extremamente importante. Também a participação dos profissionais de saúde. Os profissionais, principalmente aqueles atuando na atenção primária à saúde participaram de uma maneira muito intensa. Enfim, todo mundo participando de uma maneira muito efetiva, isso fez crescer rapidamente o conjunto dessas ações e foram vários os cursos efetuados na época.

A fala da pessoa interlocutora da pesquisa explicita o que é colocado por Ceccim (2005) e Ceccim & Feuerwerker (2004) no que diz respeito à participação ativa dos atores do chamado quadrilátero no município de Juiz de Fora. No relato, vemos presente uma mobilização grande entre a gestão, o controle social, as instituições formadoras e os profissionais de saúde, nas ações do polo de educação permanente da macrorregião.

No entanto, devemos estar atentos a isso. É importante reconhecer que, no contexto onde a saúde se encontra, há uma rede de poderes e saberes próprios da lógica de governamentalidade que influenciaram o surgimento da política de educação permanente em saúde, que vai ao encontro dos objetivos da biopolítica, garantindo a potencialização do Estado a partir do investimento na população.

Essas questões que os relatos mostram e que os autores asseveram inserem-se em um contexto maior de mudanças e reordenamento das políticas nacionais. Dessa forma, as

mudanças ocorridas em Juiz de Fora se mostram em consonância com as aquelas ocorridas em âmbito nacional.

Há que se ter em mente que o Brasil, nessa época, estava passando por mudanças políticas direcionadas pelo governo Lula, que cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) para ordenar a formação dos recursos humanos na saúde. O relato abaixo evidencia a contextualização da realidade de Juiz de Fora perante as mudanças nacionais.

Então logo no início desses trabalhos houve um envolvimento muito grande por parte de técnicos do ministério da saúde, SGETS, DEGES, principalmente. Havia uma intenção de fomentar o referencial da educação permanente em saúde e com recurso, com recurso financeiro para isso . . . Com essa facilitação, com uma disposição muito grande em termos de disponibilidade e recursos financeiro, isso facilitou demais da conta os processos. E naquele momento havia uma forte intenção desses atores do Ministério da Saúde em fomentar aquele curso de facilitador em saúde. Então isso tudo facilitou a participação ativa da Fiocruz, participação ativa da USP, participação ativa de algumas outras universidades do país, o ministério descentralizando recursos, descentralizando ações.

Diante do relato do interlocutor, pode-se perceber que, nesse momento, foi marcante o envolvimento do Ministério da Saúde, direcionando o rumo da política pública relativa à educação permanente. Tal fragmento traz à tona o elemento do financiamento voltado para as ações da política, engendrando uma reflexão sobre as repercussões que as formas desse financiamento geram nas práticas dessa política.

Ao retomar as discussões de Ceccim (2005), podemos perceber que o enunciado da política de educação permanente em saúde foi pautado na participação e integração entre as partes envolvidas do quadrilátero, a fim de promover a construção de um trabalho em conjunto. Entretanto, podemos afirmar que as formas de financiamento ocasionaram uma fragmentação das ações, até mesmo porque, tradicionalmente, as ações e os programas de saúde sempre foram elaborados e desenvolvidos de forma segmentada, divididas nas várias áreas técnicas dos campos do conhecimento especializado, onde cada área propõe mecanismos de implementação de propostas de acordo com os problemas de saúde identificados. Nesse sentido, os financiamentos terminam por seguir essa mesma lógica fragmentada (Merhy, Feuerwerker, Ceccim, 2011). Isso proporciona que as políticas de educação permanente em saúde exerçam práticas dissonantes do propugnado pelo documento

da política e discutido por autores, como Ceccim (2005), gerando disputas entre as diversas áreas por interesses de poder e interesses financeiros.

Nos relatos dos interlocutores da pesquisa, ficam evidentes questões que dizem respeito à fragmentação, que foram marcantes na implementação da política de educação permanente em saúde no município de Juiz de Fora. No momento em que o Governo federal começa a executar estratégias de governo voltadas para a implementação da política no município, injetando recursos e poderes, começam a surgir também disputas políticas entre os atores e instituições envolvidos no processo, o que se revela nos fragmentos abaixo:

Claro que teve, existia um certo recurso financeiro vinculado institucionalização da política. Teve um certo, uma certa disputa, um jogo de interesses. Para onde que vai, e um próprio interesse de poder também né. E agora, como é que fica isso, né? Quem que vai direcionar essa política?

...

Foi um processo muito conflituoso, porque tiveram muitos participantes, tiveram encontros regionais, nacionais e cursos. Foi muito intensa a participação. Mas foi uma época que a coisa foi muito forte porque as outras partes do quadrilátero não aceitavam a questão da universidade como uma indutora, porque era de ensino, indutora do processo, então havia uma disputa, um conflito muito grande entre as escolas particulares, o próprio município, o Estado e outros municípios no sentido de, de dizer por que só a universidade que pode fazer a educação? É inerente a universidade ser formadora de recursos humanos. Mas isso (os conflitos) era por questões de poder, de quem manda mais.

A partir dos relatos, fica evidente a existência de jogos de interesses que marcam o contexto da política no município. Mattos & Baptista (2011), ao se colocarem no trabalho de análise de políticas públicas, afirmam que um dos pontos ao qual devemos estar atentos ao analisar uma política parte do pressuposto de que nenhuma política prescinde da participação dos sujeitos, que podem se inserir de diferentes maneiras no debate político, ora representando interesses de grupos do qual participa, ora apresentando seu próprio interesse. Qualquer uma dessas posições carrega conflitos e posições que nem sempre ficam claras no processo de negociação da ação política. Esses conflitos a que se referem os autores estão presentes nas discussões da política no município, marcados por interesses financeiros e interesses pelo poder.

Foi possível perceber também, a partir dos relatos, que a Universidade Federal de Juiz de Fora teve um papel marcante nas discussões acerca da educação permanente. Não podemos perder de vista que a Universidade, como instituição formadora, ocupa um lugar de detentora

do discurso científico. Esse discurso legitima o discurso da política, contribuindo para a implementação desta.

Tal assertiva se verifica em Foucault (1993) quando este autor defende que o intelectual, detentor do discurso científico, é aquele que ocupa uma posição específica ligado às funções gerais do dispositivo de verdades em nossa sociedade, produzindo verdades que ajudam a dar respaldos para o exercício do poder. Nesse sentido, podemos pensar como o discurso do ensino, no momento em que legitima o discurso da política, também vai contribuindo para as transformações dessa política no município ao longo do tempo.

É preciso ressaltar ainda que a política voltada para formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde tem como base de funcionamento dois sistemas fundamentais: o sistema de atenção à saúde – rede de atenção à saúde, o mercado de trabalho, gestão do trabalho – e o sistema educacional – a formação inicial e a preparação para o trabalho (Peduzzi et al., 2009). No caso da universidade, no município de Juiz de Fora, ela estava representando fortemente esse lugar de preparação para o trabalho, visto que, antes mesmo de existir uma política de educação para os trabalhadores, era ela a responsável pela capacitação dos profissionais.

Vinham acontecendo essas capacitações, que eram fornecidas aos municípios da área de abrangência da universidade. As capacitações pelo Ministério eram via Universidade. Quando veio a questão do polo de educação permanente, isso teria que ser dividido e compartilhado, no sentido de dizer assim, todo mundo pode oferecer um curso para os municípios. Então virou um comércio. . . . Tinham interesses pessoais e . . . de repasse financeiro para a realização dos cursos. Isso gerou muita competição! Algumas pessoas . . . , historicamente, já vinham fazendo aquelas capacitações e a articulação com o Ministério da Saúde. Então teve um conflito grande, porque as pessoas não queriam mais essa predominância de um determinado grupo em detrimento dos outros.

Como é possível perceber, os conflitos relacionados às discussões na implantação da política também possuem outro pano de fundo, a discussão entre público e privado. Em Juiz de Fora, as unidades básicas de saúde eram utilizadas como campo de estágios para as faculdades do ensino público e privado, e, além das disputas para a realização dos cursos, o temor em perder esse espaço contribuiu para acirrar ainda mais as discussões. O relato a seguir ilustra essa situação:

Nos polos de educação permanente estavam representados o . . . município, estado, as escolas particulares. Na época, foi muito conflituoso porque tinha que envolver tudo, público e privado. Todo mundo que usava o ensino como cenário de prática de estágio as unidades básicas de saúde.

Diante desse contexto, cabe ressaltar que, de acordo com a Resolução nº225/97 do Conselho Nacional de Saúde, o SUS deve contribuir com a formação de profissionais para a saúde para que os futuros profissionais, tanto de instituições públicas como de instituições privadas, estejam preparados para atuarem no sistema de saúde (Conicô e Brêtas, 2008). Nesse sentido, fica claro que o SUS deve servir de espaço de prática para diferentes instituições de ensino em saúde. Podemos ressaltar também que os conflitos entre instituições públicas e privadas, presentes no contexto analisado, se remetem realmente a disputas de poder, a fim de definir qual instituição, pública ou privada, vai ocupar um lugar privilegiado no discurso da educação permanente no contexto da saúde de Juiz de Fora.

Com o intuito de resolver os conflitos existentes, decidiu-se que a secretaria municipal de saúde seria a responsável pelo direcionamento da política, sendo extintas as discussões dos Polos. No entanto, nesse momento, notamos que houve certo esfriamento das discussões da política:

Ficou estabelecido que a educação permanente . . . tinha que sair da universidade, porque a universidade é uma das partes e não pode se empoderar. Aí saiu da universidade e foi pra secretaria de saúde do município, mas a coisa morreu, as pessoas envolvidas foram tendo outras coisas e morreu.

No contexto nacional, a condução da política também estava passando por transformações. Se, antes, o foco das ações da política estava na aprendizagem e na produção de conhecimento no espaço prático, a partir de 2007, com a criação da Portaria n.º 1996, mudaram-se as estratégias de condução da política e passou-se a dar prioridade a projetos de incentivo a mudanças na formação. A portaria traz como principais mudanças a descentralização dos recursos financeiros, o Colegiado de Gestão Regional como detentor do poder de decisão e aprovação dos projetos de EPS, a elaboração do Plano de Ação Regional de EPS, coerente com o Plano Estadual e Municipais de Saúde, e a criação da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), que substituem os Polos de Educação Permanente em Saúde. Notamos a vigência desse novo cenário no relato a seguir:

O ministro vigente saiu, saiu todo mundo e aí acabou. Então a educação permanente acabou, então acabou o polo de saúde da família que tinha, acabou o polo de educação permanente e hoje não se tem, pelo ministério da saúde, aí veio o, o... veio o Promed da medicina, veio o Pro-Saúde agora, a última versão de trabalha com o município na questão de articulação ensino-serviço.

Diante da análise do relato e do contexto da política, assistimos a jogos de poder engendrados nos processos de governamentalidade. As discussões voltadas para a educação permanente no país dispunham de diferentes vertentes de pensamento, gerando dispositivos de verdades, disputando qual verdade direcionaria as ações nos jogos de poder da política. Uma das vertentes defendia o direcionamento das ações políticas voltadas para a aprendizagem e produção de conhecimento no espaço prático. A produção técnica-formativa era pautada no estabelecimento e fortalecimento dos Polos de Educação Permanente em Saúde como responsáveis pela organização da formação em saúde, operacionalizados pelo quadrilátero da formação em saúde. Outra vertente defendia uma regulamentação apoiada pelo binômio ensino-serviço, em que a educação permanente é uma concepção norteadora e eixo de ação direcionada para os profissionais do SUS, dividida em educação técnica e ensino superior. (Teixeira, Oliveira & Arantes, 2012; Batista, 2012).

O que percebemos é que a nova regulamentação discutida mantém os problemas vividos pela educação permanente. A crítica existente era a de que existia uma fragilidade conceitual nos projetos vigentes, que tinham como proposta a educação permanente, mas assumiam características de ações pontuais e localizadas de ação continuada. Nesse sentido, no município de Juiz de Fora, a educação permanente foi tomando uma nova forma. Os personagens que estavam no poder foram dando espaço a outros, como mostra o relato abaixo:

. . . o ministério da saúde cometeu um equívoco naquele momento, de uma espécie de entrega de bastão sem uma devida preparação para a entrega desse bastão. Então eu entendo que muita coisa se perdeu nesse processo, mesmo porque, praticamente os atores foram trocados. Quer dizer, o processo se reiniciou de maneira tal que algumas ações novas agora, a partir do CIES, foram implantadas, implementadas, mas muitas praticamente começando.

O desenho da educação permanente em saúde hoje em Juiz de Fora, com as novas propostas, sofre com uma dificuldade de protagonismo na condução da política pelos

municípios. Os personagens que antes estavam envolvidos no processo como profissionais, controle social e gestão e formação perderam sua força no discurso político. Segundo o relato de em interlocutor participante da pesquisa, a educação permanente em saúde passou a ter um desenho hierárquico e acadêmico, o que fomenta a discussão sobre a força que o saber científico no discurso político:

Sobre a CIES . . . as poucas experiências que eu tomei ciência agora nesse curto período, muito pelo contrário, sugerem outro tipo de conduta, outro tipo de condução. Uma condução mais hierárquica, mais acadêmica, mais determinada por uma combinatória, por uma combinação entre esses ou aqueles atores envolvidos nesse ou naquele processo entendeu?!

A proposta de interação ensino-serviço traz consigo pressões e conflitos que refletem o contexto de disputas e interesses sociais e econômicos inseridos na sociedade. Diante do relato, vemos que, com as novas configurações da política, na qual é delegada aos estados e aos municípios a responsabilidade de implementação da política, algumas assimetrias, no que se refere à maturidade dos colegiados, começam a se destacar (Teixeira, Oliveira e Arantes 2012; Batista, 2012). Algumas questões chamam a atenção, como a pequena quantidade de propostas e projetos voltados para a educação permanente em saúde no município e a pouca representatividade do quórum mínimo para a tomada de decisão dos projetos na CIES:

O último projeto apresentado pela Universidade Federal de Juiz de Fora, que era pra atender a rede de atenção psicossocial. A Universidade veio, o município apresentou, passou pelo Conselho, e eu fiz o convite pros integrantes do CIES pra gente analisar o projeto pra poder dar um parecer, porque a partir disso é que... eles tem a documentação completa pra apresentar pro Ministério. Eu não consegui quórum e aí qual foi o meu papel?! Eu tive que repassar toda a documentação pro CIES Estadual, que aí já é nível central, para eles poderem dar o parecer.

A nova forma em que se materializa a política vem demonstrando também que o poder de decisão sobre um projeto tem ficado nas mãos do Estado, não havendo mais a inserção das discussões entre profissionais, ensino, gestão e controle social, que deveriam estar representados na CIES. O relato acima reafirma essa proposição, quando a pessoa interlocutora diz da necessidade de enviar o projeto para o nível estadual para a sua aprovação. No que se tange à participação desses personagens que compõem o chamado quadrilátero, vemos um afastamento dos mesmos, como confirma o relato a seguir:

Sobre a participação do quadrilátero . . . hoje vejo a participação um tanto distante. Quando em vez um ou outro ator envolvido diretamente, ator este ligado a um ou outro seguimento que faz parte do quadrilátero, mas de uma maneira organizativa, propositiva, proativa, como foi desenvolvido no período do então polo de educação permanente em saúde da macrorregião sudeste, eu não vejo hoje. Não vejo com essa intensidade, não que não haja, mas há uma certa, um certo distanciamento entra esses atores do quadrilátero.

Os atores envolvidos na mudança do modelo de saúde e formação, como a universidade, os profissionais de saúde e outros segmentos, se movimentam e interagem, gerando lutas que se refletem nos programas e ações em andamento, fazendo com que as formas de pensar a gestão, financiar as ações e operacionalizar os programas se modifiquem. Diante disso, vemos a construção de novas aprendizagens, como também descontinuidades e retrocessos (Batista, 2012).

Na trajetória da análise e discussões até aqui, assistimos a jogos de poder regularizados por práticas de governo, legitimadas por regimes de verdade, que definiram posições de sujeito que mantiveram vivos os processos de governamentalidade presentes na política de educação permanente em saúde no âmbito municipal. Nesse sentido, a fala da pessoa interlocutora participante da pesquisa ajuda a deixar claro como se dão os processos de governamentalidade relacionados à política de educação permanente em Juiz de Fora.

A secretaria, hoje, a grande maioria das pessoas são pessoas . . . bem mandados, bons soldados. E aí bons soldados, bons profissionais. Mas são bem mandados e realmente, eles não querem trabalhar com quem não é assim. E eu não sei se para poder direcionar o trabalho de educação permanente você pode ser só bom soldado. Você tem que ter uma criticidade maior da política pública, você tem que saber qual o seu objetivo.

Os processos de governamentalidade que guiam as ações da política de educação permanente em saúde exigem que existam “bom soldados” que continuem reproduzindo a lógica da biopolítica, que engendra mecanismos de reprodução de uma prática fragmentada onde não existe uma verdadeira problematização da realidade. Esses processos se dão, pois o Estado precisa se manter capturando técnicas e movimentando políticas públicas obedientes ao saber econômico, a fim de exercer efetivamente de forma plena e naturalizada seu poder de governo de sua população (Weber, 2011, p. 881). Podemos dizer que a política de

educação permanente em saúde é ferramenta importante nos processos de governamento das populações.

Dessa forma, finalizamos as apresentações das análises dos resultados obtidos em nossa pesquisa. Na seção a seguir, trazemos as considerações finais deste trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, desde 2004, vem sendo usada como uma estratégia do Sistema Único de Saúde com o intuito de transformar a formação dos profissionais de saúde para que estes estejam preparados para lidar com as novas demandas que se apresentam no contexto do sistema de saúde público. A política visa também ao desenvolvimento dos trabalhadores para o setor da saúde através de um processo contínuo de ensino e aprendizado que fomente no cotidiano dos serviços de saúde relações de ensino, ações e serviços.

O conceito de Educação Permanente em Saúde é um conceito pedagógico que vem sendo debatido por muitos autores há algum tempo, no entanto, no Brasil, ele passou a ser usado como política pública e, desde a instituição desse conceito como política, seu desenho vem passando por uma série de transformações. Tais transformações foram delineadas de acordo com as transformações do contexto social, que envolveram debates da economia mundial e nacional, mudanças de gestão em âmbito federal, estadual e municipal, revelando conflitos e debates ligados a interesses entre grupos e sujeitos. As mudanças que se deram ao longo do tempo foram aliadas à sociedade a partir de mecanismos de saber/poder dos discursos, legitimados por regimes de verdade e incorporados aos processos de governamentalidade no âmbito da saúde pública.

Diante desse debate, nesta pesquisa, foram analisados os processos de governamentalidade relacionados à política de educação permanente em saúde, mais especificamente no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, a partir da investigação da trajetória das discussões que se deram ao longo do tempo no município, problematizando os discursos e práticas presentes nesse contexto. Para tanto, foram entrevistadas pessoas chamadas a ocupar em algum momento posições político-sociais estratégicas na arena de saúde pública municipal no cenário da política de educação permanente em saúde. A partir desses relatos, foi possível traçar momentos marcados pela participação de vários atores como profissionais de saúde, instituições de ensino, representantes do controle social e da gestão que estiveram imersos nos debates ao longo do tempo.

Ao discutirmos o campo da gestão nas políticas públicas, devemos tomar o cuidado de não acreditar que a gestão está a serviço da evolução e melhoria da ação do Estado na sociedade. Para tanto, é preciso desnaturalizar verdades e problematizar as práticas cotidianas.

Nesse sentido, buscamos, na análise realizada, desnaturalizar e problematizar com olhar atento e crítico o cenário da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em âmbito municipal, campo em que se desenvolveu esta pesquisa.

A análise deste campo permitiu-nos constatar que as práticas relacionadas à política de educação permanente em saúde que vêm sendo desenvolvidas no município de Juiz de Fora estão muito relacionadas a cursos temáticos e capacitações técnicas orientadas por protocolos. Tais práticas não têm a pretensão de estimular que os atores envolvidos no contexto de saúde possam refletir sobre as ações e serviços de saúde do cotidiano das organizações e do trabalho, como aponta a política analisada. Dessa forma, profissionais de saúde, instituições formadoras, representantes do controle social e da gestão do município, que estão envolvidos nas ações cotidianas dos processos de saúde, vêm executando ações pouco reflexivas e pouco problematizadoras da prática.

Nesse sentido, percebemos que a forma como vem sendo executada a política de educação permanente em saúde no município traz presente em seu bojo mecanismos de governo, que pautam práticas normatizadoras e autoritárias, vindas de uma lógica higienista e preventista que dita como essas práticas devem ser executadas sem abrir espaço para as reflexões. No decorrer da pesquisa, percebemos que essa lógica tem reflexos não só na organização dos processos de trabalho, na forma de organização da equipe, mas também no atendimento ao usuário dos serviços que vem se tornando cada vez mais imediatista e fragmentado.

Vimos também que, no contexto de saúde do município pesquisado, há uma predominância dos processos de indução da educação permanente em saúde, principalmente de forma verticalizada e programática, nos quais as gestões federal e estadual definem quais temáticas devem ser trabalhadas e como esse trabalho deve se dar, desconsiderando as necessidades particulares do contexto municipal. Dessa forma, as tentativas de reflexões têm se apresentado cada vez mais individualizadas, não sendo possível a organização de busca por um novo conhecimento inerente as reais necessidades de saúde da população.

Nesse cenário, assistimos a um processo em que as práticas de saúde e as tentativas de ações pautadas na educação permanente em saúde reproduzem, a todo momento, os processos de governamentalidade presentes no contexto da política. As práticas citadas dizem a respeito das formas de governo apontadas pelo Estado, capazes de instituir as maneiras como devem se dar as ações de educação permanente em saúde, com a finalidade de gerir a vida da

população. Tais processos vêm se pautando em uma prática que segue uma lógica econômica da medicalização da sociedade, ao atender suas demandas pelo tratamento de doenças, transmitindo normas e conhecimentos técnicos sobre doenças e cuidados considerados adequados para a saúde. Nesse sentido, vemos como os mecanismos de governo vão agindo a partir do controle de uma prática profissional e de serviços de saúde, que vêm sendo utilizados como ferramentas de controle social, que objetiva prevenir, suprimir e manipular as contradições presentes na organização do Estado, para fins de preservá-lo dentro da ordem capitalista.

Para tanto, a partir desta análise, foi possível perceber que esse Estado vem usando, ao longo do tempo, estratégias de controle pautadas na biopolítica. Através desta, o Estado naturaliza suas ações de dominação, agindo sobre a vida para o controle e influência das pessoas. Dessa forma, ao se analisarem os programas que evocam o enunciado da educação permanente em saúde e fazem parte do contexto da política no município, observamos que esses agem como dispositivo de poder, composto de práticas e discursos que servem como poderoso instrumento de governamento das populações.

No decorrer da análise, vimos que o contexto de saúde do município de Juiz de Fora, no que se refere à política de educação permanente em saúde, foi marcado por disputas de poder e jogos de interesses, que foram definindo, em cada momento, quem ocuparia lugar privilegiado no discurso da educação permanente na conjuntura de saúde de Juiz de Fora. Nesse sentido, vimos na UFJF, como detentora do saber científico, um lugar de protagonismo ao ocupar posições específicas ligadas às funções gerais do dispositivo de verdades da sociedade, contribuindo para a produção de verdades que respaldaram, em diversos momentos, o exercício do poder.

Os jogos de poder que engendraram os processos de governamentalidade no município foram marcados também pelas discussões que vinham acontecendo em âmbito nacional e foram definidoras para as mudanças das estratégias de condução da política. Essas mudanças excluíram personagens que antes estavam envolvidos nos jogos e disputas de poder em meio ao discurso político e foram dando lugar a novas vozes de condução da política.

Enfim, faz-se importante ressaltar que as mudanças ocorridas ao longo do tempo na trajetória da política de educação permanente em saúde no município de Juiz de Fora, legitimadas por regimes de verdades, foram definidas por processos de governamentalidade, que regularam práticas e definiram posições de sujeito que

mantiveram vivos esses processos. Nesse sentido, esta dissertação teve como finalidade provocar questionamentos e convidar a colocarmos em suspenso essas verdades legitimadas, com intuito de resistir a partir de um desafio contínuo de reflexão acerca da construção e implementação das políticas públicas em saúde.

A presente pesquisa apenas começou a traçar um caminho neste contexto. Muitas questões ainda continuam a emergir das proposições aqui analisadas. O campo das políticas públicas em saúde é vasto e, nesse processo de investigação, foi possível perceber a imensidão de questões relacionadas ao contexto da política nacional de educação permanente em saúde. Questões estas que não foram todas contempladas pela pesquisa e que abrem espaço para que outras problematizações científicas se construam.

REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R. C. M. (1996). O Jovem Que Buscamos e o Encontro Que Queremos Ser: A Vulnerabilidade Como Eixo de Avaliação de Ações Preventivas do Abuso de Drogas, DST e AIDS entre Crianças e Adolescentes. *Série Idéias*, 29, 15-23. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_29_p015-024_c.pdf.
- Ayres, J. R. C. M (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* [São Paulo], 13(3), 16-19.
- Almeida, M. C. P., Mishima, S. M. (2001). O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface – comunicação, saúde, educação*; 150-153.
- Almeida, N. D. (2013). A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), 01-09.
- Batista, C. B. & Gonçalves, L. (2011). Marcos sobre a integração ensino-serviço na formação de profissionais para a saúde. In: Kind, L., Batista, C. B., Gonçalves, L. (2011). *Universidade e Serviços de Saúde*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas.
- Batista, C. B. (2012). *O processo de reorientação da formação de profissionais de saúde: Uma experiência do programa Pró-Saúde em Belo Horizonte*. (Tese de Doutorado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belo Horizonte, Minas Gerais).
- Baptista, T. W. F. & Mattos, R. A. (2011). Caminhos para Análise das Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ. Disponível em <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=5>>.
- Brandão, H.H.N. (2004) *Introdução à análise do discurso* (2ª Edição). Campinas: Editora da Unicamp.
- Brasil. (1998). Constituição. *Constituição da República Federativa do Brasil* (18a Edição). Brasília: Senado.
- Brasil. Lei 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. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Resolução nº 335 de 27 de novembro de 2003*. Aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS:

caminhos para a educação permanente em saúde” e a estratégia de “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde”. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2004a). *Portaria GM/MS n.198 de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2004b). Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Saúde: conferência Sérgio Arouca, 12, 2003, Brasília. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006a) *A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo*. Série I História da saúde no Brasil. Vicente de Paula Faleiros. et al. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006b). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. (2ª Edição). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Canal Minas Saúde*. Disponível em <http://www.canalminassaude.com.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Pet-Saúde*. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Pró-saúde*. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=40800.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>.

Brant, L. C. & Gomez, C. M. (2004). A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):213-223.

Camelo, S. H. H. (2009). Políticas De Recursos Humanos: Sistema Único de Saúde, bases legais e implicações para a Enfermagem. *Rev. Enferm*, 17(4), 589-94.

- Campos, G. W. S. (1997) Análise crítica das contribuições da saúde coletiva para a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial.
- Campos, G. W. S. (2003) *Saúde Paidéia* (1a ed). São Paulo: Hucitec.
- Canicô, R. P. & Brêtas, A. C. P (2008). Significado do Programa Vivencia e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde para a formação profissional na área de saúde. *Acta Paul Enferm*, 21(2), 256-61.
- Carvalho, Y. M. de. & Ceccim, R. B. (2006). Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos, G. W. de S., Minayo, M. C. de S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., Carvalho, Y. M. de. *Tratado de saúde coletiva*. (2a ed). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- Castro, E. (2009) *Vocabulário de Foucault – Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Tradução Ingrid Müller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Cavalheiro, M. T. P. & Guimarães, A. L. (2011). Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço. *Caderno FNEPAS*, 1, 19-27.
- Ceccim, R. (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10(4): 975-986.
- Ceccim, R. & Feuerwerker, L. (2004). O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1), 41- 65.
- Cruz, L. A. R. (2012). Direito à Saúde: De norma programática à direito individual exigível. *Rev. SJRJ*, 19 (34) 119-132, Rio de Janeiro.
- Davini, M. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Dominguez, B. (2006). 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: a desprecarização é urgente. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 46, p.10, jun.
- Farah, B. F. (2006). A Educação Permanente No Processo de Organização em Serviços de Saúde: As Repercussões do Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família - Experiência do Município de Juiz de Fora/MG. (Tese doutorado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social).

- Ferreira Neto, J. L. & Kind, L. (2011). *Promoção da Saúde: Práticas Grupais na Estratégia Saúde da Família*. São Paulo- Belo Horizonte: Hucitec Editora.
- Ferreira Neto, J. L. & Kind, L. (2011). Formação Profissional para a atuação em saúde pública. In: Ferreira Neto, J. L. (2011). *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS*. Belo Horizonte: Fapemig.
- Fischer, R. M. B. (2001). Foucault e a Análise do Discurso em Educação. *Cadernos de Pesquisa*, (114), 197-223.
- Fimyar, O. (2009), Governamentalidade como Ferramenta Conceitual na Pesquisa de Políticas Educacionais. *Educação e Realidade*, 34(2), 35-56.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., Turato, E.R. (2008) Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Fontenelle, L. V (2012). Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Rev Bras Med Fam*, 7(22), 5-9.
- Fonseca, C. (1998) Quando cada caso NÃO é um caso – Pesquisa etnográfica e educação. *XXI Reunião Anual da ANPEd*, Caxambu.
- Foucault, M. (1993). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1998). *O nascimento da clínica*. Ed. Forense, Rio de Janeiro.
- Foucault, M. (2005). *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, Território e População*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010). *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. (20ª impressão) Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2012). *Arqueologia do Saber* (8ª Edição). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Franco, T. B. (2006). As redes na micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde: In Mattos, R. A. & Pinheiro, R. (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ -ABRASCO.
- Glaser, B.G. & Strauss A.L. (1967) *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.

- Gonçalves, M., Buarque, J., Silva, E., Murad, C., Pereira, P., Silva, V., Barbosa, M., . . . Burille, A. (2012). Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: relato de experiência de pesquisadores no estado do Rio Grande do Sul – Brasil. Memórias Convención Internacional de Salud Pública. Disponível em: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/viewFile/1800/618>
- Guareschi, P. (2012) O que é mesmo Psicologia Social? Uma perspectiva crítica de sua história e seu estado hoje. In: Jacó-Vilela, A.M.; Sato; L. *Diálogos em Psicologia Social*. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas, pp. 24-44. Rio de Janeiro.
- Guareschi, N. M. F., Lara, L. & Adegas, M. A. (2010). Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o *homo oeconomicus*. *Psico*, v. 41, n. 3, pp. 332-339, jul./set.
- Guimarães, E. M. P., Martin, S. H., Rabelo, F. C. P. (2010). Educação Permanente Em Saúde: Reflexões e desafios. *Ciencia Y Enfermeria*, XVI (2), 25-33.
- Guizardi, F. & Cavalcanti, F. (2009) Por um mundo democrático produzido democraticamente (ou: o desafio da produção do comum): Contribuições a partir da experiência do Sistema de Saúde Brasileiro. *Revista Lugar Comum*. (2):103-123.
- Haddad, J. Q., Roschke, M. A. C. & Davini, M.C. (1994). Educación Permanente de Personal de Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR). Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Haddad, A. E., Campos, F. E. de, Freitas, M. S. B. Fruet de, Brenelli, S. L., Passarella, T. M., Ribeiro, T. C. V. (2009). Programa De Educação Pelo Trabalho Para A Saúde – Pet-Saúde. *Cadernos ABEM*, 5, 6-12.
- Hollis, M. (2002). Filosofia das ciências sociais. In: N. Bunnin & E.P. Tsui-James (Orgs.), *Compêndio de filosofia*. São Paulo: Edições Loyola.
- Jesus, M. C. P. de, Santos, S. M. R., Amaral. A. M. M., Costa, D. M. N da., Aguilar, K. S. M. de. (2008). O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde Da Família Em Juiz De Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev. APS*, 11 (1), 54-61.
- Kind, L. & Coimbra, J. R. (2011). Revezamentos entre teoria e prática na reorientação da formação em saúde. In: Kind, L., Batista, C. B., Gonçalves, L. (2011). *Universidade e Serviços de Saúde*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas.
- Lopes, S. R. S., Piovesan, E. T. de A., Melo, L. de O., Pereira, M. F. (2007). Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Com. Ciências Saúde*, 18(2), 47-155.

- Machado, R. (2004). Por uma Genealogia do Poder. In: Foucault, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Machado, A.G.M. & Wanderley, L.C.S. (2012). Educação em Saúde. Especialização em Saúde da Família. UNA-SUS, UNIFESP. Disponível em: www.unasus.unifesp.br.
- Marques, A. J. S., Tavares Junior, F. A. (2010). A implantação do canal minas saúde e o uso da educação a distância como estratégia para garantir a qualificação no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. *III Congresso Consad de Gestão Pública. Tecnologia da informação e de comunicação aplicada ao Sistema Único de Saúde de Minas Gerais: governança e inovações*. Painel 24/092. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_II_I_congresso_consad/painel_24/a_implantacao_do_canal_minas_saude_e_o_uso_da_educacao_a_distancia_como_estrategia_para_garantir_a_qualificacao_no_ambito_do_sus_minas_gerais.pdf.
- Marre, J. (1991). História de vida e método biográfico. *Cadernos de Sociologia*, 3(3), 89-141.
- Mattos, R. A. (2006). Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos, R. A. de & Pinheiro, R. P. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (6a ed). Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO.
- Mattos, R. A. & Pinheiro, R. P. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO.
- Merhy, E., Feuerwerker, L. C. & Ceccim, R. B. (2006) Educação continuada em saúde: uma estratégia para intervir na micropolítica do trabalho em saúde. *Saúde Pública Lanús*. 2(2) Mai./Agosto.
- Minas Gerais. (2003). Secretaria do Estado da Saúde. Coordenação Estadual do Programa de Saúde da Família. *Relatório das equipes de Saúde da Família credenciadas em Minas Gerais*. Belo Horizonte, Mimeografado.
- Montanha, D. & Peduzzi, M. (2010). Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, 44(3), 597-604.
- Nogueira, Marco Aurélio (2005). Um Estado para a Sociedade Civil. Temas éticos e políticos da gestão democrática. Cortez Editora, 2ª edição, São Paulo.
- Ondina P. & Pereira, Tânia M. C. de A. (2005). Saúde E Poder: Um estudo sobre os discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*, 15(2), 91-98.

- Paiva, V. & Santos, A. (2007). Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e os Desafios da Prevenção em Comunidades Anfitriãs do Turismo. *X Encontro Nacional de Turismo com Base Local – GT impactos ambientais, sociais e culturais do turismo*. João Pessoa, Brasil. Disponível em:
http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wpcontent/uploads/2010/04/alessandro_vera_vulnerabilidade.pdf.
- Paschoal, A. S., Mantovani, M. F., Méier, M. J. (2007). Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP*, 2007, 41(3), 478-84.
- Paula, Ana Paula Paes de (2007). Por uma nova gestão pública. Limites e potencialidades da experiência contemporânea. FGV Editora, reimpressão, Rio de Janeiro.
- Peduzzi, M.(2001) Equipe multiprofissional de saúde de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. 35(1), 103-109.
- Peduzzi M., Del Guerra, D. A., Braga, C. P., Lucena, F. S., Silva, J. A. M. da. (2009). Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface: Comunicação, saúde e educação*, 13(30), 121-34.
- Pereira, L. C. B. (2006). Da administração pública burocrática à gerencial. In: Pereira, L. B. e Spink, P. Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. FGV Editora, 7ª edição, Rio de Janeiro.
- Pereira, O. P. & Almeida, T. M. C. de. (2005). Saúde e poder: um estudo sobre os discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. *Rev Bras Cresc Desenvol Hum*. [online], 15(2), 91-98.
- Pereira, R. L., Jeziorski, L. L., Facchini, L. A. (2012). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Pmaq. *21º congresso de iniciação científica*. 4ª mostra científica. Pelotas, Brasil.
- Perucchi, Juliana. (2008). “*Mater semper certa est pater nunquam*” o discurso jurídico como dispositivo de produção de paternidades. (Tese de doutorado em Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil).
- Pierantoni, C. R., França, T., Garcia, A., Santos, M., Varella, T.C., Matsumoto, K.S. (2012) Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (1ª Edição) Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: Observa RH.
- Pinheiro, R. & Luz, T. M. (2007). Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. . In: Mattos, R. A. de & Pinheiro, R. P. (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. (4a.ed). Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO.

- Prefeitura de Juiz de Fora. (2013). Resolução Nº. 381/13. *Dispõe sobre a realização de 7ª Conferência Municipal de Saúde e dá outras providências . . .* Juiz de Fora, Secretaria de Saúde.
- Reis, Maria de Lourdes. (2009). Grupos educativos em saúde nas unidades de saúde da família do município de Juiz de Fora. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil).
- Resende, A. L. M. (1986). *Dialética do pensar e fazer*. São Paulo: Cortez.
- Ribeiro, E. C. O. & Motta, J. I. J. (1996). Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. Rede Unida. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/producao/artigo03.asp>.
- Ribeiro, E. M. et al. (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (2), 438-446, mar./abr.
- Rizotti, M. L. A. (1991). Trabalho em Equipe — um estudo de caso na área da saúde. São Paulo. Pontifícia Universidade Católica. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social junto ao Programa de Estudos Pós Graduados em Serviço Social).
- Rocha, D. & Deusdará, B. A. (2005) *Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória*. ALEA Estudos Neolatinos, 7(2): 305-22.
- Rose, N. (1999). *Powers of freedom: Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sayd, J. D., Vieira Junior, L., Velandia, I. C. (1998). Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). *PHISYS: Rev. Saúde Coletiva*, 8(2), 165-195.
- Sarreta, F. O. (2009) *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS – São Paulo: Cultura Acadêmica*.
- Schraiber L. B., Peduzzi, M., Sala, A., Nemes, M. I. B., Castanhera, Elen Rose L., Kon, Rubens. . Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, 4(2), 221-242. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81231999000200002&script=sci_arttext.
- Silvério, J. B. (2008). Programa de educação permanente para médicos de família. *Rev Med Minas Gerais*, 18(4 Supl 4), S60-S66.

- Souza, A. M. de A., Galvão, E. de A., Santos, I., Roschke, M. A. (1991). Processo Educativo nos Serviços de Saúde – Série Desenvolvimento de Recursos Humanos. *Caderno Desenvolvimento de Recursos Humanos – CadRHU*, (1), 245-260.
- Souza, A. S., Mourão, A. M. A. (2002). A construção do trabalho em equipe: uma tarefa do coletivo dos profissionais em saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 4(10).
- Stotz, E. N. Enfoques sobre Educação Popular e Saúde (2007). In: Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. [Série B]. [Textos Básicos de Saúde]. Brasília – DF, Disponível em: www.portal.saude.gov.br.
- Spink, P. K (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*; 15 (2), 18-42.
- Staudt, D. T. (2008). A Interdisciplinaridade Em Atenção Básica À Saúde. *Boletim da Saúde*, 22(1), 75-84.
- Teixeira, M., Oliveira, R.G., Arantes, R.F. (2012). Mudanças nas Políticas do Trabalho e da Educação em Saúde no Governo Lula. In: Machado, C.V., Baptista, T.W.F., Lima, L.D. *Políticas de Saúde no Brasil – Continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Vieira, M., Durão, A., Carvalho, V., Barreto, C. M. (2008). Política de Educação Permanente em Saúde: Uma análise a partir de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde In: Pereira, I., André, D. (Orgs.) *Estudos de polítecnia e saúde*: volume 3. Rio de Janeiro: EPSJV.
- Weber, C. A. T. (2011). Programa de Saúde da Família e o Governo das Populações. *Educ. Real*, 36(3), 867-882. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade.

Anexo 1

Roteiro de entrevista

- 1) Você conhece a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde? Pode explicar do que se trata?
- 2) Existem ações relacionadas à Educação Permanente em Saúde em Juiz de Fora?
- 3) Se sim, quais são elas? Como são realizadas? Cabe a quem realizá-las?
- 4) Se não, o que existe em Juiz de Fora relacionado à formação permanente aos Recursos Humanos da Saúde?
- 5) Você identifica alguma estratégia da gestão municipal no intuito de implementar essas ações? Quais?
- 6) Como se processa a sua inserção nesse contexto?
- 7) Quais os principais desafios desse trabalho?

Anexo 2

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: FERNANDA PICININ MOREIRA

ENDEREÇO: RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER, S/N - CAMPUS UNIVERSITÁRIO BAIRRO SÃO PEDRO. INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA.

CEP: 36036-900 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 8803-8919

E-MAIL: FERNANDAPICININ@HOTMAIL.COM.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “*Uma análise dos processos de governamentalidade da Política de Educação Permanente em Saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais*”. Neste estudo pretendemos finalidade investigar quais estratégias de Educação Permanente em Saúde vem sendo desenvolvidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, problematizando os discursos e as práticas que a compõem, analisando os processos de governamentalidade.

O motivo que nos leva a estudar é a crença de que este estudo possa contribuir para uma análise crítica das políticas públicas e dos discursos que atravessam e compõem essas políticas na área da saúde pública municipal, construindo uma realidade social, viabilizando assim, propostas de estratégias no campo da saúde pública, ampliando o controle social dessas políticas. Para alcançar tais resultados benéficos, a pesquisadora se compromete em divulgar os resultados da pesquisa em revistas científicas.

- Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos:
- Metodologia: Roteiro de entrevista semi-estruturado composto por questões relacionadas ao tema investigado. Você tem total liberdade de se recusar a participar ou de continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
- A entrevista será gravada para que nenhuma informação importante seja perdida. Todo o material gravado será acessado exclusivamente pela pesquisadora, ficando garantido o anonimato do/a participante e o sigilo das informações.
- Riscos e Benefícios: A participação dessa pesquisa não trará nenhuma complicação legal ou profissional para você. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da ética em pesquisa com seres humanos conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

- Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora terá conhecimento das informações coletadas. Seus dados de identificação serão completamente ocultados em todos os níveis de análise, bem como, na divulgação dos resultados.
- Ressarcimento: Se você se sentir lesado/a em algum dos princípios éticos definidos neste termo de Consentimento Livre e Esclarecido, terá todo o direito de ser ressarcido/a.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “*Uma análise dos processos de governamentalidade da Política de Educação Permanente em Saúde no município de Juiz de Fora, Minas Gerais*”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2013.

Nome

Assinatura participante

Data

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036.900

FONE:32 2102 3788

Tire suas dúvidas sobre riscos, acesse: <http://www.ufjf.br/comitedeetica/files/2008/12/risco-em-pesquisa3.doc>