



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Manuelle Maria Marques Matias

**Caminhos para a construção de uma Política Nacional de Educação
Permanente em Saúde no Brasil: uma análise de bastidor**

Rio de Janeiro

2020

Manuelle Maria Marques Matias

**Caminhos para a construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em
Saúde no Brasil: uma análise de bastidor**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M433 Matias, Manuelle Maria Marques

Caminhos para a construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil / Manuelle Maria Marques Matias – 2020.
463 f.

Orientador: Ruben Araujo de Mattos

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Educação continuada – Teses. 2. Política pública – Teses. 3. Sistema Único de Saúde – Teses. I. Mattos, Ruben Araujo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 377:614

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 594

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Manuelle Maria Marques Matias

**Caminhos para a construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em
Saúde no Brasil: uma análise de bastidor**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 25 de novembro de 2020.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Laura Macruz Camargo Feuerwerker
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

Ao Ruben, meu Mestre, meu amigo inesquecível, meu sempre desorientador. Obrigada por me marcar tão profundamente e por me inspirar a ser melhor.

AGRADECIMENTOS

Esta tese foi escrita na primeira pessoa do plural. São muitas as mãos que escrevem comigo. São muitos os braços que construíram a possibilidade que me faz hoje escrever. Mãos calejadas, braços fortes, corpos franzinos, olhares firmes e assertivos, franquezas rudes.

Agradeço a Deus, a minha família nuclear (mãe, pai, vó, irmã, irmão) e ampliada (tias, tios, primas e primos), as minhas e meus ancestrais indígenas, negros, brancos, pelo sangue que corre (e ferve) em minhas veias, pelo DNA sertanejo e nordestino que me constitui e que me torna forte. Agradeço sobretudo às brabas mulheres que me formaram e que não me deixam esquecer de onde vim: minha avó (Izaura) e minha mãe (Marta), que venceram o abandono, a fome, a perda do meu tio (Caetano), assassinado pelo próprio patrão, produto e reflexo de um capitalismo selvagem que mata e produz indignação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelos recursos financeiros e estrutura disponibilizada para a realização deste trabalho, sem os quais não seria possível a minha manutenção no doutorado.

À minha amada UERJ, nossa querida cinzenta imponente e acolhedora. Muitas histórias (e vidas transformadas) se encerram nestas salas, corredores, rampas. Eu aprendi a amar esta Universidade desde o momento em que aqui pisei. Foram seis anos de muitas alegrias, tristezas, lutas contra o descaso dos governos estadual e federal. Vivi intensamente o ser uerjiana e tenho orgulho de ter contribuído para a fundação da Associação de Pós-Graduandas e Pós-Graduandos da UERJ (APG UERJ) ao lado de grandes companheiras(os): Alê, Gracy, Natália, Camila, Rodrigo, Daniel e tantos outros. A UERJ vive e resiste!

Ao Instituto de Medicina Social e a todas e todos que o compõem. Amo o IMS em toda a sua complexidade, com todas as emoções que me despertou, com todos os desafios que me colocou. Agradeço por tantas oportunidades de debates e reflexões, por tantos aprendizados e pelos amigos e amigas maravilhosas que pude encontrar aqui. Do Coletivo de Estudantes: Alê, Luciano, Tati, Cely, Gabi Barreto, Beta, Thaís, Gabi Carvalho, Stephanie, Leandro, Aisllan, Vanessa e tantos outros mais. Também a oportunidade de encontrar grandes e generosos mestres e mestras: Gulnar, Kenneth, André, Tânia, Paulo, Rose, Adriana, Janes (Russo e Sayd), Cláudias etc. E finalmente aos mais que queridos: Sílvia, Aleksandra, Artur, Eliete, Aline.

A todas e todos os companheiros e companheiras que construíram comigo o Movimento Nacional de Pós-graduandos(as) ao longo desses seis anos. Sobretudo aqueles e aquelas que nos últimos quatro anos estiveram junto comigo nas fileiras da nossa gloriosa Associação

Nacional de Pós-Graduandos(as) (ANPG) na valorosa luta em defesa da Ciência, da Pós-Graduação, da Universidade Pública. Aprendi (e ainda aprendo) tanto com vocês! Obrigada às amigas e amigos que ficaram: Germano, Stella, Gabi, Joelson, Johari, Márcio, Flavinha, Karen, Mateus, Helena, Bia, Thaylla, Flavio, Tamara. E também aqueles e aquelas que estiveram no movimento de base construindo as Associações de Pós-Graduandos(as) nas suas Universidades e que ficaram para a vida: Thaís, Gabi, Victor, Maria e muitos(as) outros(as).

Aos meus queridos e valorosos companheiros e companheiras do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tenho um orgulho imenso de estar nas fileiras da luta em defesa do SUS e de um mundo melhor ao lado de vocês, em especial: Fernando Pigatto, Sueli Barrios, Michele Seixas, Simone Leite, Altamira Simões, André Luiz, Moysés Toniolo, Priscilla Viégas, Elaine Pelaez, Vanja Andréa, Rosângela Schneider.

Aos queridos companheiros e companheiras da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) do CNS, em especial à Francisca Valda, Vitória Davi, mulheres de luta que dividem comigo a responsabilidade de coordenar esta Comissão e às queridas e queridos gigantes da assessoria: Mírian Falkenberg, Andrey Lemos, Patrícia Gonçalves, Marina Smith e Núbia Brelaz. Além de outros tantos com quem sempre aprendo muito: Sonia Lemos, Ruth Bittencourt, Alcindo Ferla, Marinho, Tarcísio, Fernanda Magano, Silvana, Maria Alex, Zilamar, Júnior e outros.

A todas e todos os que compõem o Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), gratidão pela oportunidade de debater, conviver e aprender com tantas companheiras e companheiros históricos da Reforma Sanitária Brasileira e dos movimentos sociais e populares brasileiros: Valdevir Both, Jorge Gimenez, Henrique Kujawa, Eliane Cruz, Jussara Cony, Clarete de David, Ronald Santos, Márcio Florentino, Alcindo Ferla, Sueli Barrios, Conceição Silva, Leandro Costa, Antonio Lacerda, Getúlio Vargas, Elaine Neves, Astrid Sarmiento.

Agradeço a tantas amigas e amigos de tantos lugares que a vida me deu. Por tantos encontros que contribuíram para me formar quem eu sou. Gente que me acompanhou crescer, gente que chegou e foi embora, gente que ficou. Amigas e amigos da nossa antiga loja, da escola, da igreja, da universidade, do trabalho, da pós-graduação, da militância, dos acasos. De Sobral, do Rio e do Brasil. São inumeráveis pessoas que me afeta(ra)m nessa caminhada.

Aos queridos Anapri, Gabriel, Hiago, Alê, Breno, Mércia e Cacá pelas palavras generosas, pelo incentivo e apoio que me deram ao longo de todo o processo de escrita desta tese.

Ao querido Matheus Miranda, pela disponibilidade e ajuda em ajustar os elementos formais desta tese. Mas sobretudo pela amizade que nasceu e pelas palavras de incentivo a cada encontro nosso!

À querida Andreza Carvalho, pela ajuda com as inúmeras transcrições de entrevistas deste trabalho.

Às amigas e amigos que o VER-SUS me trouxe, por transbordarem a si mesmos e por contribuírem para me tornar uma pessoa melhor. Agradeço aos que topam o desafio diário de transpor ao ver para FAZER-SUS, em especial àqueles e àquelas que permanecem e outros que chegaram: Hermínia, André, Adriano, Zeca, Marcos Suelen, Andreza, Gabi, Laís, Talita, Isabel, Tiago, Vinicius, Sonia.

Agradeço a grandes amigas que me fortalecem nessa caminhada:

- Aninha Pimentel, pelas palavras certas em momentos decisivos da vida, pelo incentivo, pela grande inspiração que é!
- Mari Bertol, que se tornou uma amiga para a vida, por combinar doçura e competência, pelo incentivo de sempre!
- Gabi Reis, minha amiga-irmã, por tantos sonhos e projetos compartilhados, pela torcida genuína, por ser um grande exemplo de militante na construção de outra sociedade e mundo possíveis!
- Laís Relvas, minha amiga-irmã, pela generosidade, amizade, por tão bons momentos compartilhados, pelas conversas, boas cobranças e bons conselhos, pela presença constante!
- Alana Freire, por permanecer na vida, pelas risadas, pelos bons momentos desde os tempos de escola e universidade, por todas as dicas de vida saudável (risos), por tudo o que eu continuo a aprender da vida!
- Samila Romão, pelas histórias engraçadíssimas, pelo companheirismo, por compartilhar tantos momentos memoráveis da vida, pelas palavras de força e incentivo!
- Gracy Costa, pela amizade sincera, por não desistir de mim, por tão bons momentos! Por seguir sendo uma inspiração!
- Anapri, pelas conversas em profundidade, pelas experiências compartilhadas, por ser uma companheira de construção de outros mundos!
- Mércia Gomes, pelos bons momentos, passeios, risadas, pela nordestinidade dos encontros, de Recife a São Paulo, por permanecer!
- Alê Aniceto, pela parceria, companheirismo, por tantos bons e desafiadores momentos compartilhados, pela confiança e admiração que me inspira! Gratidão à vida pela irmã que me deu!

À Monica de Rezende, pelas boas conversas que ajudaram a construir os caminhos dessa tese, pela generosidade e amizade.

Ao querido Ronaldo Teodoro, um grande companheiro de construção de mundo, pelos debates e reflexões que proporcionou e por aceitar o desafio de compor esta banca.

Ao querido Ricardo Ceccim, pelos convites e conversas em lugares e momentos inusitados de norte a sul do país, na beira-mar ou nos aeroportos, pela admiração que inspira desde os tempos de VER-SUS, pela prestatividade e solicitude e por aceitar compor esta banca.

À querida Tatiana Wargas, pela generosidade e brilhantismo, por tantas reflexões que proporcionou, por ser uma inspiração a jovens mulheres cientistas como eu e por aceitar compor esta banca.

À querida Laura Feuerwerker, uma grande sujeita pensante, um exemplo intelectual e militante! Pela inspiração em transpor fronteiras intelectuais, pela coragem de se reinventar e por acompanhar as reflexões que ajudaram a construir esta tese, desde o Mestrado! Obrigada pela generosidade e por aceitar compor esta banca!

Finalmente ao meu querido amigo e sempre orientador, Ruben Mattos, que me faz ir às lágrimas só em escrever este agradecimento. Por me afetar tanto. Por tanto aprendizado. Pela parceria, pelas conversas, por me provocar tantas reflexões e emoções, por tantos ditos e não ditos. Também pela paciência e liberdade que me deu. Por ser uma grande inspiração e exemplo de intelectual e de ser humano. Ruben reúne tudo o que eu desejo para mim mesma: brilhantismo intelectual, capacidade de inspirar e emocionar as pessoas e uma extrema e admirável simplicidade. Não existem palavras que possam traduzir a minha gratidão.

Não serei o poeta de um mundo caduco. Também não cantarei o mundo futuro. Estou preso à vida e olho meus companheiros. Estão taciturnos mas nutrem grandes esperanças. Entre eles, considero a enorme realidade. O presente é tão grande, não nos afastemos. Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

MATIAS, Manuelle Maria Marques. *Caminhos para a construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil: uma análise de bastidor*. 2020. 466 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Este trabalho procurou mostrar os caminhos que levaram à emergência de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no governo Lula. De um lado, procuramos configurar a construção política que deu possibilidade de criação de uma Secretaria para lidar com as questões referentes à gestão do trabalho e à gestão da educação na saúde. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) deflagrou o rompimento conceitual e político com o campo mais identificado ao debate dos recursos humanos em saúde. No interior da SGTES e mais particularmente do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), o conceito de educação permanente em saúde (EPS) foi pela primeira vez alçado à condição de política pública. De outro lado, também buscamos mostrar a construção conceitual em torno da EPS, tomada inicialmente do território da UNESCO, apropriada pela OPAS e ressignificada pela Rede Unida e pelo grupo que compôs a primeira ocupação do DEGES. No governo Lula, a SGTES foi ocupada por dois grupos em dois momentos políticos distintos. O primeiro grupo formou-se circunstancial e temporariamente em torno da primeira Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Maria Luiza Jaeger e foi composto por parte de sua equipe de trabalho que vinha das experiências de governo democrático-populares do Rio Grande do Sul e por representantes de movimentos sociais entre os quais estava a Rede Unida e a Rede de Educação Popular e Saúde. O segundo grupo, que denominamos “grupo dos recursos humanos em saúde” vinha de uma longa trajetória acadêmica e política-institucional no campo de atuação dos recursos humanos em saúde, com uma referência importante na atuação de uma ala de um movimento sanitário mais próximo ao Partidão. O marco de divisão dos dois momentos da SGTES foi a cessão do Ministério da Saúde que até então estava sob comando do Partido dos Trabalhadores (PT) ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), como desdobramento da crise do mensalão que atingiu o governo Lula. Este processo de ocupação da SGTES foi permeado de tensões e conflitos entre estes dois grupos e evidenciou diferenças conceituais e de prática política na operacionalização da PNEPS, configurando propostas políticas distintas, dispostas em duas portarias nos dois períodos da SGTES. No primeiro período, os Pólos de Educação Permanente em Saúde marcavam uma aposta por uma atuação menos institucional e mais instituinte, ao propor um desenho que tomou a ideia democrática na sua radicalidade. No segundo período, com a criação das Comissões de Integração Ensino-Serviço vimos uma aposta mais institucional da lógica da EPS, cuja proposta se adequou ao desenho de gestão proposto no Pacto pela Saúde. As apostas feitas pelos atores e atrizes de ambos os grupos foram influenciadas por seus modos de conceber e operar a Política, resultado de suas vivências pessoais e coletivas, das vivências do processo histórico e da conjuntura política, de suas diferentes inserções, visões de mundo, crenças e ideologias. Mas ultrapassam a própria PNEPS e refletem diferentes caminhos de implementação do SUS no Brasil.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde. Políticas Públicas. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

MATIAS, Manuelle Maria Marques. *Paths to building a National Policy for Permanent Health Education in Brazil: a background analysis*. 2020. 466 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) –Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This article sought to point out the paths that led to the emergence of a National Policy for Permanent Health Education in the Lula's government. On one hand, we sought to configure the political construction that gave rise to the possibility of creating a Secretariat to deal with issues related to labor management and health education management. The creation of the Labor Management and Health Education Secretariat (SGTES) triggered the conceptual and political rupture with the field most identified to the debate on human resources in health. Within SGTES and more particularly the Department of Health Education Management (DEGES), the concept of permanent education in health (EPS) was raised for the first time to the condition of public policy. On the other hand, we also intended to show the conceptual construction around the EPS, initially taken from the territory of UNESCO, appropriated by OPAS and resigned by the United Network and the group that composed the first occupation of DEGES. In the Lula's government, SGTES was occupied by two groups at two different political moments. The first group was formed circumstantially and temporarily around the first Labor Management and Health Education Secretariat, Maria Luiza Jaeger, and was composed by her work team that came from the experiences of the democratic-popular government of Rio Grande do Sul, and by representatives of social movements among whom was the United Network and the Network of Popular Education and Health. The second group, which we call "human resources in health group" came from a long academic and political-institutional trajectory in the field of human resources in health, with an important reference in the performance of a wing of the health movement closer to "Partidão". The dividing line between the two moments of SGTES was the cession of the Health's Ministry, which until then was under the command of the Workers' Party (PT) to the Brazilian Democratic Movement Party (PMDB), as an unfolding of the crisis of the monthly wage that hit the Lula's government. This process of occupation of SGTES was permeated by tensions and conflicts between these two groups and highlighted conceptual differences and political practice in the operationalization of the PNEPS, configuring distinct political proposals, arranged in two ordinances in the two periods of SGTES. In the first period, the Health Permanent Education Hubs were betting on a less institutional and more instituted action, by proposing a design that took the democratic idea in its radicality. In the second period, with the creation of the Teaching-Service Integration Commissions, we saw a more institutional bet of the EPS logic, whose proposal was adapted to the management design proposed in the Health Pact. The bets made by actors and actresses of both groups were influenced by their ways of conceiving and operating the Policy, as a result of their personal and collective experiences, experiences of historical process and political conjuncture, different insertions, world views, beliefs and ideologies. But they go beyond the PNEPS itself and reflect different ways of implementing SUS in Brazil.

Keywords: Permanent education. Public policies. Unified Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AES	Articulação Educação-Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMB	Associação Médica Brasileira
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APML	Ação Popular Marxista-Leninista
ASVA	Assistência Social Vila Augusta
AUNL	Articulação Unidade na Luta
BANRISUL	Banco do Estado do Rio Grande do Sul
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CENDES	Centro de Estudos do Desenvolvimento Econômico Social
CENEPES	Centro de Pesquisa em Educação e Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIES	Conselho Interamericano Econômico e Social
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIESe	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço Estadual
CIESm	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço Municipal
CIESr	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço Regional
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CIRH	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLATES	Centro Latino-Americano de Tecnologias Educacionais em Saúde

CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNB	Construindo um Novo Brasil
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNGTES	Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
CNJ	Conselho Nacional de Juventude
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONARES	Conselho Nacional de Representantes Estaduais do Conasems
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CRUTAC	Centro Rural Universitário do Treinamento e Ação Comunitária
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAGEP	Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa
DAS	Direção e Assessoramento Superior
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde
DENEM	Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DHR	Diretoria de Hospitais Universitários e Residências
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DMPs	Departamentos de Medicina Preventiva
DS	Democracia Socialista
EAMSI	Equipe de Assistência Médico-Sanitária Integrada
EMIN	Equipe de Assistência Materno-Infantil e Nutrição
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EP	Educação Permanente

EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FENTAS	Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde
FEPAFEM	Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e de Escolas de Medicina
FFM	Fundação Faculdade de Medicina
FG	Funções Gratificadas
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
FSP	Faculdade de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GAP	Grupo assessor principal
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GM	Gabinete do Ministro
GT	Grupo de Trabalho
GTA	Grupo de Trabalho da Amazônia
GUSP	Grupo Unido de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Integração Docente-Assistencial
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IES	Instituições de Ensino Superior
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INEP	Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LAPA	Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde
LAPPIS	Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LOTERJ	Loteria do Estado do Rio de Janeiro
MARE	Ministério de Administração e Reforma do Estado

MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEB	Movimento de Educação de Base
MEC	Ministério da Educação
MMTR	Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais
MNNP	Mesa Nacional de Negociação Permanente
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MORHAN	Movimento de Reintegração dos Atingidos pela Hanseníase
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
NURESC	Núcleo Regional de Educação em Saúde Coletiva
NUTES	Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OP	Orçamento Participativo
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PDS	Partido Democrático Social
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEPS	Pólos de Educação Permanente em Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PET	Programa de Educação Tutorial
PET	Programa de Educação pelo Trabalho

PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PGT	Partido Geral dos Trabalhadores
PHS	Partido Humanista da Solidariedade
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PL	Partido Liberal
PLE	Projeto de Formação em Larga Escala
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMN	Partido da Mobilização Nacional
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PP	Partido Popular
PP	Partido Progressista
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPS	Partido Popular Socialista
PREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROGESUS	Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde
PROJOVEM	Programa Nacional de Inclusão de Jovens
PROMED	Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSC	Partido Social Cristão
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores

PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PTC	Partido Trabalhista Cristão
PUC	Pontifícia Universidade Católica
PV	Partido Verde
REDE POP	Rede de Educação Popular e Saúde
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBCM	Sociedade Brasileira de Clínica Médica
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SECOM	Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAC	Semana de Estudos de Saúde Comunitária
SESu	Secretaria da Educação Superior
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SNJ	Secretaria Nacional de Juventude
SP	São Paulo
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUNAB	Superintendência Nacional de Abastecimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UAB	Universidade Aberta do Brasil
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNI	Uma Nova Iniciativa na Formação de Profissionais de Saúde: União com a Comunidade
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPI	Universidade Federal do Piauí

UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	22
1	EXPLICITANDO ESCOLHAS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS	28
1.1	Por que estudar sobre Política?	28
1.2	Política é exercício de poder	30
1.3	Sobre os discursos e as nossas vontades de verdade	33
1.4	Algumas reflexões sobre a “criação” e o “roubo” dos conceitos	36
1.5	Sobre a visão de Ciência que sustentamos	38
1.6	Mergulhando nos discursos verdadeiros	40
2	DA “EDUCAÇÃO MÉDICA” AO “DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE”	44
2.1	O Campo de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde	48
3	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA HISTÓRIA DE SUCESSIVOS ROUBOS	58
3.1	De onde vem a Educação Permanente em Saúde?	58
3.2	A Educação Permanente em Saúde da OPAS	60
4	POSIÇÕES POLÍTICO-PARTIDÁRIAS	70
4.1	A influência do Partido Comunista Brasileiro (PCB) no “movimento sanitário”	70
4.2	A criação do Partido dos Trabalhadores (PT) e o desenvolvimento de um “sanitarismo de novo tipo”	80
4.2.1	<u>A convivência entre uma lógica anti-institucional e institucional no interior do Partido dos Trabalhadores</u>	94
4.2.2	<u>Desdobramentos de um “modo petista de governar” na saúde</u>	99
4.2.3	<u>O debate dos recursos humanos em saúde no PT</u>	102
4.2.4	<u>As duas sociólogas do PT</u>	110
5	PERÍODO LULA I	115
5.1	Lula vence as eleições presidenciais	115
5.2	Governo de Transição	115
5.3	A construção da base política do PT no Congresso Nacional	120
5.4	Montagem do Governo Lula	123

5.5	Distribuição dos Ministérios de Lula	127
5.6	Lula, o PT e o SUS: A Saúde nos Governos Lula	127
5.6.1	<u>Os bastidores da definição do nome para Ministro de Estado da Saúde</u>	130
5.6.2	<u>A criação do espaço institucional da SGTES</u>	142
5.6.2.1	O fator Olívio Dutra	142
5.6.2.2	Reestruturação do Ministério da Saúde de Lula	150
5.6.2.3	A extinção da Secretaria de Políticas de Saúde	153
5.6.2.4	O rompimento com o campo de recursos humanos em saúde	156
5.6.2.5	A SGTES entra em cena!	157
5.6.3	<u>Montagem da SGTES</u>	165
5.6.4	<u>O DEGES na pauta do trabalho: o caso das Residências em Saúde</u>	184
5.6.5	<u>Os diferentes modos de conceber e operar a Política no Ministério da Saúde</u>	190
5.6.6	<u>O DEGES no Ministério da Saúde</u>	198
5.6.7	<u>Montagem do DEGES</u>	209
5.6.7.1	Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde	213
5.6.7.2	Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde	219
5.6.7.3	Coordenação Geral de Ações Populares em Educação na Saúde	228
5.6.8	<u>Os diferentes entendimentos sobre “educação permanente em saúde” no DEGES</u>	242
5.6.9	<u>Educação Permanente em Saúde: do conceito à política pública</u>	245
5.6.10	<u>Educação Permanente versus Humanização: a radicalização das disputas entre o DEGES e o “grupo de Gastão Wagner”</u>	267
5.6.11	<u>A visão anti e pró-Saúde da Família no primeiro governo Lula</u>	280
5.6.12	<u>Os Pólos de Educação Permanente em Saúde</u>	284
5.6.13	<u>Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde</u>	304
6	PERÍODO LULA II (PÓS-MENSALÃO)	307
6.1	A composição com o PMDB	307
6.2	Primeira Reforma Ministerial	308
6.3	A crise do mensalão	310
6.4	Os desdobramentos da crise do mensalão: segunda reforma ministerial	313
6.5	O Ministério da Saúde Peemedebista	316
6.6	A “transição”: de Maria Luiza Jaeger a Francisco Campos	319
6.7	O Grupo dos Recursos Humanos em Saúde	325

6.8	A recomposição da SGTES	328
6.9	O ingresso de Ana Estela Haddad na SGTES e no Campo de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde	348
6.10	Reestruturação do DEGES	358
6.10.1	<u>A retirada da “Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde” do DEGES/SGTES</u>	358
6.10.2	<u>Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde</u>	362
6.10.3	<u>As três etapas de ocupação da Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde</u>	366
6.11	O Primeiro Momento do DEGES na gestão Francisco Campos	367
6.11.1	<u>A centralidade adquirida pela “Saúde da Família” na segunda gestão da SGTES</u>	368
6.11.2	<u>O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I)</u>	370
6.11.3	<u>3ª Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde</u>	374
6.11.4	<u>A “Reestruturação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde”</u>	378
6.11.5	<u>A pesquisa de avaliação da Faculdade de Medicina da USP</u>	383
6.12	O Segundo Momento do DEGES na gestão Francisco Campos	390
6.12.1	<u>O Pacto pela Saúde</u>	393
6.12.2	<u>A Portaria nº 1996/2007</u>	395
6.12.3	<u>O reposicionamento do conceito de Educação Permanente em Saúde ou: Qual a Educação Permanente em Saúde verdadeira?</u>	406
6.12.4	<u>Ampliação do Pró-Saúde (Pró-Saúde II)</u>	415
6.12.5	<u>A criação do PET Saúde</u>	419
6.12.6	<u>As Residências em Saúde no segundo período da SGTES</u>	422
6.12.7	<u>A pressão da corporação médica no DEGES e na pauta das Residências em Saúde</u>	432
	CONCLUSÕES	440
	REFERÊNCIAS	450

INTRODUÇÃO

O debate sobre a formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde esteve na pauta do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira como preocupação inerente ao desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde, mesmo antes da criação do Sistema Único de Saúde. De fato, ao lado das iniciativas de expansão e interiorização das ações e serviços de saúde com vistas ao estabelecimento de um Sistema Nacional de Saúde que começava a se estruturar (e seria criado legalmente em 1975), estava a preocupação com a formação em larga escala de pessoal de saúde para atuar na base desse Sistema. Este tratamento conferido à pauta dos recursos humanos daria lugar à emergência de iniciativas postas em execução a partir da década de 1970, sobretudo no pós-1974, quando o tema da valorização dos recursos humanos apareceu no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) de Ernesto Geisel. Nesse bojo, vale o registro ao marco de criação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS). Estas iniciativas contariam com uma forte colaboração entre a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o governo brasileiro, com destaque para o protagonismo em promover essas articulações do médico brasileiro José Roberto Ferreira, que estava à frente do “Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos” da OPAS. Em torno da liderança de José Roberto Ferreira e na fronteira de uma ala do Movimento Sanitário mais ligado ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), o “Partidão”, foi constituído um grupo que conjugou esforços para uma atuação institucional e acadêmica com influência direta dos debates da OPAS na América Latina para a área de recursos humanos em saúde, que aqui designamos “grupo dos recursos humanos em saúde”.

Com a chegada de Lula e do PT à Presidência da República em 2003 forja-se a oportunidade política de criação de uma Secretaria para tratar das questões referentes à gestão do trabalho e à gestão da educação na saúde. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) nascia, segundo os atores e atrizes que a constituíram, para fazer cumprir a prerrogativa legal posta pelo artigo 200 da Constituição Federal quanto à ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (JAEGGER; CECCIM; MACHADO, 2004). Mas, aquilo que poderia ser considerado como o ganho de centralidade em torno do campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, na verdade significou seu quase desaparecimento na agenda da SGTES. A criação da SGTES marcaria uma importante inflexão com a transição paradigmática do campo de “recursos humanos em saúde” para a “gestão do trabalho e a gestão da educação na saúde”.

Esta tese tem como foco a emergência de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (ou das Políticas de educação permanente) durante o governo Lula. O marco inovador institucional é a criação da SGTES. Contudo, longe de ser um período homogêneo, surgiram muitas disputas, tensões e conflitos em torno da educação permanente em saúde e em torno da ocupação da SGTES por dois grupos políticos distintos nesse período (MATIAS, 2016).

Na trama principal desta narrativa, consideramos para fins de argumentação, a existência e/ou formação de dois grupos: o “grupo dos recursos humanos em saúde”, que se constituiu como um subgrupo na área de influência de outro grupo nomeado por Francisco Campos de “grupo da esquerda sanitária” e um outro grupo que se construiu a partir da viabilização da ida de Maria Luiza Jaeger ao governo federal e da criação da SGTES, apontado por Gastão Wagner como o “grupo da Maria Luiza” e por Mario Rovere como o “grupo da Rede Unida”.

Nas várias narrativas marginais que este trabalho apresenta, também apontamos a existência do “grupo do NUTES”, constituído no interior de um dispositivo criado na década de 1970 a partir de uma articulação entre membros da OPAS e do Instituto de Biofísica da UFRJ, o Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde (NUTES). É do grupo do NUTES que sairá Maria Alice Roschke, a quem se deve a iniciativa de construção conceitual da educação permanente em saúde no interior da OPAS. Também identificamos outro grupo que aparecerá fortemente nas histórias que entremeiam o Ministério da Saúde de Lula e que Emerson Merhy vai denominar de “grupo do Gastão”, numa alusão àqueles que se reuniam em torno de Gastão Wagner Sousa Campos, o “vice-ministro da Saúde” na Secretaria Executiva daquele Ministério.

É certo que não temos a pretensão de simplificar este debate ao nomear estes grupos. Consideramos toda a complexidade que subjaz a formação destes grupos, alguns formados circunstancialmente (e temporariamente), como é o caso do grupo que se constituiu na primeira ocupação da SGTES pelo grupo mais vinculado à Maria Luiza Jaeger. Estes grupos são constituídos por sujeitos diversos, com pensamentos por vezes dissonantes, não são uníssonos, mas múltiplos, plurais, dinâmicos e mutantes. Também não é possível afirmar que há uma identidade que os unifique, visto que os sujeitos nem sempre agem levados por seus projetos ou visões de mundo. Esses sujeitos, entretanto, levados pelas mais diversas razões, reuniram-se de forma circunstancial ou perene para atingir determinados objetivos comuns. Aqui queremos ressaltar este caráter volátil. Por isso nossa intenção de ver bem de perto os sujeitos que os compuseram. Isso não implica afirmar contudo que o processo político e a construção conceitual que se desenham dependa exclusivamente da agência dos sujeitos em questão,

absolutamente. A intencionalidade dos sujeitos, as condições estruturais, as contingências, as consequências impremeditadas, tudo isto influencia e sofre influência na cena política, como apontaremos adiante.

O surgimento de uma proposta de Política em torno da “Educação Permanente em Saúde” passaria (pela possibilidade dada) por duas questões principais: a construção política e a construção conceitual.

De um lado, a possibilidade de construção política dessa proposta a partir do acúmulo político e institucional que deu margem à chegada do Partido dos Trabalhadores na Presidência da República, tendo Luís Inácio Lula da Silva à sua frente. De outro, a possibilidade de construção conceitual em torno da ideia de “educação permanente em saúde” que seria “roubada” de distintos territórios e ressignificada a partir de inúmeras elaborações conceituais que se coadunam de um lado ao desenvolvimento de conceitos e inovações postos a partir de um espaço aberto por um “modo petista de governar” na década de 1990 e de outras inúmeras e criativas elaborações construídas nesse curto espaço de tempo que conformou a primeira ocupação da SGTES pelo grupo mais vinculado à Maria Luiza Jaeger.

Em 2005, a vivência de uma grave crise institucional atingiria o governo Lula, trazendo consequências concretas para a área da saúde e estabelecendo uma mudança de rumos no governo. Efetivamente, a crise do mensalão constituiu-se como um marco de divisão dos governos Lula e seus desdobramentos levaram à cessão do Ministério da Saúde ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) em julho desse mesmo ano, fato que abriu a possibilidade de retorno de uma ala mais tradicional do Movimento Sanitário ligado ao antigo Partidão à estrutura daquele Ministério, como é o caso mesmo do Ministro da Saúde, José Saraiva Felipe e de Francisco Eduardo de Campos, que estaria à frente da SGTES. O “grupo dos recursos humanos em saúde” passou a ocupar o espaço institucional referente a este campo de atuação da gestão do trabalho e da educação, operando um redirecionamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Este trabalho pretendeu tomar os seguintes esforços de análise:

1. A tentativa de traçar uma linha do tempo que marca o debate sobre a formação e desenvolvimento dos “recursos humanos em saúde” na OPAS e no Brasil e as condições de possibilidades no campo do processo político e da construção conceitual que conduzem a uma inflexão desta área, marcada pela chegada de Lula à Presidência da República e pela criação da SGTES;

2. A investigação sobre as tensões existentes entre os grupos políticos na ocupação da SGTES nos governos Lula e sobre as diferenças na concepção e *modus operandi* da política,

tomada a partir da análise de um conjunto de entrevistas feitas com os sujeitos de cada um dos grupos supracitados, ou seja, a investigação sobre o processo político propriamente dito;

3. O aprofundamento sobre a construção conceitual em torno da educação permanente em saúde e as suas apropriações pelos grupos no processo político em questão. Partimos da concepção de que os modos de apropriação dos conceitos também refletem um exercício de poder, ou seja, os conceitos servem a usos políticos nos contextos concretos de políticas institucionais.

Ao empreender este primeiro esforço de análise, ao buscar traçar uma linha do tempo, fomos levados a apreender os movimentos e propostas no debate de recursos humanos em saúde anteriores ao governo Lula bem como a análise das condições e circunstâncias em que foi possível a criação da SGTES e sua ocupação pelo grupo que formulou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Assim como explorar, já no governo Lula, as condições que levaram à mudança desse grupo da SGTES ainda no primeiro mandato de Lula. No segundo esforço de análise aqui referido, estivemos mobilizados pela necessidade de compreensão das tensões e conflitos entre os diversos ocupantes da SGTES no mesmo governo. E finalmente como desdobramento deste terceiro esforço de análise, temos um reconhecimento de um processo de construção conceitual, com apropriações (ou roubos) de ideias, e criações de novos vocabulários e seus efeitos políticos.

Nosso intuito foi o de juntar a reflexão e compreensão sobre as dinâmicas das propostas de política que se desenharam aos modos de criação e apropriação de conceitos e sua relação com este processo político, pois entendemos que estes territórios não correm em separado, pelo contrário, convergem e, em última análise, contribuem para conformar o estabelecimento de propostas e concepções distintas em torno do tema da educação permanente em saúde no Brasil. Em outras palavras, a nós interessou explorar o conflito político em si nas nuances e complexidade com que se apresenta e também as condições de produção de discursos incomensuráveis.

Nas linhas que seguem, pretendemos mostrar a guerra de narrativas dos atores e atrizes que compõem e constroem este campo. Um processo carregado de tensões, apagamentos, continuidades e rupturas e de muitos silêncios, presentes há mais de uma década, até hoje ignorados por boa parte do Movimento Sanitário.

No primeiro capítulo explicitamos as escolhas teóricas e metodológicas que orientam esta narrativa, que não partem de teorias e métodos estabelecidos a priori, mas de algumas reflexões tomadas antropofagicamente e experimentadas empiricamente para a tessitura desta tese. Acompanham estas reflexões a visão de Política que sustentamos, mais afinadas a um

campo específico de experimentação de análise de políticas (BAPTISTA; MATTOS, 2011) bem como a visão de Ciência que sustentamos, que não pretende reduzir a realidade ao que existe, rejeita a ideia de neutralidade e de conhecimento verdadeiro, ratifica a importância das implicações e se guia na busca pela maximização da objetividade (SANTOS, 2001).

No segundo capítulo, apresentamos os antecedentes que conduzem à conformação de um “Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos” na Organização Panamericana de Saúde (OPAS) a partir das discussões mobilizadas por movimentos de mudança da educação médica e pelo desenvolvimento dos Sistemas de Saúde nos países sobretudo na América Latina. Especificamente no Brasil, trazemos as principais questões do processo político que conduzem à conformação de uma área de atuação acadêmica e política-institucional sobre a formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

No terceiro capítulo, procuramos apontar os territórios de emergência do conceito de educação permanente, desde o campo da educação, especificamente da educação de adultos, à apropriação por organismos internacionais como a UNESCO. Este capítulo traz ainda os bastidores que compõem a construção de uma proposta em torno da educação permanente em saúde mobilizada pela Organização Panamericana de Saúde.

No quarto capítulo apresentamos as posições político-partidárias que influenciaram os processos políticos nos quais se forjaram os atores e atrizes desta tese. Este capítulo traz um resgate das narrativas mobilizadas no processo da Reforma Sanitária Brasileira por um “movimento sanitário” afinado a uma perspectiva de pensar o campo da saúde a partir de uma leitura com uma importante influência do antigo Partido Comunista Brasileiro (PCB), o Partidão. Traz ainda as narrativas do caldo de mobilização que deu possibilidade de organização política e formação de um Partido dos Trabalhadores (PT) e de um campo democrático-popular. Nas narrativas sobre o PT, abordamos a criação de um “modo petista de governar” fincado num ideal de radicalidade democrática mobilizado pelas experiências de governos locais do PT a partir de 1989 e os desdobramentos dessa marca de governo no campo da saúde. Além disso, esse capítulo apresenta a discussão sobre recursos humanos em saúde no interior do PT e a trajetória das duas sociólogas petistas: Maria Luiza Jaeger e Maria Helena Machado que se forjaram no campo da gestão do trabalho.

A chegada de Lula ao governo federal bem como a construção da base política do governo no Congresso Nacional além das negociações nos bastidores sobre a distribuição dos Ministérios de Lula (sobretudo do Ministério da Saúde) são trazidas no quinto capítulo desta tese. Neste capítulo abordamos o primeiro período do governo Lula, que neste estudo consideramos estender-se de 2003 a julho de 2005, antes de se efetivarem mudanças decorrentes

do marco de divisão imposto pelo mensalão. Nele ainda abrimos um tópico específico de discussão sobre a saúde nos governos Lula, que mostram dentre outras coisas os fatores que influenciaram a escolha de Humberto Costa como Ministro da Saúde e as discussões e conflitos predominantes naquele Ministério. Também apresentamos os bastidores da criação da SGTES e o primeiro momento político de ocupação do DEGES, bem como os fatores que influenciaram para a montagem de uma proposta de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Finalmente, o sexto capítulo traz todo o período do governo Lula compreendido pelo pós-mensalão, de julho de 2005 até o final do segundo mandato em 2010. Nele são trazidas análises da crise do mensalão e seus desdobramentos, no aspecto mais geral e mais específico da gestão de saúde com a ocupação peemedebista do Ministério da Saúde. Também é trazida análise específica do segundo momento político de ocupação da SGTES, com narrativas que vão desde a conturbada “transição” entre os Secretários, principais agendas e dispositivos mobilizados nessa segunda gestão, às mudanças realizadas na operacionalização da PNEPS.

1 EXPLICITANDO ESCOLHAS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

1.1 Por que estudar sobre Política?

Este é um estudo sobre Política. Trata-se da continuidade do trabalho iniciado na minha dissertação de Mestrado, intitulada: “Políticas de educação permanente em saúde nos governos Lula: um olhar a partir dos documentos” (MATIAS, 2016).

Nela, partimos das contribuições da tese de doutorado de Mônica de Rezende. A autora, ao se debruçar sobre a análise da “formação” e das estratégias de articulação educação-saúde (AES) no Governo Lula, destaca três acontecimentos importantes neste campo de atuação. O primeiro acontecimento trata-se da reorganização do organograma do Ministério da Saúde, dando lugar a uma reestruturação das áreas técnicas e políticas que possibilitaram um lugar de destaque ao campo da “formação” com a criação, no aparato estatal, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). O segundo acontecimento diz respeito à existência de dois momentos políticos distintos na ocupação da SGTES nos governos Lula: o primeiro que se estende da sua criação em 2003 até junho de 2005 que corresponde à gestão de Humberto Costa do Partido dos Trabalhadores (PT) e o segundo que começou em seguida e foi até o final do governo Lula, em 2010, marcado pela passagem do Ministério para o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e que teve inicialmente Saraiva Felipe à sua frente. Para Rezende (2013) estes dois momentos distintos de ocupação da SGTES evidenciaram a coexistência de dois grupos atuantes no campo da “formação”, vinculados ao movimento da Reforma Sanitária, cuja apresentação havia se dado pelo menos desde a década de 1990 e ratificavam-se nos governos Lula. Segundo a autora, estes grupos possuíam concepções de mudanças e propunham caminhos distintos para esse campo. Finalmente, o terceiro acontecimento que marcava os distintos momentos políticos da SGTES nos governos Lula tratava-se da publicação de duas versões da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com teor diferenciado (REZENDE, 2013).

Reiterando os achados de Rezende (2013), a análise dos documentos empreendida na dissertação procurou ir além da descrição de seus conteúdos, no intuito de reconhecer indícios de pistas, marcas, cicatrizes deixadas pelo processo político que possibilitou sua produção. Os resultados desta análise documental sugeriram a existência de tensões políticas entre os dois grupos ocupantes da SGTES nos governos Lula e efetivamente a configuração de duas propostas de política em torno da “educação permanente em saúde”, mas com distintas

concepções deste conceito tomadas pelos dois grupos, além de diversas evidências de divergências nos modos de operar a prática institucional e nos objetivos almejados com ambas as propostas. Ao mesmo tempo, há um esforço manifesto em passar uma imagem de continuidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, elaborada em 2004 (MATIAS, 2016).

Partindo dessa análise, interessou-nos desvendar o que subjazeu e deu materialidade às diferenças que observamos nas publicações referentes aos conceitos e ao *modus operandi* da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Nesta tese, consideramos como Rezende (2013) a divisão da SGTES em dois momentos políticos distintos, mas ampliamos esta compreensão ao considerar que o escândalo do mensalão foi um marco de estabelecimento de dois períodos políticos distintos não apenas na SGTES, mas nos governos Lula. Desse modo trabalhamos com a seguinte divisão: Período Lula I, de 2003 a julho de 2005 e Período Lula II, de julho de 2005 a 2010. Para aprofundar a análise em torno desses períodos, fez-se imperativa a realização de entrevistas com os atores e atrizes que estiveram presentes e conformaram os grupos que ocuparam a SGTES nos governos Lula. Estas entrevistas longe de nos fornecer a “verdade” sobre os fatos, nos permitiram dar base de composição a narrativas a partir do material de revisita às suas memórias e da sua redescrição dos fatos.

Mas... por que estudar sobre Política? Esse assunto que permanece maldito no cotidiano que nos cerca? Por que desnudar o que há nos pormenores, nos interstícios desse universo que nos parece cada vez mais hostil? Por que trazer à tona os bastidores, aqueles mesmos que tantos se esforçam em apagar, censurar, silenciar, na ilusão de que tornarão tudo mais palatável?

Desde que nos dispusemos a trazer à tona os subterrâneos do jogo político, já não podemos escapar ao conhecimento que se nos revela. Isso nos torna responsáveis por aquilo que fazemos com o conhecimento que dispomos e que se revela a nós. Por isso os analistas de política sentem por vezes um dever moral no seu ofício. Os estudos de política ao mesmo tempo que revelam o conhecimento de um Brasil esculpido nos bastidores ao largo da política oficial exibida nos gabinetes e palácios, também revelam os caminhos construídos por um povo que teve de aprender seu próprio modo de construir sua institucionalidade. Revelam as consequências impremeditadas de ações deliberadas e por vezes revelam as contingências que se interpuseram e foram decisivas na construção das políticas.

Na verdade, isso tudo nos coloca no meio de uma relação dialética: os estudos de política nos permitem compreender este(s) Brasil(is) ao mesmo tempo em que a História deste(s) Brasil(is) nos permite compreender nossos modos de fazer política ao longo dos anos. Em última análise, compreender isto também é compreender a nós mesmos.

Mas primeiro é preciso dizer que nossa compreensão do que seja “Política” recusa os reducionismos frequentemente associados ao termo. Entendemos política como processo e como relação de poder, tal como Ball (2006) a toma, ao criticar a redução do significado de política a “coisas”. O autor ao recusar-se a dar uma versão definitiva do significado de política, utiliza duas conceitualizações diferentes: política como texto e política como discurso. Recusamos, portanto, a ideia tosca de ciclo de política. A política não tem um percurso linear, não é um ciclo que se acaba em si mesma, é dinâmica, provoca e é provocada por fatos por vezes exteriores às vontades dos sujeitos, é imprevisível. Estamos atrás das dinâmicas que esta ideia de ciclo oculta.

Portanto, nosso ponto de partida na análise sobre as políticas não toma os mesmos referenciais da Ciência política, mas procura autonomizar um novo campo de experimentação na investigação sobre estas. Um campo onde o bastidor é tomado na sua centralidade, onde as contingências operam, os silenciamentos, as continuidades e discontinuidades são considerados, onde a micropolítica e as trajetórias dos sujeitos são tomadas para análise. Esforço que requer a observação de alguns rigores como nos apontam Baptista e Mattos (BAPTISTA; MATTOS, 2011).

1.2 Política é exercício de poder

A antipolítica tomou conta dos corações. Nesse instante um sentimento crescente de negação, aversão e ojeriza a tudo o que diz respeito à política institucional - tal como está conformada na nossa institucionalidade tupiniquim - e a seus representantes aflora em milhões de brasileiros e brasileiras. Esta virou sinônimo de trapaça, jogo sujo e corrupção. Querem assassinar a Política (ou, pelo menos, um sentido dela). Uma construção milimétrica, sistemática e minuciosamente calculada anos a fio dirigida a determinados fins. Ao mesmo tempo em que nunca se viu tantas pessoas falarem sobre política. O assunto tomou as ruas e as redes, tomou as conversas de bar, as rodas nas escolas, as conversas no cabeleireiro, as igrejas, as praças e as famílias. A política virou motivo para rancores e angústias pessoais, para desarmonia nos lares, separações, inimizades, assassinatos e suicídios. Nunca se amou e odiou tanto e simultaneamente algo assim. As soluções fáceis desde fora da política são procuradas. Mas é possível escapar mesmo da Política? Existirá saída fora da Política? De que Política estamos falando?

Este certo sentido de política do qual falamos, apropriado pelas pessoas no cotidiano, parece estar muito distante da definição de Aristóteles que considerava a Política como a ciência que tinha por objetivo a felicidade humana. Felicidade é o que definitivamente parece não se produzir. Mas a política também pode ser vista como o lugar do exercício do poder. Muito embora, muito frequentemente este lugar do poder e da representação se escondam atrás de uma falsa neutralidade. Mas como cutuca Tatiana Roque em “Erotismo e risco na Política”, o neutro é macho, adulto, branco e heterossexual (ROQUE, 2018). Muitas coisas tidas como “óbvias” foram usadas para sustentar esse discurso afim de manter nossas elites nos mesmos espaços de gozo do poder, como ironiza Darcy Ribeiro em seu discurso “Sobre o óbvio” (RIBEIRO, 1978). Os modos de produzir política no Brasil se deram em cima destas obviedades contestáveis. Isso serviu muitas vezes para silenciar o fato de que somos uma nação fundada no genocídio do povo indígena, na escravidão do povo negro, no estupro, na exploração sexual e do trabalho doméstico das mulheres, nos corpos dos nossos mortos pela sangrenta ditadura militar que assolou este país por 21 anos. Uma conta que nunca foi devidamente paga. Fizemos de conta que superamos, mas a História é implacável e sempre surge para nos cobrar. Concedemos anistia a todos. Acreditamos que silenciar ou camuflar a nossa História em vez de enfrentá-la nos traria as condições para a formação de um país supostamente pacífico e cordial. Afinal, o povo brasileiro é alegre e cordial, casa grande e senzala deram-se as mãos. Ledo engano. Em vez disso teríamos de admitir, e isso nos dói, que nascemos do estupro, nascemos da violência. Toda história é remorso, como disse o poeta. E a possibilidade de contar isto é asfixiada, massacrada, silenciada. O direito à palavra nos é negado. Não estamos inscritos na “história dos vencedores”, nas palavras de Walter Benjamin, que é propagada nos discursos e na história oficial. Esse lugar de verdade nega a nossa existência. Assim como procura negar a grandeza de Palmares, Caldeirão, Canudos e das lutas sociais anteriores e seguintes à Independência travadas neste país. Porque esta existência por si só traz desconforto, é incômoda aos vencedores.

Como é duro, difícil e violento o exercício da Política

(...)

Comprendemos, como Foucault, a Política como exercício do poder ou como o próprio autor irá referir: “a política é a guerra prolongada por outros meios”.

Michel Foucault (1986) ao se colocar a reflexão sobre o que é o poder e quais são os diversos dispositivos de poder exercidos nos diferentes níveis da sociedade no mundo pós-nazismo e pós-estalinismo, apresenta duas concepções do poder político: a primeira, trata da concepção jurídica ou liberal do poder político encontrada nos filósofos do século XVIII para

a qual o poder seria considerado um direito de que se seria possuidor, podendo ser transferido ou alienado por um ato jurídico ou ato fundador de direito, da ordem da cessão ou do contrato; a segunda concepção trata de uma abordagem marxista corrente e geral do poder, por meio do qual o poder serviria como mantenedor de relações de produção e reprodução de uma classe dominante, resultante de uma situação de apropriação das forças produtivas. Em ambas as concepções, Foucault reconhece a influência de uma análise econômica do poder, ou o que ele chama de um “economicismo na teoria do poder”.

Ao partir dessa constatação, Foucault (1986) se propõe a oferecer uma análise não econômica do poder. Para o autor, o poder não se dá, não se troca, nem se retoma, mas se exerce, só existe em ação e é acima de tudo uma relação de força. Duas hipóteses que se articulam entre si são colocadas por Foucault nessa argumentação: a primeira é a de que o poder é essencialmente repressivo, o que ele chama de “hipótese de Reich”, já que toma essa ideia deste psicanalista austríaco; a segunda hipótese é a afirmação de que o poder é guerra prolongada por outros meios (numa inversão à posição de Clausewitz, autor da frase: "A guerra é a continuação da política por outros meios"). Esta segunda hipótese Foucault chama de “hipótese de Nietzsche”.

Assim, para Foucault, o poder político estaria inscrito num esquema de dominação-repressão ou guerra-repressão. Vejamos o que diz o autor:

Inverteríamos assim a posição de Clausewitz, afirmando que **a política é a guerra prolongada por outros meios**. O que significa três coisas: em primeiro lugar, que as relações de poder nas sociedades atuais têm essencialmente por base uma relação de força estabelecida, em um momento historicamente determinável, na guerra e pela guerra. E se é verdade que o poder político acaba a guerra, tenta impor a paz na sociedade civil, não é para suspender os efeitos da guerra ou neutralizar os efeitos que se manifestaram na batalha final, mas para reinscrever perpetuamente estas relações de força, através de uma espécie de guerra silenciosa, nas instituições e nas desigualdades econômicas, na linguagem e até no corpo dos indivíduos. **A política é a sanção e a reprodução do desequilíbrio das forças manifestadas na guerra**. Em segundo lugar, quer dizer que, no interior desta “paz civil”, as lutas políticas, os confrontos a respeito do poder, com o poder e pelo poder, as modificações das relações de força em um sistema político, tudo isto deve ser interpretado apenas como continuações da guerra, como episódios, fragmentações, deslocamentos da própria guerra. Sempre se escreve a história da guerra, mesmo quando se escreve a história da paz e de suas instituições. Em terceiro lugar, que a decisão final só pode vir da guerra, de uma prova de força em que as armas deverão ser os juizes. O final da política seria a última batalha, isto é, só a última batalha suspenderia finalmente o exercício do poder como guerra prolongada (FOUCAULT, 1986, p. 176, grifos nossos).

Por outro lado, Foucault nos afirma que o exercício do poder nos obriga a produzir “verdades” ou produzir “discursos verdadeiros”, que trazem consigo por sua vez, efeitos de poder. Assim ele nos fala:

Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercê-lo através da produção da verdade. Isto vale para qualquer sociedade, mas creio que na nossa as relações entre poder, direito e verdade se organizam de uma maneira especial. Para caracterizar não o seu mecanismo mas sua intensidade e constância, poderia dizer que somos obrigados pelo poder a produzir a verdade, somos obrigados ou condenados a confessar a verdade ou a encontrá-la. O poder não para de nos interrogar, de indagar, registrar e institucionalizar a busca da verdade, profissionaliza-a e a recompensa. No fundo, temos que produzir a verdade como temos que produzir riquezas, ou melhor, temos que produzir a verdade para produzir riquezas. Por outro lado, estamos submetidos à verdade também no sentido em que ela é lei e produz o discurso verdadeiro que decide, transmite e reproduz, ao menos em parte, efeitos de poder. Afinal, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder (FOUCAULT, 1986, p. 180).

Tomando as contribuições teóricas de Foucault para este debate, compreendemos que a tarefa de analisar políticas nos impõe também o esforço de reconhecer os “discursos verdadeiros” que as subjazem, construídos e empreendidos neste ato autopoietico de exercício e reprodução do poder. Discursos que muitas vezes podem não se interpôr com clareza à primeira vista, mas certamente estão lá, sustentando e dando sentido a esta guerra pelo estatuto da existência.

1.3 Sobre os discursos e as nossas vontades de verdade

Perguntou-lhe Pilatos: Que é a verdade?

(João, 18.38)

Noli foras ire, in teipsum redi: in interiore homine habitat veritas.

(Santo Agostinho)

- Então não existe verdade? Me poupe!

- Existem! Várias. E todas são úteis.

Nos fazem sentir mais humanos.

(Diálogos familiares)

O filósofo busca a verdade?

Não, pois, nesse caso, esperar-se-ia dele mais segurança.

A verdade é fria, a crença na verdade é poderosa.

(Nietzsche, 2008, p. 92)

Habitualmente tendemos a ver o mundo através das lentes mágicas do bem e do mal iguais às de Simplício, personagem míope de Joaquim Manuel de Macedo em “A Luneta Mágica”. Este certo maniqueísmo que acompanha nossas avaliações em tudo o que nos cerca e acontece, carrega uma valoração moral. Este problema da moral foi estudado por Nietzsche em sua “Genealogia da Moral”: afinal o que caracteriza se algo é bom ou mau, como se atribui esta valoração? O problema da origem do mal perseguia Nietzsche desde os treze anos de idade como ele o afirma na obra. Mas hoje ainda não nos pudemos livrar de atribuir a todas as coisas que nos cercam esses juízos de valor. Estamos presos entre o bem e o mal e parece não haver chance de libertação. Encaixamos pessoas, projetos, políticas, crenças e tudo o mais nesses dois lugares, sem possibilidade de qualquer mediação. Mas assim como Nietzsche precisamos colocar em questão o próprio valor desses valores. É ele próprio que nos diz que para isso “é necessário um conhecimento das condições e circunstâncias nas quais nasceram, sob as quais se desenvolveram e se modificaram” (NIETZSCHE, 2019, posição 74).

O discurso do bem é muito frequentemente caracterizado como um discurso verdadeiro, carrega um valor de verdade. Afirmer um lugar de verdade no discurso é falar de um lugar de existência. É falar de um valor a que lhe é atribuído, é falar de moral. Afinal, reitera-se que “a verdade é”, o que opera uma concretude e um lugar de existência. Isso nos leva a pensar que o conflito entre verdade e não-verdade também se constitui em uma guerra pelo estatuto da existência, uma afirmação que atribui valor e que está intimamente imbrincada com as relações de poder que se estabelecem no mundo e nos inserem em determinados papéis e posições.

Em outras palavras, poderíamos dizer que afirmar ou negar (ou borrar) discursos corresponderiam a afirmar ou negar (ou borrar) modos de existências, também significa o apagamento das trajetórias e dos sujeitos. Nem precisamos falar da violência com que esses apagamentos operam na cena política. Do massacre dos discursos e dos sujeitos, em sentido figurado, mas também muitas vezes literal. Ora, de fato a política assim como a guerra apresenta-se como um exercício de poder. Poder sobre a vida e também sobre a morte, como propõe a releitura de Achille Mbembe no conceito de necropolítica (MBEMBE, 2018).

Também é sobre isso que Foucault nos fala na sua aula inaugural no Collège de France em dois de dezembro de 1970, ao citar o segundo procedimento de exclusão que atinge o discurso, que diz respeito à segregação exercida tendo em vista a condição da loucura. O louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros, cuja palavra só é dada

simbolicamente e mesmo em nossos dias o descrédito e o desdém que acompanham o exercício da escuta, age nessa mesma função de manutenção da censura.

Foucault vai citar os três grandes sistemas de exclusão que atingem o discurso: a palavra proibida, a segregação da loucura e a vontade de verdade (FOUCAULT, 2014). Para Foucault, esses sistemas concernem à parte do discurso que põe em jogo o poder e o desejo. No entanto, o ponto alto das reflexões de Foucault sobre o discurso que gostaríamos de destacar diz respeito à construção da ideia de discurso verdadeiro presente no terceiro sistema de exclusão.

Apesar de considerar que a oposição entre o verdadeiro e o falso não é nem arbitrária, nem modificável, nem institucional, nem violenta, esta “vontade de verdade” nos nossos discursos operam como um sistema de exclusão.

Para ele, ao longo dos anos, houve um deslocamento da “verdade” que estava presente nos atos ritualizados para o próprio enunciado, seu sentido, forma, objeto, sua relação, sua referência. Ou seja, a “verdade” desloca-se para o próprio discurso. Nessa esteira, Foucault também irá identificar uma “vontade de verdade” no discurso científico do século XIX.

A “vontade de verdade” se apoia sobre um suporte e uma distribuição institucional e tende a exercer sobre outros discursos um poder de coerção. Esta maquinaria pesada seria usada na sustentação de um discurso verdadeiro, limando os demais. Foucault indaga: “Na vontade de dizer o discurso verdadeiro, o que está em jogo, senão o desejo e o poder?” (FOUCAULT, 2014, p. 19). Os discursos “verdadeiros”, entretanto, não podem reconhecer as “vontades de verdade” que os atravessam. Nosso trabalho nesta tese, talvez seja precisamente este, identificar as “vontades de verdade” que subjazem os discursos, suas motivações, seus significados, confrontá-las, colocá-las em questão.

Conseguiremos fugir dessa vontade de verdade que nos atravessa anos a fio da nossa História?

Queremos escapar das armadilhas que nossas vontades de verdade nos impõem. Propomos aos que nos lêem o exercício de tomar a(s) verdade(s) de modo mais pragmático, úteis a fins determinados fins (como falávamos naquele início). Queremos fugir ao discurso do universal. Pois é preciso escapar ao perigo de uma história única, como alerta Chimamanda Ngozi Adichie.

Por isso, é mister encontrar um caminho de mediação. Não temos a pretensão de encontrar a verdade. Estamos em busca de uma terceira margem ou como fala Gloria Anzáldua,

teremos que estar nas duas margens e, ao mesmo tempo, enxergar tudo com olhos de serpente e de águia.

O intuito deste estudo não é, de modo algum, construir alguma verdade. É tão somente disponibilizar uma narrativa - dentre muitas que podem ser feitas – que partirá da análise de documentos produzidos e das redefinições das histórias vividas pelos sujeitos, dos seus discursos sobre a construção política e conceitual que daria lugar à constituição de uma proposta de política em torno do conceito de educação permanente em saúde no Brasil.

No campo da construção conceitual é preciso explicitar algumas reflexões teóricas que orientaram a análise sobre este processo de “criação” e “roubo” ou “apropriação” do conceito de educação permanente em saúde, que por sua vez partem do reconhecimento de que houve produções de sentido várias em torno deste conceito tomado de territórios distintos. Parte dessas reflexões segue adiante:

1.4 Algumas reflexões sobre a “criação” e o “roubo” dos conceitos

Que importa a palavra? Dizia Nietzsche que uma palavra é tão somente “a figuração de um estímulo nervoso em sons”. Não haveria, portanto, uma relação de correspondência entre as palavras e as coisas, mas apenas figurações de sensações. A linguagem expressaria apenas uma mera relação. Estamos confortáveis com esse pensamento. Mas é o próprio Nietzsche que também nos advertiria que o simples ato de nomeação das coisas implica um exercício de poder, ou seja, o uso dos conceitos também é político:

O direito senhorial de dar nomes vai tão longe, que nos permitiríamos conceber a própria origem da linguagem como expressão de poder dos senhores: eles dizem “isto é isto”, marcam cada coisa e acontecimento com um som, como que apropriando-se assim das coisas. (NIETZSCHE, 2019, posição 143-145)

Deleuze conceituaria a filosofia como uma arte de formar, de inventar, de fabricar conceitos. A criação desses conceitos seria necessariamente uma intervenção no mundo ou pelo menos, a criação de um mundo à sua maneira. Não se trata de afirmar, entretanto, que um conceito funda a realidade, mas sim é imanente à realidade, brota dela e serve para fazê-la compreensível (GALLO, 2016, p. 35).

Ora, se o conceito é criação, há que se examinar com cuidado o que ele é, quais as condições e possibilidades de sua produção. Fleck (2010) chamaria atenção para o caráter histórico dos conceitos e para o fato de que estes “deveriam ser investigados como o resultado

do desenvolvimento e da coincidência de algumas linhas coletivas de pensamento, da mesma maneira que se investiga um acontecimento da história do pensamento”. Assim, para o autor, a formação de um conceito seria parte de um trabalho tanto sintético quanto analítico e não de algo simplesmente dado. Portanto, não devemos encarar um conceito como um dado, sempre existente ou presente e que não precisaria ser explicado. Tampouco é uma representação universal.

Gallo (2016, p.39-42) ao nos apresentar os pensamentos de Deleuze à luz de uma filosofia da educação, abordaria as características básicas dos conceitos:

- **Todo conceito é necessariamente assinado:** diz respeito à ideia de que os filósofos “assinam o mundo” a partir dos conceitos que criam, ressignificando este termo da língua com um sentido próprio que lhe confere;

- **Todo conceito é uma multiplicidade:** afirma a ideia de que o conceito é um caleidoscópio, constituído de fragmentos múltiplos que geram totalidades provisórias;

- **Todo conceito é criado a partir de problemas:** para a criação dos conceitos, há sempre problemas que subjazem sua formação, um conceito nunca é criado do nada;

- **Todo conceito tem uma história:** ou seja, a história dos conceitos nunca é linear, é uma história de cruzamentos, idas e vindas, remete a outros conceitos;

- **Todo conceito é uma heterogênesse:** um conceito é um ponto de convergência de seus componentes que permitem uma significação singular, um mundo possível, em meio a múltiplas possibilidades;

- **Todo conceito é um incorporeal:** o conceito não diz respeito a coisa ou evento, mas é sempre um acontecimento, um evento, um devir;

- **Um conceito é absoluto e relativo ao mesmo tempo:** é absoluto em relação a si mesmo, porque condensa uma possibilidade de resposta ao problema e é relativo em relação ao seu contexto, pois remete a seus componentes e a outros conceitos;

- **O conceito não é discursivo:** diferente da ciência que produz “prospectos” e da arte que produz “afectos e perceptos”, o conceito não é proposicional.

Por tudo isto, Deleuze, portanto, encara os conceitos sob outro aspecto. O conceito seria um dispositivo ou um agenciamento, uma ferramenta que é produzida a partir de condições dadas e opera no âmbito mesmo destas condições. Ademais um conceito não está para ser compreendido, importa que ele nos afete, nos faça pensar, que agencie em nós mesmos certas possibilidades. A ação de um conceito seria a de um reaprendizado do vivido, uma ressignificação do mundo.

Não há questão alguma de dificuldade nem de compreensão: os conceitos são exatamente como sons, cores ou imagens, são intensidades que lhes convém ou não, que passam ou não passam. Pop'filosofia não há nada a compreender, nada a interpretar (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 12).

Finalmente, para Deleuze, roubar um conceito é produzir um conceito novo, ressignificá-lo. O “roubo de conceitos” é criativo, é uma atitude, portanto, desejável.

Falar sobre o conceito de educação permanente em saúde é falar de uma história de sucessivos “roubos”, uma vez que este conceito nunca esteve livre de apropriações e disputas, em qualquer espaço. No interior da OPAS, nos grupos de ocupação da SGTES, nas apropriações cotidianas, pelos trabalhadores, nos serviços de saúde. Falar sobre EPS generalizou (alguns diriam, banalizou) os sentidos tomados neste termo. O que é educação permanente em saúde, afinal? Ora, conceituar educação permanente em saúde é a armadilha na qual não cairemos nesta tese. Conceito é uso. Nossa vontade de verdade vai escapar a isto. Mais adequado seria talvez questionar quais os usos e sentidos que estão postos em torno dessa palavra.

Ou seja: como a educação permanente em saúde aparece nos seus usos por distintos atores e atrizes? Quais são os discursos produzidos em torno deste conceito e a sua relação com as propostas políticas desenvolvidas no âmbito da SGTES? Que histórias esse conceito esconde em sua criação, formulação, síntese?

1.5 Sobre a visão de Ciência que sustentamos

Não existe método científico. Assim como não existem "assuntos" ou "ramos do saber", o que existem de fato são problemas e o impulso para os resolver. Pelo menos era isso o que Popper defendia nos idos de 1956, reflexões que estão reunidas em "O realismo e o objetivo da ciência" (POPPER, 1987). Popper defendia que não havia método para descobrir uma teoria científica, averiguar a verdade de uma hipótese científica nem sequer para determinar se uma hipótese é provável ou provavelmente verdadeira. Ele acreditava que para nos aproximarmos da “verdade” acerca do mundo precisaríamos da arte da argumentação entre diferentes. Esta “verdade” nasceria de um embate severo, porém respeitoso entre pares, sempre com muito diálogo e escuta. A potência da crítica, esta sublimada no discurso do autor, serviria para a construção de um conhecimento melhor. As teorias científicas não poderiam ser verificadas nem probabilizadas, mas sim criticáveis para estarem abertas a modificações à luz da crítica.

Apesar de ser um realista e não desistir da ideia de verdade ligada ao conhecimento científico, conhecimento este que para o autor carregaria uma valoração superior, Popper assume uma posição que toma o conhecimento científico como uma construção. Admitir que não há um caminho prévio existente que precisaria ser trilhado para chegarmos a um conhecimento melhor do que o que tínhamos antes, é talvez, uma das maiores contribuições de Popper que tomamos neste trabalho. Isto nos permite admitir que não temos um método científico pré-definido.

Mas ao contrário do autor, não temos a ilusão de que chegaremos a um conhecimento melhor das coisas, não chegaremos à “verdade”, não temos esta pretensão. Sequer acreditamos que o conhecimento científico carrega o estatuto de verdade.

Temos um problema pelo qual estamos apaixonados, assim como recomenda Popper. E a ele gostaríamos de dirigir algumas perguntas. Perguntas elementares, simples, tal como nos fala Boaventura de Sousa Santos. É este autor que, seguindo o exemplo de Rousseau, diz que para resolvermos questões complexas, é preciso voltar à capacidade de formular perguntas simples, aquelas que só uma criança poderia fazer (SANTOS, 2008, p. 15).

Nosso problema versa sobre o processo político em torno da ocupação da SGTES por dois grupos distintos nos governos Lula. Processo político que, em última análise, deu origem a uma política pública em torno do conceito de “educação permanente em saúde”. Contudo, como já referimos, os sentidos atribuídos à educação permanente eram distintos, o que em última análise, contribuiu para a formação de duas propostas de política em torno deste tema nos governos Lula (MATIAS, 2016).

Para a análise do processo político e dos sentidos dados à educação permanente em saúde nos governos Lula, impôs-se a necessidade de um lado, de apontar a construção conceitual produzida em torno da EPS e de outro, levantar os discursos produzidos pelos atores e atrizes que constituíram os dois momentos políticos da SGTES em torno deste tema. Nas linhas que seguem procuramos explicitar os caminhos que nos levaram a um mergulho nos discursos verdadeiros produzidos pelos atores e atrizes que compõem este campo.

1.6 Mergulhando nos discursos verdadeiros

O discurso nada mais é do que a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos; e, quando tudo pode, enfim, tomar a forma do discurso, quando tudo pode ser dito e o discurso pode ser dito a propósito de tudo, isso se dá porque todas as coisas, tendo manifestado e intercambiado seu sentido, podem voltar à interioridade silenciosa da consciência de si (FOUCAULT, 2014, p. 25)

Como já enunciamos, para Foucault, discurso é poder ou nas suas palavras: “o poder do qual nós queremos apoderar” (FOUCAULT, 2014). É este autor que nos diz que nos discursos que pronunciamos, escondem-se vontades de verdade. Foucault também nos diz que o exercício da política exige a produção de “discursos verdadeiros” (FOUCAULT, 1986). Mas, para ser considerado verdadeiro, um discurso deve obedecer às regras de uma “polícia discursiva”. Ele afirma isto ao citar o exemplo de Mendel, que produziu um discurso não aceito como “verdadeiro” pelos biólogos do século XIX, exatamente por se inserir num horizonte teórico estranho à sua época (FOUCAULT, 2014). Ou seja, o “verdadeiro” tomado aqui nada tem a ver com o julgamento sobre o “conceito de verdade em si” que carregaria aquele conhecimento. Para ser alçado à condição de verdade, um discurso precisa ser compartilhado por outras pessoas, de modo que haja um processo de convencimento e aceitação em torno deste discurso, precisa construir hegemonia.

É na disputa para ser alçado à condição de discurso verdadeiro que se encerram os esforços empreendidos pelos atores e atrizes de que tratam esta tese. Entre os debates sobre “recursos humanos”, “gestão do trabalho e gestão da educação” e em torno do conceito de “educação permanente em saúde” transformado em política pública se irão elaborar discursos verdadeiros.

Para compreender e configurar os caminhos que possibilitaram a construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil no governo Lula, foi preciso mergulhar nestes discursos verdadeiros. Assim, neste trabalho procuramos apreender e apresentar as “vontades de verdade” que se interpuseram nos textos e nas falas enunciadas pelos atores e atrizes.

Em um primeiro ato, já havíamos nos debruçado sobre a análise dos textos oficiais e não oficiais elaborados neste período (MATIAS, 2016). Mas é preciso dizer que inúmeros outros se interpuseram para análise ao longo da tessitura desta tese. Um conjunto de documentos institucionais, portarias, leis, decretos, reportagens de jornais, registros históricos, artigos

científicos, relatórios de pesquisa, livros. Estes textos se apresentaram a partir de pesquisas realizadas no intuito de respaldar e/ou complementar as narrativas construídas nessa tese ou foram evocados nas entrevistas realizadas com os atores e atrizes.

A opção pela realização de entrevistas deriva da própria visão de política sustentada nessa tese, que toma o bastidor e os atores e atrizes na sua centralidade.

Foram realizadas entrevistas com todas e todos os ocupantes de cada um dos dois grupos políticos da SGTES nos governos Lula¹ nos dois períodos que refletem um marco temporal das duas propostas de política em torno da Educação Permanente em Saúde:

- Os ocupantes da primeiro momento político da SGTES no período de 2003 a julho de 2005: a Secretária Maria Luiza Jaeger; a diretora do Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), Maria Helena Machado; o diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), Ricardo Burg Ceccim; a Coordenadora Geral de Ações Estratégicas, Laura Camargo Macruz Feuerwerker; a Coordenadora Geral de Ações Técnicas, Simone Edi Chaves; os Coordenadores Gerais de Ações Populares em Educação na Saúde, Maria Verônica Araújo de Santa Cruz Oliveira e José Ivo Pedrosa;
- Os ocupantes do segundo momento político da SGTES no pós-mensalão: o Secretário Francisco Eduardo de Campos; as diretoras do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), Célia Regina Pierantoni e Ana Estela Haddad; os Coordenadores Gerais de Ações Estratégicas, Maria Alice Clasen Roschke e Gustavo Diniz Ferreira Gusso.

Para aprofundar as análises referentes à ocupação da SGTES e à construção da PNEPS, sentimos necessidade de entrevistar outros sujeitos que estiveram presentes e/ou vivenciaram o processo político analisado por esta tese. Assim, além dos ocupantes da SGTES, entrevistamos alguns outros atores e atrizes:

- Emerson Elias Merhy, consultor do primeiro período político de ocupação do DEGES, tido como analista institucional, que também se somaria na construção de uma proposta de Política de Educação Permanente em Saúde em 2004;
- Núbia Brelaz Nunes, que compôs o quadro técnico do Ministério da Saúde desde 1994, passando pelos dois governos Lula. Núbia trabalhou no antigo Departamento de Formulação de Políticas da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), acompanhando o processo político que deu margem à extinção desta Secretaria e à reestruturação do Ministério da Saúde e criação da SGTES, onde trabalhou durante toda a Era Lula;

¹ Exceção feita à Roseni Sena (in memoriam), Clarice Aparecida Ferraz (coordenadora de ações técnicas no período de maio de 2009 a 2010), que declinou do convite e Sigisfredo Luís Brenelli (coordenador de ações estratégicas no período de maio de 2009 a 2010), com o qual não foi possível contato.

- Alcindo Antonio Ferla, que compôs a equipe de Maria Luiza Jaeger junto às gestões de saúde no Rio Grande do Sul e ocuparia por breve período o cargo de diretor da área de Informação e Informática em Saúde no primeiro governo Lula.

Além destes, conversamos com dois ex-consultores da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a fim de trazer à tona as narrativas dos processos que levaram à construção de uma proposta de educação permanente em saúde no interior da OPAS: Mario Rovere e Maria Alice Roschke (que também compôs o segundo período de ocupação da SGTES);

Finalmente, para a narrativa do processo político que configura a composição da equipe ministerial de Lula (antes e depois do mensalão), foi entrevistado:

- Olívio de Oliveira Dutra, ex-vice-presidente nacional do PT, amigo pessoal de Lula e Ministro das Cidades no período de 2003 a julho de 2005;

Os dois ex-Ministros da Saúde:

- Humberto Sérgio Costa Lima, Ministro da Saúde no período de 2003 a julho de 2005;

- José Saraiva Felipe, Ministro da Saúde no período de julho de 2005 a março de 2006

E ainda o ex-Secretário Executivo do Ministério da Saúde no período de 2003 a novembro de 2004, conhecido como o vice-ministro da Saúde: Gastão Wagner de Sousa Campos.

No total foram realizadas 20 entrevistas. Na perspectiva de seguir (e percorrer as redes onde estão) os atores e atrizes engajados na construção de propostas de política em torno da educação permanente em saúde a fim de desnudar os bastidores desse processo político, as entrevistas tiveram o intuito de convidar os atores e atrizes a revisitarem suas memórias para falar de suas trajetórias de vida, suas inserções no mundo, convicções, como se constituíram sujeitos na vivência do processo histórico para entender como estes atores e atrizes mesmo se descrevem, como se enxergam e como narram, redescrivem, quais os sentidos que atribuem a si mesmos, às suas histórias de vida, seus valores e ao que vivenciaram. Depois, o convite feito a rememorar o período Lula e de como a partir de suas trajetórias singulares chegaram ao tema da educação permanente em saúde. Portanto, essas entrevistas não se limitaram a um período datado de investigação sobre o passado.

Acreditamos que os discursos apresentados no desenho da educação permanente em saúde nos governos Lula só fazem sentido na medida em que os relacionamos às histórias de vida dos sujeitos que a fazem, àquilo que faz sentido e orienta os valores de mundo das pessoas que subscrevem as histórias da(s) política(s) e dos conceitos. Ou seja, como esses discursos atravessam estes sujeitos e suas histórias. Para ser justa ao que Foucault nos diz, queremos entender o autor e autora não apenas como o indivíduo falante que pronunciou ou escreveu um

texto, mas para além disso como princípio de agrupamento do discurso, como unidade e origem de suas significações, como foco de sua coerência (FOUCAULT, 2014, p. 25).

Não podemos ignorar, contudo, que os sujeitos não são fixos, seguem o impermanente movimento da vida, das coisas, transformam-se, mudam de posição, opinião, reescrevem suas histórias sob um novo olhar. Por isso, não há correspondência fiel aos fatos políticos e históricos do passado ou do presente, tudo está passível à mudança o tempo todo, num movimento contínuo. Por isto mesmo, estes não pertencem a nenhuma estrutura rígida onde possam se encaixar. A designação de dois grupos que adotamos aqui serve bem a fins didáticos, é um artefato construído e possibilitado a partir de vivências comuns entre os sujeitos ou por um momento histórico em específico, não necessariamente respondem a uma filiação comum de pensamento e ação política, ou seja, isto não necessariamente os coloca no mesmo campo conceitual. Assim, concordamos com Latour na sua primeira fonte de incerteza: não há grupos, apenas formação de grupos (LATOURE, 2012).

Por outro lado, estes autores dos discursos verdadeiros verbalizam e materializam realidades, dão concretude, existência, trazem os discursos para um universo palpável. Ou seja, podemos dizer com isso que os discursos fundam realidades. Realidades múltiplas, no plural, porque aqui se trata de reconhecer as várias versões de realidades enunciadas pelos atores e atrizes de acordo com os contextos em que se inserem. Exatamente por serem múltiplas, há um confronto de realidades que buscamos explicitar. É importante ressaltar que não se trata de negar, contudo as materialidades presentes nos fatos e processos históricos que se apresentam. Mas sim de trazer à tona quais são as realidades que são enunciadas a partir do que faz sentido para estes atores e atrizes na sua vivência do processo histórico. Com isso, reconhecemos esforços de produção de sentidos nas falas dos entrevistados e entrevistadas.

Finalmente reconhecemos que não podemos fugir do fato de que esta tese fala de discursos a partir de um discurso (ou narrativa) que foi construído, tendo como matéria-prima os textos e falas dos atores e atrizes que se inscrevem nessa narrativa, mas assim como Foucault, queremos insinuar-nos sub-repticiamente nestes discursos produzidos “de onde as verdades se elevassem uma a uma”. Nesse sentido, também a produção desta tese é um ato político.

2 DA “EDUCAÇÃO MÉDICA” AO “DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE”

A discussão posta antes de a educação permanente em saúde desenvolver-se enquanto conceito (e política pública) no Brasil e na América Latina, tinha referência no campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde no interior da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Os “Recursos Humanos em Saúde” (RHS) seriam um conjunto de agentes capazes de desenvolver ações de saúde, sejam as de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação. Paim (1994) estendia o termo RHS para todos aqueles capazes de cuidar da saúde, socialmente legitimados ou não, apesar de considerar uma tendência a considerar os RHS nos limites dos quadros profissionais, com ênfase especial nos médicos, tendo em vista a vasta literatura sobre educação médica e a hegemonia desta categoria na sociedade em geral.

Mônica Vieira no “Dicionário da Educação Profissional em Saúde” ao citar Paim (1994) no verbete sobre “recursos humanos em saúde” traz que a noção deste termo está associada à década de 1950, com análises sobre a formação médica estimuladas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (VIEIRA, 2009).

De fato, na década de 1950, havia uma linha de estudos sobre recursos humanos em saúde identificados às discussões em torno da educação médica. A partir desta década a OPAS (com o esforço conjunto da Fundação Rockefeller, Fundação Milbank, Ponto IV) começa a se interessar por uma reformulação do ensino da medicina preventiva e social com vistas à transformação do médico, uma vez que a educação médica latino-americana era vista como “atrasada cientificamente, desintegrada da prevenção, indisciplinada, metodologicamente anacrônica” (NUNES, 1989, p. 151).

Encontramos a referência original à Paim (1994) no primeiro número da série temática AdSaúde com o tema “Recursos Humanos” intitulada: “Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos” patrocinada pela Fundação W.K. Kellogg. Nela Paim reitera a ênfase dada à formação médica nos estudos e pesquisas sobre RHS e a centralidade da contribuição de Juan César García à área:

O papel desempenhado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no estímulo aos estudos e pesquisas sobre RHS torna-se evidente desde a década de 50. Inicialmente apoiando os movimentos de reforma em saúde, com ênfase na formação médica, tais como os projetos de Medicina Integral, de Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária. Com os programas de extensão da cobertura (PECs) na década de 60, o interesse sobre os estudos de RHS parece aumentar mediante “importante contribuição de médicos e enfermeiros, realocados da atividade clínica”. Destaca-se, no particular, a clássica

investigação dirigida por GARCIA sobre a Educação Médica na América Latina, publicada pela OPAS no início da década de 70. Naquela época, a Medicina Social emergente no Brasil e na América Latina tematiza os RHS a partir das relações entre saúde e estrutura social (PAIM, 1994, p. 23).

Juan César García é considerado um dos precursores da Medicina Social na América Latina, movimento que contribuiu para dar as bases do que se constituiu posteriormente como o campo da Saúde Coletiva no Brasil. Sua obra é estudo pioneiro que trouxe para as análises sobre educação médica a abordagem marxista. Em última análise, poderíamos afirmar que o desenvolvimento da discussão sobre recursos humanos no Brasil partindo das discussões sobre a educação médica remonta à construção do campo da Saúde Coletiva e se manifesta com clareza na construção do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e do curso de pós-graduação com a área de concentração em Medicina Social criado naquela Instituição em 1973, patrocinado pela OPAS com o apoio da Fundação Kellogg.

Do trabalho de Juan César destacamos a centralidade conferida à categoria trabalho. A interface entre aprendizagem e trabalho está posta no pensamento de García, de modo que para o autor a separação entre a educação médica e o trabalho médico forjaram uma prática que é vista como uma experiência pedagógica, mas não como uma contribuição à transformação da realidade no setor saúde, ou seja, uma aprendizagem sem nenhuma intervenção na solução dos problemas de saúde da população (GARCÍA *apud* NUNES, 1989).

É o próprio autor que nos diz:

Esta dissociação entre estudo e trabalho constitui um dos problemas mais importantes da educação médica atual, e sua superação, junto com mudanças nas relações de ensino, levará a profundas transformações na formação de médicos (GARCÍA *apud* NUNES, 1989, P. 173).

Para ele, era preciso considerar a separação posta entre estudo e trabalho e a existência de dois níveis na estrutura educacional: o modo de formação do médico e a ordem institucional. García considerava que, em algumas circunstâncias, uma determinada organização ou superestrutura da educação médica poderia impedir a passagem de um modo de formação de médicos a outro. Esse parecia ser o caso de alguns países latino-americanos cujos esforços para incorporar o estudante ao sistema de serviços de saúde chocavam-se com a resistência das escolas de medicina (GARCÍA *apud* NUNES, 1989, p. 174).

Junto de Juan César García, outros grandes expoentes do pensamento social em saúde no Brasil e na América Latina compunham o Departamento de Recursos Humanos da OPAS,

como evidencia o depoimento de Villarreal de 1986 encontrado no livro de Everardo Duarte Nunes (1989):

Meu primeiro encontro com Juan César foi aproximadamente há 24 anos, quando o convidamos para que se incorporasse ao nosso grupo, aquele grupo de sonhadores, às vezes pensávamos, no então Departamento de Recursos Humanos da Oficina Sanitária Pan-Americana, com o propósito de que colaborasse na introdução do componente das ciências sociais nos trabalhos de nosso Departamento. Juan César, com o sentido de responsabilidade, vigor e convicção com que sempre desempenhou seus trabalhos, assim como com a tenacidade e perseverança que sempre pôs em suas ações, fez inestimáveis abordagens que vieram a somar-se e de fato exercer um efeito sinérgico no extraordinário trabalho de todo aquele grupo que na época constituía o Departamento, entre eles dois queridos elementos infelizmente já desaparecidos, Jorge Andrade e Edgar Muñoz, outros mais que felizmente estão presentes nesta ocasião: María Isabel Rodrigues, José Roberto Ferreira, Luiz Ernesto Giraldo, Miguel Márquez, José Teruel e outros que não estão aqui hoje (VILLARREAL *apud* NUNES, 1989, p.12).

Francisco Eduardo de Campos, que foi consultor da OPAS em Washington e o segundo Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no Brasil, afirma que havia um certo latino-americanismo das ideias no interior da OPAS e que Juan César, que detinha um pensamento marxista, era “pai” de grandes figuras do pensamento social em saúde espalhados na América Latina. Ele cita alguns destes nomes, no trecho abaixo:

O Juan César García era o pai e se você for olhar embaixo, quem está aqui no Brasil é o Sergio Arouca, Hésio Cordeiro, a Cecília Donnangelo, o Gandra talvez, o professor Guilherme, talvez o Carvalheiro, e se você for pensar no México é Cristina Laurell, Catalina Eibenschutz, se você for pensar na Argentina é o Escudero... se você for pensar no México... ah! O Hugo Mercer no México! Se você for pensar no Equador é Edmundo Granda... Então assim, na verdade você tinha um certo latino-americanismo das ideias, e eu acho que provavelmente Juan César García foi assim, o único consultor da OPAS (que é uma organização que você sabe que foi feita para atender os fins americanos sustentada basicamente pelos Estados Unidos), que era um cara de pensamento marxista mesmo, desde a formação dele, uma formação dupla como médico e cientista social na Argentina, mas eu acho que ele tem esse papel muito importante (FRANCISCO CAMPOS).

Como aponta Villarreal, no interior da OPAS, a agenda desse campo de atuação estava a cargo da Divisão de Recursos Humanos e Investigação da OPAS/OMS do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Em depoimento verbal, José Roberto Ferreira admitia, entretanto, que o nome anterior dado a este lócus institucional era “Departamento de Educação e Adestramento” passando a chamar-se “Programa de Educação Médica” e só em 1967 seria transformado em “Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos”. Mesmo assim, a Enfermagem e a Engenharia Sanitária tinham seus programas à parte. A integração entre todas essas áreas de formação só ocorreu em 1975 com o “Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos” tendo José Roberto Ferreira à sua frente (PIRES-

ALVES; PAIVA, 2006; FERREIRA, 2005). Essa área contava ainda com uma revista própria para divulgação de suas ideias, a “Educación Médica y Salud”. Alguns depoimentos dão conta de que esse programa e o debate sobre recursos humanos em saúde era minorizado no interior da OPAS (FERREIRA, 2005).

A passagem do termo “educação médica” para “desenvolvimento de recursos humanos”, entretanto parece implicar em uma mudança maior que a simples designação nominal. O fato é que nessa transição, a OPAS passa a se ocupar em expandir sua zona de influência em todo o continente americano, descentralizando sua estrutura político-administrativa em níveis regionais e locais. São exemplos disso a criação dos Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas Secretarias estaduais de saúde; o estímulo ao desenvolvimento dos Núcleos de Saúde Coletiva nas universidades; a instituição de Centros de formação e capacitação de pessoal de saúde nos estados. Foram criadas sete zonas de atuação desta Agência no continente americano, cada uma com um escritório local, além da instituição de centros regionais especializados. A ligação com o tema de recursos humanos era marcada pelas metas traçadas por planos continentais de saúde, sobretudo em suas pretensões de ampliação da cobertura dos serviços oficiais de saúde em todo continente. De fato, o incentivo aos Programas de Extensão de Cobertura dos serviços de saúde à população são a marca da OPAS neste período. No Brasil, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) de 1976 foi desdobramento de uma política direcionada à extensão de cobertura estimulada pela OPAS no período (PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008).

Em torno disto organizam-se programas de educação continuada, notadamente a partir de 1975, destinados ao conjunto do pessoal de saúde com o intuito de direcionar os serviços a partir de políticas centrais, concentrando esforços nas ações de capacitação.

O programa de educação continuada da OPAS foi financiado pelo Canadá, através de cooperação com a Agência Canadense para Desenvolvimento Internacional (VIDAL; GIRALDO; JOUVAL, 1986). Segundo José Roberto Ferreira, a visão da educação continuada vigente era centrada na filosofia americana e consistia em uma educação voltada à capacitação para cobrir lacunas na formação especializada, em especial no formato de cursos voltados ao objetivo de reciclar os profissionais diante da circulação de novos conhecimentos nas suas áreas de atuação. Sua compreensão inicial destinava-se a ser um conhecimento de pós-graduação ou qualquer educação após o término de um programa básico, incluindo treinamento em especialidade (FERREIRA, 2005).

A educação continuada é conceituada da seguinte forma por um grupo de peritos da OPAS:

Educação continuada é um processo de ensino e aprendizado ativo e permanente que se inicia após a formação básica e está destinado a atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente às evoluções técnico-científica e às necessidades sociais (OPAS *apud* RODRIGUES, 1984, p.131).

A partir de 1984/1985, entretanto, a OPAS decide reorientar a estratégia para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde na América Latina ao desenvolver todo um arcabouço teórico-metodológico em torno do conceito de “educação permanente” para a área de saúde.

2.1 O Campo de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde

A agenda da OPAS na América Latina no campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde foi influenciada pela implementação da Aliança para o Progresso. A Aliança para o Progresso foi um programa de cooperação proposto pelo presidente dos Estados Unidos John Kenedy em 13 de março de 1961 a embaixadores latino-americanos. Constituído como resposta à Revolução Cubana, seu objetivo seria o de acelerar o desenvolvimento econômico e social da América Latina e, ao mesmo tempo, frear o avanço do socialismo nesse continente. A reunião extraordinária de Punta del Este ocorrida de 5 a 27 de agosto no Conselho Interamericano Econômico e Social (CIES) da Organização dos Estados Americanos (OEA) viria a estabelecer os pormenores desta proposta. Dessa reunião seriam aprovadas uma Declaração e Carta de Punta del Este assinada por todos os países presentes, com exceção de Cuba. Tratava-se de um programa de auxílio financeiro internacional que demandava a elaboração de programas nacionais de desenvolvimento que contemplassem projetos voltados para o crescimento econômico e propostas nas áreas de reforma agrária, habitação, educação e saúde. Estes programas seriam apreciados por uma comissão de técnicos de alto nível, que atestariam sua coerência interna e sua compatibilidade com os princípios da Carta, dando o aval para o auxílio financeiro (MATTOS, 1993, p. 4). Anexos à Carta de Punta del Este estão duas resoluções: o Plano Decenal de Educação da Aliança para o Progresso e o Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso.

Entre 15 e 20 de abril de 1963, a OPAS organizou em Washington uma Reunião de Ministros da Saúde dos países signatários da Carta de Punta del Este com o objetivo de aprofundar a análise comum dos problemas de saúde e estabelecer uma agenda objetiva a partir dos enunciados do Plano Decenal. Os encaminhamentos desta reunião organizaram-se em torno

de quatro instrumentos preferenciais para a promoção, proteção e recuperação da saúde: o planejamento, a administração dos serviços, a investigação científica e a formação de recursos humanos (OPS *in* PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, posição 279, 285).

Diante destes novos desafios estabelecidos pela Aliança para o Progresso e diante da inexistência de métodos para elaborar planos nacionais de saúde, a OPAS encomendou ao Centro de Estudos do Desenvolvimento Econômico Social (Cendes) a elaboração do informe “Problemas Conceptuales y Metodologicos de la Programación de la Salud”, que estabeleceria as bases do que ficou conhecido como método CENDES-OPS (MATTOS, 1993, p. 4). De fato, este método originou-se das frentes de cooperação estabelecida pela OPAS com instituições latino-americanas como o Cendes e a Escola de Saúde Pública, ambos da Venezuela (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, posição 297).

Como apontam Pires-Alves e Paiva (2006, posição 303,308) é certo que não podemos ignorar que o desenvolvimento acentuado da área de recursos humanos em saúde nas décadas de 1960 e 1970 também estaria ligado ao surgimento do método Cendes-OPS na América Latina, uma vez que a formação de recursos humanos daria conta do problema da escassez de dados na América Latina. Contudo, por seu caráter excessivamente normativo, no final da década de 60, o método Cendes-OPAS seria gradativamente abandonado e substituído por formulações orientadas ao planejamento estratégico e suas variações, como é o caso especialmente das formulações de Carlos Mattus e Mario Testa na área. Sobre isso vale destacar as contribuições do enfoque estratégico do planejamento em saúde que incidirão posteriormente às formulações sobre educação permanente em saúde, sobretudo no pensamento do argentino Mario Rovere (ROVERE *in* HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994, p.63-106).

No Brasil, só podemos falar mais concretamente de uma trajetória referente ao desenvolvimento de recursos humanos em saúde a partir de 14 de novembro de 1973, quando o então diretor da OPAS Abraham Horwitz junto ao Ministro da Saúde Mario Machado de Lemos e o Ministro da Educação e Cultura Jarbas Passarinho firmaram um “Acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil”. Esse acordo era orientado pelas recomendações presentes no II Plano Decenal de Saúde para as Américas, de outubro de 1972. Três objetivos centrais podem ser destacados nesse acordo: promover ações de planejamento e desenvolvimento de recursos humanos no setor, aumentar a integração entre o sistema formador e a realidade da rede assistencial e o fortalecimento da formação de pessoal docente e de pesquisa (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, posição 583, 590). Entretanto, muito pouco efetivamente saiu do papel.

O tema dos recursos humanos em saúde ganharia capacidade de execução política quando entrou na agenda do II Plano Nacional de Desenvolvimento anunciado pelo presidente Ernesto Geisel em 10 de setembro de 1974. Entre as metas a serem alcançadas entre 1975 e 1979 constavam os temas de distribuição de renda, empregos e salários e valorização dos recursos humanos.

Em cinco de junho de 1974, por meio da Portaria nº 271, o Ministério da Saúde instituiu um Grupo Interministerial de Trabalho que se propôs a estudar a situação e a perspectiva dos recursos humanos para a área de saúde no Brasil e propor soluções a serem incorporadas no II PND. Deste Grupo Interministerial saiu um relatório final publicado em novembro de 1974, com a proposição de elaboração de um Programa com projetos destinados a três grandes áreas de ação: planejamento de recursos humanos; preparação direta de pessoal para a saúde e apoio ao desenvolvimento do programa nacional de preparação e distribuição estratégica de pessoal da saúde (BRASIL, 1976, p. 3). Dessa terceira área de ação nascia a proposta do “Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde”, o PREPS.

É interessante destacar que mais ou menos desse período é a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, de 1974, o lançamento do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e sobretudo de uma conjugação de esforços para a organização de um Sistema Nacional de Saúde, que efetivamente será criado em julho de 1975 através da Lei 6.229. É neste ano que ocorre a V Conferência Nacional de Saúde. Um dado curioso é que nos anais desta conferência encontramos uma exposição específica intitulada “Política de Formação de Recursos Humanos para o Setor Saúde” cujo expositor é Edson Machado de Sousa, do então Ministério da Educação e Cultura. Através do depoimento verbal de Roberto Passos Nogueira temos ciência da publicação de um documento de mesmo título em 1982 (NOGUEIRA, 2005).

Pois bem, apenas em agosto de 1975, em plena V Conferência Nacional de Saúde, pela assinatura de um Acordo Complementar ao estabelecido anteriormente - entre o diretor da OPAS Héctor Acuña, o Ministro da Saúde Paulo de Almeida Machado e o Ministro da Educação Jarbas Passarinho, é que o compromisso estabelecido em 1973 toma concretude. Importante destacar ainda o protagonismo conferido à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que a partir de dezembro de 1975 foi designada para a administração dos recursos orçamentários a serem transferidos pelo Ministério da Saúde para o financiamento das atividades do programa (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, posição 617, 624).

Destacamos como ponto alto dos desdobramentos desse acordo a proposição do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, o PREPS, em junho de 1976. O

PREPS foi um grande programa destinado a formar pessoal de saúde qualificado de forma integral, regionalizada, considerando as diferentes realidades, tendo em vista as exigências do Sistema Nacional de Saúde recém-criado. Isto seria feito por meio da preparação massiva de pessoal de saúde de nível médio, de tipo técnico, auxiliar e elementar; pela constituição de dez regiões docente-assistenciais de saúde, com o alcance de uma cobertura de 15 a 20 milhões de pessoas em todo o país e pelo apoio ao estabelecimento de sistemas de desenvolvimento de recursos humanos em saúde em cada estado federativo de forma integrada aos sistemas de planejamento setorial regional (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, posição 652, 666, 679). Este marco é importante para afirmar a constituição mais sólida de um campo destinado ao desenvolvimento de recursos humanos em saúde no Brasil.

Vale o registro de que o subtema dos “recursos humanos em saúde” foi debatido no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, considerado um marco da Reforma Sanitária Brasileira, realizado na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, no período de 09 a 11 de outubro de 1979, tal era a prioridade conferida ao tema naquele momento. Carlyle de Guerra Macedo que exercia a função de coordenador do Grupo Técnico do PREPS e era consultor da OPAS foi conferencista neste debate intitulado: “Uma Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde” (BRASIL, 1980).

Na fala de Carlyle, revela-se uma compreensão ampla da categoria “recursos humanos” com o destaque feito à necessidade de uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde integrada a uma proposta de mudança das práticas e da prestação de serviços. Ao se referir a um modelo de prestação de serviços, Carlyle dá destaque a um modelo de prestação de serviços com ênfase nos serviços básicos e na atenção primária de saúde:

Na realidade, desenvolvimento de recursos humanos não é uma função específica e limitada apenas às atividades de formação ou de utilização desses recursos humanos. **Entendemos recursos humanos para a saúde muito mais do que apenas mão-de-obra, fator produtivo no processo de prestação de serviços de saúde; entendemo-los também como agentes, sujeitos desse processo, e beneficiários do mesmo processo do seu desenvolvimento que começa a partir do momento em que identificamos as necessidades de saúde da população (...)** Então, em primeiro lugar, para mim, uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no Brasil, hoje, tem que ser uma proposta integrada de mudança. **Mas, para ser uma proposta integrada de mudança na área de recursos humanos para a saúde, ela terá que ser, antes, uma proposta de mudança das práticas, e da prestação de serviços à população.** Permitam, portanto, que eu faça explícito o modelo de prestação de serviços de saúde, a partir do qual colocarei à consideração dos senhores as características de uma política de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. **Esse modelo de serviços de saúde tem que permitir cobertura universal, sem discriminação de nenhuma espécie, com ênfase nos serviços básicos e na atenção primária.** Deve ser integrado quanto às suas funções e quanto aos seus níveis de atendimento. Mais saúde do que doenças, embora o binômio não deva ser quebrado. Tem que estar organizado por níveis de complexidade para o atendimento à saúde das pessoas, e, mais

importante do que isso, organizado de forma democrática e participativa; não aquela participação que vê a população ou as comunidades, apenas, como instrumento para a realização das propostas decididas aos níveis técnicos, burocráticos ou administrativos. Mas a participação em que a população se torna sujeito do seu destino. E, ao exercitar esse domínio sobre seu destino e sobre sua vida, exercita também o direito de decidir quanto à saúde - participação que significa democracia. Mas para que isso seja possível - e que sejam possíveis as outras características de que falei -, é necessário que se definam, sem margem a dúvidas, as responsabilidades do setor público e da iniciativa privada. E o modelo de serviços de saúde que estou visualizando - entendendo que, na situação atual de nosso sistema econômico e social, a iniciativa da deva continuar existindo - propõe que a rede básica de serviços de saúde, a prestação de serviços básicos para o atendimento das necessidades da população, de natureza universal, seja pública (CARLYLE MACEDO in BRASIL, 1980, p. 64, 66-67grifos nossos).

Entretanto, em que pese o fato de não haver uma compreensão não restrita de recursos humanos em saúde na fala de Carlyle, uma política de desenvolvimento de recursos humanos era vista como algo complementar às políticas de saúde, instrumental para a prestação de serviços, como mostra a conclusão geral deste subtema publicada no documento (BRASIL, 1980).

Pires-Alves e Paiva (2006) afirma que houve forte mobilização empreendida pela equipe do PREPS na realização deste I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal.

Paim (1994) aponta que o PREPS tinha três objetivos principais: preparar em massa pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar, para cobrir os déficits existentes e previstos, permitindo a extensão de cobertura e a melhoria dos serviços; apoiar a constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente-assistenciais (IDA) e apoiar o estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde em cada estado da federação, integrados aos sistemas de planejamento setorial respectivos (PAIM, 1994, p. 38). No âmbito desse Programa seriam elaborados 16 projetos, dos quais 11 foram de treinamento e desenvolvimento de RHS, que ficaram a cargo das secretarias estaduais de saúde, quatro de IDA a cargo das Universidades e um de Tecnologia Educacional de Cooperação com os demais projetos, executado pelo NUTES/CLATES. O PREPS contribuiria decisivamente para o estabelecimento dos Centros ou Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos estados.

É importante destacar que no bojo da implementação do PREPS que surgem iniciativas como a do Programa de Desenvolvimento de Sistemas de Capacitação em Serviço de Pessoal Auxiliar de Saúde, que passou a ser conhecido como “Projeto de Formação em Larga Escala” ou simplesmente “Projeto Larga Escala” (PLE) com uma ambiciosa meta de formação de duzentos mil profissionais de nível elementar e médio que correspondiam à demanda de cobertura total da população à atenção básica de saúde.

O médico brasileiro José Roberto Ferreira junto ao peruano Carlos Vidal, consultor da OPAS no Brasil e Ernani Braga serão responsáveis pela criação e funcionamento do Centro Nacional de Recursos Humanos, no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e de uma Subsecretaria de recursos humanos, no Ministério da Saúde em 1975, a partir do desenvolvimento inicial do que irá se configurar posteriormente o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PREPS) (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, posição 603).

Ou seja, a ideia de levar a temática de recursos humanos para o aparato estatal do setor saúde no Brasil foi consequência e desdobramento do PREPS. Em depoimento verbal de Roberto Passos Nogueira, sabemos que nos idos de 1977, no governo de Ernesto Geisel, havia uma Assessoria de Recursos Humanos na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Esta assessoria era comandada por Stella Winge e contava com um grupo muito pequeno de pessoas para trabalhar com recursos humanos em saúde. Era mais voltada para as suas necessidades internas e, simultaneamente, tinha programas que financiavam cursos específicos para capacitação nos estados, sobre tuberculose, hanseníase, saúde materno-infantil etc. A função exercida por este grupo naquele momento era o de assessorar e coordenar as atividades de apoio aos recursos humanos e os cursos de saúde pública que estavam sendo criados em São Paulo. Roberto Nogueira que àquela altura fazia seu mestrado em medicina social, havia sido convidado para trabalhar no PREPS por indicação de Nina Pereira Nunes do Instituto de Medicina Social, à Carlyle de Guerra Macedo que exercia a função de coordenador do Grupo Técnico do PREPS, mas em vez disso por orientação do próprio Carlyle passou a compor este pequeno grupo na Assessoria de Recursos Humanos (NOGUEIRA, 2005).

Este movimento não destoou do que se fez nos Ministérios da Saúde de vários países da América Latina desde a década de 60, que contavam com uma divisão de recursos humanos específica para dar conta da formação de pessoal para a área da saúde.

Desde mediados de la década del 60 la mayoría de los países de la Región de las Américas han establecido en sus Ministerios de Salud un departamento de recursos humanos, con funciones y autoridad variables pero con responsabilidad en esta materia. Sin embargo, en la formación del personal de ciencias de la salud se aprecia todavía hoy la orientación tradicional, aun cuando las primeras tentativas de cambio surgieron hacia mediados de la década del 50, a través del interés por las modificaciones curriculares. Por lo tanto, al hacer una evaluación de los resultados alcanzados en estas tentativas de modernización, debemos recordar que los esfuerzos realizados por los educadores médicos tienen ya 20 años (SONIS, 1976, p. 235).

Na década de 1980 há uma reestruturação do PREPS, O Ministério da educação passa a compor o Programa com a ideia de uma atuação mais forte na formação, pela integração docente assistencial, entra também o Ministério da Previdência e conforma-se um convênio tripartite

entre os três ministérios (Saúde, Educação e Previdência) com a OPAS. Havia então um Grupo assessor principal (GAP) que era composto por Roberto Nogueira, José Paranaguá, Danilo Garcia, César Vieira e Izabel dos Santos. A partir de então esse grupo amplia seu escopo de atuação para além das questões ligadas aos recursos humanos e passa a ter atribuição de uma formulação estratégica mais geral para o sistema de saúde (NOGUEIRA, 2005).

A partir de 1983 houve um processo de “institucionalização” dos projetos e propostas do “movimento sanitário” ao se pôr em prática a estratégia de ocupação dos espaços institucionais, como afirma Sarah Escorel (SCOREL, 1999). Para a autora, essa ocupação institucional se fez em detrimento da ampliação e aprofundamento da aliança com as classes populares e trabalhadoras. Vejamos o que nos diz a autora:

A partir de 1983, o movimento sanitário conseguiu pôr em prática uma de suas estratégias, a ‘ocupação dos espaços institucionais’. Na tentativa de modificar o direcionamento da política pública, passou a fazer das instituições de saúde um locus de construção da contra-hegemonia. Com a adoção dessa estratégia, separou-se ainda mais do movimento popular. Ao privilegiar as instituições de saúde, relegou a segundo plano a ampliação e o aprofundamento da aliança com as classes populares e trabalhadoras – às quais o projeto dirige suas propostas e ações. Esse processo de ‘institucionalização’ dos projetos e propostas revelou-se uma faca de dois gumes: por um lado, era estratégico penetrar nos espaços para tentar implementar idéias e alterar os rumos da política; por outro lado, assim agindo o movimento passou a sofrer as limitações das alianças que a instituição impõe. O processo passou a ficar restrito a avanços e recuos no âmbito das políticas institucionais e, concentrado nesse espaço (políticolegal ou jurídico-institucional) de luta, o movimento tendeu a perder de vista a necessidade de trabalhar melhor sua aliança com as classes populares e o que Berlinguer chamou de “o verdadeiro caráter revolucionário da Reforma Sanitária, que é a saúde das pessoas” (SCOREL, 1999, posição 3497).

Na área específica de recursos humanos em saúde, Francisco Eduardo Campos assume a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde em 1985, já na Nova República. Na mesma época, José Paranaguá assume a Coordenação de Recursos Humanos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), convidado por Hésio Cordeiro, que por sua vez havia assumido a presidência do INAMPS.

Em 1986, a Oitava Conferência Nacional de Saúde trouxe um conjunto de questões relacionadas à política de recursos humanos (BRASIL, 1986). Na Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), desdobramento da Oitava, elaborou-se um grupo de trabalho específico dos recursos humanos em saúde, coordenado por Francisco Eduardo de Campos e composto por: Francisco Lopes, Joana Azevedo da Silva, José Francisco Nogueira P. de Santana, Marcelo Torres Teixeira Leite, Maria Cristina Fekete, Maria José R. Rossi e Sábado Nicolau Girardi (BRASIL, 1987).

Vale destacar que no mesmo ano da realização da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 13 a 17 de outubro de 1986 realiza-se a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde com o tema central “Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária”, reunindo Ministério da Saúde (MS), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Ministério da Educação (MEC) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS) (BRASIL, 1986b). A 2ª Conferência de Recursos Humanos foi realizada oito anos depois da primeira, em 1993 (BRASIL, 1994).

É importante destacar ainda na trajetória dos recursos humanos em saúde a criação em 1991 da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) e em 1993 da Mesa Nacional de Negociação Permanente no SUS, ambas vinculadas ao Conselho Nacional de Saúde.

No interior da CIRH do Conselho Nacional de Saúde se envidará esforços de elaboração de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, a NOB RH, publicada pela primeira vez em 1998 e revisada e atualizada nos anos de 2000, 2002, 2003 e 2005 (BRASIL, 1998a; BRASIL, 2000; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2003a; BRASIL, 2005a).

Em 1995 a Coordenação geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS pertencente à Secretaria executiva do Ministério da Saúde elaborou uma “Política de Recursos Humanos para o SUS”. Neste documento se estabelecem ações indutoras aos processos de educação para o trabalho em saúde como uma das prioridades para sua agenda, e são propostas duas alternativas: desenvolver experiências inovadoras de formação conjuntamente com o Ministério da Educação e fomentar os programas de educação continuada para os profissionais de acordo com os novos postulados assistenciais do SUS (BRASIL, 1995).

A educação permanente em saúde apesar de já gestada nas publicações da OPAS neste período, ainda não aparece no documento como uma estratégia clara para a formação de recursos humanos em saúde, embora seja apontado como desejável o fomento de programas de **educação continuada** para os profissionais dos serviços. A proposta de trabalho expressa no documento da política é sintetizada em quatro eixos em torno dos quais se abordam prioridades e diretrizes: regulação de recursos humanos de saúde; aperfeiçoamento e modernização da gestão do trabalho em saúde; fomento aos processos de educação para o trabalho em saúde e informação e investigação sobre recursos humanos de saúde.

Em 2002 foi publicado pelo Ministério da Saúde um documento intitulado “Política de Recursos Humanos em Saúde”, fruto da realização de um Seminário Internacional de Recursos Humanos que debateu cinco temas: os paradigmas da atenção à saúde e formação de recursos humanos; os processos de reforma setorial e seus impactos sobre recursos humanos; estratégias

e desafios para interiorização do trabalho em saúde; pressupostos para a formulação de políticas de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde e trabalho, ética e necessidades sociais em saúde. Este Seminário traria à tona os desafios referentes à área de RHS tendo em vista a estratégia da atenção básica como eixo reorganizador do sistema de saúde nacional (BRASIL, 2002b).

Também em 2002, num documento intitulado: “Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas” publicado pela Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos da então Secretaria de Políticas de Saúde, o Ministério da Saúde consideraria que dois sistemas seriam fundamentais à construção da Política de RHS: o sistema de produção de recursos humanos - a formação/preparação para o trabalho e as questões relativas ao sistema de utilização de recursos humanos – a gestão do trabalho. Sobre dois campos de intervenção, portanto, deveriam ser construídas as Políticas de RHS: o mundo da formação e o mundo do trabalho (BRASIL, 2002c).

Novamente chama a atenção o fato de a educação permanente em saúde não ser mencionada nos documentos supracitados, apesar de já aparecer nas publicações da OPAS no período.

O percurso feito no desenvolvimento do campo de recursos humanos em saúde no Brasil, entretanto, parece ter identificado um importante lócus de atuação na sustentação e apoio às políticas de saúde. Com a criação do Programa Saúde da Família em 1994 e mais notadamente nos anos 2000, todas as atenções estariam voltadas à implementação do Programa Saúde da Família (PSF), onde o campo de recursos humanos vai desenvolver um protagonismo importante. As exigências de formação impostas pelo PSF vão estabelecer agendas para as quais o campo de RHS terá que dar conta.

É isto o que consta no balanço realizado da Política de Recursos Humanos para o SUS do Ministério da Saúde:

Além disso, o contexto de reorganização da atenção básica e de implantação da estratégia de Saúde da Família torna esses desafios e problemas mais evidentes. As novas competências implicam um fazer diferenciado, requerem o saber necessário e exigem uma nova ética, uma nova postura para a assistência, na atuação individual, no trabalho em equipe, para o trabalho com os indivíduos, com as famílias, com a comunidade e para o planejamento do trabalho (CAMPOS *apud* BRASIL, 2002c, p. 12).

O horizonte da educação médica, entretanto, nunca sumiu das reflexões sobre o campo de recursos humanos em saúde. Vejamos essa reflexão de Francisco Eduardo Campos e Soraya Belisário no artigo “O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada”. Recordemos que Francisco Campos ocupava nesta ocasião a

Coordenação Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde e irá ocupar a partir de julho de 2005 o cargo de Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde no governo Lula.

Há uma crise multifacetada atingindo a educação médica, que pode ser entendida pela mudança do mercado de trabalho (as oportunidades de emprego no PSF são consideráveis), pela crise de financiamento da educação superior, pela incorporação tecnológica que faz possível a informação e softwares educacionais e, mais recentemente, pela adoção de vários processos de avaliação: acreditação institucional, certificação e recertificação profissionais estão na ordem do dia. Provão, CINAEM, avaliação das condições de oferta, novas diretrizes curriculares, a possibilidade de cursos sequenciais fazem parte deste novo cenário. Nunca houve a conjugação de tantos estímulos intrínsecos e extrínsecos a um processo de mudança. A capitalização deste momento para promover, de fato, uma mudança corajosa, seria extremamente oportuna. Valendo-se da prerrogativa constitucional de "ordenar a formação de recursos humanos", o Ministério da Saúde (MS) e os demais gestores do SUS podem exercer papel de vanguarda, propondo estímulo concreto à mudança. Este processo de mudança deveria ter características que vêm sendo longamente trabalhadas por vários grupos dentro do MS. É hoje consensual que a mudança deva incluir a interdisciplinaridade, a mudança dos cenários, nos quais se realizam a ação educativa, para locais mais representativos da realidade sanitária e social, a integração ensino-serviço-pesquisa, a abordagem problematizadora, a educação permanente e o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001).

O Programa Saúde da Família é visto como a grande janela de oportunidades para a mudança na “educação médica”. Nesse sentido, os enfoques das ações incidirão nos profissionais que conformam a equipe mínima de saúde da família: médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, com especial enfoque para os médicos. Vale lembrar que a saúde bucal foi incorporada ao PSF apenas em dezembro de 2000, através da portaria nº 1444, mas permaneceu com relativa dificuldade de integralização na dinâmica da Saúde da Família.

Assim, são fortalecidos os antigos Pólos de Capacitação em Saúde da Família com a responsabilidade de “conduzir as estratégias de capacitação, educação continuada, formação e especialização dos profissionais de saúde da família” (BRASIL, 2002c) e são criados o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) com o propósito de reorientar a formação médica para as demandas postas pela Atenção Básica, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) com o intuito de qualificação de trabalhadores de enfermagem em ampla escala e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) que através de incentivo financeiro visava levar médicos e enfermeiros a atuarem em regiões de comprovada carência sanitária e médica.

3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA HISTÓRIA DE SUCESSIVOS ROUBOS

Ao nos debruçarmos sobre a análise dos dois momentos políticos de ocupação da SGTES por dois grupos nos governos Lula, interessou-nos entender como e quais os sentidos por meio do qual os sujeitos e os grupos apropriaram-se, roubaram criativamente (tal como falava Deleuze) o conceito de educação permanente em saúde. O roubo dos conceitos é uma atitude deliberada tomada pelos grupos políticos que estudamos neste trabalho. Temos ciência de que estas apropriações de terrenos específicos, de diferentes vertentes de pensamento e prática, conformaram diferentes caminhos, sentidos e propostas em torno da educação permanente em saúde no Brasil. A narrativa que trazemos aqui antecede o próprio processo político em torno da ocupação da SGTES, inclusive a própria criação desta Secretaria. Escapa desse modo à proposta de olhar a EPS no recorte temporal dos governos Lula. Desse modo, precede e pavimenta a análise deste que consideramos um terceiro esforço deste trabalho: a construção conceitual e as apropriações feitas em torno da EPS na sua relação com o processo político.

3.1 De onde vem a Educação Permanente em Saúde?

O conceito de “educação permanente” remonta originalmente ao território da educação, mais particularmente da educação de adultos.

A dissertação de mestrado de José Inácio Motta (1998): “Educação Permanente em Saúde: da política do consenso à construção do dissenso” apresentada ao Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUTES/UFRJ) sob a orientação de Nildo Alves Batista e co-orientação de Eliana Cláudia de Otero Ribeiro, considerada um dos trabalhos precursores na área de educação permanente em saúde no Brasil identifica a filiação do termo “educação permanente” à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO):

A idéia de se educar permanentemente não é recente. Os filósofos chineses já diziam sete séculos antes de Cristo que "todo estudo é interminável". Contudo, no contexto da educação mais geral, toma força no primeiro quarto deste século na Europa, mais precisamente na Inglaterra onde um relatório do Ministério da Reconstrução falava de uma educação que devia corresponder às necessidades das pessoas durante toda a vida. **Porém, foi a UNESCO que levou mais a**

frente a idéia da educação permanente. Esta organização, a partir de sua Conferência Nacional em 1966, passa a definir a educação permanente não só como um setor prioritário de programação, como tornou esta prática educativa num marco de referência dominante dentro de muitos fóruns internacionais (MOTTA, 1998, p. 27, grifos nossos).

O autor irá admitir a existência de diferentes matrizes genealógicas para o termo, que a seu ver irá acarretar nessas controvérsias conceituais. Como exemplos ele cita o desdobramento rápido do processo de industrialização e o desenvolvimento de novas tecnologias, processo que requereu novos conhecimentos e a insatisfação com o ensino formal que desdobra em mais adeptos na linha da educação popular (MOTTA, 1998, p. 27).

Maria Alice Roschke nos afirmou, em entrevista, a filiação do termo à UNESCO:

Educação permanente era uma proposta da UNESCO que eles chamavam de educação permanente e não de educação contínua e eles já queriam uma mudança... (MARIA ALICE ROSCHKE).

Como registrado na fala de Roschke, já na proposta da UNESCO pairava sobre a “educação permanente” a expectativa de produção de mudança em relação às práticas educativas postas em execução até ali. A transição forjada da “educação contínua (ou continuada)” para “educação permanente” indica justamente a materialidade da inflexão que se queria produzir.

Arouca (1996), entretanto, indica um percurso anterior à própria UNESCO em relação ao termo “educação permanente”. Embora a autora afirme que a noção de uma “educação continuada” presente no decorrer da existência humana estivesse em discussão há muito tempo, foi em escrito oficial da França que o termo “educação permanente” apareceria pela primeira vez. Chaguri (2007) afirma que se tratava de um projeto de Reforma do ensino proposto pela Liga Francesa de Ensino datado do ano de 1955, que teve como relator Pierre Arents. Pouco depois o ministro da educação nacional da França, René Billères, oficializava esta proposta e o termo “educação permanente” através de um projeto de lei.

Entre os anos de 1957 a 1972 foi realizada em Montreal, no Canadá, uma pesquisa para determinar a precisão terminológica e conceitual deste termo culminando na publicação do Relatório Edgar Faure em 1972. Em 1960, a II Conferência Mundial de Educação de Adultos realizada em Montreal, Canadá, proclamou a noção de educação permanente pela primeira vez. A partir disso a UNESCO, a OCDE e outros organismos internacionais encarregaram-se de incorporar objetivos, conceitos e implicações da educação permanente em suas práticas (AROUCA, 1996).

A definição da UNESCO afirmaria:

A Educação Permanente é um conceito que engloba a formação total do homem, segundo um processo que prosseguirá durante a vida (...) Implica em sistema complexo, coerente e integrado, fornecendo os meios convenientes à resposta para as aspirações de ordem educativa, cultural de cada indivíduo, e adequadas às suas faculdades (LEGRAND & DELÉON *apud* AROUCA, 1996, p.67).

A EP nesta concepção era compreendida como uma “educação de adultos” que devia se dar para além do ambiente escolar e estar presente em todas as fases da vida do sujeito. No Brasil, segundo a autora Vanilda Pereira Paiva (1977) a introdução e difusão do termo “educação permanente” deve-se ao educador suíço e especialista da UNESCO Pierre Furter pela publicação dos livros “Educação e Vida” e “Educação e Reflexão” em 1966. O Brasil da década de 1960 seria influenciado pelas leituras de Furter e Freire no campo da educação, tendo sido o próprio Furter um dos estudiosos do Método Paulo Freire de Alfabetização.

3.2 A Educação Permanente em Saúde da OPAS

A partir de 1984/1985, a OPAS inicia um esforço para reorientar a estratégia para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde na América Latina. Este esforço fazia parte de uma tentativa de superação de um conjunto de práticas educacionais anteriores datadas da década de 1970, posteriormente reunidas sob a designação de “educação continuada”.

(...) se originó, a partir de 1984, un esfuerzo continental tendiente a consolidar una serie de experiencias educativas em Salud que venían ocurriendo em distintos países de la Región; el propósito era poder identificar en dichas experiencias elementos contribuyentes para desarrollar nuevas formas de abordaje de los problemas de capacitación; **dicho esfuerzo se daba en el marco de una crisis social, política y económica que para ese entonces ya estaba em pleno desarrollo em la Región (4), y que condicionaba el surgimiento de una visión diferente del proceso de desarrollo de recursos humanos (...)** (HADDAD, DAVINI, ROSCHKE, 1994, grifos nossos).

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud ha coordinado un esfuerzo multipaíses desde 1985, tendiente a la construcción colectiva de una propuesta de reorientación de la educación del personal de salud para convertir a ésta en un proceso permanente, que se desarrolla en el marco del trabajo como su eje articulador, y a la transformación de las prácticas em salud, por outra (OPS, 1993, p. 1).

A ideia de uma reorientação das práticas educativas e a proposição de um “processo permanente de educação do pessoal de saúde” foram trazidas para a OPAS por Maria Alice Clasen Roschke.

Vinda do estado de Santa Catarina onde concluiu a graduação em Letras e ensinava francês em um Colégio de Aplicação, mudou-se para o Rio de Janeiro onde faria Mestrado na área de Educação na Pontifícia Universidade Católica (PUC) e posteriormente ingressaria para trabalhar no Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Eu coordenava o ensino do francês no Colégio de Aplicação aqui e eu dava “Didática” na Universidade, então eu achei que precisava melhorar muito a questão da educação e fui para o Rio, acontece que a gente casou e ficou no Rio. **Então eu não queria mais trabalhar com francês, eu queria trabalhar na área de Educação e aí eu entrei para Federal do Rio de Janeiro nesse Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde e era muito dinâmico porque nós tínhamos muitos projetos além de todo o apoio ao ciclo de formação básica, na parte de mudança curricular e também apoiar os professores com aulas técnicas e metodologias e muitos projetos fora, muitos projetos com instituições e como ele era o Centro também da América Latina da OPS, nós tínhamos gente que vinha de vários países para ter cursos com a gente, professores universitários...** Tinha um projeto regional de enfermagem, nessa época que eu fui ao Chile ao Peru e no Brasil tinha um centro na Bahia, eu fui ao centro da Bahia dar esse curso de avaliação lá nesse projeto então eu fiquei muito ligada ao setor da saúde e gostei muito e por causa dos projetos a gente começou a ver mais a questão dos serviços, mas isso ampliou-se muito quando eu fui para a Organização (MARIA ALICE ROSCHKE, grifos nossos).

Foi junto ao NUTES que Maria Alice Roschke forjou sua trajetória intelectual na área de educação.

O Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES) foi criado em julho de 1972, a partir de uma janela de oportunidade aberta pelo Instituto de Biofísica da UFRJ. Esse Instituto elaboraria um projeto visando à melhoria do ensino de Biofísica e Fisiologia e para isto demandaria recursos ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) do Ministério do Planejamento. O Centro de Ciências da Saúde embarcaria no projeto, que expandiu seu foco para todo o ensino de ciências da saúde. Isso, entretanto, não foi automático. Os bastidores desse processo revelam que a aprovação desse projeto pelo IPEA e sua institucionalização pela UFRJ foi possível graças a uma articulação direta de José Roberto Ferreira e Luiz Carlos Galvão Lobo, os dois haviam trabalhado juntos na Universidade de Brasília, de onde se conheciam. Com o golpe de 1964, Lobo voltaria a lecionar na UFRJ, no Instituto de Biofísica e procurava melhorar o ensino nesse Instituto. José Roberto, por sua vez, estava na OPAS em Washington e viu nesta proposta uma oportunidade de desenvolvimento da área de tecnologia para melhorar a educação.

(...) E o Lobo começou tentando organizar na Biofísica, sei lá, um seminário de orientação docente, ou coisa parecida. E mantinha uma comunicação muito estreita conosco em Washington, eu estava em Washington nessa época. Nos avisou, nos contou disso, na época estava surgindo toda aquela coisa de reforçar a tecnologia aplicada à educação, e tal, e comentei, não era chefe

ainda, era um assessor de educação médica do departamento de recursos humanos. Comentei com o Ramón Villareal e ele disse: vai ao Brasil ver o que é isso. Eu vim, conversamos aqui com o Lobo como é que era, e com o Chagas, e tal, parecia interessante o projeto, a biofísica tinha outro nome, o Chagas por sua vez era membro do Comitê de Investigação da OPAS, muito ligado também ao Horwitz que era o diretor geral da OPAS, respeitava muito o Chagas. Sei que daqui mesmo liguei pelo telefone pro Ramón Villareal, disse ao Ramon: **está acontecendo isso, isso, isso, há essa possibilidade, eu tenho a impressão que é uma coisa que nós podíamos embarcar nela e fazer uma coisa maior, ao invés de fazer um nucleozinho da Biofísica, fazer um centro Latino-Americano pra desenvolver essa área de tecnologia pra melhorar a educação.** Ele disse: ah, a idéia me parece boa, e tal, vou falar com Horwitz [Abraham Horwitz, diretor da OPAS]. Falou com Horwitz, me telefonou uma hora depois e disse, estou viajando pra aí amanhã. E veio, veio em seguida pro Rio, assinamos convênio, dois ou três dias depois, na base da decisão, você vê o poder de decisão do diretor, inclusive acabou. [...] **Aí então o Horwitz veio e criou esse negócio, o centro, e aí procuramos a [Fundação] Kellogg, na época com Mario Chaves [Mário de Magalhães Chaves], o primeiro grande, importante, a Organização [OPAS] de imediato o contratou, passou a ser funcionário da Organização, foi um dos primeiros funcionários nacionais que ela contratou, não podia contratar nacional, e junto com isso veio a Kellogg desenvolver realmente um centro importante** (FERREIRA, 2005, grifos nossos).

Resultado dessa articulação, em setembro de 1972, o NUTES assinaria um convênio com a Organização Panamericana de Saúde visando criar e sediar o Centro Latino-Americano de Tecnologias Educacionais em Saúde (CLATES).

Apesar de ter sido resultado da articulação direta de José Roberto Ferreira em Washington, que pertencia - e liderava - o “grupo dos recursos humanos em saúde”, Maria Alice Roschke, que estava no NUTES, afirma que não teria contato com o “grupo dos recursos humanos” do Brasil. Ela nos afirma que existiam dois grupos: o grupo do NUTES, mais ligado à Universidade, ao qual pertencia e o grupo que ocupava a área de recursos humanos junto ao Ministério da Saúde.

Tinha pessoas dessa Secretaria (Secretaria de Recursos Humanos) que eu conhecia e a gente se reunia através da nossa pessoa de recursos humanos do Brasil, que era o Paranaguá Santana que estava na OPAS, ele era o que dava apoio aos recursos humanos do Ministério e ali nesses recursos humanos do Ministério na época estava a Tereza Grande, Roberto Nogueira, o próprio diretor da Organização foi dessa área de recursos humanos, então tinha várias pessoas. **Quando eu estava no Brasil eu tinha pouca relação com eles porque era mais Universidade e na realidade tinha dois grupos que até não se falavam muito sabe, o grupo que trabalhava com o projeto NUTES e o grupo que trabalhava no Ministério** (MARIA ALICE ROSCHKE, grifos nossos).

A entrada de Maria Alice Roschke para colaboração junto à Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em Washington se deu por uma contingência familiar, devido à necessidade de acompanhar seu marido, que havia recebido uma proposta de trabalho na OPAS. Após

negociações, ela seria cedida do NUTES para trabalhar junto ao Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde da OPAS de Washington.

Meu marido recebeu a proposta de um posto na Organização e fui acompanhá-lo. Mas eu disse “Não, mas agora eu não saio mais da Universidade, porque para casar contigo eu já tive que sair de um...” então eu vou pedir uma licença. Mas aí o diretor lá dos “Recursos humanos”, ele falou com o diretor da Organização e eles me pediram emprestado à Universidade, então eu fiquei quatro anos. E depois fui quando acabou os quatro anos eu disse: “Não, agora chega!” e aí eu pedi uma licença sem vencimentos na Universidade, me aposentei depois da Universidade e continuei como consultora da Organização, porque eu não podia trabalhar lá porque meu marido era funcionário. Mais tarde mudou essa regra então mais no fim eu já entrei como funcionária, mas aí eu já estava até indecisa porque eu estava trabalhando muito com o Banco Mundial em projetos do setor saúde também, enfim tinha projetos muito interessantes (MARIA ALICE ROSCHKE).

Na OPAS, seu trabalho junto aos países da América Central e África contribuíram para formar as bases de uma compreensão da necessidade de se olhar situadamente para um processo de formação de recursos humanos de acordo com os diferentes contextos de saúde. É a partir destas experiências que Maria Alice Roschke desenvolverá um ferramental teórico-conceitual em torno da ideia de “educação permanente” tomada (ou “roubada”) das publicações da UNESCO. Como se vê no registro das experiências narradas por ela, havia uma preocupação em mobilizar mudança acoplada à ideia de educação permanente:

Eu trabalhei muito em Honduras, trabalhei em um projeto de solidariedade no México e trabalhei em um projeto de infraestrutura em São Tomé e Príncipe na África e ali eu pude ver também a minha visão é uma visão mais... esse projeto eu fui para atender as necessidades da comunidade tinha três milhões de dólares em um país que tinha 150 mil habitantes, esse era o país inteiro. E fui ver o que as comunidades precisavam e por exemplo, eu fui em todas as agências na PNUD, na sede da Organização Mundial, na UNICEF, no Banco europeu, tudo. Para saber o que eles estavam fazendo para não coincidir, para não fazer em cima, não duplicar e diferenciar. Aí eu fui ver o que as comunidades queriam, e as comunidades eram comunidades pequenas, fazendas de cacau onde tinham 1800 habitantes que moravam numas casas que pareciam da época do século XVIII, entende? Na África, eram moradias assim que tinham um quarto e uma sala, às vezes não tinha teto de uma para a outra. As situações eram terríveis (MARIA ALICE ROSCHKE).

(...) e foi muito interessante porque eu fiz uma papelada de projetos, mas por exemplo eu vi nas comunidades o desejo de ter atenção de saúde que eles não tinham, lá não tinha ônibus, não tinham cavalo, não tinham bicicleta, então era terrível. E eu disse como é que está aqui? “Tem um posto de saúde ali que está fechado, não tem ninguém”. Então eu fui falar com o Secretário geral do Ministério e aí eu perguntei para ele: “Quando vocês têm uma campanha de vacina, como é que vocês fazem? Essas pessoas não podem sair, as mães de manhã deixam os filhos que ficam em creches e vão colher cacau, plantar cacau. Aí ele disse: “A gente avisa pelo rádio, o rádio é o meio de comunicação”. “Tá bem, e daí?”, “E daí eu passo lá uns cinco a seis depois e o pessoal da saúde não foi”, aí eu disse assim: “O que que o senhor faz, você corta o salário deles nesse dia? E ele disse: “A senhora está louca? Eles já ganham pouco”. Aí eu disse: “Bom, então qual é a sua política de formação de recursos humanos? Por que está precisando de recursos humanos”. “A malária,

eu fui numa que o último que restou que há tempos não recebia, o técnico disse que tinha três crianças com malária na enfermaria, mas que ele ia que era o último mês que ele estava lá e que os outros já tinham ido embora”. Perguntei: “Então qual é a política de formação de recursos humanos e tal?” Ele disse: “Ah, não tem plano nenhum para formar recursos humanos.” Então eu não podia indicar a construção de um centro de saúde, o que é que adiantava indicar a construção de um centro de saúde se não tinha uma política de colocar recursos humanos nessa comunidade e de formar recursos humanos? Foi muito triste sabe, era a coisa que eu... **quer dizer, a educação permanente o que você tem que ver primeiro é a questão do contexto, se você quiser mudar alguma coisa, quais são as condições que você tem para que esse programa tenha condições de mudar a situação vigente** (MARIA ALICE ROSCHKE, grifos nossos).

As práticas educacionais que visavam à formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde postas em execução pela OPAS até ali, designadas a posteriori como “educação continuada” eram vistas como insuficientes para dar conta dos desafios postos frente a essas realidades da prática nos serviços de saúde e para lograr mudança por serem disciplinares e dirigidas basicamente a médicos no setor saúde. É a própria Maria Alice que nos afirmou isto:

Surge a primeira ideia já que a “educação contínua” não estava resolvendo os problemas e que tudo era muito disciplinar e era só dirigida basicamente a médicos no setor saúde, e que não se estava vendo uma mudança e ela não era multidisciplinar, era nesse sentido... e questionando a questão do conhecimento... (MARIA ALICE ROSCHKE).

As primeiras ideias em torno dessa proposta e onde irá aparecer pela primeira vez nas publicações da OPAS o conceito de “educação permanente” são trazidas no artigo: “Contribución a la formulación de un marco conceptual de Educación Continua en Salud” de autoria conjunta de Maria Alice Roschke e Maria Eugenia Casas.

Primeiro eu escrevi um texto sobre “educação contínua”, não mudou o nome, em 1985 com uma menina que era... a gente tinha um programa de Saúde Internacional, ela era uma enfermeira colombiana que veio para fazer um ano lá, ficava assim aprendendo e ensinando na UBS, eles têm um programa, acho que até hoje ainda existe, um programa de formar líderes e eu escrevi junto com ela. **Eu estava até orientando o trabalho dela e escrevemos um texto sobre “educação contínua” e sobre o que é que eu achava desses processos, está numa “Educação Médica e Saúde” esse texto. Então foi a primeira vez que eu mudei a palavra de “educação contínua” e passei a chamar de “educação permanente” para caracterizar diferente.** E o texto do México falava sobre a questão do conhecimento, que o conhecimento já vem empacotado, dividido, dentro de disciplinas, é rígido, não é considerado o conhecimento que as pessoas aprendem nos serviços que é tão ou mais importante do que elas aprendem através dos livros e das teorias, então eu comecei a trabalhar um pouco isso e **aí nós fizemos uma reunião no México e o Jorge pediu para que alguns grupos escreverem** (MARIA ALICE ROSCHKE, grifos nossos).

A reunião no México a que Roschke se refere trata-se de grupo regional de consulta que se reuniu em Querétaro, México, em 1988 e que apreciou uma proposta preliminar de um “processo permanente de educação dos trabalhadores da saúde” (HADDAD; DAVINI; ROSCHKE, 1994).

No artigo de Roschke e Casas (1987), as autoras indentificam distintos momentos marcados por distintas significações da “educação contínua”: num primeiro momento a “educação contínua” se referia a processos de ensino-aprendizagem num período posterior a formação básica, que se destinava à atualização e capacitação dos indivíduos e grupos; num segundo momento, identificado pelas autoras no ano de 1979, a “educação contínua” estava relacionada à perspectiva andragógica de educação ao longo da vida e num terceiro momento a partir de 1982, a “educação contínua” passa a ser vista como um processo integral, dinâmico e participativo que se desenvolve em resposta às necessidades individuais e da equipe de saúde coadunando-se aos compromissos dos profissionais com os planos e estratégias nacionais dos sistemas de saúde. Nesta última significação, introduz-se a designação “educação permanente” como sinônima para definir este tipo de “educação contínua”:

En un primer momento correspondió nítidamente a la definición que caracteriza la educación continua como el proceso de enseñanzaaprendizaje que se inicia al terminar la formación básica y se destina a actualizar y mejorar la capacitación de un individuo o grupo (respuesta educativa frente a la evolución científica y tecnológica; educación como mecanismo para suprimir problemnas y suplir la carencia de educación formal). Un segundo momento ocurre en 1979, cuando comienza a observarse la interrelación con los principios fundamentales de la educación de adultos al interpretarse la educación continua de acuerdo con la perspectiva andragógica, o sea la educación como proceso que debe continuar en la vida adulta y que tiene como finalidad la autogestión del hombre. En esta forma la educación se asume como un proceso de constante actualización con el fin de transformar el medio en función de construir una nueva sociedad (5). Finalmente, en 1982 en el taller sobre enseñanza de administración de los programas de enfermería (6) la educación continua se visualiza como un proceso integral, dinámico y participativo que se desarrolla atendiendo a las necesidades individuales y las del equipo humano de salud y debe estar acorde con los compromisos de los profesionales frente a los planes nacionales y estrategias del sistema de salud. En 1984, Vidal (7) señala que "es esencial el desarrollo de políticas de utilización de personal mediante la implantación de medidas de desarrollo de personal local como promoción de incentivos, procesos de educación continua, mejoramiento de la carrera funcionaria tradicional", y caracteriza **la educación continua o permanente** como "aquella que privilegia la dignidad de la persona y su derecho democrático a dar y recibir aprendizaje según sus necesidades individuales y sociales y dentro de un proceso concebido sin término temporal, a darse en todas las etapas de la vida". Luego enfatiza (8) la capacitación multiprofesional y multidisciplinaria de un equipo de salud como respuesta a un modelo de prestación de servicios, destacando la importancia de la acción conjunta, es decir, educación, servicio y supervisión. **La respuesta a la problemática la constituirían los programas de educación permanente o continua centrados en el trabajo** (ROSCHKE; CASAS, 1987, p. 4-5, grifos nossos).

A OPAS “roubaria” o conceito de “educação permanente” da UNESCO para diferenciar das ações de educação continuada postas em execução até ali, que eram disciplinares, individuais, tinham mero caráter de atualização e não estavam voltadas à reflexão sobre os problemas da prática nos serviços de saúde.

Era para diferenciar da educação contínua, inclusive em inglês não tem diferenciação porque tem um texto que a gente escreveu eu e a Alina fazendo um resumo e quando ela passou para o inglês realmente não dá para entender... a ideia nos Estados Unidos é totalmente diferente porque nos Estado Unidos a “educação contínua” ela tem que dar certificação, por exemplo os médicos ou eles tem um número x de assistência a congressos, a cursos durante quatro anos para eles terem direito a ficar com o certificado médico... senão eles tem que fazer uma prova, era assim pelo menos. **Então a ideia da educação continua era essa de oferecer essas situações de aprendizagem para manter o médico, vamos supor, atualizado. E a ideia que a gente passa não é essa, tanto quando eu fui ao México que eles mandaram um programa para recursos humanos e o Jorge Haddad passou para eu analisar e daí o Banco Mundial pediu que eu fosse ao México, e o programa era “você fazia tantos cursos e passava para o nível tal”, não questionava o que o serviço estava precisando e nem tinha um plano, era uma coisa assim individual e aí ganhava um determinado incentivo, eu fiz uma crítica em cima disso (MARIA ALICE ROSCHKE, grifos nossos).**

Esse esforço de reorientação daria lugar à construção conceitual de uma proposta em torno da ideia de uma “educação permanente em saúde”. A reorientação posta em execução pela OPAS centrava-se na análise das seguintes categorias: o contexto dos processos capacitantes, a identificação das necessidades de aprendizagem, o processo educativo, a monitoria e o segmento dos processos educativos. O esforço de construção desta proposta de reorientação seria dividido entre os países, que fariam documentos referentes a cada uma dessas categorias. Por causa do acúmulo trazido a partir da experiência do Projeto de Formação em Larga Escala, o Brasil seria escolhido para produzir um texto sobre o processo educativo. Seria produzido então o documento intitulado: “Processo Educativo nos Serviços de Saúde” publicado pela OPAS em 1991, tendo como autoras: Alina Maria de Almeida Souza, Ena de Araújo Galvão, Izabel dos Santos e Maria Alice Roschke.

A proposta de educação permanente de pessoal de saúde na região das Américas, apoiada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde, na perspectiva de reconceituar os processos de capacitação do pessoal empregado nos serviços de saúde, busca centrar o mesmo na análise de algumas categorias que o referenciam. Estas categorias incluem: o contexto dos processos capacitantes, a identificação das necessidades de aprendizagem, o processo educativo, a monitoria e o segmento dos processos educativos. Elas correspondem a uma série de documentos orientadores das políticas de educação permanente na perspectiva de transformação das práticas vigentes (SOUZA; GALVÃO; SANTOS; ROSCHKE, 1991).

Maria Alice Roschke nos falou dessa divisão realizada entre os países na escrita dessa proposta: a Centro-América escreveu sobre “monitoramento”, a Argentina ficou com a parte de “análise do contexto” e o Brasil com o “processo educativo”. Maria Alice nos fala que a construção dessa proposta buscava ampliar o escopo para trabalhar os problemas de saúde, os limitantes envolvidos no processo de trabalho e mais tarde desenvolveriam a proposta de modo a dialogar com as noções de organização e institucionalização.

Então foi o seguinte: o grupo da Argentina ficou de escrever sobre o contexto, o grupo da Centro América ficou de escrever um fascículo sobre monitoramento e o grupo do Brasil comigo ficamos de escrever sobre processo formativo... foi o grupo do Brasil que escreveu junto comigo (...) primeiro a análise do contexto, depois a identificação de necessidades educativas, identificação de opções e estratégias alternativas, desenvolvimento do processo educativo e monitoramento e avaliação. Então, o pessoal da Centro América ficou com essa parte aqui de monitoramento, o Brasil ficou com essa parte aqui de processo educativo e análise do contexto ficou com o pessoal da Argentina, aí nós fizemos uma reunião regional e começamos a trabalhar desenvolvendo essas questões. Então a gente começou a colocar que sem trabalhar essa parte toda de problemas de saúde, os limitantes, mais tarde nós entramos com as noções de organização e institucionalização, a questão das instituições que tem regras do jogo que às vezes não são óbvias, mas que você aprende no próprio processo de trabalho e você fixa marcos regulatórios que podem aparecer, mas tem outros que não são... (MARIA ALICE ROSCHKE).

Junto de Maria Alice, outra educadora, María Cristina Davini, pedagoga argentina, trabalharia no desenvolvimento da proposta de educação permanente em saúde. Maria Alice afirma que Cristina desenvolveria um pouco mais sobre a etapa de “análise do contexto”:

Depois uma pessoa que trabalhou muito comigo, de quem eu me tornei grande amiga e que realmente é excepcional foi a Cristina Davini. A Cristina infelizmente morreu há dois anos atrás, ela era como uma irmã para mim nós trabalhávamos muito juntas e ela desenvolveu um pouco mais depois essa questão toda do contexto (MARIA ALICE ROSCHKE).

María Cristina Davini formou-se em Ciências da Educação na Universidade Nacional de Buenos Aires e fez doutorado em Ciências Humanas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC RJ). Maria Alice Roschke falou de como as duas se conheceram em uma consultoria dada por ela na Argentina e que contaria com a participação e colaboração de Cristina Davini. Este encontro faria surgir uma grande amizade e parceria entre as duas. Como desdobramento dessa parceria, Maria Alice Roschke também nos falou que convidaria Davini para ser consultora junto à OPAS:

Numa dessas consultorias que eu fui dar pela OPS em Buenos Aires, na Argentina, eu fui dar uma consultoria pra Enfermagem e nós tínhamos uma assessora regional de Enfermagem lá na Argentina, e ela então reuniu um grupo pequeno de manhã e eu tive que fazer uma apresentação e nesse grupo estava a Cristina, que estava dando apoio a ela também, e aí nós nos conhecemos. A Cristina gostou muito do que eu falei e eu gostei muito do... e aí nós começamos a conversar sobre os problemas e quando eu cheguei em

Washington eu disse pro Jorge Haddad: “Jorge, a gente encontrou uma boa colaboradora, primeira reunião que tiver aqui vamos chamar a Cristina!” e ele: “Você tem certeza?” e eu disse: “Tenho!”, mas ele ficou apaixonado por ela. Então daí nós começamos a trabalhar... no fim eu consegui levá-la para a OPS e ela ficou um ano trabalhando lá com a gente e quando eu me aposentei a minha indicação é que ela entrasse, mas ela não quis, ela veio embora por que ela achou que era muito complicado aquela hierarquia lá e estava realmente um problema meio complicado naquele momento (MARIA ALICE ROSCHKE).

Como consultora da OPAS, Davini ajudou na elaboração de textos dentre os quais consta a Capacitação Pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde, o Projeto de Formação em Larga Escala (PLE) do Brasil.

Ainda hoje uma das referências mais conhecidas na literatura sobre a proposta de educação permanente em saúde da OPAS é a publicação da obra organizada por Jorge Haddad, Maria Alice Roschke e Maria Cristina Davini, intitulada: “Educacion Permanente de Personal de Salud”, publicada pela OPAS em 1994 (HADDAD, ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Mas a proposta da educação permanente em saúde se constituiu marginal no interior da OPAS, que permaneceu com enfoque especial nas questões referentes à educação médica. Pelo menos é isso o que nos afirma o ex-consultor desta Organização, Mario Rovere. Ele nos afirma que a proposta da EPS que contou com o protagonismo ativo de Maria Alice Roschke incidiria mais fortemente na Centro-América, Peru, Argentina e Brasil, fora do recorte de Washington, sede da OPAS:

Eu acho mesmo que no caso da OPAS, o desenvolvimento da Maria Alice fora da OPAS, fora do recorte de Washington, foi uma implantação muito importante na Centro América, no Peru, na Argentina e no Brasil. **Mas dentro do grupo da OPAS a educação permanente estava na margem, não estava no centro, o centro do grupo da OPAS ideologicamente estava na educação médica**, fazia um centro e você colocava outros elementos como a formação em enfermagem, formação em saúde pública e educação permanente, mas no centro você tinha a educação médica. A única coisa que fez uma discussão com a educação médica para fazer um equilíbrio foi a lógica da gestão do trabalho, então ficava algo assim: as duas coisas importantes eram gestão do trabalho e a educação médica. Depois ficou bifocal, mas no princípio era a educação médica, mesmo porque a OPAS teve um mandato da Aliança para o Progresso no começo dos anos 1960 que se traduz como um médico para mil habitantes, então a função principal da OPAS era recursos humanos e por isso a revista por 25 anos se chamava Educação Médica e Saúde (MARIO ROVERE, grifos nossos).

Uma pista da centralidade conferida à educação médica pela OPAS pode ser vista em uma fala de Maria Alice Roschke, ao nos falar sobre a recusa da OPAS em financiar um projeto elaborado por ela e Davini com a intenção de investigar como se davam e quais os parâmetros que orientavam os processos de educação permanente nos serviços de saúde. Ela afirma que a

OPAS naquele momento só lidava com médicos, o que se refletia na priorização do financiamento para a área de educação médica em detrimento das demais:

Nós fizemos um projeto de investigação para a Organização, eu e a Cristina, só que o comitê queria o financiamento do comitê de investigação da Organização, só que naquele tempo a organização só lidava com médicos e pra eles isso não era Ciência, então isso não merecia ser investigado, entende? Então não aprovaram e a gente ficou muito desanimado naquele momento (MARIA ALICE ROSCHKE).

Ena Galvão reitera a centralidade dada à educação médica, que se refletia na própria composição dos quadros da OPAS, composta majoritariamente por médicos. Segundo Ena, a presença da enfermeira Izabel dos Santos, idealizadora do Projeto Larga Escala (PLE) nesta Organização era uma exceção, por ser mulher, enfermeira e negra:

Tudo médico... eu estou te falando que a galeria dos médicos sanitaristas só tem uma enfermeira que era a Izabel, só tem uma mulher que é a Izabel, e só tem uma negra... (ENA GALVÃO).

Para Mario Rovere, a própria presença de uma educadora como Maria Alice Roschke na OPAS era uma situação excepcional, que contava com uma maioria constituída por médicos:

Eu tinha uma ideia da OPAS um pouco idealizada como um lugar interdisciplinar onde a melhor saúde coletiva, a melhor saúde pública estava acontecendo. Mas na prática não era assim não, na prática o modelo da OPAS continuava sendo muito médico e a situação de encontrar uma educadora em Washington era uma situação excepcional, não era uma coisa que você podia imaginar (MARIO ROVERE).

Maria Alice Roschke aposentou-se da OPAS em setembro de 2003 e em agosto de 2005 retornou ao Brasil. Foi convidada por Francisco Eduardo de Campos - que assumiu o cargo de segundo Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - para ser consultora do Pró-Saúde que se estruturava na segunda ocupação da SGTES no governo Lula, no entanto recusaria inicialmente o convite, assumindo mais tarde a Coordenação de Ações Estratégicas do DEGEGES/SGTES. Alguns meses depois Maria Alice Roschke saiu do DEGEGES e assumiu posteriormente a consultoria do Pró-Saúde.

Minha entrevista com Maria Alice Clasen Roschke aconteceu no dia 28 de março de 2018 em sua residência em Florianópolis, Santa Catarina. No dia 21 de maio do mesmo ano, ela desencarnou, deixando um imenso e reconhecido legado nacional e internacional na área de educação permanente em saúde.

4 POSIÇÕES POLÍTICO-PARTIDÁRIAS

Este capítulo condensa algumas posições político-partidárias presentes na conjuntura política brasileira que precedem a chegada do Partido dos Trabalhadores à Presidência da República. Estas posições por sua vez influenciaram em maior ou menor grau a atuação dos atores e atrizes e configuraram diferentes modos de atuação política. Vale ressaltar que essa mesma conjuntura foi fortemente influenciada e atravessada pelo caldo político que permitiu a criação do PT e de um campo democrático-popular. Na área da saúde, os atores e atrizes forjados no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira sofreram forte influência desses modos de conceber e operar a política no seu sentido mais amplo, de modo que se configuram *modus operandi* próprios que se refletiram nos diversos caminhos tomados para a construção da Política de saúde. Mais tarde, no governo de Luís Inácio da Silva, os diferentes caminhos tomados para levar a cabo uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) refletiria as posições construídas nesse período.

4.1 A influência do Partido Comunista Brasileiro (PCB) no “movimento sanitário”

Sarah Escorel, em 1986, foi quem pela primeira vez referiu a existência de um “movimento sanitário” no Brasil, em sua dissertação de Mestrado, para designar a atuação de um “movimento de pessoas” que tinha ideias de transformações para o setor de saúde, entre os quais estava Sérgio Arouca. Inspirada na Reforma Sanitária Italiana, a Reforma Sanitária Brasileira constituiu-se como desdobramento de vários movimentos. No campo do pensamento intelectual, partia-se de uma aguda crítica à Medicina Preventiva paradoxalmente gestada no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) e da formulação de uma “base teórica e ideológica de um pensamento médico-social”, alinhada a uma perspectiva marxista. Escorel afirma que na década de 1960 iniciava-se a formação das bases universitárias do “movimento sanitário” e destaca o papel da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) no estímulo à formulação de um pensamento social em saúde na América Latina. A autora elenca a defesa das teses “O Dilema Preventivista” de Sérgio Arouca e “Medicina e Sociedade” de Cecília Donnangelo como os marcos de uma teoria social da Medicina no Brasil, ambas de 1975 (ESCOREL, 1999).

Destacamos um trecho do trabalho de Escorel (1999) no qual a autora afirma um ponto de tensão do envolvimento deste “movimento sanitário” na luta pelo fortalecimento da

sociedade civil que, segundo ela, criaria limites a este movimento: a tentativa de partidarização deste movimento, o que na sua visão, corroeria a unidade presente no movimento sanitário. Ela relata como este “movimento” ficaria conhecido como “Partido Sanitário”, uma alcunha pejorativa dada em um Seminário da OPAS em 1981. Apesar de afirmar que o “movimento sanitário” não se tratava de um Partido, ela reconhece que este movimento era constituído de um “grupo de pessoas com propostas coesas cujos componentes eram militantes ou simpatizantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB) ”:

Outro ponto permanente de tensão é que, ao envolver-se na luta pelo fortalecimento da sociedade civil, o movimento sanitário criou os próprios limites. Nesse processo, surgem no cenário as classes sociais e as suas representações partidárias, e isso tende a ‘corroer’ a unidade do movimento sanitário ao ‘partidarizá-lo’. Não se pode esquecer que não se trata de um partido. O apelido com cunho pejorativo ‘Partido Sanitário’ – como o movimento foi conhecido em nosso meio – surgiu em um seminário da OPAS em 1981, tentando caracterizar **um grupo com propostas coesas cujos componentes eram militantes ou simpatizantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB)**. Entretanto, ficou claro que o processo observado não foi a configuração de um partido de profissionais de saúde. **Pelo contrário: como observou Nina Pereira Nunes (1987), a conformação do movimento sanitário ocorreu através da experiência plural das oposições. A convivência das diferentes correntes de pensamento, ainda que nessa conjuntura com uma direção nitidamente vinculada ao PCB, foi o que permitiu sua consolidação. O chamado Partido Sanitário é, na realidade, um movimento de profissionais de saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que usa um referencial médico-social na abordagem e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil, querendo promover uma Reviravolta na Saúde (SCOREL, 1999, posição 3367-3375, grifos nossos).**

Como registra Escorel ao citar Nina Pereira Nunes – fundadora do Instituto de Medicina Social da UERJ junto de Moysés Szklo e Hésio Cordeiro -, este “movimento sanitário” conformou-se através de uma “experiência plural das oposições”, pela convivência com as “diferentes correntes de pensamento”, mas tinha uma direção “nitidamente vinculada ao PCB”, o que para ela teria permitido a sua consolidação. Note-se a ênfase ao caráter de pluralidade que as autoras conferem ao “movimento sanitário” (SCOREL, 1999).

Destaca-se como ponto alto da expressão do “movimento sanitário” a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em julho de 1976, durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência em Brasília, que atraiu pessoas de São Paulo e Rio de Janeiro, muitas delas vinculadas ao PCB (SCOREL, 1999). Paim, no entanto, afirma ao citar Rodriguez Neto, que apesar “de inicialmente contar com a influência de militantes do antigo Partido Comunista Brasileiro (PCB) e de reunir profissionais de saúde, o CEBES caracterizava-se pelo suprapartidarismo e pelo não corporativismo” (RODRIGUEZ NETO, 2003 *apud* PAIM, 2013, p.79).

Sérgio Arouca, graduado em Medicina pela Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, um dos principais teóricos e líderes do “movimento sanitário”, também vinha do PCB desde o ensino secundário de formação, traçando uma trajetória de atuação política neste Partido: em 1965, Arouca se tornaria Secretário Municipal de Organização deste Partido, anos mais tarde em 1989 se tornaria candidato a vice-presidente da República na chapa do PCB encabeçada por Roberto Freire, em 1990 é eleito deputado federal do estado do Rio de Janeiro pelo PCB e em 1991 se tornaria vice-presidente nacional do PCB.

Em entrevista concedida em outubro de 2002, Arouca afirma que “no PCB, havia uma dinâmica para o debate sobre saúde”, cujos membros atuarão ativamente no movimento da Reforma Sanitária Brasileira a partir da perspectiva da luta contra a ditadura, na realização de trabalhos “onde existiam espaços institucionais”. Ele vai afirmar que este movimento sanitário irá dar outra abordagem para o debate de saúde, diferente da perspectiva posta pela Medicina Preventiva, ao se abrir para uma “análise marxista da saúde” que discutiria o conceito de saúde/doença e o processo de trabalho, em vez apenas da relação individual médico/paciente, o que introduzirá a noção de estrutura de Sistema.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura, da frente democrática, de realizar trabalhos onde existiam espaços institucionais. Na área da saúde, existia a idéia clara de que não poderíamos fazer disso uma esquizofrenia, ser médico e lutar contra a ditadura. Era preciso integrar essas duas dimensões. O espaço para essa integração era o da Medicina Preventiva, movimento recém-criado no Brasil, que começou na Escola Paulista de Medicina, em Ribeirão Preto, e na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A idéia era que o Sistema de Saúde não precisava mudar em nada, que se poderia deixar as clínicas privadas e planos de saúde como estavam e que bastava mudar a mentalidade do médico. **O movimento da Reforma Sanitária cria uma outra alternativa, que se abre para uma análise de esquerda marxista da saúde, na qual se rediscute o conceito saúde/doença e o processo de trabalho, em vez de se tratar apenas da relação médico/paciente. Discute-se a determinação social da doença e se introduz a noção de estrutura de sistema. Começamos a fazer projetos de saúde comunitária, como clínica de família e pesquisas comunitárias, e fizemos treinamento do pessoal que fazia política em todo o Brasil. No PCB, havia uma dinâmica para o debate sobre saúde.** Quando a ditadura chegou ao seu esgotamento, o movimento já tinha propostas. Não só criou quadros de profissionais, mas também meios de comunicação, espaço acadêmico consolidado, movimento sindical estruturado e muitas práticas. Assim, esse movimento conseguiu se articular em um documento chamado *Saúde e Democracia*, que foi um grande marco, e enviá-lo para aprovação do Legislativo. Nós queríamos conquistar a democracia para então começar a mudar o sistema de saúde, porque tínhamos muito claro que ditadura e saúde são incompatíveis. Nosso primeiro movimento era, portanto, no sentido de derrubar a ditadura, e não de melhorar a saúde. Tudo isso aconteceu antes da Constituinte (AROUCA, 2003, p. 356, grifos nossos).

O PCB acreditava que era possível um processo de conquista progressiva da democracia por meio de reformas e aproveitando-se das brechas do regime militar. Por isso mesmo, este “movimento sanitário”, que passou a ser reconhecido como um dos interlocutores na arena da política de saúde, consoante com a proposta deste Partido de uma conquista progressiva da democracia a partir das “brechas” e da ocupação de espaços, a partir notadamente de 1979, no último governo militar do general Figueiredo, penetraria no aparelho de estado com a intenção de “transformar por dentro” no intuito claro de mudar a direção da política de saúde. A própria visão de “reforma” do Sistema de Saúde teria a ver com essa perspectiva de atuação política posta pelo PCB.

É importante ressaltar que esta visão de ocupação dos espaços institucionais do PCB vinha ao encontro da perspectiva de implementação de políticas sociais posta em execução pelo regime militar, sobretudo a partir do II Plano Nacional de Desenvolvimento do governo Geisel, numa clara tentativa de legitimação do regime visando a sua permanência, numa conjuntura política de franco crescimento das forças opositoras ao regime.

José Saraiva Felipe, médico sanitário vindo da experiência de atuação no Projeto Montes Claros em Minas Gerais, que também vinha do PCB, relata uma reunião ocorrida no ano de 1984 na cidade de Montes Claros durante a realização do 4º Encontro Municipal do Setor Saúde e 3º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde desta cidade na qual foram decididos os espaços institucionais a serem ocupados pelos quadros do movimento sanitário no primeiro governo da Nova República:

Eu me lembro que entre a eleição do “Doutor Tancredo” e a posse dele em 1985, nós realizamos em Montes Claros o 4º Encontro Municipal do setor saúde e 3º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Esse encontro foi em fevereiro, se não me falha a memória, de 1984, portanto o novo governo assumiria em março de 1985... Foi interessante que nesse encontro quem foi representando o Presidente eleito Tancredo Neves foi o Marco Maciel que era senador e acabou sendo depois... tinha a confiança do Tancredo. **E ali naquelas discussões ali paralelas à programação oficial acabou que se definiu muito dos espaços institucionais ocupados pelo Movimento Sanitário no primeiro governo da Nova República. Ali ficou mais ou menos certo que o Eleutério iria pra Secretaria executiva do Ministério da Saúde. Nos reforçamos uma ideia que claro o pessoal da Fiocruz já tinha, que o Arouca seria o Presidente da Fiocruz, por incrível... eu fiquei meio... não se estabeleceu em relação a mim um espaço institucional, mas eu acabei assumindo a Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência** (SARAIVA FELIPE, grifos nossos).

O PCB àquela altura prestaria apoio imediato à candidatura Tancredo Neves e José Sarney e mesmo com o adocimento e morte de Tancredo, Sarney decidiria preservar os acordos políticos feitos entre este e o movimento sanitário. Saraiva Felipe afirma a força e organização que tinha esse “grupo” do movimento sanitário que se conhecia desde pelo menos

a década de 1970 e consolidava sua presença no CEBES, na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) fazendo crescer sua influência no campo da política setorial de saúde.

Não foi o Tancredo, foi o Sarney, mas acabou que esses espaços foram preservados mesmo com o Sarney até porque na época nós criamos uma boa relação política na Câmara com pessoas que eram do MDB, que eram de partidos de oposição e a Câmara também tinha seminários nacionais do setor saúde, fazia anualmente, então era uma forma de... nós nos conhecíamos pelo menos desde a década de 1970. Era um grupo forte, organizado, tanto que se consolidou no CEBES e a ABRASCO também, tinha uma influência... as reuniões eram reuniões com milhares de pessoas, a efervescência da esperança na Nova República, no novo governo, na redemocratização do país em todos esses passos, por exemplo, Montes Claros, nós tivemos o primeiro internato rural obrigatório à distância... (SARAIVA FELIPE).

Francisco Eduardo de Campos, médico sanitário que estava alinhado à tradição deste movimento sanitário ligado ao Partidão (apesar de não ser filiado ele mesmo admitiu que estava na “área de influência” do PCB) - vai reiterar a narrativa de Saraiva Felipe, afirmando que este grupo da “esquerda sanitária” ocuparia todos os cargos. Ele cita o momento em que Hésio Cordeiro do Instituto de Medicina Social da UERJ assumiria o INAMPS ao mesmo tempo em que Sérgio Arouca assumiria a Fiocruz.

Nós estávamos gestando movimento no Brasil que era esse movimento político de contestação da ditadura militar que estava nos seus estrebuchos e finalmente... eu estou falando no final da década de 1970. Em 1985 houve a instauração da Nova República e foi feito **então o pessoal da chamada “esquerda sanitária” naquele momento... você sabe disso certamente... pegou todos os cargos, porque é quem tinha proposta.** Então, na verdade... apesar do Ministro da Saúde ser uma pessoa bastante conservadora em termos da linhagem partidária dele, ele colocou Eleutério Rodrigues Neto de Secretário executivo que era quem comandava a tecnicamente o Ministério da Saúde. **A maior instituição de saúde no Brasil que era o INAMPS, cai na mão de Hésio Cordeiro lá do Instituto Medicina Social e a Fiocruz na mão do Sérgio Arouca, então, nós tivemos um momento em que nós que nos considerávamos da “esquerda sanitária” e não é um partido específico, nesse momento estava ali o Partidão, PCB, tinha muita gente vinculada a esse partido, gente sem partido como eu nunca fui inscrito apesar de estar assim na área de influência** (FRANCISCO CAMPOS, grifos nossos).

É em torno dessas duas figuras, Sérgio Arouca e Hésio Cordeiro, que dentro deste grupo do movimento sanitário nos anos 1980 se estabelecerá um dissenso em torno das Ações Integradas de Saúde (AIS) e da unificação por baixo e que se desdobrará na divisão entre “reformistas da saúde” e “reformistas da previdência”, designação adotada no estudo de Tatiana Wargas de Faria Baptista (BAPTISTA, 1996).

Sérgio Arouca, que pertencia ao grupo dos “reformistas da saúde” fala sobre o conflito vivenciado entre Ministério da Saúde, que estava a cargo de um conservador, Carlos Santana e o Ministério da Previdência e Assistência Social, que abrigava o INAMPS, fonte de recursos e poderes no setor de saúde que detinha a responsabilidade da prestação de assistência médica:

Nessa época, eu me torno presidente da Fundação Oswaldo Cruz, o Hésio Cordeiro se torna presidente do Inamps, Renato Archer começa a atuar na Ciência e Tecnologia e Waldir Pires assume a Previdência Social. Há um núcleo de pensamento da esquerda em conflito com um núcleo conservador. Carlos Santana, que ideologicamente era considerado conservador, mas que era um radical na área da saúde, se torna Ministro da Saúde. **Começa aí a discussão em torno do primeiro passo a ser dado. O marco era transferir o Inamps para o Ministério da Saúde, e qualquer reforma deveria começar pela integração. Mas havia um problema: a Saúde estava na mão de um conservador e a Previdência com a oposição. Até que, na calada da noite, o Carlos Santana consegue um decreto que autoriza o Sarney a passar o Inamps para o Ministério da Saúde. Waldir Pires então veta o decreto, dizendo que “o Inamps é um patrimônio dos trabalhadores e que por isso essa decisão deveria ser participada a eles”.** Pensamos em fazer isso convocando uma Conferência. Mas, na época, as Conferências de Saúde eram espaços burocráticos, onde os temas e os resultados já estavam pré-definidos. Propusemos então convidar a sociedade para discutir a questão e realizar uma conferência com a participação de 50% de usuários (AROUCA, 2003, p. 356-357, grifos nossos).

Saraiva Felipe estava identificado ao “grupo dos reformistas da previdência”, ele mesmo expressa sua posição no texto de sua autoria “MPAS: o vilão da Reforma Sanitária?” (FELIPE, 1987). Ele reitera a narrativa de Arouca quanto à resistência do MPAS em ceder o INAMPS para o Ministério da Saúde, devido ao fato de o INAMPS ser o “órgão em que se podia fazer Política” no MPAS, uma vez que detinha recursos e poder junto ao governo. Mas que depois da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, haveria um esforço de atuação política para esvaziar o INAMPS, conformando as condições necessárias à unificação do Sistema de Saúde que viria acontecer:

O INAMPS era o órgão por excelência que se podia fazer política no Ministério da Previdência. Porque não ia fazer com aposentadoria, pensão ou administração da previdência. Então os Ministros resistiram muito, os da Previdência, e eles tiveram muita força porque eram muito ligados ao Ulysses Guimarães que tinha um poder fantástico naquele momento. Então tanto o Valdir Pires como o Rafael de Almeida Magalhães e o Renato Archer, eles resistiram o quanto puderam para que o INAMPS não fosse se incorporar ao Ministério da Saúde. Isso é claro que depois... teve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ali o arcabouço do Sistema Único de Saúde estava inserido na Constituição, então as coisas foram se encaixando e acabou que eu até... quando o Ministério... quando já na gestão do Collor com Alcenir Guerra, ou seja, quando se armou pra que se fizesse essa junção eu era Secretário de Saúde já do governo do estado de Minas Gerais e nós fizemos gestões para inclusive ter um presidente do INAMPS que foi o Carlos Mosconi que ele entrou com o compromisso de esvaziar, criar as condições pra que o INAMPS pudesse passar as suas atribuições e uma parcela dos recursos do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde de tal forma que cumpríssemos lá a proposta de unificação do Sistema de Saúde no governo federal e depois isso veio a acontecer (SARAIVA FELIPE).

Ele afirma que os Ministros da Previdência e Assistência Social tinham força por serem ligados ao político Ulysses Guimarães, que presidiria a Câmara dos Deputados e posteriormente

a Assembleia Nacional Constituinte – e indicaria todos os Ministros dessa pasta. Saraiva afirma que em torno de Ulysses Guimarães formou-se um grupo que ele mesmo, Saraiva, passou a frequentar: o “grupo do poire”, chamado assim em alusão à bebida francesa de përa que faria parte dos encontros daquele grupo.

O Ulysses Guimarães ele indicou todos os Ministros da Previdência do governo. Ele indicou o Valdir Pires, depois ele indicou o Rafael de Almeida Magalhães, depois ele indicou o Archer. Eu passei até a frequentar esse grupo, era o pessoal da turma do “poire”. Você já ouviu falar nisso? Poire era uma bebida francesa de përa, uma aguardente de përa, na época esse grupo muito ligado ao Doutor Ulysses frequentava o mesmo restaurante em Brasília que era o Piantela e era conhecido como o “grupo do poire”. Fazia parte aí do Pedro Simon, outras pessoas. Mas ele tinha muito poder. Os Ministros da Saúde sucessivamente, o Carlos Santana e depois o Roberto Santos, eles não conseguiriam sobrepujar a força do Ulysses nesse momento. Então isso passa muito pela política, não passa muito pelo desejo (SARAIVA FELIPE).

Entretanto, é interessante notar o esforço de apagamento deste dissenso na narrativa de Saraiva, ao afirmar que todos faziam parte do mesmo grupo, reiterando que as pessoas tinham os mesmos vínculos políticos, vinham do “Partidão”:

Eu mesmo cheguei a escrever um texto na época teve muita repercussão, está na revista da Fiocruz, chamado: “MPAS: o vilão da Reforma Sanitária”? que eu discuto isso aí. Claro que eu não tenho essa impressão e não tenho mesmo. **Eu já coloquei aqui que primeiro, nós trabalhávamos em espaços institucionais e não era, não tínhamos como fugir disso.** Então eu não vejo assim não, não acho que não, acho que foi tudo orquestrado. Tinha também um pouco de vaidade, não é?! “Quem é que ia enfeixar esses processos na mão e ia conduzi-lo”, acho que tem um pouco disso, um pouco de não compreensão política, por exemplo, estava claro pra mim, quando o Rafael de Almeida Magalhães encomendou-me escrever a proposta do SUDS, eu tinha 24 a 48 horas e ele disse “Você vai lá e apresente junto comigo pro Presidente Sarney”, então ele deixou claro: “Enquanto eu for Ministro o INAMPS não vai sair daqui”. A mesma coisa que tinha me dito o Valdir Pires, o Renato Archer menos enfático, aí já era uma situação que era possível... que a resistência do Ministério da Previdência a ceder o INAMPS pra poder consolidar o processo de unificação, a resistência já tinha caído muito, tinha diminuído. **Então eu não acho não, isso é uma bobagem... é reformista da previdência e revolucionário... bobagem, o grupo era o mesmo, sabe. As pessoas tinham até vínculos políticos... vinham do Partidão...então era o mesmo grupo.** Aí é um pouco de pressa de quem é que vai colocar essa bandeira no topo, um pouco dessa disputa institucional que existe. **Mas eu acho que isso é uma bobagem, não tinha diferença ideológica ou diferença de estratégia política. Não. É o mesmo grupo. Era cada um trabalhando no espaço que era possível** (SARAIVA FELIPE, grifos nossos).

Um grupo de pessoas, portanto, vai contar a História da Reforma Sanitária Brasileira desde o ponto de vista deste “movimento sanitário” cuja direção era “nitidamente vinculada ao PCB”, fazendo um esforço narrativo sistemático em afirmar a unidade deste grupo que, no entanto, era composto por “diferentes correntes de pensamento”, como referia inicialmente Sarah Escorel.

Entretanto, há narrativas dissonantes sobre este processo. É o caso da narrativa de Emerson Merhy, médico sanitarista graduado na Universidade de São Paulo que compunha este “grupo de Campinas”, mas não se vinculava ideologicamente à tradição partidária posta pelo PCB no campo da saúde, identificando-se segundo ele a uma “forma mais libertária de militar” junto aos movimentos sociais urbanos da zona leste de São Paulo. Ele vai afirmar que havia uma intenção que partia dos quadros do PCB em “instrumentalizar as frentes políticas”, o que em consequência daria origem a diferentes versões narrativas desde os diferentes pontos de vista dos atores e atrizes do processo de Reforma Sanitária Brasileira:

Eu fiz Medicina na USP, fui aluno da Cecília Donnangelo e amigo dela, contemporâneo, assim... o Ricardo Bruno Gonçalves era meu veterano e fomos amigos por muito tempo, todo o tempo da trajetória a partir do momento que nos conhecemos na Pinheiros e tivemos um front em comum de formação porque todos nós tivemos uma grande vinculação com a Cecília Donnangelo no Departamento de Medicina Preventiva e Social da USP, então, em 1970/75 eu estou fazendo Residência na USP com esse grupo.... o grupo do Guilherme Rodrigues da Silva que era o coordenador do Departamento de Medicina Preventiva e Social e a Cecília que era a pessoa que era nossa referência principal dentro do departamento, acabo minha Residência e faço minha Especialização em 1976 em Saúde Pública ainda na USP e aí teve um evento marcante porque nesse momento... primeiro semestre de 1976 nós éramos 50 pessoas fazendo Especialização na Faculdade de Saúde Pública e aí eu conheci alguns colegas que foram fundamentais no longo trajeto na luta pela Reforma Sanitária, em especial o Davi Capistrano da Costa Filho, nós fizemos Saúde Pública juntos, José Rubens de Alcântara Bomfim também fizemos Saúde Pública juntos, Eduardo Jorge Alves Sobrinho, mas ele já era meu colega da Pinheiros, o Eduardo termina o curso de Medicina dele na Pinheiros e já era meu colega de turma e vários outros. **Nessa turma de formação de sanitaristas é que nasce a proposta do CEBES e da Revista Saúde em Debate muito diferente da história carioca de contar a história do CEBES e da Revista Saúde em Debate, a minha experiência é outra, então o modo de eu relatar essa história é muito distinto da Sarah Escorel, do Sergio Arouca que eu conhecia, a Sarah eu não conhecia na época...** eu conheci o Sérgio dirigente do PCB já um dirigente importante... assim como Davi Capistrano e alguns de meus colegas do curso de sanitaristas, **mas eu não tinha essa vinculação, eu pertencia a uma outra forma mais libertária de militar, com uma crítica profunda à tradição partidária comunista no Brasil. Então eu me posicionava em um outro território, mas via como muito produtivo o que nós constituíamos, então mesmo que os quadros do PCB na época tivessem a intenção muito de instrumentalizar as frentes políticas, mesmo eu discordando profundamente, eu ainda via como uma aliança muito produtiva na nossa luta contra a ditadura e com as coisas que a gente criava.** Nessa frente mista que participamos, distintos grupos políticos, alguns mais nessa linha mais libertária que eu atuava e outros mais vinculados ao PCdoB e outros mais vinculados ao PCB, outros mais vinculados aos movimentos e eu na verdade tinha me distanciado de todos esses formatos, eu tinha uma vinculação muito mais profunda nos movimentos sociais urbanos. Já atuava desde 1971/72 em alguns movimentos sociais urbanos na zona leste de São Paulo... (EMERSON MERHY, grifos nossos).

No seu modo de contar a História da Reforma Sanitária Brasileira, Emerson Merhy afirma que existia uma “Frente Política Nacional” com participação de múltiplos grupos

políticos que irá se desdobrar no movimento da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil. Ele ressalta que a narrativa contada desde o ponto de vista do “grupo do Rio de Janeiro” contava com divergências de visão dentro do próprio Partidão, ao ressaltar as diferentes visões sobre este processo entre Sérgio Arouca e Davi Capistrano.

Em 1976 a gente está criando uma Frente Política Nacional que vai depois se desdobrar no movimento da Reforma Sanitária e no movimento da Reforma Psiquiátrica, com uma participação múltipla de grupos políticos, **mas na disputa da memória o Partidão tenta capitanear uma produção de memória como se fosse o dono do mundo e isso já deu muita divergência, inclusive dentro do próprio Partidão. O Davi Capistrano e o Sérgio Arouca eles tem uma visão histórica diferenciada do processo, então o próprio grupo do Partidão não compartilhava da memória histórica que o grupo do Rio de Janeiro contava, o Davi contava de um outro jeito a História, então se você for atrás dessas memórias você vai perceber isso.** Dentro do CEBES tem uma divisão, **o grupo do Partidão** tenta ser dono da revista e ficar dono da entidade e eu tenho uma divergência e saio da direção do CEBES, se você também olhar a história da Revista Saúde em Debate, você vai ver que eu participo e meu nome está lá no número 1,2,3 e quando vai chegar em 1977 para 1978 o meu nome some porque eu tenho uma divergência à instrumentalização que o Partidão estava fazendo e eu caio fora dessa experiência e só volto alguns anos depois, nesse processo em 1978/79 quando a gente começa alguns outros grupos políticos, o processo de construção do PT, então eu vou participar... (EMERSON MERHY, grifos nossos).

Luiz Cecílio (1994) no Prólogo do livro: “Inventando a Mudança na Saúde” também vai reiterar a visão de que não tinha consenso no interior do movimento sobre o que ele designa como “uma certa ênfase na vocação congênita do Movimento Sanitário na ocupação dos espaços institucionais, de modo que poderia se falar que existiam “vários movimentos sanitários”. Cecílio vai afirmar que estas divergências se escancaravam na medida em que avançava o processo de redemocratização, pois a luta democrática no regime de exceção tinha imposto a necessidade da unidade e aglutinação das posições divergentes, atenuando as diferenças postas:

Uma leitura panorâmica do trabalho em tela pode revelar, provavelmente pela fragilidade da articulação do movimento sanitário com as classes populares, uma certa ênfase na vocação “congênita” que o Movimento Sanitário teria de ocupar espaços institucionais, de fazer “entrismo”, até como parte do processo de construção de sua identidade e organicidade. Algo como se o movimento encontrasse sua organicidade, e construísse sua identidade, no processo mesmo de ocupar os espaços institucionais disponíveis e fazer aí exercícios de contra-hegemonia. Esse é um ponto sobre o qual não há consenso no interior do movimento e, em certos momentos, tem sido objeto de polêmicas tão calorosas que se poderia falar em movimentos sanitários, tal o grau de divergência das posições. Esta polarização vai ser mais sentida exatamente no período em que o país experimenta uma redemocratização da sua vida política e o cimento da luta democrática deixa de ter o efeito aglutinador para as concepções políticas diferenciadas e democraticamente abrigadas no interior do Movimento Sanitário (CECÍLIO, 1994, p. 16).

Ao citar Gallo, Cecílio (1994) menciona a existência de um “dilema reformista” na contradição posta entre o saber – a teoria que exigia a denúncia das limitações impostas pelo capitalismo e a necessidade de superá-lo e o fazer – a prática reformista que preconizava a “dialética do possível” para criticar uma visão instrumentalista do “Partido Sanitário” em relação ao Estado, que segundo o autor, teria acabado por retirar o caráter contra-hegemônico da Reforma Sanitária.

É em torno deste “grupo do Partidão” como designa Emerson Merhy, do “Partido Sanitário”, como afirma Gallo, do grupo do “movimento sanitário” como afirmam Sarah Escorel e Sérgio Arouca ou da “esquerda sanitária” como refere Francisco Campos, um grupo “nitidamente vinculado ao PCB” - que se desenvolverá um subgrupo de pessoas identificadas com a discussão sobre “recursos humanos em saúde”, uma questão central que já se apresentava para a consolidação do Sistema de Saúde, antes mesmo da criação do SUS.

Contudo, na cena política, progressivamente o PCB foi perdendo espaço no campo da esquerda para uma nova agremiação política, o Partido dos Trabalhadores, conforme o que consta no “Projeto Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca”:

No período entre 1974 e 1989, o PCB perdeu definitivamente seu papel hegemônico no campo das esquerdas para uma nova agremiação (o PT) e assistiu à erosão de suas bases sindicais. São os anos da “grande crise” do PCB, que praticamente acabaram com o partido. Os anos 1970 foram especialmente difíceis para o PCB. Se antes o partido sofreu uma verdadeira “sangria” de seus quadros para as organizações da “esquerda armada”, a partir de 1974 se tornou (desmanteladas aquelas organizações) o alvo preferencial do aparelho repressivo. O princípio do complexo processo de Abertura, a partir do Governo Geisel, coincide com um aumento da perseguição aos pecebistas (parecendo interessar ao regime o enfraquecimento do partido para a garantia de um maior controle sobre a pretendida distensão) (ABREU; FRANCO NETTO, 2005, p. 14).

De fato, um espaço de novidade seria aberto na esquerda brasileira a partir da criação do PT, que passaria a ser visto como o principal núcleo da oposição de esquerda na cena política brasileira. No campo da saúde vimos surgir um “movimento sanitário” mais identificado aos debates políticos gestados no interior deste Partido que alguns autores vão designar de um “sanitarismo petista”.

4.2 A criação do Partido dos Trabalhadores (PT) e o desenvolvimento de um “sanitarismo de novo tipo”

A possibilidade aberta a partir da linha de democratização dos espaços e de experimentação de novos “modos de fazer” postos em execução pelo Partido dos Trabalhadores deu origem a uma série de inovações no campo da saúde surgidas no seio das experiências de governo do Partido dos Trabalhadores. Com estas experiências, temos ainda um rico processo de criação e desenvolvimento de novos conceitos na área da saúde e para além dela. Por isso mesmo, vale trazer um relato de como se estrutura o partido político, os aprendizados vindos a partir da luta sindical e dos movimentos sociais e populares, os aprendizados institucionais junto ao Legislativo e sobretudo nas experiências de administração municipais. O destaque dado à via municipalista para a construção do SUS, explicitado em documentos do partido, será basilar na estruturação de um novo *modus operandi* na área. Esses aprendizados conjuntos deram origem a um “movimento sanitarista” mais identificado ao Partido dos Trabalhadores. O relato que segue pretende dar conta de indicar algumas pistas de influências que resultaram no desenvolvimento de um novo campo de elaboração sobre saúde e sobre os “recursos humanos em saúde”, uma narrativa complexa, imbrincada, cheia de idas e vindas e multifacetada.

(...)

O crescimento da oposição à ditadura mobilizada pela articulação de diferentes setores da sociedade civil, sobretudo a partir de 1977, que reunia desde alas progressistas da Igreja a setores da classe média colocaria para o regime militar a reivindicação de uma reformulação do modelo de representação política. O governo Figueiredo avaliaria a manutenção do bipartidarismo como um desgaste ainda maior das bases de sustentação política do regime. Esta avaliação levaria à mobilização em dezembro de 1979 da Reforma Partidária.

A proposição de uma Reforma Partidária, entretanto, tinha a intenção tácita de, por um lado, arrefecer a pressão popular posta sob o regime na reivindicação de reformulação do modelo de representação política e de outro dividir as forças oposicionistas ao regime, através da criação de um partido de centro – o Partido Popular, que seria visto como uma alternativa civil estabelecida para a sucessão de Figueiredo - e garantir a representação das classes trabalhadoras junto ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB).

Levado pelas crescentes pressões populares de um lado e, de outro, cumprindo o calendário do projeto de ampla legitimação institucional, o regime reformulou o sistema partidário na clara intenção de cindir as forças oposicionistas, garantir o apoio governamental através de um partido de centro – o Partido Popular – e garantir a representação das classes trabalhadoras sob

uma sigla confiável – o renascido Partido Trabalhista Brasileiro (MENEGUELLO, 1989, p. 25).

A ideia de formação de um “Partido Popular” é trazida por Keck (2010). A autora afirma que haviam pelo menos três posições distintas entre as forças de oposição ao regime militar: aqueles que sustentavam a ideia de formação de um partido dos trabalhadores; aqueles que apoiavam a proposta de um partido popular ou ainda aqueles que defendiam a renovação do MDB. O resultado desta série de encontros promovidos por Almino Afonso, Fernando Henrique Cardoso e Lula resultaria na permanência de alguns no MDB e na mobilização de outros para criar o Partido dos Trabalhadores (PT). De outro lado, um “Partido Popular” seria criado em 12 de fevereiro de 1980, mas devido às suas deficiências organizacionais seria incorporado ao PMDB em março de 1982.

Em meados de 1979, uma série de reuniões entre líderes sindicais que apoiavam a formação de um partido dos trabalhadores, intelectuais e políticos do MDB, visava encontrar um terreno comum para um partido político que defendesse os interesses populares. O encontro de junho, promovido por Almino Afonso, Fernando Henrique Cardoso e Lula, constituía uma tentativa, por parte do primeiro, de convencer tanto os líderes sindicais quanto os membros do Congresso de que a proposta de um partido popular era a melhor alternativa. Mesmo entre os que apoiavam a formação de um partido dos trabalhadores, havia posições muito diferentes com relação ao que ele deveria ser. Alguns argumentavam que uma organização operária deveria romper não só com a política elitista, mas também com a eleitoral, posição obviamente inaceitável para os políticos presentes. Alguns, como Paulo Skromov, argumentavam que o diálogo com os políticos era uma perda de tempo, Lula continuava a sustentar que um partido dos trabalhadores tinha que apresentar uma proposta que fosse atraente para os assalariados e os pobres em geral, e não apenas para os trabalhadores filiados em sindicatos. Os resultados das discussões iniciais não foram conclusivos. À medida que se aproximava a Reforma Partidária definitiva do governo, tonava-se cada vez mais difícil forjar uma definição comum. Em 18 de agosto de 1979, um grupo de políticos de esquerda do MDB organizou um grande encontro em São Paulo para discutir a ideia do Partido dos Trabalhadores. Ali reuniram-se cerca de quatrocentas pessoas, incluindo políticos do MDB, líderes sindicais, estudantes, intelectuais e representantes de cerca de cem movimentos diversos. Nesse encontro Lula saiu em defesa da formação de um partido dos trabalhadores independente, dizendo que suas portas deveriam estar abertas aos políticos progressistas do MDB (...) As discussões que resultaram desse encontro foram a última tentativa de se chegar a um compromisso entre os que reivindicavam a formação de um partido dos trabalhadores e os que apoiavam a proposta de um partido popular ou então a renovação do MDB (...) No momento em que se realizavam as últimas reuniões, todo mundo sabia que a discussão havia acabado. Almino e alguns poucos permaneceriam no MDB, enquanto os demais apoiariam o PT (KECK, 2010, p. 1847,1854,1863, 1889).

Em abril de 1980, Lula admitiria em entrevista que detinha uma visão “apolítica” e “puritana” em relação à organização dos trabalhadores. Visão que ele repensaria ao se dar conta da necessidade de organização político-partidária desta classe para lograr mudanças.

(...) Até o ano passado fui a pessoa mais apolítica que existe nesse país. Veja que ninguém mais do que eu contestou a corrupção, o modo de fazer política no Brasil. Entretanto, eu acho que estou pagando e vou pagar um preço pelo puritanismo com que eu defendia minha categoria. Até um determinado momento eu achava que nós não deveríamos participar em nada que viesse tirar os trabalhadores desse puritanismo; mas, depois de fazer um dos mais belos movimentos da classe trabalhadora que já se fez nesse país, a gente percebeu que a classe política não estava sensível aos nossos problemas, que os partidos políticos não tinham tomado uma posição em relação à greve. Nem tinham se manifestado em relação a nenhum grande problema nacional que nós enfrentamos durante anos de arbítrio. Então cheguei à conclusão de que a classe trabalhadora não poderia pura e simplesmente chegar à época das eleições e dar seu voto às pessoas que se fantasiam de trabalhadores para pedir seu voto, oferecendo, às vezes, favores. Daí, portanto, que eu entendi que os trabalhadores precisavam se organizar politicamente...” (LULA, 1980).

Em 2013, o mesmo Lula afirmaria que, a despeito do que diziam em relação a um partido com as características do PT, criado e dirigido por trabalhadores, o PT nasceria para “ganhar o poder”.

E quando nós nascemos, o que diziam de nós? “Não é possível ter um partido com as características do PT, um partido criado por trabalhadores, dirigido por trabalhadores. Isso não é real, isso não está escrito em nenhum lugar do mundo. Como é que vão agora esses metalúrgicos aqui do ABC, esses bancários, esses químicos, criar um partido?” E nós criamos o partido. **Depois eles achavam que nós não passaríamos de uma coisa pequenininha, bonita e radical. E nós não nascemos para sermos bonitos, nem radicais. Nós nascemos para ganhar o poder** (LULA in SADER, 2013, p. 15, grifos nossos).

As condições que possibilitariam a formação do PT seriam vistas por alguns autores como uma anomalia na história da política brasileira, uma vez que este Partido parecia responder a um conjunto de elementos diferentes daqueles que dominavam as fases iniciais da transição brasileira para um governo civil e obedeceria a uma lógica e dilemas diferentes de outros partidos políticos no Brasil (KECK, 2010). Este caráter de novidade e singularidade associado ao PT teria a ver com seu surgimento de “baixo para cima”, uma vez que este Partido foi fruto da organização do movimento sindical e demais movimentos sociais (RODRIGUES, 2009).

Não há dúvida de que existe, no PT, algo de singular e de inusitado que vem da participação, numa mesma organização partidária, de dirigentes sindicais, militantes socialistas de diferentes filiações ideológicas e militantes católicos de numerosas entidades ligadas à Igreja. No plano organizatório, isso significa a presença concomitante- mas não oficial – de sindicatos e associações de classe, organizações católicas (como as Comunidades Eclesiais de Base, a Pastoral Operária, a Comissão Pastoral da Terra, etc.) e de várias pequenas organizações de esquerda (os “grupelhos”, como algumas vezes são pejorativamente chamadas, ou as “tendências”, como são oficialmente designadas). No plano ideológico, resulta daí a mistura, nem sempre harmoniosa, de concepções socialistas democráticas ao lado de outras leninistas e trotskistas, às quais cumpriria acrescentar a influência de um socialismo católico moderado e de um socialismo já não tão moderado da Teologia da Libertação. A tudo isso se deve acrescentar uma dose de

nacionalismo terceiro-mundista, outra de antistalinismo e outra de pragmatismo sindical. **Desse modo, realmente o PT deve ser entendido como algo novo na história dos partidos brasileiros e dos partidos de esquerda** (RODRIGUES, 2009, posição 76-84, grifos nossos).

Rodrigues (2009), como registrado acima, enunciaria os diferentes atores envolvidos na composição deste Partido: sindicatos e associações de classe, organizações católicas (como as Comunidades Eclesiais de Base, a Pastoral Operária, a Comissão Pastoral da Terra, etc.) e várias pequenas organizações de esquerda, as tendências. Meneguella (1989) vai afirmar que a criação do PT foi fruto da união desses vários sujeitos políticos: as lideranças do novo sindicalismo, intelectuais, as organizações de esquerda e os movimentos populares urbanos.

Em relação aos movimentos populares urbanos, não é possível desconsiderar o papel exercido pela Igreja Católica na organização destes movimentos que deram o caldo político para a criação do PT. Meneguella vai afirmar que no interior da Igreja Católica já existia a ideia de construção de um partido de trabalhadores, um “PT cristão”, refletindo uma orientação progressista de setores da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) ligados à Teologia da Libertação (MENEGUELLO, 1989, p. 64). Luís Mir levaria essa tese à radicalidade quando do lançamento de seu livro: “Partido de Deus”.

Gohn (1997) vai relatar que no final dos anos 1970 se falava em “novos movimentos sociais” para diferenciar estes movimentos ligados à Igreja Católica na ala articulada à Teologia da Libertação, que se organizavam a partir de práticas distintas.

No final dos anos 70, no Brasil, quando se falava em novos movimentos sociais, em encontros, seminários e colóquios acadêmicos, tinha-se bem claro de que fenômeno se estava tratando. Era sobre os movimentos sociais populares urbanos, particularmente aqueles que se vinculavam às práticas da Igreja católica, na ala articulada à Teologia da Libertação. A denominação buscava contrapor os novos movimentos sociais aos ditos já velhos, expressos no modelo clássico das sociedades amigos de bairros ou associações de moradores. O que estava no cerne da diferenciação eram práticas sociais e um estilo de organizar a comunidade local de maneira totalmente distinta (GOHN, 1997, p. 281).

Os setores progressistas da Igreja Católica mobilizados pela Teologia da Libertação seriam em grande medida responsáveis pela formação de uma subjetividade coletiva.

É nesta raiz que surgirá a ideia de uma “educação” mobilizadora de mudança que visava à transformação social.

Mesmo antes da criação do PT, desde o início da década de 1960, seria criado no seio da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) com o apoio da Presidência da República e com base em decreto e convênio firmado com o Ministério da Educação e Cultura, o Movimento de Educação de Base (MEB). O MEB tinha o objetivo de “educar para

transformar” e “concretizar uma pedagogia da participação popular” e se propunha a realizar um programa de educação de base através da utilização de escolas radiofônicas sobretudo nas áreas rurais das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (WANDERLEY, 2014). Vale lembrar que a mobilização das populações rurais na década de 1950 eram ligadas às Ligas Camponesas e ao Partido Comunista Brasileiro. Com o MEB, a Igreja Católica ligada à CNBB e à Teologia da Libertação assumiria protagonismo na efervescência política que daria lugar e expressão à luta pelas Reformas de Base.

A educação de base fazia parte do ideário da UNESCO em seus programas de educação para os povos subdesenvolvidos e tinha a pretensão de alfabetização e iniciação em conhecimento, mas no Brasil iria muito além disso. Entendia-se como educação de base o processo de autoconscientização das massas, para uma valorização plena do homem e uma consciência crítica da realidade que deveria se dar a partir necessidades e dos meios populares de participação e estar integrada em uma autêntica cultura popular, que levasse a uma ação transformadora (MEB apud FÁVERO, 2006, p. 80).

Além do caráter de alfabetização e conscientização do povo, esta educação de base trazia como eixos de atuação a animação de grupos de representação, promoção e pressão e valorização da cultura popular e estaria situada no campo mais amplo da educação popular (WANDERLEY, 1984).

Wanderley (1984) alerta para os diferentes sentidos postos na designação desta educação popular, que ia de um extremo a outro. Em um pólo estaria uma concepção de educação popular antipovo, não negadora do capitalismo, que se propunha a tão somente universalizar o ensino público elementar e estender a toda a população a escolaridade obrigatória e gratuita; no outro pólo estaria uma educação popular revolucionária, negadora do capitalismo, intimamente ligada à ação e organização políticas e que se propunha a conduzir a tomada do poder de Estado.

A explicitação do significado da educação popular é um alvo complexo e as dúvidas não solucionadas que perduram são algo incontestes para os interessados. Reduzindo a polêmica à sua equação mais simples, o que está em jogo é saber, por um lado, se nas formações sociais capitalistas cabe ao Estado fornecê-la ou se ela é competência da Sociedade Civil, da própria classe operária (classes populares), e, por outro lado, se o conteúdo dessa educação é mera transmissão da ideologia dominante, e portanto, antipovo, ou corresponde aos interesses fundamentais da classe operária. Convém pensar numa espécie de “continuum”. **Em um dos pólos estaria a concepção mais difundida, típica do capitalismo em sua evolução e expressão da democracia burguesa nos países centrais e hegemônicos, ou seja, a educação popular como a universalização do ensino público elementar e a extensão da escolaridade obrigatória e gratuita.** E isso foi fruto de uma árdua luta da classe trabalhadora, objetivando valorizar sua força de trabalho e melhorar as condições de vida, “reconhecendo implicitamente o dever do

Estado – que capta através dos impostos considerável parcela da riqueza social produzida pelos trabalhadores – de lhes oferecer este serviço”. Ora, nos países periféricos e dependentes, com maior razão compete ao Estado estender a educação elementar a todos, já que historicamente é ele que vem assumindo o papel de propulsor do desenvolvimento, de forma cada vez mais deliberada e intervencionista. **No rigor do termo, poder-se-ia concebê-la como uma educação-não-negadora-do-capitalismo. No outro pólo, ter-se-ia a educação revolucionária, intimamente ligada à ação e organização políticas, condutora da tomada do poder de Estado, negadora do capitalismo. Indo mais além, após a instalação do socialismo, seria a educação própria da construção socialista** (WANDERLEY, 1984, p.100-101, grifos nossos).

Wanderley (2014) apontaria algumas características da ideia de “educação popular” mobilizada no MEB:

a) é uma educação de classe – exige uma consciência dos interesses das classes populares; b) é histórica – depende do avanço das forças produtivas; c) é política – conjuga-se com outras dimensões da luta global das classes populares; d) é transformadora e liberadora – luta por mudanças qualitativas e reformas estruturais; e) é democrática – antiautoritária, antimassificadora, antielitista; f) relaciona a teoria com a prática; g) relaciona a educação com o trabalho; h) objetiva a realização de um poder popular (WANDERLEY, 2014, p. 98-99).

Em dezembro de 1962, o MEB passaria a adotar o Sistema de Alfabetização Paulo Freire, construindo-se sua experiência de maior repercussão. Paludo (2000) vai afirmar que a partir da proposta de pedagogia alternativa formulada por Freire, pela primeira vez no Brasil se tinha uma pedagogia (brasileira e latino-americana) anunciada das classes populares que levava em consideração a realidade brasileira visando à transformação, lugar em que as classes populares adquiriam papel central.

Vale apontar que, embora os movimentos sociais e populares ligados aos setores progressistas da Igreja Católica detivessem um forte protagonismo, outros movimentos estariam na base de formação do PT como os grupos de negros e negras, grupos feministas, movimentos libertários, sociedades amigos de bairros entre outros. Estes movimentos sociais populares calcados na defesa radical da democracia e de seu aprofundamento irão constituir um campo político e cultural nominado pelos mesmos de “Campo Democrático e Popular” (PALUDO, 2000).

Como registrado por Gohn (1997), estes novos movimentos sociais e populares que estariam na base de formação do PT eram caracterizados por sua visão de antagonismo e oposição ao Estado e por sua visão autonomista. De um lado, opunham-se ao estado autoritário do regime militar, de outro, também se opunham-se práticas populistas e clientelistas presentes nas associações de moradores, nos sindicatos e nas relações políticas em geral. Este caráter

“extra-institucional” dos movimentos que compunham o PT imprimirá marcas à atuação inicial dos militantes deste Partido.

A categoria teórica básica enfatizada era a da autonomia. Na realidade tratava-se mais de uma estratégia política embutida no olhar sobre os movimentos populares, pois reivindicava-se um duplo distanciamento. De um lado em relação ao Estado autoritário. De outro lado em relação às práticas populistas e clientelistas presentes nas associações de moradores, nos sindicatos e nas relações políticas em geral (o corporativismo era também negado como política não-democrática e impeditivo para a manifestação das novas forças sociais que estavam sufocadas no cenário de um regime militar autoritário). **A relação dos movimentos com o Estado era vista em termos de antagonismo e oposição. Enfatizava-se o caráter extra-institucional das práticas populares - e por isso elas não estavam contaminadas pelos vícios da política oficial -, assim como sua autonomia em face dos partidos e dos aparelhos do Estado em geral** (GOHN, 1997, p. 282-283, grifos nossos).

Na luta sindical, o movimento que daria origem às greves de 1978 e 1979 faria surgir no horizonte as bases de um novo sindicalismo. Scherer-Warren e Krischke (1987, p.43-44) cita um conjunto de orientações presentes naquele chamado “novo sindicalismo” ou “sindicalismo autêntico”: autonomia sindical frente ao Estado; independência em relação aos partidos políticos e liberdade de escolha partidária de seus participantes; negociações diretas entre empregados e patrões, sem intervenção governamental; mobilização pelas bases e criação de uma democracia interna ao movimento; nova forma de organização trazendo o sindicato ao próprio local de trabalho e a criação de comissões de fábrica.

Naqueles anos de 1978 e 1979 nos sindicatos de São Bernardo do Campo, Santo André, Osasco, Santos, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Campinas e Porto Alegre discutiu-se a possibilidade de se criar um partido político. Essa ideia seria lançada pela primeira vez como resolução do Encontro de Metalúrgicos do Estado de São Paulo, em Lins, em janeiro de 1979 (KECK, 2010). Depois em 1º de maio de 1979 houve a divulgação de uma carta de princípios do PT. Esta Carta traria uma crítica expressa ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB) que reunia até então a principal frente parlamentar de oposição à ditadura e, nas entrelinhas, ao Partido Comunista Brasileiro (PCB) que, depois de ser posto na ilegalidade, defendia o “entrismo” no MDB:

Essas afirmações não ignoram o fato de que o MDB foi utilizado pelas massas para manifestar eleitoralmente seu repúdio ao arbítrio. Tampouco pretendem ignorar a existência, entre seus quadros, de políticos honestamente comprometidos com as lutas populares. Isso, no entanto, não pode impedir e não nos impede de apontar as limitações que o MDB – partido de exclusiva atuação parlamentar – impõe às lutas populares por melhores condições de vida e por um regime democrático de verdadeira participação popular. O MDB, por sua origem, por sua ineficácia histórica, pelo caráter de sua direção, por seu programa pró-capitalista, mas sobretudo por sua composição social essencialmente contraditória, em que se congregam industriais e operários, fazendeiros e peões, comerciantes e comerciários, enfim, classes sociais cujos

interesses são incompatíveis e nas quais, logicamente, prevalecem em toda a linha os interesses dos patrões, jamais poderá ser reformado. A proposta que levantam algumas lideranças populares de “tomar de assalto” o MDB é muito mais que insensata: é fruto de uma velha e trágica ilusão quanto ao caráter democrático de setores de nossas classes dominantes (COMISSÃO NACIONAL PROVISÓRIA, 1979).

Os líderes sindicais ligados ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), por outro lado, também se opunham à criação do Partido dos Trabalhadores (PT). Keck (2010) vai nos afirmar que estes quadros do PCB não concebiam a formação de mais de um partido da classe operária e viam com desagrado o radicalismo do PT e dos sindicatos que o apoiavam, o que poderia pôr em risco o processo de transição democrática negociada.

Os líderes sindicais que mantinham vínculos com o Partido Comunista Brasileiro, PCB, opunham-se de forma particular à formação do PT, não só porque não poderia haver mais de um partido da classe operária, o PCB, como também pelo fato de os comunistas sentirem que o radicalismo do PT e dos sindicatos que o apoiavam poderia pôr em risco o processo da transição negociada. Do seu ponto de vista, a melhor alternativa era continuar militando no interior do MDB e do seu sucessor, o PMDB, para, finalmente, trabalhar pela legalização do próprio PCB (KECK, 2010, posição 2065).

Nascido no contexto da luta democrática contra a ditadura militar em 10 de fevereiro de 1980 e mais tarde reconhecido oficialmente como partido político pelo Tribunal Superior de Justiça Eleitoral no dia 11 de fevereiro de 1982, o PT disputaria a sua primeira eleição naquele mesmo ano com a Plataforma nacional: “Trabalho, Terra e Liberdade”, naquela que seria a primeira eleição direta para governador de estado desde a década de 1960 e a primeira eleição depois do fim do bipartidarismo em 1979. Nestas eleições foi adotado o “voto vinculado” por meio do qual o eleitor teria que escolher candidatos de um mesmo partido para todos os cargos em disputa, sendo, portanto, titular e vice do mesmo partido, o que em tese favorecia a relação dos eleitores e sua identificação com os partidos e menos com os candidatos. Com os slogans: “Trabalhador vota em trabalhador” e “Vote nº 3, o resto é burguês”, o PT buscava justamente essa identificação com a classe trabalhadora. No programa do PT daquele ano apareceriam como propostas: a reforma agrária radical; moratória da dívida externa; desconcentração da propriedade privada; estatização de setores essenciais; governo dos trabalhadores; novas formas de representação por conselhos populares (DOCUMENTOS DOSSIÊ, 2008).

O Encontro Nacional do Partido em 6 de setembro de 1981 havia estabelecido: “O PT lançará em 1982 candidatos em todos os níveis, para todos os cargos legislativos e executivos, correndo em faixa própria e preservando a sua independência política” (DOCUMENTOS DOSSIÊ, 2008).

Nas eleições de 1982, o PT disputaria as eleições para o governo de 21 estados sem conseguir êxito: Acre, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo, alcançando uma porcentagem de 3,3% do total geral de votos (DOCUMENTOS DOSSIÊ, 2008). Lula e Olívio Dutra que eram os primeiros presidente e vice-presidente nacionais do Partido dos Trabalhadores, respectivamente, disputariam como candidatos ao governo dos estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul. Lula ficaria em quarto lugar no estado de São Paulo. Olívio obteria neste pleito um total de 50.713 votos e também ficaria em quarto lugar geral, atrás de Jair Soares (PDS), Pedro Simon (PMDB) e Alceu Collares (PDT). É importante ressaltar que no ano de 1982, não houve eleições municipais para as capitais de estados e certas categorias de municípios que ficaram sob o comando de prefeitos nomeados, tendo sido este o caso de Porto Alegre.

Ainda naquele ano seriam eleitos: 117 vereadores no interior, 10 vereadores na capital, 13 deputados estaduais, oito deputados federais (Luiz Dulci por Minas Gerais, José Eudes pelo Rio de Janeiro e Djalma Bom, Eduardo Suplicy, Bete Mendes, Irma Passoni, Airton Soares e José Genoíno por São Paulo) e dois prefeitos: o ferramenteiro Gilson Menezes se tornou o primeiro prefeito eleito pelo PT em Diadema, cidade da Grande São Paulo e Manoel da Silva Costa que ganhou as eleições em Santa Quitéria no Maranhão, mas que se desligaria do partido no ano seguinte.

A avaliação do PT acerca das eleições neste ano foi pessimista, considerada muito abaixo do esperado dentro e fora do partido. O documento de autoria do Comitê Eleitoral Unificado Nacional intitulado “O PT e os resultados das eleições”, anexo à ata da reunião da Comissão Executiva Nacional do Partido dos Trabalhadores, dos dias 4 e 5 de dezembro de 1982, assim se pronunciaria sobre aquelas eleições:

Sem dúvida, o PT mostrou sua presença na campanha eleitoral, deixando de lançar candidatos apenas em um estado – Alagoas – e um território – Roraima. O partido se firmou como uma organização nacional. Novos quadros se revelaram na campanha. É claro que a campanha não se deu com as mesmas características, da mesma maneira, em todo o país. De modo geral, porém, o PT foi às ruas, fez comícios, foi de casa em casa, esteve presente – na maioria dos casos, positivamente – nos debates pela televisão e pelo rádio e ocupou espaços nos jornais. Os resultados eleitorais foram fracos, abaixo de nossas expectativas mais pessimistas. Não conseguimos sequer cumprir o que a lei eleitoral exigia, antes de ser a exigência adiada para 1986: 5% do eleitorado do país e 3% em nove estados. Elegemos apenas dois prefeitos e poucos deputados estaduais e elegendo companheiros comprometidos com a Carta Eleitoral (DOCUMENTOS DOSSIÊ, 2008, p. 86).

Em 1984 o PT engajou-se ativamente na campanha pelas eleições diretas para a Presidência da república, de modo que em janeiro daquele ano, a executiva nacional transformou-a em prioridade número um do partido (KECK, 2010). Seria a primeira vez que o Partido se engajaria em uma frente de caráter popular com outros partidos em torno de uma causa. No entanto, no Congresso Nacional, uma emenda constitucional proposta pelo deputado do PMDB Dante de Oliveira pelas Diretas Já, seria derrotada. O PMDB, entretanto, investiria em outra arena da luta política para emplacar seu candidato, ao engajar-se na construção de uma coalizão entre o PMDB e setores dissidentes do partido governista e de apoio ao regime militar, o PDS, que formariam a Frente Liberal. A Frente Liberal que reunia nomes como o de José Sarney, Marco Maciel, Aureliano Chaves juntaria esforços ao PMDB de Ulysses Guimarães e Tancredo Neves. Esta coalizão ficaria conhecida como Aliança Democrática. A partir daí conformaram-se duas opções de votos: de um lado estava Paulo Maluf, candidato do PDS e de outro estava Tancredo Neves, escolhido como candidato da Aliança Democrática. O PT, entretanto, recusaria esta polarização e desautorizaria a participação dos deputados petistas no Colégio eleitoral de 1985, gerando uma crise que culminou no pedido de renúncia de três deputados: Bete Mendes, José Eudes e Airton Soares.

No dia 15 de janeiro de 1985, o Colégio Eleitoral se reuniria consagrando a eleição de Tancredo Neves à Presidência da República do Brasil para um mandato de seis anos com 480 votos (72,4%) contra 180 votos dados a Paulo Maluf (27,3%) e 26 abstenções. Entretanto, Tancredo Neves adoeceria vítima de apendicite e seu vice José Sarney seria empossado. Em 21 de abril de 1985, entretanto Tancredo Neves do PMDB de Minas Gerais morreria em decorrência de complicações. José Sarney que assumiu no lugar de Tancredo Neves, cumpriria as propostas da Aliança Democrática condensadas no manifesto “O Compromisso com a Nação” entre as quais estavam as eleições diretas para todos os cargos, a legalização dos partidos e convocação da Assembleia Constituinte.

Por um lado, os desdobramentos da campanha pelas Diretas Já trouxeram desgastes ao Partido dos Trabalhadores no seu desempenho como ator institucional junto às instâncias de poder. Apesar disso, o PT obteria um bom desempenho nas eleições de 1985 para as prefeituras das capitais estaduais, quando o Partido venceria a primeira eleição para a prefeitura de uma capital: a cidade de Fortaleza, no Ceará elegeria Maria Luiza Fontenelle.

De outro lado, o caldo político de mobilização popular em torno da campanha pelas “Diretas Já” se expressaria continuamente na luta pela convocação de uma Assembleia Constituinte que ganharia novo impulso pela base. A militância sindical e dos movimentos sociais se encarregariam de mobilizar forças em torno de um movimento nacional pela

Constituinte que representaria uma mudança paradigmática na sociedade brasileira, frustrando as intenções manifestas pela ditadura militar de uma transição lenta, gradual e segura.

E daí começamos a discutir evidentemente a Política, a luta contra a ditadura, pelas liberdades, pelos presos políticos, pela volta dos exilados, pela anistia, então esse movimento não foi só de uma categoria, de uma meia dúzia de pessoas... mas foi se espalhando, se alastrando, **lutando também por uma Constituinte livre, soberana e exclusiva e o Congresso que já tinha derrotado o pleito brasileiro de eleições diretas também derrotou a Constituinte soberana, livre e exclusiva e passamos a ter um Congresso Constituinte, mas nem por isso deixamos de participar** (OLÍVIO DUTRA, grifos nossos).

Embora frustradas as expectativas de realização de uma Constituinte exclusiva e independente sem a tutela imposta pelo regime autoritário, uma vez que esse processo se deu de forma atípica no Brasil através de uma emenda à Constituição anterior de 1967 e contaria com a presença dos tais “senadores biônicos” que não haviam sido eleitos de forma direta para o pleito, os atores mais engajados trataram de assegurar sua participação no processo, tendo em vista as possibilidades estratégicas abertas pelo fato político. As eleições para a Constituinte aconteceram concomitantemente à escolha dos governadores e deputados estaduais, em 15 de novembro de 1986.

O PT, entretanto, não obteria êxito nas candidaturas estaduais naquele ano, concentrando-se nas eleições para a Câmara dos Deputados, cuja bancada aumentaria para 16 deputados eleitos, entre eles Olívio Dutra e Luís Inácio da Silva, eleitos deputados constituintes. Lula foi o deputado federal mais votado do país para a Assembleia Constituinte e se tornaria líder da bancada petista. Olívio seria eleito o mais votado do estado do Rio Grande do Sul com 55 mil votos. Naquela ocasião, Lula e Olívio dividiriam o mesmo apartamento em Brasília.

Keck (2010) nos afirma que o PT levaria extremamente a sério o processo de elaboração da Constituição, sendo o único Partido a formular seu próprio projeto constitucional, demandando ao jurista Fábio Konder Comparato:

O PT levou extremamente a sério o processo de elaboração da Constituição. Foi o único partido que formulou um projeto constitucional completo, baseado em discussões de uma proposta de projeto redigida, a pedido da Executiva Nacional, pelo jurista Fábio Konder Comparato (KECK, 2010, posição 5468).

Fábio Konder Comparato, jurista e professor da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo foi autor desse anteprojeto de Constituição demandado pelo PT. O autor nos afirma que esta demanda foi solicitada pela direção nacional deste Partido no primeiro semestre de 1985 e foi entregue oficialmente à Comissão Executiva Nacional do Partido em 24 de fevereiro de 1986, contando com a avaliação de alguns estudiosos: Eros Roberto Grau,

Francisco Corrêa Weffort, Goffredo Silva Telles Jr., Hélio Pereira Bicudo, Paul Israel Singer e Raymundo Faoro (COMPARATO, 1986). A proposta de projeto referida é o documento: “Constituição da República Federativa Democrática do Brasil: Projeto de Constituição apresentado pela bancada do Partido dos Trabalhadores à Assembleia Nacional Constituinte” datado de 6 de maio de 1987 e encontra-se reunida no livro: “Muda Brasil: Uma Constituição para o Desenvolvimento Democrático” (COMPARATO, 1986). No boletim nacional de junho de 1987, a bancada do PT reproduziria os motivos do Projeto de Constituição do Partido:

O momento que vivemos é singular na vida política nacional. O PT não poderia se omitir nos embates do presente. Ao invés de nos limitarmos meramente à enunciação de um rol de teses e princípios, encaramos o desafio de elaborar um projeto completo de Constituição. Ousamos tomar uma iniciativa que julgamos inédita. Acreditamos ser a primeira vez na história das Constituintes brasileiras que um partido político apresenta formalmente um Projeto de Constituição global e articulado (BOLETIM NACIONAL, 1987, p. 7).

No Congresso Constituinte, o PT defenderia a estatização dos bancos, a reforma agrária radical (inclusive em terras produtivas), a nacionalização da distribuição dos combustíveis e dos minérios, benefícios às empresas nacionais e formas de democracia direta (FOLHA DE SÃO PAULO, 1995).

Na área da Saúde, Maria Luiza Jaeger nos fala de uma sequência de discussão que possibilitará avanços alcançados no texto constitucional deste setor:

Eu me lembro de uma reunião dentro do Congresso Nacional de ter uma sala um pouquinho maior que essa, umas cem pessoas ao redor de uma mesa discutindo artigo por artigo com o pessoal que era da Comissão, tinha o Eduardo Jorge enquanto deputado, tinha... **o Lula era constituinte, o Olívio era constituinte, então tu consegue fazer o texto andar e tu consegue fazer com que a primeira lei que regulamenta a Constituição é a lei do SUS porque tu já tinha um projeto e já tinha um processo em discussão e tu não consegue fazer isso na educação por exemplo, na educação a lei vai sair depois. E aqui que aparece a bendita proposta de que, a partir de toda a discussão que vinha se fazendo, que era uma atribuição do Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos** (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

O processo de discussão anterior e a formulação de um projeto para a área da saúde a que Maria Luiza se refere diz respeito a um consenso geral alcançado pela confluência de uma série de movimentos decorrentes dos movimentos sociais e populares da saúde e suas contribuições ao Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, das próprias deliberações da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 e também da militância sindical nessa área. Também vale destacar o papel fundamental de maturação e sistematização da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), responsável por dar o arcabouço técnico às resoluções da Oitava e da qual Maria Luiza Jaeger faria parte.

Particularmente sobre as contribuições vindas da militância sindical, vale destacar o papel jogado pelo próprio PT e pela CUT na área que estariam afinados na perspectiva de criação de um sistema único e estatal de saúde:

(...) mas uma das coisas que a gente fez na criação da CUT foi criar uma Secretaria de Saúde da CUT e isso deixou depois de existir, mas na criação a gente faz isso. Essa Secretaria estava na secretaria de Relações Institucionais e foi mudando, mas basicamente aqui juntava tanto o pessoal de movimento de trabalhadores de saúde, como era o meu caso, como também muita gente de movimento sindical de trabalhador, basicamente metalúrgico, químicos, povo da petroquímica, metrô... **mas aqui começa toda a discussão dentro da CUT com esses Sindicatos sobre o que que era afinal o que a gente ia propor em relação à Conferência Nacional de Saúde e que proposta a gente tinha em relação à saúde e isso vai originar um documento da CUT à Conferência Nacional de Saúde propondo um sistema de saúde absolutamente estatal** (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

(...) a gente consegue juntar todo mundo durante a Oitava e mesmo depois na Comissão da Reforma Sanitária e depois na discussão no Congresso Nacional na Assembleia Constituinte sobre a questão de saúde (MARIA LUIZA JAEGER).

Vale destacar as propostas vindas do 1º Encontro Nacional de Saúde e Previdência Social da CUT, ocorrido em 1987, portanto que antecederia à aprovação da Constituição pela Assembleia Nacional Constituinte, e que seriam referendadas pelo 3º Congresso Nacional da CUT, ocorrido em Belo Horizonte de 7 a 11 de novembro de 1988. São elas: 1) A criação do Sistema Único de Saúde, estatal, público, gratuito, de boa qualidade, sob o controle da população através de suas entidades representativas; 2) O custeio do Sistema Único de Saúde através de orçamento da União, estados e municípios e efetivação de conselhos de saúde, de nível nacional a local, com participação democrática das representações do movimento sindical e popular, com caráter deliberativo e autonomia para gestão e controle do sistema; 3) A previdência social sob gestão dos trabalhadores (CUT, 1988).

Apesar dos avanços na discussão e deliberação destes setores do PT dos movimentos sociais e no movimento sindical na área da saúde, indicando inclusive a criação de um “Sistema Único e Estatal de Saúde”, é contraditório notar neste Projeto Constitucional do PT - escrito por Fabio Comparato e apresentado à Assembleia Nacional Constituinte -, que a área de Saúde permaneceria com um enfoque restrito, não traduzindo a discussão presente nestes movimentos sociais e movimento sindical. A área da Saúde neste anteprojeto é trazida no Título III intitulado: “A Educação, a Saúde e a Assistência Social” e delimitada no artigo: “Assistência médico-hospitalar e recolhimento de menores abandonados”, conforme segue:

Assistência médico-hospitalar e recolhimento de menores abandonados
Art. 226 – Os Municípios e o Distrito Federal são obrigados a prestar assistência médica e hospitalar gratuita às populações carentes, não abrangidas

pela previdência social, bem como a recolher e educar os menores abandonados.

§ 1º. – A União e os Estados têm o dever de auxiliar financeiramente os Municípios menos favorecidos, para a prestação desse serviço público.

§ 2º. – Os orçamentos municipais, que não prevejam dotação de recursos necessários ao cumprimento do disposto neste artigo, poderão ser impugnados, por qualquer pessoa, perante o Poder Judiciário

(COMPARATO, 1986, p. 145).

Neste anteprojeto, a visão de saúde permanecia atrelada à mera garantia de assistência médico-hospitalar gratuita focalizada nas “populações carentes” não abrangidas pela Previdência Social através do INAMPS. Apesar de se tratar de resultado de uma encomenda feita a este jurista, tal fato nos faz crer que essa discussão de Saúde ainda ficaria muito localizada, não reverberando suas propostas para a conformação de uma opinião mais ampla no conjunto do Partido dos Trabalhadores.

Já na Constituição, na área da Saúde alcançávamos a nossa principal vitória do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira: a criação do Sistema Único de Saúde e o estabelecimento da saúde como direito universal de cidadania. Em outras áreas também alcançaríamos importantes vitórias, de modo que se cunhou a designação “Constituição Cidadã”.

Entretanto, apesar de todos os esforços nas negociações políticas para conseguir avanços no texto constitucional, o PT ao final votaria contra esse texto por considerar que a Constituição era limitada e não resolveria o cerne dos problemas da classe trabalhadora no Brasil:

Importante na política é que tenhamos espaço de liberdade para ser contra ou a favor. E o Partido dos Trabalhadores, por entender que a democracia é algo importante – ela foi conquistada na rua, ela foi conquistada nas lutas travadas pela sociedade brasileira —, vem aqui dizer que vai votar contra esse texto, exatamente porque entende que, mesmo havendo avanços na Constituinte, a essência do poder, a essência da propriedade privada, a essência do poder dos militares continua intacta nesta Constituinte. Ainda não foi desta vez que a classe trabalhadora pôde ter uma Constituição efetivamente voltada para os seus interesses. Ainda não foi desta vez que a sociedade brasileira, a maioria dos marginalizados, vai ter uma Constituição em seu benefício (LULA, 1988, p. 4).

Após a promulgação da Constituição de 1988, em 15 de novembro ocorreriam eleições municipais em todo o território brasileiro. Um grande salto seria dado pelo PT em 1988, que passaria a administrar 36 prefeituras municipais, entre as quais estavam as capitais: São Paulo sob o comando de Luiza Erundina, Vitória sob o comando de Victor Buaiz e Porto Alegre que teria Olívio Dutra à sua frente.

4.2.1 A convivência entre uma lógica anti-institucional e institucional no interior do Partido dos Trabalhadores

Exatamente pelo fato de ter “vindo de baixo” a partir da organização política do movimento sindical e dos movimentos sociais e populares, o confronto com a institucionalidade a partir da ocupação dos espaços do Legislativo e Executivo, não passaria ileso ao PT.

Couto e Abrucio (1993) desenvolveriam a tese de que o Partido dos Trabalhadores conseguiria agregar um caráter de “duplicidade” na sua atuação ao confrontar-se com o desafio da institucionalidade. Para os autores, em seu início, o PT detinha uma lógica de “partido-movimentista” e passaria a conviver com uma lógica de “partido-governante”, a partir dos aprendizados institucionais vivenciados sobretudo junto ao Legislativo e no exercício do governo, já em 1982 e que se aprofundariam ao longo da década de 1990.

Para os autores, o PT partia da constatação de que a organização apenas no nível da sociedade não daria conta de alcançar os objetivos propostos pelos movimentos sociais. Nesse sentido o PT se propunha a ser ferramenta de mobilização e organização das classes populares e principal instrumento de vocalização de suas demandas. É nesse sentido que os autores compreenderiam o PT como um “partido-movimentista”, visto sua ação reivindicatória junto aos movimentos sociais no confronto direto com o Estado e nesse momento também a sua pouca preocupação com a formulação de políticas públicas (COUTO; ABRUCIO, 1993).

Exemplo disso pode ser verificado na afirmação de Keck (2010). A autora relata que mesmo depois de vencer as eleições de 1982 na cidade de Diadema, São Paulo, o PT demonstraria a intenção de “voltar às bases”, relegando a tarefa do exercício institucional a um lugar secundário e diminuindo a importância de seus dirigentes eleitos.

O desejo do partido, depois das eleições de 1982, de “voltar às bases”, e concentrar-se em reforçar a organização dos trabalhadores e os movimentos sociais, também o levou a diminuir a importância dos dirigentes eleitos do PT em geral. Parecia que o futuro do partido dependia mais da sua ação na sociedade do que da sua atividade dentro das instituições políticas; assim, esta última não era o foco do pensamento estratégico. Os conflitos em Diadema eram considerados como um problema local, e não como parte integrante da posição estratégica geral do partido (KECK, 2010, posição 4984).

Os autores vão caracterizar o que seria um ponto crucial de diferença do PT em relação à esquerda brasileira tradicional: a relação entre Movimento Social, Partido e Estado. Na relação entre Partido e Movimentos, os autores afirmam que o PT enquanto partido político subordinava-se aos movimentos sociais que o compunham, organizando-se a partir desta

dinâmica de base, em detrimento de outros partidos como o PTB e o PCB, que na sua relação com o movimento sindical, por exemplo, organizavam suas definições para serem acatadas de maneira centralizada. Na relação entre Partidos e Estado, o movimento sindical ligado ao PT buscaria organizar-se de maneira autônoma a partir de suas bases, diferindo do grupo da “Unidade Sindical” vinculado ao PCB e PMDB.

Mais do que simplesmente serem a base do PT, os segmentos dos movimentos sociais envolvidos na criação do Partido apresentavam concepções de organização e objetivos diferenciados em relação a outros setores também vinculados a organizações populares. É interessante notar, por exemplo, que as diferentes tendências do movimento sindical do início dos anos 80 tinham diferentes concepções em relação à autonomia do mesmo no que se refere à sua articulação com o Estado. **Enquanto os setores “autênticos” (dos quais a figura máxima era Lula), que integrariam o PT, lutavam por uma organização a partir das bases, o grupo da “Unidade Sindical”, vinculado ao PCB e ao PMDB buscava um enquadramento nas estruturas estatal-corporativistas determinadas pela CLT. Eis aí uma das diferenças do PT com a esquerda brasileira tradicional.** A concepção inicial do Partido dos Trabalhadores era portanto a de um partido que seria o veículo da ação independente dos movimentos sociais na esfera pública, mais do que um formulador de políticas públicas voltadas para este setor no nível institucional do Estado, como seria o caso da ação legislativa. **Em oposição ao que ocorria com o antigo PTB e com o PCB, que na sua relação com o movimento sindical acabavam por subordinar o mesmo a definições tomadas em outras instâncias, o PT dever-se-ia subordinar ao movimento social como um todo** (COUTO; ABRUCIO, 1993, p. 15, grifos nossos).

Pinheiro (2010) vai observar que tanto o PTB quanto o PCB contavam com obstáculos externos que os tolhiam de exercer uma atuação mais “autônoma” e com isso estabelecer um vínculo preferencial com a classe trabalhadora, como efetivamente exerceria o PT. O PCB tinha sua atuação no campo internacional sobredeterminada pela política do estado soviético e o PTB teria sua atuação limitada pelas relações preferenciais com os projetos populistas no estado.

(...) a existência do Partido dos Trabalhadores é uma completa irregularidade e anormalidade no âmbito do sistema partidário brasileiro e na história da política brasileira. Pela primeira vez, um partido podia se reivindicar uma presença sólida na classe operária e propor um programa que traduzisse com clareza essa representação. Essa novidade põe em relevo o fato de que outros partidos no período republicano, que pretenderam representar a classe operária, na realidade tiveram de se valer de intermediários diversos, fora da própria classe trabalhadora. Não se pretende com esse reconhecimento postular que os outros dois partidos mais emblemáticos (e não menos problemáticos...) que reclamaram essa representação, o PCB e o PTB, não tivessem bases operárias. Mas tanto um, reivindicando o papel de representante privilegiado da classe trabalhadora, como o outro, articulando bases sociais mais diferenciadas, jamais tiveram condições de fazer com que esse vínculo preferencial determinasse sua atuação. De fato, a situação dos comunistas no quadro internacional mais amplo estava sobredeterminada pela política do Estado soviético, e a do PTB foi limitada pelos limites das relações preferenciais com os projetos populistas no Estado. Evidentemente, essas vinculações não impediram que tanto o PTB como o PCB pudessem desenvolver, em inúmeras conjunturas, intervenções e políticas autônomas desses laços de dependência e intervir em defesa dos interesses da classe operária (PINHEIRO in KECK, 2010, posição 27-35).

Este “desapego” do PT à institucionalidade teria fortemente a ver com a característica de uma força preponderante dos movimentos sociais quando do início da criação deste Partido. Keck (2010) vai observar que nesta ocasião o PT e o Movimento Sindical confundiam-se, uma vez que seus líderes eram os mesmos. Para Couto e Abrucio (1993) uma “visão anti-institucional” marcaria a atuação do PT no seu início. Os autores citam o caso de Luiza Erundina que à frente da Prefeitura de São Paulo acreditaria poder governar com os movimentos sociais e com o “auxílio” do Parlamento. Esta visão da política estaria associada a uma visão de democracia social, influenciada pela ideia de participacionismo.

Olívio Dutra teria uma postura semelhante à de Erundina na sua relação com os movimentos sociais na mesma época, quando venceu as eleições para a Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Olívio Dutra nos falaria sobre a visão de democracia sustentada por ele e os embates com as instituições políticas do Legislativo:

Nós temos essa ideia, no nosso entendimento é democrática. Democracia é participação, não pode ser propriedade de alguém. Esse dilema sempre foi tocado, a Câmara de Vereadores, a Assembleia Legislativa, o Congresso Nacional, o embate dos poderes, o poder legislativo. E aí na democracia e num país mais republicano como é o nosso, os entes federados, município, estado e União tem que ter uma relação sempre articulada, harmoniosa e não de cima pra baixo, com um desses entes sendo superior aos outros... (OLÍVIO DUTRA).

A experiência experimentada no governo municipal de Olívio Dutra procuraria fugir dos marcos tradicionais do exercício da política, levando a cabo a radicalidade democrática proposta por aquele novo modo de governar que o PT se propunha inaugurar em suas experiências de governo.

(...) e isso nos levou então a considerar os movimentos sociais já existentes, a forma de organização que já existia antes de nós, a UAMPA, a União das Associações de Moradores de Porto Alegre, a FRACAB, Federação das Associações Comunitárias do Rio Grande, todas elas tinham um papel anterior, um pouco debilitadas, um pouco restritas e nós tratamos de fortalecer isto e aprender também com as experiências já tidas historicamente e aí foi se espraçando, foi se enraizando essa ideia, a cidadania foi sendo abordada, estimulada para ser exercida. **Isso evidentemente não foi fácil, tem a política tradicional que se constituía uma adversária de projetos, de visão da política e que nós tínhamos que superar isso e não apenas negar a existência dessas forças mas buscar ver como é que é. Nós temos essa ideia, essa ideia no nosso entendimento é democrática. Democracia é participação, não pode ser propriedade de alguém** (OLÍVIO DUTRA, grifos nossos).

Efetivamente os diretórios municipais do PT exigiam de seus militantes que ocupavam as administrações municipais que continuassem com uma lógica de atuação “partido-movimentista” (COUTO; ABRUCIO, 1993).

A questão da governabilidade, sobretudo a partir da ocupação das Prefeituras, inicialmente em Diadema no ano de 1982, Fortaleza em 1985 e a partir de 1989 em 31 municípios, impôs ao PT um grande desafio: como passar de um discurso marcado por uma radical crítica ao modo tradicional de fazer Política para uma prática de governo eficiente da coisa pública? No livro “O Modo Petista de Governar”, temos um relato de como os militantes petistas, habituados a atuar com os movimentos sociais nas reivindicações junto ao Estado enfrentariam dificuldades na posição de ser governo.

Os militantes petistas, acostumados a atuar com os movimentos populares e reivindicar do Estado a solução para seus problemas, quando assumiram uma posição de ser governo enfrentaram a dificuldade de não ter acumulado conhecimentos sobre as políticas públicas que lhes permitissem realizar diagnósticos e elaborar propostas para a solução dos problemas locais. O desconhecimento da máquina administrativa e de seu funcionamento foi a tônica destas novas equipes que assumiram os governos municipais. Mas não foi uma questão determinante; mais cedo ou mais tarde, todas elas acabaram por assumir seu controle (...) A questão central é a forma de governar. Há toda uma tradição autoritária, hierárquica, vertical, populista, clientelista, que se contrapõe ao projeto petista de socialização do poder (...) De uma “cultura do não”, de combate aos governos antipopulares que dominavam a máquina pública em proveito próprio, o PT, através de suas administrações eleitas, vê-se frente ao desafio de elaborar a “cultura do sim”, isto é, um conjunto de propostas capaz de transformar radicalmente a relação política da prefeitura com os cidadãos e formular novas políticas públicas para atender às aspirações populares por uma melhor qualidade de vida (BITTAR, 1992, p.288-289).

É nesse contexto de construir outra forma de governar que o PT buscava enfrentar o desconhecimento da máquina administrativa e seu funcionamento e elaborar “um conjunto de propostas capaz de transformar radicalmente a relação política da prefeitura com os cidadãos e formular novas políticas públicas para atender às aspirações populares por uma melhor qualidade de vida” (BITTAR, 1992).

Gohn (1997) também irá apontar para este processo em que as lideranças populares procurariam capacitar-se para atuarem como co-partícipes das políticas públicas locais, uma vez que os dirigentes dos movimentos se tornaram dirigentes de órgãos públicos:

Ao final dos anos 80, quando o Partido dos Trabalhadores ascende ao poder em várias prefeituras municipais, houve uma redefinição de posturas políticas, e a problemática principal passou a ser a da capacitação técnica das lideranças populares para atuar como co-partícipes das políticas públicas locais. Foi um período de muitos estudos e seminários sobre o poder local, pois vários dirigentes de movimentos se tornaram dirigentes de órgãos públicos (GOHN, 1997, p. 286).

Com isso, efetivamente o PT e suas lideranças acumulariam de um lado, uma grande bagagem de aprendizado institucional vinda de sua trajetória no Legislativo e de suas experiências de governo no Executivo e de outro, uma grande capacidade de aglutinação de uma base popular e eleitoral que o levaria a disputar as eleições majoritárias a partir de 1989:

Havia uma vontade latente de mudar o país e Lula representava essa vontade, com credibilidade, identidade, história e coerência para tanto. O PT acumulara experiência administrando capitais, grandes cidades e estados e dispunha de suficiente base social e eleitoral. Afora sua extraordinária militância, adquirira capilaridade não só traduzida pelo número de vereadores e de diretórios, mas embasada na adesão sindical e popular (ZÉ DIRCEU, 2018, p. 311).

Nesse contexto, Couto e Abrucio (1993) irão afirmar que o PT adquiria a característica de um “partido-governante”.

É importante ressaltar que convivência entre essas duas lógicas de “partido-movimentista” e “partido-governante” não estaria livre de tensões entre aqueles que ocupavam as instituições políticas e aqueles que estavam a frente dos movimentos sociais ou na direção do Partido. Exemplo ilustrativo dessas tensões seria o fato de que um terço dos prefeitos eleitos pelo PT em 1988 deixariam o Partido (COUTO, ABRUCIO, 1993).

Gohn (1997) reforça essa análise ao afirmar que a categoria da “autonomia” dos movimentos sociais, relevante na década de 1970 passou a ser um problema a partir de 1982, com a participação dos movimentos em mesas, câmaras e conselhos de negociações. Este discurso de autonomia desapareceria no enunciado dos movimentos sociais e nas análises dos pesquisadores, uma vez que o Estado passaria de adversário a principal interlocutor.

A categoria da autonomia, tão importante nos anos 70, passou a ser um tanto problemática, pois a partir de 1982, com as mudanças no cenário político, os movimentos foram convidados a participar de mesas, câmaras e conselhos de negociações. Num primeiro momento, a autonomia redefiniu-se em termos de autodeterminação. O aprofundamento do processo de transição democrática, com a ascensão de líderes da oposição, de várias matizes, a cargos no parlamento e na administração de postos governamentais, levou progressivamente ao desaparecimento a questão da autonomia dos discursos dos movimentos e das análises dos pesquisadores. O Estado, nessa conjuntura, não era simplesmente o adversário dos movimentos mas seu principal interlocutor (GOHN, 1997, p. 287-288).

O fato é que a convivência entre uma visão anti ou extra-institucional e institucional da Política acompanharia os sujeitos militantes forjados neste Partido, configurando diversos “modos petistas de governar” e diferentes visões do exercício da Política.

Com a vitória do PT nas eleições majoritárias e a chegada de Lula à Presidência da República, os movimentos sociais passam a integrar a estrutura de alguns Ministérios e

Secretarias do governo federal. Novamente, o dilema do confronto com a institucionalidade (e uma duplicidade de atuação - institucional e extra-institucional) se faria presente.

4.2.2 Desdobramentos de um “modo petista de governar” na saúde

No contexto nacional de ocupação de várias prefeituras municipais pelo Partido dos Trabalhadores e - na sua busca em enfrentar o desconhecimento da máquina administrativa e seu funcionamento para a formulação de novas políticas públicas - é que se forjam inovações no campo da gestão pública na área da saúde que contribuiriam em grande medida para o desenvolvimento de um Movimento Sanitarista mais identificado ao Partido dos Trabalhadores (PT) alinhado a uma perspectiva de construção e defesa da saúde pública e de transformação das práticas. Lembremos que o Movimento Sanitário ligado ao processo da Reforma Sanitária Brasileira em sua maior parte vinha de uma longa herança de tradição ligada ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), o Partidão ou Partido Sanitarista, como aqueles militantes se referiam.

Este novo *modus operandi* pode ser visto como desdobramento do movimento que deu origem ao novo sindicalismo a ao próprio PT e que em última análise propiciou a valorização de temas como a autonomia dos trabalhadores, a organização a partir da base, a democracia como valor estratégico (CAMPOS, 1994). Não quero dizer com isso que os atores e atrizes que pensam os deslocamentos produzidos neste campo filiam-se à perspectiva de um “sanitarismo petista”, absolutamente. Mas tão somente que, pelo espaço aberto de construção de novidade a partir da criação do PT, faria surgir como desdobramento, inúmeras ações de novidade no campo da saúde.

Sobre isso, Merhy irá afirmar que o PT dos anos 1990 foi um “laboratório de invenção do campo da política pública”, do qual ele experimentaria junto a outros atores e atrizes para produzir invenções:

Eu acho que PT dos anos 1990 foi um laboratório de invenção do campo da política pública de admirar em vários setores e a gente ia bebendo de tudo isso e os outros iam bebendo também do que a gente inventava, então um ia alimentando o outro e infelizmente o PT do final dos anos 1990 é capturado por grupos de esquerdas tradicionais, aí eu saí do PT, só pra você ter uma ideia. Quando chega o final dos anos 1990 eu saio do PT, a partir do momento que o Zé Dirceu vira o grande líder do PT, eu saio do PT (EMERSON MERHY).

Mas o próprio Emerson Merhy admite que não se filiava a um “sanitarismo petista”:

Eu não tenho essa tradição do sanitarismo petista, eu vou para outro campo dentro do próprio do PT, eu vou por outro campo, eu vou entrar pelo da micropolítica, eu vou entrar pelo campo das experiências da desinstitucionalização, não tem nada a ver com o sanitarismo petista! Sanitarista petista é o Davi Capistrano, por exemplo (EMERSON MERHY).

A aposta por “revolucionar o cotidiano” a partir do questionamento das dominações e sujeitamentos locais e da necessidade da reinvenção/transformação das realidades, partia da visão de que as estruturas de dominação se reproduziam em igual medida nas relações microestruturais. Para a superação dessas questões seria necessária a valorização de um outro plano de lutas estratégicas inscritas na Micropolítica do cotidiano em saúde (CAMPOS, 1994).

As contribuições de Carlos Mattus e Mario Testa sobre planejamento estratégico em saúde tomadas principalmente no bojo das reflexões junto ao Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde (LAPA), do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas foram fundamentais para a emergência desse novo discurso. Autores como Gastão Wagner, Luiz Cecílio, Emerson Merhy propunham-se a repensar a reforma dos modelos de gestão em saúde incorporando novos conceitos e um novo vocabulário ao campo da saúde ao mesmo tempo em que inovariam nas práticas de gestão.

Nesse período como o PT foi se tornando principal grupo de oposição à ditadura no campo da esquerda vários ex-companheiros PCB que já tinha problema com o PCB vão se deslocando em direção ao PT, o primeiro que faz esse movimento entre eles é o Gastão Wagner de Sousa Campos, ele vai se afastando do PCB e vai se aproximando do PT e nós vamos estreitando uma relação de trabalho aqui pelo lado da região de Campinas e eu me mudo para região de Campinas e vou estreitar uma participação junto com o Gastão dentro da Unicamp. Vou ser convidado a participar como docente na Unicamp e eu acabo me inserindo e vou fazer meu doutorado e viro docente e pesquisador da Unicamp do Departamento de Medicina Social junto com o Gastão. O Luiz Cecílio se aproxima dessa experiência um pouco depois, ele ainda resiste um pouquinho, ficou lá meio na história dele, mas depois de um tempo ele também e a gente acaba formando um grupo de trabalho muito importante nos anos 1980 a partir principalmente da segunda metade dos anos 1980 na Unicamp aonde a gente funda em especial nós três a gente funda o LAPA: o Laboratório de Planejamento e Administração que vai virando um referencial importante pra algumas experiências de governos populares que vão se instalando, então a gente vai mantendo uma vinculação muito forte com algumas experiências de governos populares e em especial o governo de Belo Horizonte, o governo de Campinas, de São Paulo, o governo de Santos onde o Davi Capistrano já estava no PT e tinha virado Secretário da Saúde e depois prefeito, e nessas vinculações a gente experimenta muita coisa e passa a ter uma visibilidade importante defendendo algumas modificações na história do Movimento Sanitário e na Saúde Coletiva brasileira (EMERSON MERHY).

Tais experiências foram possíveis na medida em que participantes do Movimento Sanitário alcançaram a condição de dirigentes de órgãos públicos em vários níveis do Sistema de Saúde e em vários pontos do Brasil (CECÍLIO, 1994).

Porto Alegre foi uma das capitais em que o PT venceu a eleição municipal naquele ano. Maria Luiza que vinha da militância sindical do Partido dos Trabalhadores e exerceu o cargo de Secretária Municipal de Saúde a convite de Olívio Dutra lembra este momento histórico:

Aliás primeiro vamos para a época que a gente assume as prefeituras que é em 1989, começou em 1989. A gente assume uma série de prefeituras, assume Porto Alegre, assume Santos e etc e tal e já dentro da Secretaria municipal nessas Secretarias a gente começa a discutir a questão da formação, o papel das escolas, dos aparelhos de formação, a relação com as universidades, de que as universidades tinham que ter responsabilidade pela saúde da população e pela formação dos trabalhadores que estavam na rede e que a gente queria discutir a formação dos trabalhadores que estavam sendo formados nas graduações, nos cursos e isso a gente consegue em Porto Alegre com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, consegue com algumas sociedades de especialidade da Associação médica do Rio Grande do Sul principalmente na área de Emergência e Urgência porque a gente tinha o Hospital de Pronto Socorro, então tu começa a discutir essa questão da formação e também começa a discutir a questão que tu tinha que dar acesso a um conjunto de trabalhadores a uma formação permanente daí a gente, apesar da Prefeitura estar absolutamente falida, a gente conseguiu possibilitar várias... as pessoas participarem de encontros e participarem de Congressos e coisas assim e a gente traz o Congresso da ABRASCO para Porto Alegre (MARIA LUIZA JAEGER).

Vindo de uma sequência de experiências de gestões municipais exitosas na década de 1990, o PT acumulou experiência de governo, com uma prática política que procurava inovar nos processos de gestão e se diferenciar da política tradicional. Esse novo *modus operandi* na forma de fazer política seria conhecido como um “modo petista de governar”, uma marca estabelecida a partir dessas primeiras gestões eleitas após a promulgação da Constituição de 1988. O modo petista de governar teria como princípio a participação popular e a defesa radical da democracia e o seu carro-chefe seria a experiência do Orçamento Participativo (OP) inaugurada em uma capital, Porto Alegre, pela gestão do petista Olívio Dutra, em 1989.

Em 1992 seria publicado o livro: “O Modo Petista de Governar” na intenção de ratificar esta marca das experiências ligadas aos governos do PT. Este livro reuniu uma série de textos que foram fruto de reuniões e seminários ao longo de vários meses em que se discutiu as experiências de administração municipais do PT a partir da vitória das eleições de 1988.

Neste livro, no capítulo sobre saúde, intitulado: “Em Defesa da Vida”, encontramos a defesa da via municipalista e da descentralização das ações de saúde, que marcará o debate petista nesta área.

Entre as principais realizações das secretarias municipais de saúde das prefeituras petistas destacam-se a democratização, ou municipalização dos serviços de saúde, descentralização, com criação de distritos de saúde com relevante autonomia, e a valorização efetiva dos trabalhadores de saúde, com significativo aumento salarial, resgate do compromisso social e acréscimo no quantitativo de pessoal que, em alguns casos, foi de 350% (BITTAR, 1992, p. 141).

Igualmente urgente é uma rápida, efetiva e decisiva unificação e descentralização do Sistema de Saúde. Em cada nível de governo deve haver um comando único do sistema, incorporando ações que porventura estejam sob alçada de outro setor como, por exemplo, a questão da saúde do trabalhador, ainda hoje vinculada a outros ministérios. Por outro lado, entendemos que o gestor de todo o sistema de saúde a nível local deva ser o município, ocorrendo, assim, a municipalização de todas as ações, serviços, responsabilidades e recursos de saúde de âmbito municipal ou regional, conforme estipulam os planos de saúde. Ao município caberia a responsabilidade pela gerência de toda a assistência a saúde, sendo responsável pela execução dessas ações, com apoio dos níveis federal e estadual, conforme as características da região e a soberana elaboração de planos de saúde (BITTAR, 1992, p. 148).

O campo de possibilidades aberto pelo petismo deu lugar a novas elaborações conceituais e a uma nova prática política a partir da fissura aberta com o Movimento Sanitário mais identificado ao PCB. Isto daria origem a uma nova marca que iria influenciar intelectuais e políticos deste campo de atuação.

4.2.3 O debate dos recursos humanos em saúde no PT

O debate referente aos “recursos humanos em saúde” no interior do Partido dos Trabalhadores (PT) parece ter uma referência preponderante no campo do trabalho, de modo que a discussão sobre uma política de valorização salarial e trabalhista dos profissionais de saúde estava presente desde muito cedo nos debates internos deste Partido. Acreditava-se necessária a realização de mudanças no esquema de trabalho e uma nova política salarial de valorização do funcionalismo de saúde. Atender às questões trabalhistas do pessoal de saúde estava intrinsecamente relacionado ao desejo de construção de um “novo padrão de relacionamento” entre profissionais de saúde e a população, mais que isto, parecia ser premissa para se alcançar isto. Não se pode negar aqui a influência exercida pelo movimento sindicalista nessa área, sobretudo no início da construção do PT enquanto partido político, quando ainda não se tinha experiência de governo e, portanto, um acúmulo institucional mais significativo.

Encontramos referências ao debate sobre uma “política de recursos humanos em saúde” em todas as plataformas eleitorais à Presidência da República disputadas pelo PT. Aqui nos propusemos a fazer um exercício de resgate a partir de um compilado desses documentos que em alguma medida retratam uma opinião ou sistematizações temporárias desta área no debate interno deste partido.

No pleito eleitoral do ano de 1989, em que Lula disputaria pela primeira vez a Presidência da República, o Programa de Governo construído pela coligação partidária da

Frente Brasil Popular traria a crítica à centralização da gestão da assistência médica pelo INAMPS, recomendando a unificação das ações de saúde em um único Ministério, o Ministério da Saúde. Além disso, traria em destaque a “formação de recursos humanos” como atividade do SUS.

A construção de um Sistema único de Saúde – SUS – será uma medida central em nosso esforço para garantir uma completa mudança na situação de saúde do país. O SUS terá como características básicas a descentralização através dos estados e municípios, o caráter integral do atendimento e demais ações de saúde, o comando único em cada esfera de governo, a participação e controle dos usuários sobre a formulação e execução das políticas de saúde. **As atribuições do governo federal relativas ao SUS deverão estar a cargo de um único ministério, o da Saúde, esvaziando-se o papel do INAMPS. A atividade do SUS não ficará restrita à assistência médica. Compreenderá também vigilância sanitária, promoção nutricional, ações de saneamento, formação de recursos humanos, desenvolvimento de ciência e tecnologia etc (UMA NOVA SOCIEDADE, 1989, p. 8, grifos nossos).**

Apesar de não haver uma menção explícita a uma “política de recursos humanos em saúde”, encontramos a seguinte referência que condensa os objetivos para a área: o alcance de um novo padrão de atendimento e uma nova postura ética no relacionamento entre o servidor público e a população que seriam alcançados através da superação das injustiças na estrutura do serviço público:

Além de fortalecer o setor público, **nossa política de governo terá como objetivo a construção de um novo padrão de atendimento.** Isso exige mudanças também no esquema de trabalho de todos os profissionais da área. Para tanto, será adotada uma política salarial que valorize o funcionalismo de saúde, **promovendo-se ao mesmo tempo uma verdadeira revolução cultural no tipo de relacionamento que se estabelece entre servidor público e população.** Superadas as injustiças hoje existentes na estrutura do serviço público – e logicamente isso não vale apenas para a saúde –, **o novo governo exigirá de todos os profissionais da área uma nova postura ética, profundamente compromissada com as necessidades da população (UMA NOVA SOCIEDADE, 1989, p. 8, grifos nossos).**

No livro: “O Modo Petista de Governar”, no capítulo sobre saúde, encontramos menção de destaque à área de recursos humanos em saúde com a explicitação dos principais desafios desse campo e as diretrizes a serem contempladas em uma política de recursos humanos:

Uma política de recursos humanos que valorize os trabalhadores de saúde, assegurando sua participação na gestão do SUS, deve ser implantada, contemplando as seguintes diretrizes: implementação de uma política salarial com plano de cargos, carreira e salários, respeitando como valor mínimo, os respectivos pisos nacionais de salários de remuneração especial conforme o local de exercício profissional; admissão por concurso público; adoção de uma política de desenvolvimento de recursos humanos, dando prioridade para a atuação junto à formação e reciclagem dos profissionais; valorização dos serviços de saúde, discutindo-se junto aos próprios trabalhadores de saúde e à população como um todo a nova visão do papel do funcionário público (BITTAR, 1992,p. 151).

A partir da disputa às eleições majoritárias de 1994, a área de “recursos humanos” parece ter um maior destaque. O documento “A Saúde no Governo Lula” publicado pela Frente Brasil Popular pela Cidadania em julho de 1994, no tópico referente aos “Recursos Humanos”, conteria um resumo inicial das discussões contidas neste programa de governo, condensadas em três propostas: promover uma política específica para esta área baseada na profissionalização (valorização, humanização e capacitação dos servidores públicos) e na participação democrática desses profissionais; atuar junto a Estados e Municípios para incentivar a implementação de políticas de recursos humanos que levem em consideração planos de cargos, carreiras e salários e o aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão através da implementação de contratos coletivos de trabalho e resgatar a dimensão pública de serviços de saúde exigindo o indispensável compromisso dos trabalhadores da saúde para com os cidadãos usuários do SUS (A SAÚDE NO GOVERNO LULA, 1994, p. 6).

No Programa de Governo daquele ano: “Lula Presidente: Uma Revolução Democrática no Brasil”, a Saúde apareceria no item relativo à Seguridade Social, dentro do capítulo: “Mudar a Vida”. Especificamente sobre a área de “Recursos Humanos”, o documento traz um tópico específico, considerando o tratamento dado a essa área como uma das principais dificuldades para o avanço e implantação do SUS. As principais críticas trazidas no documento à política vigente outrora seriam: a promoção da desprofissionalização dos trabalhadores da área causada pela ausência de ações de desenvolvimento e de carreiras profissionais, falta de condições e infraestrutura adequada para a implementação das ações de saúde, inexistência ou não implantação de planos de cargos e salários e pagamento de salários reduzidos, no geral muito abaixo do mercado. Como consequência desta política se teria a evasão de trabalhadores de saúde do setor público, a existência de dois ou mais vínculos trabalhistas, no setor público e privado para a maioria dos trabalhadores e a falta de compromisso com um atendimento adequado e digno à população (PROGRAMA DE GOVERNO, 1994, p. 103). O documento afirmaria ainda a necessidade de “promover uma política de recursos humanos orientada por critérios de profissionalização e compromisso com o interesse público” (PROGRAMA DE GOVERNO, 1994, p. 100)

A política de recursos humanos almejada seria baseada na humanização e na valorização profissional e no oferecimento de condições adequadas de trabalho e salário dignos. Através disso é que se conseguiria dos trabalhadores “o compromisso com o serviço e o cumprimento efetivo e adequado de suas funções” (PROGRAMA DE GOVERNO, 1994, p. 103).

Para conseguir a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde, no marco do SUS, deve-se romper com as práticas clientelistas, respeitando a legislação e promovendo **uma política baseada na valorização, na**

humanização, no desenvolvimento e na participação dos servidores estatais, oferecendo condições adequadas de trabalho e salários dignos, que promova o compromisso com o serviço e o cumprimento efetivo e adequado de suas funções, não somente por meio de medidas administrativas. Para tanto, deve-se estabelecer uma nova relação, com uma definição precisa dos papéis e funções dos atores. Cabe ao governo desenvolver uma administração transparente, sem no entanto, adotar uma política paternalista (PROGRAMA DE GOVERNO, 1994, p. 103, grifos nossos).

Note-se novamente a ênfase na aposta de que “o compromisso com o serviço e o cumprimento efetivo e adequado de suas funções” por parte dos trabalhadores da saúde permanece atrelada à ideia de garantia de condições de trabalho e salário adequados. Mais relativo às medidas de valorização profissional, o documento afirma a aposta na compatibilização em carreira multiprofissional, em promover acordos para a implantação de um plano de cargos, carreiras e salários e na implantação de Mesas municipais, estaduais e nacional de Negociação Permanente que implementariam a política de recursos humanos por meio de normas e diretrizes gerais na relação de trabalho no SUS:

O Ministério da Saúde atuará junto a estados e municípios para promover e fomentar a implantação da nova política de recursos humanos na área da saúde. Neste sentido, desenvolverá e apoiará estudos e ações visando articular propostas de compatibilização em carreira multiprofissional, sem deixar de contemplar as óbvias diferenças regionais e estimular e apoiar acordos para implantação de planos de cargos, carreiras e salários, com pisos salariais não inferiores a um mínimo nacional a ser estabelecido nas negociações, para os níveis básico, médio e superior. Neste sentido, o governo federal proporá e promoverá a implantação de mesas nacional, estaduais e municipais de negociação com a participação dos representantes dos trabalhadores de saúde e dos empregadores (setor estatal e prestadores privados conveniados), apontando para a implementação de Contratos Coletivos de Trabalho. Estas mesas objetivarão acordar a implementação de políticas de recursos humanos, por meio de normas e diretrizes gerais na relação de trabalho no SUS (jornadas, planos de cargos e salários, carreira, condições de trabalho, metas institucionais, formação e atualização na perspectiva de mudança do modelo de atenção) (PROGRAMA DE GOVERNO, 1994, p. 103-104).

Vale ressaltar aqui pela primeira vez a proposição de Mesas municipais, estaduais e nacional de Negociação Permanente, neste programa de governo. Vale ressaltar que em 06 de maio de 1993, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 52 instituiria a Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS) com o objetivo de estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS. A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, entretanto, passaria longos períodos de suspensão e funcionamento intermitente, vindo a ser reinstalada pela terceira vez em 2003 com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Em relação à área de “educação” dos trabalhadores da saúde, o documento traria a necessidade de, junto ao MEC, apoiar iniciativas de atualização dos profissionais e de proposição de “uma profunda reforma nos currículos de técnicos e profissionais da saúde” e da criação de carreiras a partir das necessidades locais.

Para tanto, além de apoiar a atualização do conhecimento dos trabalhadores da saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, entre outras medidas, o Ministério da Saúde proporá uma profunda reforma nos currículos de formação dos técnicos e profissionais da saúde e, a partir do estudo das necessidades, a criação de carreiras de nível médio e superior nos locais onde houver necessidade. A construção de um SUS socialmente eficaz, além de poder contar com profissionais bem formados, com salários dignos e com boas condições de trabalho, requer que se cobre dos serviços públicos, isto é, dos próprios trabalhadores da saúde o indispensável compromisso para com os cidadãos usuários do SUS, resgatando-se assim a dimensão pública desses serviços (PORGRAMA DE GOVERNO, 1994, p. 104).

Ao final do tópico, o documento reitera a importância do compromisso dos trabalhadores com os usuários do SUS e do resgate da dimensão pública dos serviços.

O pleito eleitoral de 1998 sustentado pela coligação: “União do Povo Muda Brasil”, abordaria essas questões de forma bem mais tímida. O Caderno de Saúde daquele ano traria um conjunto de treze tópicos que abordariam as mais diversas questões de saúde. Especificamente sobre o campo relativo aos recursos humanos, o documento traz:

O governo da União do Povo - Muda Brasil considera que os trabalhadores da saúde - servidores públicos ou assalariados das entidades filantrópicas e privadas constituem o mais valioso recurso para promover a saúde, diagnosticar e tratar os brasileiros. Por essa razão, tomará as medidas necessárias para valorizar o trabalhador de saúde, resgatando sua dignidade, promovendo capacitação e atualização permanente e mantendo diálogo e negociação com suas entidades sindicais de representação (CADERNO DE SAÚDE, 1998, p. 3-4, grifos nossos).

O viés dado às medidas de valorização do trabalhador da saúde permanece vinculado a uma visão sindical.

O pleito eleitoral do ano de 2002 exigiu do Partido dos Trabalhadores uma elaboração mais consistente na área da saúde. Vale lembrar que nas eleições daquele ano, o principal adversário político de Lula na disputa à Presidência da República era o ex-ministro da Saúde do governo de FHC, José Serra, candidato pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB). Por isso mesmo encontramos pelo menos dois documentos que irão abordar as propostas para a área de Saúde na chapa encabeçada pelo Partido dos Trabalhadores (PT): o Programa de Governo de 2002 da coligação Lula Presidente “Um Brasil para Todos” que traz um capítulo mais conciso denominado: “A Política de Saúde” e um documento específico da área denominado “Saúde para a Família Brasileira”.

No “Programa de Governo da coligação Lula Presidente”, temos um capítulo conciso sobre a Política de Saúde estruturado em dezessete tópicos que abordam algumas ideias ou eixos prioritários de discussão, entre as quais está uma “Política de Pessoal do SUS”. Aqui queremos enfatizar a substituição do termo “Política de Recursos Humanos em Saúde” presente nos documentos anteriores por uma “Política de Pessoal do SUS”.

Especificamente sobre este campo relativo a uma “política de pessoal do SUS”, duas questões são evocadas para sua fundamentação: a necessidade de alcance da “humanização do atendimento” dispensado pelos trabalhadores da saúde, o que diria respeito a uma política de formação profissional e a “implantação do sistema democrático de relações de trabalho”, que diria respeito a uma política de valorização profissional. Para este fim deveria ser implantada uma “Mesa Nacional Permanente de Negociação” que seria responsável por “elaborar uma política de pessoal que contemple o acúmulo de discussões sistematizadas atualmente pelo controle social do SUS e que atenda aos interesses da população, articulando-se continuamente com os Conselhos de Saúde” (PROGRAMA DE GOVERNO, 2002, p. 49).

A política de pessoal do SUS será fundamentada na humanização do atendimento, na implantação do sistema democrático de relações de trabalho, na formação profissional e na valorização profissional. Será implantada uma mesa nacional permanente de negociação, com representação das três esferas de governo e dos trabalhadores para implantar um sistema democrático de relações de trabalho no SUS. Essa mesa de negociação deverá elaborar uma política de pessoal que contemple o acúmulo de discussões sistematizadas atualmente pelo controle social do SUS e que atenda aos interesses da população, articulando-se continuamente com os Conselhos de Saúde (PROGRAMA DE GOVERNO, 2002, p. 49, grifos nossos).

Vale ressaltar que, já no governo, seria criada uma “Política Nacional de Humanização” (PNH) em 2003, pelo Ministério da Saúde, que a exemplo da “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde”, gestada na mesma época, política específica de pessoal do SUS, que também seria transversal às políticas de saúde e elaborada para dar conta das questões relativas à gestão da educação na saúde.

Ainda no que toca à uma política de pessoal, é trazido em outro tópico a situação dos vínculos dos hospitais universitários.

Os vínculos dos hospitais universitários com o SUS serão fortalecidos. Os quadros de servidores desses hospitais serão recompostos, para garantir sua eficácia e a formação de trabalhadores comprometidos com o sistema (PROGRAMA DE GOVERNO, 2002, p. 49).

No documento “Saúde para a Família Brasileira”, publicado em setembro de 2002, vemos um esforço de sistematização maior. São trazidos dois tópicos para a discussão dessa

área: “Saúde e Trabalho” e “Recursos Humanos”. Aqui vimos voltar a designação “Recursos Humanos”.

Sobre estas e outras mudanças nos dois documentos referentes ao programa de governo da área da saúde de 2002, encontramos uma pista na fala de Maria Luiza Jaeger:

Tu tem uma versão do documento que é outra coisa, são duas versões diferentes, uma versão do documento que é uma versão escrita e negociada por essas cento e poucas pessoas e quando o Lula vai lançar o programa em 2002 na Estação Primeira de Mangueira, ele lança um livrinho azul que foi sobre Saúde e essa versão aqui tem muita coisa diferente disso daqui e basicamente foi mexida pelo Eduardo Jorge e pelo Gastão Wagner... editaram e fizeram toda uma apoteose e o Eduardo vinha da Saúde da Família e tinha toda uma outra versão sobre isso e dentro da Estação Primeira de Mangueira, claro que o povo vê a diferença de uma coisa com a outra. Mas aqui já começa o processo que depois vai dar a todos os rolos do Ministério, na composição do Ministério etc e tal. Mas de qualquer jeito o documento que vale é esse aqui, apesar de que esse aqui é importante para entender as diferenças que havia dentro do próprio PT. Quando se ganha o primeiro turno é ampliada essa discussão em relação a esse livrinho azul... (MARIA LUIZA JAEGER).

Maria Luiza nos afirma que o “livrinho azul” foi editado por Gastão Wagner e Eduardo Jorge. O documento de capa vermelha referia-se ao “Programa de Governo da coligação Lula Presidente” e o de capa azul ao documento “Saúde para a Família Brasileira”. Neste último ganha ênfase a discussão voltada ao Programa Saúde da Família, que reunia apoios, mas não era um consenso entre o pessoal da saúde ligado ao PT. A elaboração desses dois documentos, como registra a fala de Maria Luiza Jaeger, seria um ponto de tensão interno ao Movimento Sanitário ligado ao Partido dos Trabalhadores.

Mas Gastão Wagner afirma que a construção do Programa de Saúde de Lula passou por um processo de “Seminário participativo” para a construção das propostas a partir da base e contava com a contribuição de uma comissão formada por oito pessoas para a sistematização dessas propostas, entre as quais estava Maria Luiza Jaeger:

Era a parte de Saúde do Programa do Lula e não foi só Eduardo Jorge, era uma comissão grande, tinha o pessoal de Saúde Mental, era um pessoal grande, tínhamos oito pessoas, que era a comissão que reunia as contribuições. Fizemos um Seminário participativo e o pessoal trouxe as propostas das suas bases, das suas cidades, o PT tinha muitas prefeituras, núcleos, eu lembro que teve uma influência grande nele da Saúde Mental, a psicanalista, ativista aí de São Paulo ajudou muito o Haddad, várias pessoas contribuíram... a Maria Luiza estava nesse “grupo de oito”, ela estava nesse grupo que fez o Programa e ela falava muito sobre “pessoal” (GASTÃO WAGNER).

No documento “Saúde para a Família Brasileira”, em relação ao tópico “Saúde e Trabalho”, além das questões referentes à saúde do trabalhador, ganha relevo a preocupação com o cenário de desemprego, da precarização e da desregulamentação das relações de trabalho.

O tópico sobre “Recursos Humanos” começa com uma indagação que mais parece uma imagem-objetivo do que se pretende alcançar nessa área: humanizar os serviços de saúde, motivar os trabalhadores da saúde e garantir a satisfação pessoal e coletiva dos profissionais. Para alcançar isto, a aposta seria na democratização da gestão dos serviços, no fortalecimento dos colegiados de co-gestão e na implementação da democracia nas relações de trabalho.

É possível humanizar os serviços de saúde, motivar os trabalhadores de saúde e garantir a satisfação pessoal e coletiva dos profissionais? Sim, para isto nosso governo buscará envolver as Equipes de Saúde com a gestão dos serviços, fortalecendo colegiados de co-gestão, bem como implementar a democracia nas relações de trabalho, implementando Mesas Permanentes de Negociação com os Trabalhadores do SUS. Serão implantados Programas de Educação Continuada com vistas à formação integral do trabalhador, articulada com as necessidades do SUS, criando-se novas funções que objetivem uma atuação profissional generalista e aberta às questões sociais. A profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde será valorizada, definindo-se suas atribuições e integrando-os ao Programa de Educação Continuada (SAÚDE PARA A FAMÍLIA BRASILEIRA, 2002, p. 22).

A ideia de democracia institucional e co-gestão de coletivos vinha da obra do sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos (2000) que em seu Método Paidéia ou Método da Roda elaboraria um método de democratização dos espaços institucionais. Gastão desenvolveria suas ideias em “Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda” (CAMPOS, 2000).

Outro ponto que merece destaque é a intenção de implantar “Programas de Educação Continuada com vistas à formação integral do trabalhador”. A ideia de “educação continuada” havia sido posta em desuso nas publicações referentes ao campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde da OPAS e substituída pelo conceito de “educação permanente em saúde”. Entretanto, nas publicações deste campo no Brasil, observa-se a permanência deste termo.

A demanda sobre os vínculos profissionais, a desregulamentação do trabalho, sobretudo em relação aos Agentes Comunitários de Saúde, as demandas postas pelos vínculos dos hospitais universitários, dentre outras, estavam latentes. A explicitação destas questões nos documentos acima desde pelo menos o início da década de 1990, é sintomática da necessidade de criação de um campo específico de elaboração sobre isto. Por outro lado, havia um inegável acúmulo dos intelectuais do Movimento Sanitário ligados ao Partido Comunista Brasileiro neste campo, que bebia de outras referências para o debate. É nesse bojo que podemos compreender a importância da criação de uma Secretaria específica para lidar com as questões da gestão do trabalho em saúde.

O debate sobre os “recursos humanos em saúde” no interior do PT, a julgar pelos documentos analisados, pareceu permanecer vinculado preponderantemente às questões relativas ao campo do trabalho e às políticas de valorização profissional – e também a um modo de compreensão mais tradicional das questões postas sobre o trabalho em saúde, mais vinculadas a uma compreensão vinculada ao debate dos “Recursos Humanos”, tomadas do campo da Administração. Quando o PT assume o governo federal com a vitória de Luís Inácio da Silva, vimos uma importante inflexão do campo relativo à formação e desenvolvimento de “recursos humanos em saúde”, além do desenvolvimento de um maior protagonismo da área relativa à “educação na saúde” em detrimento da “gestão do trabalho”.

4.2.4 As duas sociólogas do PT

No interior do PT, duas sociólogas seriam forjadas nas discussões do campo do trabalho em saúde e adquiririam protagonismo ativo: Maria Helena Machado e Maria Luiza Jaeger. Ambas petistas, vindas do movimento sindical da área de Ciências Sociais, ingressaram de formas distintas no debate de saúde.

Maria Helena Machado, mineira de nascimento, formou-se em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Participou da fundação do Partido dos Trabalhadores (PT) em Minas Gerais e forjou-se enquanto líder sindical junto ao PT, onde engajou-se ativamente na luta pela regulamentação da profissão de sociólogo, tendo sido a primeira Presidenta da organização dos sociólogos de Minas Gerais. Nesta época também participaria dos movimentos que levariam à criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e faria parte de sua direção na área de Ciência e Tecnologia. Desde a graduação, Maria Helena havia ensaiado uma aproximação com o debate de saúde ao estudar as relações de poder presentes nos hospícios. Ao ingressar no Mestrado em Ciência Política, continuaria a estudar esse tema ao realizar estudo comparativo entre escolas e hospícios.

Sua entrada na área de estudo sobre “os recursos humanos em saúde” tem início com a encomenda de uma pesquisa sobre a profissão médica nos moldes da pesquisa desenvolvida por Maria Cecília Donnangelo, vinda por demanda de Célio de Castro, presidente do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais e conhecido por sua atuação política, chegando mesmo a ser sondado para vice-presidente na chapa liderada por Lula à Presidência da República.

Foi quando eu estava em Minas ainda, quando o Sindicato dos Médicos me chama, Célio de Castro que foi prefeito da cidade depois, ele me chama e me pede se eu podia fazer uma pesquisa sobre os médicos e aos moldes que a

Maria Cecília Donnangelo que na época ela tinha já feito um livro sobre os médicos, o livro referência e assim eu fiz o primeiro estudo sobre profissão médica, sobre o mercado de trabalho (MARIA HELENA MACHADO).

Foi justamente seu encontro com a também socióloga Maria Cecília Donnangelo e expoente do campo da Saúde Coletiva que a faria adentrar na área da saúde.

E depois eu enveredei para a saúde quando eu fiz o primeiro estudo com a Cecília Donnangelo em Minas Gerais sobre os médicos no mercado de trabalho, também pelo movimento sindical onde eu fui líder sindical em Minas Gerais como socióloga e também pela fundação da CUT em Minas. Então depois disso eu saí de Minas Gerais (...) e aí coincide com o convite para eu vir para o Rio de Janeiro como professora visitante pelo CNPq para a Escola Nacional de Saúde Pública e aí foi onde eu entrei definitivamente para a área da saúde (MARIA HELENA MACHADO).

Francisco Eduardo de Campos nos revela que ele teria sido o responsável pelo encontro entre as duas sociólogas:

Nesse momento a Maria Helena Machado estudou... ela era estudante aqui de sociologia em Minas Gerais e eu trouxe ela aqui para o NESCON e ela ficou estudando mercado de trabalho médico em Minas Gerais com assessoria... eu apresentei ela à Cecília Donnangelo e com uma certa ligação com eles e depois a Maria Helena ficou muito no estudo da questão da profissão da Enfermagem, quer dizer, de certa maneira o estudo de profissão, de profissionais sobre o ponto de vista sociológico (FRANCISCO CAMPOS).

Maria Helena Machado conhecia Francisco Eduardo de Campos da Universidade Federal de Minas Gerais, onde ele era docente do Curso de Medicina e estava à frente do, na época denominado Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON).

As primeiras pesquisas – com Donnangelo - que eu fiz, como te falei, foi no mesmo departamento que ele (Francisco Campos) trabalhava e ele já era professor da Universidade e eu era uma pessoa que recebia pelo trabalho e pelo projeto de pesquisa e nada além disso. E aí eu acho que essa minha aproximação com ele facilitou o nível de confiança ser muito grande entre eu e ele, e o Chico tem uma forma de trabalhar muito interessante, ele dava muita autonomia e aí surge uma aliança grande (MARIA HELENA MACHADO).

A inserção definitiva de Maria Helena Machado na área de saúde se daria, entretanto, a partir de 1987 quando, devido a perseguições, resolve sair de Minas Gerais e seria convidada para consolidar a área de recursos humanos em saúde na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) quando ingressaria como professora visitante na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), onde firmou sua carreira acadêmica.

Vim a convite do próprio Arouca e do Paulo Buss, foram as pessoas que me convidaram. E claro, evidente do pessoal ligado à minha área como Roberto Nogueira e André Medici. Então graças a eles eu já estava trabalhando em questões ligadas mais ligadas à categoria médica e sobre a feminização da Força de Trabalho que era algo também que eu trabalhava e me convidaram para vir para o Rio como professora visitante. Eu vim com a cara e coragem, dois anos depois coincide de ter um concurso e eu consegui passar e entrei para

a Escola Nacional e a partir daí obviamente meus estudos se voltaram para a gestão do trabalho, profissões, mercado de trabalho, regulação e foram as coisas que eu sempre trabalhei. Então passei a dedicar essa minha vontade sindical na assessoria, na ajuda: produzir material, pesquisa, começar a escrever sobre a área foi a forma que eu busquei de ajudar e é o que eu faço a vida inteira, daí então eu só faço isso (MARIA HELENA MACHADO).

Como mencionamos anteriormente, o convite faria parte de uma estratégia de conferir à área um status acadêmico e ampliar o escopo de atuação do grupo vinculado ao debate dos recursos humanos em saúde. No Rio de Janeiro, Maria Helena faria seu doutorado em Sociologia no antigo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) e colaboraria junto ao movimento sindical na CUT deste estado. As relações construídas junto ao Partido dos Trabalhadores no Rio de Janeiro permitiram a sua indicação ao cargo de Subsecretária de Recursos Humanos junto à Secretaria de estado de Saúde do Rio de Janeiro, onde ela coordenaria a Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS.

Quando eu vim para o Rio eu continuei tendo contato com o movimento sindical, nunca abandonei o Sindicalismo, ao contrário, eu participei dando assessoria a CUT aqui por um momento e quando eu fui Subsecretária eu coordenava a Mesa estadual, **então eu tinha uma relação muito estreita tanto que a minha indicação para estar no governo federal tem a ver fortemente com o movimento sindical daqui do Rio de Janeiro**, então sempre tive um ótimo relacionamento com eles também (MARIA HELENA MACHADO, grifos nossos).

Por sua importância e trabalho na área da saúde no Partido dos Trabalhadores, Maria Helena Machado participaria da elaboração de todos os programas do Partido dos Trabalhadores nas disputas às eleições presidenciais.

Eu diria para você, que eu acho que eu participei de todos os programas de saúde do Lula, da elaboração. Eu e mais um grupo grande, então todas as vezes que ele se candidatava a gente sentava e produzia. Eu sempre trabalhei. Então eu sempre pegava e a gente ia discutir: “Vamos colocar coisas modernas, vamos dar força aos trabalhadores, não pode continuar do jeito que está, então vamos colocar...”. Então o plano de governo na área da saúde especialmente na área da gestão do trabalho e da educação eu sempre participei, evidentemente quando ele ganha eu estava muito inserida em toda a campanha e era Subsecretária aqui. Então a indicação foi essa da própria estrutura partidária, mais o ministro que era o Humberto Costa e as coisas confluíam para que eu fosse ajudar um pouco o governo federal (MARIA HELENA MACHADO).

Em entrevista concedida ao Projeto: “Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: dinâmica e determinantes”, Maria Helena Machado afirmaria:

Inicialmente havia um movimento forte do Rio de Janeiro para que eu fosse a Secretária de Gestão do Trabalho, mas por questões políticas, e por mais pessoas querendo o cargo, acabei ficando como diretora de departamento (MARIA HELENA MACHADO, 2008).

Maria Luiza Jaeger, sua colega de profissão comentaria isto, ressaltando a posição de divergência entre as duas:

Primeiro a Maria Helena tinha uma grande resistência a mim. Desde da época do movimento estudantil naquele tempo eu acho que ela era ligada ao pessoal da DS (Democracia Socialista) e eu nunca fui ligada depois de sair da AP (Ação Popular Marxista-Leninista) eu nunca mais fui ligada a nada, e essa história de... **na realidade ela achava que ela ia ser Secretária porque ela era amiga do Humberto e etc e tal... essa coisa que funcionou com ela e que funcionou com o Gastão que foi muito complicado e acabou complicando a vida...** (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Vinda do Colégio estadual Júlio de Castilhos, o Julinho, tradicional escola pública porto-alegrense por onde passaram importantes lideranças políticas e intelectuais, Maria Luiza Jaeger formou-se socióloga pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), foi membro da Ação Popular Marxista-Leninista (APML) e teve uma trajetória de intensa participação no Movimento estudantil no período da ditadura militar no Brasil em Porto Alegre, onde conheceu e conviveu com Olívio Dutra.

Nas Ciências Sociais, participou da Executiva Nacional dos Estudantes de Ciências Sociais. Já formada, atuaria no movimento sindical da área quando viria a ser Presidenta da Associação Gaúcha de Sociólogos. Esta Associação teria papel importante na organização nacional e Maria Luiza Jaeger mais tarde viria a se tornar a primeira Presidenta da Associação dos Sociólogos Brasileiros. Nesta época, iniciavam-se os debates sobre a regulamentação desta profissão, com divergências internas importantes.

Foi neste movimento de regulamentação da profissão no Brasil que ela conheceria sua colega de profissão, também socióloga Maria Helena Machado, que anos mais tarde viria a trabalhar junto dela na Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) no primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva.

O outro movimento que é importante nesse processo além da coisa de estar na Assembleia é que eu fui como socióloga eu fui... primeiro participei da Executiva nacional dos estudantes de Ciências Sociais representando o Rio Grande do Sul e fui coordenadora da Executiva, depois quando eu me formei eu acabei presidente da Associação de Sociólogos daqui e depois eu acabei sendo a presidente ou coordenadora da Associação de Sociólogos do Brasil que é quando a gente regulamenta a profissão de sociólogos. Foi nesse período que eu conheci Maria Helena, conheci na época da Executiva e minha briga com a Maria Helena vem desde a minha época de estudante em termos de como a gente encaminhar as coisas etc e tal... (MARIA LUIZA JAEGER).

Luiza começaria a trabalhar na área da Saúde por uma contingência, seu pai, que havia sido eleito deputado federal no Rio Grande do Sul pelo Partido Social Democrático (PSD) lhe consegue um emprego com o então Secretário de estado da Saúde da época, Jair Soares, indicado pelo Partido. Nesta Secretaria, Maria Luiza trabalharia numa área chamada à época

“Educação para a Saúde” coordenada pelo então médico e escritor Moacyr Scliar. Presa pela ditadura militar no próprio trabalho na Secretaria do Rio Grande do Sul, Maria Luiza Jaeger buscava refúgio em São Paulo. Foi em São Paulo que ela frequentaria o curso de Educação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) que mais tarde viria a ser palco de um curso para médicos sanitaristas, entre os quais estavam como alunos: Davi Capistrano, Gastão Wagner, Emerson Merhy, Eduardo Jorge. No seu retorno ao Rio Grande do Sul, foi cedida para trabalhar na Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul.

Filiada ao Partido dos Trabalhadores (PT) logo depois de sua fundação, Maria Luiza Jaeger, por estar na militância sindical ajudaria a fundar a Central Única dos Trabalhadores (CUT) e dentro da CUT ajudaria a criar uma Secretaria de Saúde que reunia sindicatos de trabalhadores da saúde e do movimento de trabalhadores mais geral. É nesta Secretaria que seria elaborado documento da CUT à 8ª Conferência Nacional de Saúde, propondo a criação de um Sistema único e estatal de saúde. Em 1986, Maria Luiza participaria como representante da CUT na 8ª Conferência Nacional de Saúde e seria indicada para compor a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), criada para dar o arcabouço técnico às resoluções da Oitava que iriam como propostas para a Constituinte e para o anteprojeto da Lei Orgânica da Saúde. Além de Maria Luiza, esta Comissão contaria com vários nomes, dentre os quais estavam Saraiva Felipe, que viria a ser Ministro da Saúde e Francisco Eduardo de Campos.

Em 1988, aconteceria a vitória de Olívio Dutra nas eleições municipais para a prefeitura de Porto Alegre. Sem ser o nome de primeira escolha de Olívio, por pressão da militância da área da saúde, Maria Luiza Jaeger viria a ser Secretária municipal de Saúde de Porto Alegre. Olívio Dutra e Maria Luiza Jaeger que eram contemporâneos de graduação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ele no Curso de Letras e ela, nas Ciências Sociais, só viriam a se aproximar mais fortemente, entretanto no movimento sindical, através da Intersindical, instância que reunia diversas categorias no movimento sindical do estado. Com a vitória de Olívio ao governo do estado do Rio Grande do Sul nas eleições de 1998, Maria Luiza Jaeger seria novamente indicada para a pasta da Saúde. Foi a sua inserção nos governos Olívio Dutra junto de sua militância sindical na área da saúde que habilitaria sua indicação para trabalhar no Ministério da Saúde, indicação esta construída a partir de sua demanda ativa.

Maria Luiza Jaeger e Maria Helena Machado trabalhariam juntas nesse primeiro governo em que o PT estaria no comando do governo federal, com Lula à frente da Presidência da República.

5 PERÍODO LULA I

A partir de 2003 conforma-se o território político que este estudo analisou. O recorte deste momento político não está descolado das influências de iniciativas ou ações políticas anteriores que se conformaram no campo da educação/formação em saúde. Por isto, contar essa história anterior nos ajuda a visualizar melhor quais as continuidades e rupturas que se estabelecem neste momento político em específico, donde surgem as novidades e as possibilidades criativas tanto no campo do desenvolvimento conceitual e teórico como no território da política institucional que desembocou em última análise na construção de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

5.1 Lula vence as eleições presidenciais

O Partido dos Trabalhadores (PT) disputaria quatro eleições presidenciais até alcançar a vitória em uma eleição majoritária: 1989, 1994, 1998, 2002. Em 2002, o PT vence as eleições presidenciais encabeçando a chapa da coligação Lula Presidente “Um Brasil para Todos”.

Lula venceu a eleição com 61,27% dos votos válidos enquanto seu principal adversário, o candidato pelo Partido da Social Democracia Brasileira, José Serra somou 38,72%. Após três tentativas, o Partido dos Trabalhadores chegou ao poder em um cenário político bastante diferente dos anos de 1989, 1994 e 1998.

5.2 Governo de Transição

No dia 2 de outubro de 2002 foi encaminhado ao então Presidente da República em exercício, Fernando Henrique Cardoso, a Exposição de Motivos Interministerial n° 346, anexada à proposta de Medida Provisória n° 76, elaborada na Casa Civil, que deliberava sobre a instituição de uma equipe de transição pelo candidato eleito para o cargo de Presidente da República. Esta Medida Provisória previa a formação de uma equipe de transição composta por um quantitativo de 50 Cargos Especiais de Transição Governamental (CETG) com a autorização para serem efetivados dois dias úteis após o resultado oficial das eleições, ou seja, no dia 29 de outubro de 2002. Os CETGs deveriam ser extintos obrigatoriamente até dez dias

contados da posse do candidato eleito. Seu principal objetivo seria o de “permitir a atuação conjunta de integrantes da equipe designada pelo Presidente eleito com a Administração corrente, garantindo à nova Administração a oportunidade de atuar no programa de governo do novo Presidente da República desde o primeiro dia do seu mandato, preservando a sociedade do risco de descontinuidade de ações de grande interesse público” (BRASIL, 2002d). O documento seria assinado pelo então Ministro de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão Guilherme Gomes Dias e o Ministro-Chefe da Casa Civil Pedro Parente.

De acordo com o documento, uma primeira providência para a transição já havia sido tomada por meio do Decreto nº 4.199 de 16 de abril de 2002, que estabelecia norma para o fornecimento de informações aos partidos, aos candidatos e mesmo a pré-candidatos ao cargo de Presidente da República até a data da divulgação oficial do resultado final das eleições.

Era a primeira vez que o país passaria por uma transição oficial. Os bastidores desse processo são narrados pelo cientista político Matias Spektor, em seu livro “18 dias” que registra a surpreendente capacidade de colaboração entre FHC e Lula na transição entre os governos. O argumento principal expresso no livro através de narrativas decorrentes de entrevistas realizadas e do acesso a documentos inéditos, foi o de que Lula e FHC trabalharam juntos, nos bastidores, para que George W. Bush apoiasse a transição presidencial do Brasil em 2002.

Assim registra Spektor no dia 29 de outubro de 2002, data que marcaria oficialmente o início do processo de transição:

Lula pousou em Brasília às 10h50. Era a primeira vez que recebia tratamento de chefe de Estado. Aguardavam-no na base aérea uma fila de sete carros blindados, quatro furgões da Polícia Federal e dezessete homens armados do Comando de Operações Táticas. Ao descer do jatinho em que viajava, precisaria caminhar menos de dez metros até o hangar, mas um funcionário o esperava com o guarda-chuva aberto para protegê-lo da leve garoa que caía. Quando o comboio iniciou o deslocamento, o carro blindado de Lula estava rodeado de batedores em motocicleta e uma ambulância de apoio. No ar, a escolta incluía um helicóptero da Polícia Federal e outro da Polícia Rodoviária Federal em baixa altitude. Era cheio de simbologia aquele curto trajeto até o Palácio do Planalto, onde Fernando Henrique Cardoso esperava o recém-eleito para seu primeiro encontro após as eleições. A reunião entre o tucano e o petista era histórica. Juntos, eles haviam dominado a cena política nacional durante anos, transformando-se nos maiores rivais um do outro. A passagem de poder prometia chacoalhar a vida pública no país, abrindo uma era de transformações. No palácio, Lula e FHC conversaram a sós por 55 minutos. Em seguida, chamaram seus auxiliares para mais uma hora de conversa coletiva. Depois da hostilidade dos meses de campanha, cabia a eles mostrar união diante das câmaras de televisão. Trocaram elogios e sorrisos sem cessar. Ninguém sabia que, nos bastidores, suas respectivas equipes estavam costurando uma fórmula conjunta para lidar com o governo de George W. Bush durante os dois meses da transição que acabavam de começar (SPEKTOR, 2014, p. 23).

Entretanto, a aproximação entre Fernando Henrique Cardoso e Lula começaria antes mesmo da formação de um governo de transição. No início de 2002, quando se anunciava a possibilidade de vitória do candidato petista, o próprio FHC convidaria José Dirceu para uma série de encontros privados – por meio dos quais Dirceu tinha acesso ao Palácio Presidencial pela porta dos fundos. Parte dos diálogos travados nestes encontros são narrados por Dirceu em seu livro de memórias (SPEKTOR, 2014; DIRCEU, 2018). Como nos afirma Spektor, José Serra, candidato tucano ao pleito presidencial, via esta aproximação com irritação, porque assim FHC reconhecia implicitamente, mesmo antes do encerramento do processo eleitoral, a vitória do petista (SPEKTOR, 2014).

Para o autor, os motivos de Fernando Henrique Cardoso passavam por preservar seu maior legado: a sobrevivência do real, num cenário de instabilidade econômica. Para isto, seriam imprescindíveis uma transição estável e o apoio dos Estados Unidos a um governo de esquerda. Nesse intuito, FHC enviaria seu Ministro-Chefe da Casa Civil Pedro Parente em Missão à Casa Branca para avaliar o futuro governo petista. Pedro Malan, seu Ministro da Fazenda também faria trabalho conjunto com Antonio Palocci no sentido de dialogar com o Tesouro dos Estados Unidos, o Fundo Monetário Internacional e Wall Street e Rubens Barbosa, seu embaixador nos Estados Unidos, também seria orientando pelo presidente tucano a prestar todo o apoio a Lula. Lula também enviaria José Dirceu aos Estados Unidos a fim de estreitar relações (SPEKTOR, 2014; DIRCEU, 2018)

Em 31 de outubro de 2002, Lula iniciava os preparativos para anunciar os nomes de quem iria compor sua equipe de transição:

Lula passou a manhã em São Paulo, preparando o anúncio de sua equipe de transição — o grupo responsável por tomar pé do funcionamento do governo até o dia da posse. Era a primeira vez que se formalizava uma transição no país. A ideia fora da equipe de Pedro Parente, o ministro-chefe da Casa Civil de FHC. Seus colaboradores estudaram a bibliografia internacional sobre o tema, viajaram em busca de bons exemplos e entrevistaram personagens de transições passadas. Encerrado o estudo, o grupo propôs um modelo de institucionalização da transferência de poder. Adaptando o esquema utilizado nos Estados Unidos, o Planalto criou cinquenta cargos públicos para os indicados do presidente eleito, que seriam albergados em um prédio reformado e teriam acesso a carros oficiais, secretárias, móveis e um sistema próprio de telecomunicações. Eles ainda teriam acesso a um portal na internet com um vasto banco de dados secretos. Um glossário on-line listaria os principais termos e abreviações do jargão burocrático. Uma “Agenda 100” relacionaria os temas pendentes aos quais o governo entrante teria de dar resposta nos cem primeiros dias, tais como datas de vencimento de contratos, o andamento de negociações com terceiros países e a agenda de votações do Congresso Nacional. FHC também instalaria uma equipe de transição no Planalto, composta dos responsáveis por repassar todas as informações relevantes ao futuro governo Lula. Durante as oito semanas de transição, as duas equipes teriam encontros formais às terças, quartas e quintas-feiras. Para facilitar o entrosamento dos dois partidos rivais, Parente insistiu em socializar as equipes fora do horário de expediente. Quando ele propôs um encontro no Clube do

Choro de Brasília, o grupo do PT assentiu na hora, ansioso por construir algum tipo de confiança mútua. (SPEKTOR, 2014, p 38).

Lula anunciou os nomes de seu time. Três deles eram os mais importantes: Antônio Palocci ficaria com o programa de governo. José Dirceu seria responsável pelo comitê político, costurando a nova aliança governista. O terceiro nome era desconhecido, mas estratégico. Como FHC pagara um custo elevado pelo “apagão” energético de 2001, Lula queria evitar algo similar no início do seu mandato. Nomeou para a função a economista responsável pela Secretaria de Energia do Rio Grande do Sul, Dilma Rousseff (SPEKTOR, 2014, p.38)

O governo de transição formado por Lula teria aproximadamente um mês para visitar ministérios, secretarias e programas da administração em exercício com a responsabilidade de apresentar ao Presidente eleito um diagnóstico geral dos órgãos do governo e dos principais problemas a serem enfrentados pela próxima gestão. Como apontara Lula em canais oficiais, a equipe de transição teria a função de produzir relatórios de caráter eminentemente técnico e não político.

Para a Coordenação-geral do governo de transição, Lula escolheu Antonio Palocci que havia assumido a coordenação do programa de governo de Lula em janeiro de 2002, após o assassinato do prefeito de Santo André (SP), Celso Daniel. Médico, fundador do PT e ex-militante trotskista, Palocci havia sido vereador e prefeito de Ribeirão Preto (SP), deputado federal e novamente prefeito (desde 2001). A coordenação adjunta ficou a cargo de Luís Gushiken havia dirigido o Sindicato dos Bancários de São Paulo, foi fundador e ex-Presidente nacional do PT e da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e deputado federal em três legislaturas, de 1987 a 1999.

Além da Coordenação-geral, mais cinco equipes foram formadas:

1. Equipe de Gestão e Governo: sob a coordenação de Luís Gushiken, esta equipe ficou responsável por uma avaliação das áreas de Planejamento, Justiça, Defesa, Relações Exteriores, Fazenda, Planalto e Casa Civil. Os principais nomes que constituíram essa equipe foram: Antônio Palocci; Gilberto Siqueira; Gleisi Helena Hoffmann; Matilde Ribeiro; Luiz Eduardo Soares.
2. Equipe de Desenvolvimento Econômico: sob a coordenação de Tania Bacelar, esta equipe ficou responsável pelas áreas de Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, Desenvolvimento Agrário, Agricultura, Integração Nacional, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia. Os principais nomes que constituíram essa equipe

foram: Maurício Borges Lemos; José Graziano da Silva; Gilney Viana; Ildeu de Castro Moreira.

3. Equipe de Políticas Sociais: sob a coordenação de Humberto Costa, esta equipe ficou responsável pelos setores de Previdência Social, Trabalho e Emprego, Assistência Social, Saúde, Educação, Cultura, Esporte e Turismo. Os principais nomes que constituíram essa equipe foram: Luiz Gushiken; Ricardo Karan; Ana Fonseca; Swedenberger Barbosa; Francelino Grando; Márcio Meira.
4. Equipe de Empresas Públicas e Instituições Financeiras do Estado: coordenada por José Sérgio Gabrielli, esta equipe ficou responsável pelas empresas Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, BNB, Basa, Petrobras e BNDES. Os principais nomes que constituíram essa equipe foram: Sérgio Rosa; Arno Augustin; Ermínia Maricato; Tereza Campello; Antoninho Marmo Trevisan;
5. Equipe de Infraestrutura: sob a coordenação de Dilma Rousseff, esta equipe ficou responsável pela Secretaria de Desenvolvimento Urbano, Transportes, Minas e Energia e Comunicações. Os principais nomes que constituíram essa equipe foram: Ermínia Maricato; José Augusto Valente; Heitor Miranda.

Ao fim de três semanas, foram produzidos 26 relatórios pelas equipes acima referidas. Duas áreas tiveram especial destaque naquele momento: a área de infraestrutura por conta do desabastecimento de energia elétrica que caracterizaria o governo FHC e a área de políticas sociais, cuja importância era central para o governo eleito (COSTA; ANDRADE, 2003).

À frente da Equipe de Políticas Sociais, Humberto Costa identificaria situações que demandariam àquela altura um nível de preocupação maior de Palocci, coordenador da equipe de transição, sobretudo na área da saúde. A primeira e mais grave destas situações referia-se à perspectiva de ocorrência de uma nova epidemia de dengue no Rio de Janeiro, o que fez Palocci requisitar um documento referente a situação ao Ministro da Saúde do governo vigente. Outra situação referia-se ao aumento no preço de medicamentos, que seria assinada no governo FHC e entraria em vigor no primeiro dia do governo eleito. Diante disso, Humberto Costa inibiu o reajuste e negociou uma política transitória para os preços dos medicamentos. Por fim, outro problema que poderia atingir gravemente a Saúde era a questão dos “recursos humanos”, uma vez que o fim de contratos de financiamento de programas sociais firmados com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Banco Mundial não permitiria pagar os salários de consultores e

assessores. Também foram identificados problemas nas áreas da Cultura, Educação e Previdência Social (COSTA; ANDRADE, 2003).

5.3 A construção da base política do PT no Congresso Nacional

No primeiro turno das eleições presidenciais de 2002, a coligação Lula Presidente seria composta por cinco partidos: Partido dos Trabalhadores (PT); Partido Liberal (PL); Partido Comunista do Brasil (PCdoB); Partido da Mobilização Nacional (PMN) e Partido Comunista Brasileiro (PCB). Já no segundo turno daquelas eleições, a coligação de Lula reuniu os apoios de partidos menores que apoiaram os presidenciáveis Ciro Gomes e Anthony Garotinho no primeiro turno. O resultado foi uma composição composta pelos seguintes partidos: Partido dos Trabalhadores (PT); Partido Liberal (PL); Partido Comunista do Brasil (PCdoB); Partido Popular Socialista (PPS); Partido Democrático Trabalhista (PDT); Partido Trabalhista Brasileiro (PTB); Partido Socialista Brasileiro (PSB); Partido Geral dos Trabalhadores (PGT) que mais tarde seria incorporado ao Partido Liberal; Partido Social Cristão (PSC); Partido Trabalhista Cristão (PTC) antigo Partido da Reconstrução Nacional que elegeu Fernando Collor; Partido Verde (PV); Partido da Mobilização Nacional (PMN); Partido Humanista da Solidariedade (PHS) e Partido Comunista Brasileiro (PCB). Lula contou ainda com o apoio informal em alguns estados do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

Então, era preciso tentar construir alianças. É importante lembrar que, no primeiro turno, nós não tivemos apoio do PMDB. Não tivemos apoio de quase nenhum partido no primeiro turno.

(...) Então na campanha para o segundo turno, se estabeleceram as conversas com os outros partidos políticos. **Nós, obviamente, tínhamos uma preocupação com a governabilidade. Por mais puros que quiséssemos ser, tínhamos a clareza de que, para aprovar alguma coisa no Congresso, tínhamos que ter pelo menos 50% mais um dos votos, tanto na Câmara como no Senado. Era preciso construir essa maioria, senão você não governa. O PMDB não ficou conosco no primeiro momento, ficou contra. Uma parte do PMDB esteve favorável à gente.** Aí tivemos outros partidos intermediários que fizeram aliança conosco (LULA in SADER, 2013, p. 18-19, grifos nossos).

Conforme afirma Lula, o PMDB não fazia parte do arco de partidos aliados que o ajudaram a se eleger, muito embora Lula houvesse angariado apoios esporádicos de candidatos pemedebistas nos estados. Na construção da base política do PT no Congresso Nacional, entretanto, era importante garantir o apoio do PMDB.

Saraiva Felipe, Ministro da Saúde indicado pelo PMDB em julho de 2005 para compor o governo Lula, explicitaria o racha interno do PMDB em relação ao governo eleito:

Você tinha o MDB do Senado que apoiava o Lula e o MDB da Câmara que era contra o Lula. Tinha indicado inclusive a candidata à vice que foi a Rita Camata na chapa do Serra. Então já tinha uma briga interna, sabe. Nessa briga interna eu era mais chegado a esse grupo do Senado que apoiava o Lula (SARAIVA FELIPE).

José Dirceu, ex-presidente nacional do PT e coordenador-geral da histórica campanha que levaria Lula à Presidência, tido como homem da profunda relação de confiança de Lula e que assumiria posteriormente o Ministério da Casa Civil e a Articulação Política do governo até o final de 2003 (quando estas duas funções foram separadas a pedido de Dirceu), estava convencido de que era preciso ampliar as alianças de sustentação política do governo, que estava em franca minoria nas duas casas legislativas: Câmara e Senado Federal. Seria uma tarefa hercúlea governar sem a maioria. Embora tivesse sido o partido que mais elegeu deputados federais e o segundo em número de senadores, em 2003, o PT possuía menos de um quinto dos votos no Congresso. Delegado pelo próprio Lula a fazer a articulação política do governo, para Dirceu, costurar desde o início o apoio da maioria do PMDB ao governo era questão da maior centralidade.

Pelo menos, é isso o que José Dirceu revela em seu livro de memórias:

Estávamos comprometidos com as alianças. Só dispúnhamos de noventa e dois deputados em 513. Dificilmente teríamos maioria no Senado ou na Câmara. Unidos, PT-PDT-PSB e PCdoB somavam, no máximo, 150 deputados. Havia um arco por demais amplo de alianças para concretizar, incluindo PL-PMDB-PTB e PP (DIRCEU, 2018, p. 339).

José Dirceu também registra que internamente ao PMDB, alguns setores apoiaram Lula, mas havia uma “ala Tucana” liderada por Michel Temer com quem ele defendia à altura a necessidade de dialogar:

A maioria dos caciques regionais apoiou Lula. Serra ficou com Michel Temer e Geddel Vieira Lima - que aderira ao carlismo para escapar da CPI do Orçamento -, Eliseu Padilha, Moreira Franco e outros, os mesmos de 2017. O cartório, ou seja, a presidência do PMDB, pertencia à ala Tucana da sigla e era com ela que eu necessitava dialogar. Com Michel Temer. Mesmo que tratasse, na prática, com Sarney, José Maranhão, Maguito Vilela, Iris Rezende, Roberto Requião, Luiz Henrique, Germano Rigotto, Orestes Quércia. Meu objetivo era emplacar nos ministérios nomes dessa ala ou nomes como o de Pedro Simon, num determinado momento lembrado para ministro da Agricultura (DIRCEU, 2018, p. 344, 345).

Eu defendia priorizar o PMDB, que propiciaria maioria e estabilidade à base aliada, mesmo sem o apoio da ala Tucana. Seriam 250 votos que somariam o PT, seus aliados à esquerda e a maioria do PMDB (DIRCEU, 2018, p. 345).

Se dependesse de José Dirceu, o Ministério da Saúde não iria para o PT. Dirceu narra como chegou a iniciar as tratativas de uma aliança com o PMDB que incluía desde o início alguns ministérios, entre os quais estava a Saúde. É ele mesmo que narra desapontado como Lula o desautorizaria nestas negociações.

O último capítulo da novela de montagem do ministério foi o PMDB.

(...)

Minha maior dor de cabeça se chamou PMDB. Minha aproximação não acontecia por gosto, mas por necessidade. A intuição e a experiência dos governos Sarney, Collor, Itamar e FHC me aconselhavam a não abrir muito o leque de alianças e não avançar o limite que eram o PTB-PP. Diante disso, era indispensável chegar a um acordo com o PMDB (DIRCEU, 2018, p. 345).

Lula me autorizou a firmar um acordo com Michel Temer, envolvendo alguns ministérios. **A maior dificuldade era que Agricultura, Minas e Energia, Saúde e Integração estavam reservados, resolvidos na cabeça de Lula ou já acordados com outras legendas. Eram cota de Lula, caso de Dilma em Minas e Energia, Roberto Rodrigues na Agricultura e Ciro Gomes na Integração** (DIRCEU, 2018, p. 345, grifos nossos).

Aparentemente, a depreender do relato de José Dirceu havia uma cota pessoal de indicação de Lula que iam além das negociações feitas internamente ao PT e na negociação de alianças com partidos aliados. A Saúde parecia ter entrado neste critério do que era considerado a “cota do Lula”.

Era um xadrez difícil, as pedras não cabiam nos quadrados do tabuleiro. **Insisti e cheguei a um pacto com o PMDB. Incluí a Saúde e a Comunicação no compromisso.** Não era impossível fazer o PMDB quase todo apoiar o governo. Abri espaço para a Previdência. Era pegar ou largar. Havia pressão total da ala tucana para barrar o entendimento, largando o governo nas mãos da direita e de pequenos partidos. Dormi com o acordo fechado e acordei com Lula me desautorizando. Melhor dizendo, rejeitando o acordado, dado que eu era simplesmente seu delegado e não decidia. Fiquei desapontado e furioso (DIRCEU, 2018, p. 345, 346, grifos nossos).

Conforme narra José Dirceu no trecho acima, o Ministério da Saúde havia sido incluído por ele nas negociações com o PMDB. O peemedebista que intencionava ocupar o Ministério da Saúde era o médico ginecologista José Aristodemo Pinotti, que havia sido Secretário de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo em 2000 na gestão de Régis de Oliveira.

Mas Lula desautorizaria este acordo. Não é que Lula não tivesse a intenção de firmar acordo com o PMDB, pelo contrário. Segundo o jornal Folha de São Paulo noticiaria, a intenção de Lula era oferecer dois Ministérios para o PMDB: um Ministério para os seus apoiadores neste partido e outro para a ala que estaria alinhada ao governo de Fernando Henrique Cardoso (FOLHA DE SÃO PAULO, 2002a).

Mas como nos narra Dirceu, a Saúde fazia parte do rol de Ministérios que eram “cota de Lula” e a indicação de um nome para este Ministério parecia já estar resolvida na sua cabeça.

Além disso, havia muita resistência interna ao PT em relação a uma aliança com o PMDB. Lula havia se reunido com a cúpula do Partido na noite do dia 19 de dezembro que rechaçara a proposta de participação do PMDB no governo, construída entre José Dirceu e Michel Temer. Mesmo internamente ao PMDB havia uma ala oposicionista ao futuro governo, situação que não conferiria com segurança o apoio integral deste Partido ao governo.

No dia 20 de dezembro de 2002, Lula anunciava os nomes de Humberto Costa para o Ministério da Saúde, Cristovam Buarque para o da Educação, Jaques Wagner para a pasta do Trabalho, Nilmário Miranda para a Secretaria Nacional de Direitos Humanos, além de Dilma Rousseff para o Ministério de Minas e Energia. Ao mesmo tempo, a direção nacional do PMDB publicaria nota assinada por Michel Temer sobre a desistência do acordo em relação à participação do PMDB no futuro governo. A nota afirmava:

O PMDB nunca pleiteou cargos ou a participação no futuro governo. Em reunião da Comissão Executiva Nacional, governadores atuais e eleitos, realizada em 5 de novembro em Brasília, o partido afirmou a disposição de garantir a governabilidade, mantendo posição de independência. Não obstante essa posição, o futuro governo, por intermédio do deputado José Dirceu, ministro anunciado da Casa Civil, telefonou insistentemente ao presidente do PMDB, sinalizando que pretendia a participação efetiva do partido no futuro governo. No dia 8 deste mês, domingo, a pedido do deputado José Dirceu, o presidente do PMDB reuniu-se com ele e com o deputado José Genoíno, em São Paulo, quando a oferta de participação foi formalizada. Na quarta-feira, dia 18, o deputado José Dirceu telefonou ao presidente do partido solicitando reunião e sugerindo que fosse marcada data e local para esse encontro com a urgência possível. Na tarde do mesmo dia, o porta-voz André Singer anunciou oficialmente que o presidente eleito assegurava que "o PMDB só não participa do governo se não quiser". Ontem, dia 19, o futuro ministro-chefe da Casa Civil reuniu-se por meia hora com o presidente do PMDB, na sede do partido, em Brasília e, na saída, afirmou: "O presidente do PMDB e eu chegamos a uma proposta comum". Hoje, houve a desistência do futuro governo de implementar o acordo (MICHEL TEMER, 2002).

A reação do PMDB à desautorização deste acordo firmado por Dirceu e a cúpula do PMDB por parte de Lula, somada à necessidade de apoio ao PT no Parlamento seria fato decisivo para deflagrar a primeira Reforma Ministerial que se faria logo no início daquele governo.

5.4 Montagem do Governo Lula

Lula, na montagem de sua equipe de governo, mantinha-se cauteloso e em silêncio, fazia conversas e nessas conversas colhia impressões sobre uma lista de pessoas. É isso o que narra

Frei Betto em seu diário de memórias sobre sua atuação no governo Lula: “Calendário do Poder”, dando como exemplo disto a visita que Lula fez à Celso Furtado quando o sondou quanto a possíveis nomes para compor as áreas econômica e cultural do governo. Em novembro de 2002, Frei Betto escrevia em seus registros:

Lula sempre destoou do estilo adotado pela média dos políticos. Não age sob pressão e sabe que, em política, informação é poder. E para demonstrar que tem poder, certos políticos adoram cometer inconfiências aos ouvidos de jornalistas... Por isso Lula deixa muita gente arrancando os cabelos. Embora não seja mineiro, trabalha em silêncio. Monta a equipe de governo como um jogador de xadrez arma cautelosamente cada lance. Nada de precipitações. Nem de atijar o fogo das especulações. Enquanto isso, diverte-se com a loteria ministerial publicada diariamente nos jornais. Assim evita o duplo comando da nação. Não quer a mídia contrastando a opinião do ministro que sai com a do ministro que entra. Nem carregar nos ombros o ônus do governo FHC. Este é o responsável por desenjarlar o dragão da inflação. Se Lula já tivesse revelado seu ministério, com certeza os maus humores do mercado lhe seriam atribuídos (FREI BETTO, 2007, p. 45, 46)

Confidencia-nos Frei Betto que Lula não queria fazer “um governo de derrotados”, mas que não escaparia a isto. Naquele novembro de 2002, Benedita da Silva, candidata do PT derrotada na eleição para o governo do estado do Rio de Janeiro, suplicaria a Lula que “cuidasse dela”. Olívio Dutra, fundador e ex-presidente nacional do PT, amigo pessoal de Lula, havia deixado o governo do Rio Grande do Sul e também havia se colocado à disposição. Assim diria Lula, sob o registro de Frei Betto:

Quero perto de mim amigos em quem confio, mas não pretendo fazer um governo de derrotados. O único que não pediu nada até agora foi o (José) Genoíno (derrotado em São Paulo pela reeleição de Geraldo Alckmin, do PSDB) (LULA apud FREI BETTO, 2007, p. 42)

Lula não evitaria um ministério de “derrotados”. Nomeou Olívio Dutra para o Ministério das Cidades (derrotado nas prévias petistas ao governo do Rio Grande do Sul); Nilmário Miranda para os Direitos Humanos (derrotado para o governo de Minas); Tarso Genro para o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (derrotado para o governo do Rio Grande do Sul); Jaques Wagner para o Trabalho (derrotado para o governo da Bahia); e Humberto Costa para a Saúde (derrotado para o governo de Pernambuco) (FREI BETTO, 2007, p. 43).

De fato, mais de 30% da equipe de Lula seria composta por políticos derrotados nas eleições do ano de 2002, seja nas disputas de governos estaduais, ao legislativo e executivo federal ou nas disputas internas de suas agremiações políticas, o que representava pelo menos dez nomes dentre as 29 pastas do governo federal.

Nessa conta, sete nomes eram de petistas que haviam perdido as disputas nas eleições para governos estaduais: Jaques Wagner que assumiria o Ministério do Trabalho, derrotado nas eleições ao governo da Bahia; Humberto Costa assumiria o Ministério da Saúde, candidato

derrotado no estado de Pernambuco; Tarso Genro assumiria a Secretaria do Desenvolvimento Econômico e Social, derrotado no Rio Grande do Sul e seu vice de chapa daquele ano Miguel Rossetto que assumiria o Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar; Nilmário Miranda assumiria a Secretaria de Direitos Humanos, derrotado em Minas Gerais; José Fritsch assumiria a Secretaria Nacional de Pesca, derrotado em Santa Catarina e Benedita da Silva que assumiria a Secretaria de Assistência e Promoção Social, derrotada na disputa ao governo do estado do Rio de Janeiro.

Além dos derrotados nas eleições de governos estaduais, estavam também Olívio Dutra, que havia sido derrotado nas prévias do PT para a candidatura ao governo do estado do Rio Grande do Sul e assumiria o Ministério das Cidades; Emília Fernandes, que havia sido derrotada na reeleição ao Senado Federal também pelo PT do Rio Grande do Sul e assumiria a Secretaria dos Direitos da Mulher e Ciro Gomes que pertencia ao Partido Popular Socialista (PPS) do Ceará que havia sido derrotado pelo próprio Lula nas eleições à Presidência da República e que assumiria o Ministério da Integração Nacional.

Merece destaque, entretanto, dois nomes de candidatos derrotados naquelas eleições: José Genoíno e Humberto Costa. Como é possível ver no registro do jornal Folha de São Paulo, esses dois candidatos foram estimulados pelo próprio Lula a concorrerem as eleições daquele ano de 2002.

Lula falou durante cerca de 30 minutos a integrantes da Executiva Nacional do PT, governadores atuais e eleitos e parlamentares. **Começou elogiando candidatos derrotados em outubro, em especial aqueles que ele próprio havia estimulado a entrar na disputa, casos de José Genoíno e Humberto Costa, que concorreram aos governos de São Paulo e Pernambuco, respectivamente.** Comparou esses derrotados aos participantes da primeira greve dos metalúrgicos de 1979, que foi encerrada sem ganhos imediatos, mas que permitiu o crescimento do movimento e o fortalecimento de seus líderes (FOLHA DE SÃO PAULO, 2002b, grifos nossos)

A julgar pelo estímulo de Lula à candidatura destes nomes derrotados, parecia haver uma intenção de fortalecimento destes enquanto lideranças do PT nos seus estados para as disputas nos pleitos eleitorais locais.

Nas eleições aos governos estaduais do ano de 2006, muitos desses nomes seriam novamente candidatos, mas ao contrário do que Lula falaria à executiva do PT em 2002, nem todos saíam fortalecidos para essa disputa. Jaques Wagner seria novamente candidato ao governo do estado da Bahia, obtendo êxito naquela que seria sua primeira vitória em uma eleição majoritária. No Rio Grande do Sul, Miguel Rossetto seria candidato derrotado ao Senado Federal. Olívio Dutra seria candidato ao governo do estado, sendo derrotado pelo PSDB de Yeda Crusius. No entanto, na eleição seguinte em 2010, Tarso Genro alcançaria vitória no

primeiro turno. Nilmário Miranda novamente disputaria a eleição ao governo do estado de Minas Gerais em 2006, sendo novamente derrotado pelo tucano Aécio Neves. José Fritsch também seria candidato naquele ano ao governo de Santa Catarina, ficando novamente em terceiro lugar. Humberto Costa seria novamente derrotado ao governo de Pernambuco naquele ano, perdendo o posto para Eduardo Campos do Partido Socialista Brasileiro. No Rio de Janeiro, o PT referendaria a candidatura de Vladimir Palmeira ao estado, tendo sido derrotado. Em 2007 Benedita da Silva assumiria a Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos do Rio de Janeiro no governo de Sérgio Cabral Filho.

5.5 Distribuição dos Ministérios de Lula

O governo de Luís Inácio da Silva contaria com um total de 29 pastas de primeiro escalão, entre Secretarias e Ministérios, três a mais que no governo de seu antecessor Fernando Henrique Cardoso. Destas, 16 pastas seriam destinadas a petistas: as maiores bancadas seriam de nomes do PT de São Paulo e do Rio Grande do Sul, embora a composição observasse a um critério de diversidade regional.

Do Rio Grande do Sul viriam Olívio Dutra para Cidades; Miguel Rossetto no Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar; Tarso Genro no Desenvolvimento Econômico e Social; Emília Fernandes em Direitos da Mulher e Dilma Rousseff que, apesar de mineira, vinha da experiência de governo no Rio Grande do Sul, em Minas e Energia. Os nomes do PT de São Paulo seriam: José Dirceu na Casa Civil; Antonio Palocci na Fazenda; Guido Mantega no Planejamento, Orçamento e Gestão; Ricardo Berzoini na Previdência. O PT de Minas Gerais seria representado por Luiz Dulci na Secretaria Geral da Presidência e Nilmário Miranda nos Direitos Humanos; no Rio de Janeiro, Benedita da Silva ficaria na Assistência Social. O Nordeste seria representado pelas indicações do PT de Pernambuco com Humberto Costa na Saúde e o PT da Bahia com Jaques Wagner no Trabalho. Na região Centro-Oeste, o PT do Distrito Federal teria Cristovam Buarque na Educação. Na região Norte, a então petista do Acre Marina Silva ficaria na pasta do Meio Ambiente.

Um total de sete Ministérios seriam distribuídos a partidos aliados ao PT naquelas eleições: do Partido Socialista Brasileiro (PSB) e Partido Comunista do Brasil (PCdoB) que compunham frentes eleitorais conjuntas com o PT desde as eleições de 1989 vinha a indicação de Roberto Amaral, vice-presidente do PSB que ficaria no comando do Ministério de Ciência e Tecnologia e de Agnelo Queiroz do PCdoB do Distrito Federal para o Ministério do Esporte,

respectivamente. Do Partido Democrático Trabalhista (PDT) do Rio de Janeiro vinha a indicação do deputado federal Miro Teixeira para o Ministério das Comunicações; do Partido Liberal (PL), partido do vice-presidente da República José Alencar, vinha a indicação de Anderson Adauto, deputado federal eleito pelo PL de Minas Gerais para o Ministério dos Transportes; do Partido Verde (PV) vinha o nome do cantor Gilberto Gil para o Ministério da Cultura; Ciro Gomes, do Partido Popular Socialista (PPS) do Ceará, presidenciável derrotado naquelas eleições ficaria com o Ministério da Integração Nacional e seu coordenador de campanha presidencial, Walfrido Mares Guia, deputado federal pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) de Minas Gerais para o Ministério do Turismo.

5.6 Lula, o PT e o SUS: A Saúde nos Governos Lula

Na manhã do dia 8 de maio de 1971, Lula chegou ao Hospital Modelo abraçando as roupinhas do bebê que Lourdes cuidou com tanto carinho. Os sapatinhos de crochê, as fraldas bordadas à mão em ponto de cruz, os casaquinhos e a manta para sair da maternidade com fita de cetim. No balcão, Lula perguntou por sua mulher e seu filho. Logo foi chamado pela atendente.

— Seu Luiz Inácio?

— Sou eu.

— O médico quer falar com o senhor. Por aqui, nesta sala...

— Seu Luiz Inácio?

— Meu filho já nasceu?

— Sinto muito. Sua mulher e seu filho morreram.

Lula vomitou. Caiu sentado no sofá da recepção do hospital. Estava acostumado a sofrer. Mas aquele era um sofrimento maior que o sertão. Maior do que o mar que conheceu em Santos. Maior do que tudo o que já tinha imaginado na vida. Quase desmaiou. O médico tentou lhe dar um calmante. Ele não quis. Por que ofereciam remédios, se quando Lourdes precisava não teve? Sua mulher morreu dando a vida, num avesso de parto. Seu filho nasceu sem nascer. Lula se sentia morrendo, com sua família (PARANÁ, 2010, p. 97-98).

Muitos fatores contribuiriam para construir a visão de saúde de Luís Inácio da Silva. Entretanto, um episódio vivenciado por ele o atravessaria de forma definitiva: no início de sua vida política, Lula havia perdido sua primeira esposa e filho quando esta ia dar à luz. Maria de Lourdes da Silva, natural da cidade de Montes Claros em Minas Gerais morreu em sete de junho de 1971. Em depoimento a Denise Paraná, autora de biografia sua, Lula falaria sobre o episódio:

A Lourdes tinha ficado grávida e, no sétimo mês da gravidez, ela pegou hepatite. Ninguém me tira da cabeça que ela morreu por negligência da rede hospitalar do Brasil, por problemas de relaxamento médico. Porque ela estava com anemia profunda e uma hepatite crônica. Ela poderia ter sido melhor tratada. Morreu sem que houvesse nenhuma assistência para ela. Eu fui ao hospital e vi. Ela gritava, ela gritava, ela gritava. Não tinha um médico para atender, não tinha ninguém. Sinceramente, eu tenho muitas restrições a essas

médicos que estavam no hospital. Hoje, eu tenho consciência de quanto um desgraçado de um pobre passa nos hospitais (LULA in PARANÁ, 2010)

Este fato contribuiu fortemente para imprimir nele uma compreensão muito particular sobre a saúde e o SUS. Maria Luiza Jaeger vai nos afirmar que a concepção de Lula sobre o SUS era “complicada”:

(...) a concepção do Lula era uma concepção complicada do que era o Sistema Único de Saúde, sempre foi, mesmo na época do movimento sindical era mais fácil tu discutir com outras figuras de dentro do Sindicato do que com o Lula, o Lula vinha de alguém que foi de metal-mecânica etc e tal, então era difícil (MARIA LUIZA JAEGER).

Apesar de a área da Saúde no Movimento Sindical do PT acumular uma compreensão de defesa do SUS, no âmbito mais geral da importância desta Política Pública, no Movimento Sindical mais geral não havia uma adesão clara e efetiva ao SUS. Para Gastão Wagner, o Movimento Sindical inclusive aquele vinculado ao PT, apoiava o SUS “de fantasia”, assinavam notas de apoio, participavam das Conferências da área, mas faziam uma aposta pelos seguros privados de saúde. Gastão vincularia a visão de Lula sobre o SUS a esta visão do Movimento Sindical, afirmando que nas conversas que tinha com ele, havia uma forte dúvida em relação ao sistema público. Para Gastão, a desconfiança de Lula em relação ao SUS tinha a ver com esta experiência traumática da morte de sua esposa e filho num hospital público do antigo INAMPS.

Os metalúrgicos do ABC, o Movimento Sindical brasileiro apoia o SUS de fantasia. Eles assinam todas as coisas, mas a aposta concreta deles é pelo seguro privado, pela saúde suplementar, então o SUS foi criado no Brasil sem o apoio do Movimento Sindical, inclusive o nosso, assinavam as notas, mandava representantes nas Conferências, mas não se descabela pelo SUS. Quem apoiou o SUS foram as mulheres da periferia, o povão, os que não tinham carteira formal assinada, mais os trabalhadores de saúde, através da saúde mental, da AIDS, dos usuários, a parte da sociedade que apoiou foi essa. A gente tem uma ausência da classe média inclusive dos trabalhadores sindicalizados... **o Lula não é diferente, tanto que nos dois governos dele o SUS não foi prioridade, e ele tem muita dúvida do sistema público, a mulher dele morreu no antigo INAMPS, num hospital público, então foi uma experiência traumática...**a minha filha morreu e foi uma experiência muito marcante isso. Então ele tem uma desconfiança muito grande do estado brasileiro em geral, mas particularmente apesar dele defender politicamente... a política pública e tudo... do SUS. **Então as conversas que eu tive com o Lula sobre o SUS era sempre de dúvida, era sempre de colocar limites...** várias vezes eu tentei... eu ia sempre com Humberto, quando não ia eu avisava pro Humberto que eu ia falar com Lula e ele chamava o Palocci, e o Palocci era contra tudo, contra Atenção Primária, que o estado não ia dar conta, que é um negócio muito caro... não sei se o Lula mudou de opinião ao longo da vida, mas a minha impressão é que não foi uma área... ele priorizou mais a Educação... acho que tem o papel do Haddad que conseguiu convencer ele mais do que o Humberto conseguia, o Humberto ficava mais distante e o Temporão foi colocado pelo PMDB, então assim, os Ministros do Lula tinham pouca intimidade com o Lula, de ter franqueza, conversar, e não conseguiram virar a

cabeça dele. O Haddad virou com o ensino técnico, com aquele projeto de conseguir vaga na Universidade, PROUNI que chama né? Do governo pagar bolsa, de expandir o ensino público, então ele conseguiu e ir crescendo uma liderança do Lula como liderança, como presidente à educação pública maior do que nós conseguimos dele com o SUS (GASTÃO WAGNER, grifos nossos).

Exatamente por esta falta de apoio efetivo do Movimento Sindical ao SUS, havia um temor da parte mais tradicional do Movimento Sanitário em relação à composição da área da Saúde nos governos do PT. Mario Rovere nos fala que o Movimento Sanitário mais ligado ao Partidão via com reservas as articulações dos nomes para a equipe de saúde do PT.

Eu tenho uma avaliação mais transversal, eu acho que a pergunta é: Qual foi a aliança política que construiu o SUS e qual é a aliança política que manteve o SUS vivo? Porque é uma aliança política muito complexa. Porque você tem aí elementos do PMDB, tem pessoas que vem... **e uma parte da inteligência do PMDB, eles olhavam a chegada do PT como uma situação de risco, especialmente eles olhavam com muita desconfiança a possibilidade que o ramo sindical do PT paulista seria contra o SUS, eles tiveram uma grata surpresa de que Lula quis dar uma atenção ao SUS e achou que ele (o SUS) era parte da sua política. Mas quando Lula ganha, a liderança do SUS estava com muita dúvida sobre se o PT vai ou não... então as primeiras decisões do Ministério da Saúde, especialmente na área da SGTES, eu acho que tranquilizaram um pouco a equipe e eles se incorporaram então àquele trabalho**, eu acho que apesar... por exemplo, a única liderança real do Partido Sanitário que chega ao Ministério é o caso do Temporão. O resto dos líderes, dos Ministros vinham de fora e fizeram alguma forma de aliança política (MARIO ROVERE, grifos nossos).

De fato, em editorial a Diretoria Nacional do CEBES assim havia se manifestado no ano de 2003 sobre o governo Lula:

No governo há setores que desconhecem a história de luta para conquistar o direito à saúde e a unificação dos sistemas no SUS. Dirigentes progressistas consideram a Reforma Sanitária, ainda parcialmente implantada, uma utopia (EDITORIAL, 2003, p.3).

Nesse sentido, chamamos atenção que é importante diferenciar pelo menos três concepções que se colocavam em disputa em relação à área da Saúde e ao SUS neste primeiro governo: a visão de Lula, a visão do PT na área da saúde ou do “sanitarismo petista” e a visão do Movimento Sindical ligado ao PT. A definição da indicação ao Ministério da Saúde e de qual Política de Saúde deveria ser executada no governo passa pelas negociações feitas entre estes atores.

5.6.1 Os bastidores da definição do nome para Ministro de Estado da Saúde

O Ministro da Saúde foi um dos últimos a ser indicado na composição da equipe do primeiro escalão do governo Lula.

Humberto Costa, candidato derrotado nas eleições ao governo de Pernambuco em 2002 - havia perdido o pleito para Jarbas Vasconcelos do PMDB - foi o nome escolhido por Lula para o cargo. Humberto Costa era médico formado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), depois de formado havia presidido a Associação Pernambucana de Médicos Residentes e sido primeiro-secretário do Sindicato dos Médicos de Pernambuco.

Em 1980, Humberto Costa filiou-se ao Partido dos Trabalhadores, tendo sido um dos criadores do PT no estado de Pernambuco. Filiado ao PT desde a sua criação, Humberto Costa era ligado à tendência Unidade na Luta, de linha moderada e surgida da divisão da Articulação Unidade na Luta (AUNL), que durante muito tempo foi a tendência majoritária do PT e considerada a tendência de Lula, José Dirceu, Luiz Dulci e outros. A partir de 2007, a AUNL integra um campo de forças denominado “Construindo Um Novo Brasil” (CNB), campo majoritário do Partido dos Trabalhadores (PT).

Humberto vinha de uma longa trajetória no PT: havia sido deputado estadual e deputado federal por Pernambuco e o vereador mais votado da cidade de Recife no ano de 2000. João Paulo Lima e Silva, que havia sido o primeiro Presidente da CUT Pernambuco, havia disputado a eleição para a Prefeitura de Recife pelo Partido dos Trabalhadores daquele ano e saído vitorioso. Em 2001, Humberto Costa seria convidado pelo então prefeito João Paulo para ser Secretário Municipal de Saúde da cidade de Recife, deixando a Câmara de Vereadores. Em 2002 e 2006, Humberto foi derrotado quando candidato ao governo de Pernambuco. No governo de transição de Lula, foi o nome escolhido para coordenar a Equipe de Políticas Sociais, dentro da qual estava incluída a área da Saúde.

Na verdade, eu quando recebi o convite, tinha saído da experiência de ser Secretário Municipal de Saúde, embora também já tivesse uma militância nessa área junto aos movimentos de saúde, já fui diretor do Sindicato dos médicos, já fui diretor da Associação de Médicos Residentes, sempre tive uma militância nessa área. E tinha sido gestor municipal e a nossa gestão lá foi uma gestão muito exitosa... e por conta disso e por conta que eu já tinha uma vida interna dentro do PT de muitos anos, eu fui convidado pelo Presidente Lula (HUMBERTO COSTA).

Humberto Costa não era o favorito de Lula ao cargo. Lula intencionava ceder o Ministério da Saúde ao médico cardiologista Adib Jatene, a quem devotava gratidão por este

ter salvo a vida de seu quarto filho, Sandro Luís, que teve de ser operado pelo médico na infância devido a uma falha na válvula cardíaca.

Adib Jatene era, à época da eleição de Lula, diretor-geral do Hospital do Coração de São Paulo, havia sido Secretário estadual de Saúde no governo Paulo Maluf e duas vezes ministro da Saúde, durante o Governo Collor e, a última delas, no governo de Fernando Henrique Cardoso. Jatene ficou conhecido por ser considerado por alguns o “pai da CPMF”, uma vez que, em busca de mais recursos para a Saúde, propôs o imposto e lutou por sua aprovação junto ao Congresso Nacional em 1993. Àquela altura, no governo FHC, Lula e José Dirceu posicionaram-se contrários à criação da CPMF, mesmo depois de reuniões e das tentativas frustradas de convencimento por parte do médico. Adib Jatene contaria com a promessa de FHC de que os recursos da CPMF seriam destinados integralmente à área da saúde, o que efetivamente não aconteceu. Segundo o próprio Jatene, em entrevista para a Folha de São Paulo, sua demissão do governo de Fernando Henrique Cardoso em novembro de 1996, foi motivada pela redução do orçamento da Saúde mesmo depois de o Congresso ter aprovado a CPMF.

Teve relação direta. Eu disse ao presidente Fernando Henrique que precisava de recursos. Ele pediu para falar com o Pedro Malan [ministro da Fazenda]. O Malan me disse que, em dois ou três anos, daria o dinheiro que eu precisava. Não podia esperar tanto tempo. Propus a volta do imposto sobre o cheque, que se chamava IPMF e havia sido extinto em 94. O presidente disse: ‘Você não vai conseguir aprovar isso’. Respondi: Posso tentar? Ele autorizou. Pedi o compromisso dele de que o orçamento da Saúde não seria reduzido. A CPMF entraria como o adicional. E ele: ‘Isso eu posso te garantir’. Depois da aprovação, a Fazenda reduziu o meu orçamento. Voltei ao presidente. Disse: no Congresso, me diziam que isso ia acontecer. Eu respondia que não, porque tinha a sua palavra. Se o senhor não consegue manter a sua palavra, entendo a sua dificuldade. Mas me faça um favor. Ponha outro no meu lugar. Foi assim que eu saí, em novembro de 1996 (JATENE, 2007).

Por conta da não destinação integral dos recursos da CPMF para a Saúde e aproveitando o fato de o principal adversário político de Lula nas eleições de 2002 ser o ex-ministro da Saúde de FHC, José Serra, o Programa de Saúde do PT para a Saúde daquele ano faria uma crítica severa ao governo FHC nesta área:

O governo FHC nos oito anos de gestão, não aplicou recursos suficientes na saúde para reverter a situação do quadro sanitário brasileiro, não obedecendo o que determina a Constituição Federal (Emenda Constitucional 29), nem mesmo, destinou a totalidade dos recursos gerados, pela CPMF, para a saúde, como ficou acordado com a sociedade quando da sua criação. O resultado de tudo isso tem sido, a falta de medicamentos, redução de investimentos, estrangulamento da assistência com congelamento dos recursos transferidos para as ações básicas de saúde, ou seja, R\$ 0,83 por pessoa ao mês, para o pagamento destes serviços que os municípios prestam ao cidadão, gerando dificuldades no acesso à saúde, no aumento das filas e no insuficiente

investimento para a qualificação dos trabalhadores de saúde (SAÚDE PARA A FAMÍLIA BRASILEIRA, 2002, p. 23).

O fato é que Jatene contava com o apoio irrestrito de Lula. Alguns jornais de notícia à época afirmavam que o convite para ser Ministro da Saúde de Lula havia sido feito à Jatene em uma conversa sigilosa na Granja do Torto, mas este havia recusado devido à falta de autonomia para nomear os titulares das Secretarias e outros cargos responsáveis pelas ações do Ministério (FOLHA DE LONDRINA, 2002). O jornal Folha de São Paulo mostrava a intenção do médico em compor o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social do futuro governo.

O nome preferido por Lula era o do cardiologista Adib Jatene, ex-ministro da Saúde de Fernando Henrique Cardoso. O médico chegou a ser convidado pelo petista para o cargo, mas estava mais inclinado a participar do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social do futuro governo. **O fato de ter sido titular da pasta no governo FHC, de ter ocupado cargo durante a gestão de Fernando Collor de Mello (então no PRN) e de ter sido secretário de Paulo Maluf (PPB) alimentou a oposição a seu nome por parte da esquerda do PT, o que acabou dificultando as negociações. Por diversas vezes, Lula mostrou disposição em bancar o nome de Jatene, mesmo diante das pressões internas.** Mas, na semana passada, o médico respondeu a Lula que não iria participar de seu governo como ministro (FOLHA DE SÃO PAULO, 2002c, grifos nossos).

O nome de Jatene enfrentava a resistência da militância de esquerda do setor saúde pelo fato de o médico ter sido ministro da Saúde dos governos de Fernando Collor de Mello e de Fernando Henrique Cardoso e ter sido Secretário de Paulo Maluf. Segundo o jornal Folha de São Paulo, foram enviados manifestos contrários à indicação de Jatene à equipe de transição em Brasília (FOLHA DE SÃO PAULO, 2002d).

O documento “Fome Zero e Boca Cheia (de dentes!)” encaminhado à Equipe de Transição traria uma manifestação explicitamente contrária à indicação de Adib Jatene ao Ministério da Saúde, como pode ser notado no trecho que segue:

Consideramos necessário reconhecer as dificuldades de natureza social, econômica e política, vividas pelo país e a importância de se dar início a um processo efetivo de seu enfrentamento e superação, nos marcos de um governo democrático e popular, reafirmando nosso compromisso histórico com a cidadania e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Pareceu-nos necessário reafirmar que, com base na sua história de trabalho, luta e resistência, a Esquerda Brasileira aglutinou um contingente significativo de militantes da saúde e da Reforma Sanitária que têm, hoje, todas as condições de garantir que o Ministério da Saúde (MS) cumpra o seu papel histórico na construção das mudanças exigidas pela maioria da população. É com base nesta história que nos sentimos autorizados a propor que o Ministro da Saúde seja algum companheiro (a) que tenha identidade, compromisso e participação no processo de construção do SUS e da Reforma Sanitária, expressando nossa divergência do critério de “quota pessoal” para definição do nome. Pela sua importância, a escolha do responsável pela saúde no Governo Lula deve ser a expressão das nossas lutas históricas nesse setor e resultar do debate de todas as forças políticas que se empenharam para eleger Lula. Parece-nos necessário, sobretudo, afirmar nossa **desaprovação enfática à tese de “aproveitar” no**

Ministério de Lula algum ex-ministro de Collor (FOME ZERO E BOCA CHEIA (DE DENTES)!, 2002, grifos nossos).

Este documento foi produto de uma reunião ocorrida em 24 de novembro de 2002 em São Paulo que reuniu cerca de 100 militantes de três partidos políticos da coligação Lula Presidente (PT, PC do B e PSB) de 11 estados além da participação de trabalhadores dessa área vinculados aos serviços públicos odontológicos, ao movimento sindical e ao ensino e pesquisa e reunia uma análise feita sobre a situação de saúde bucal no país, incluindo questões institucionais ao mesmo tempo que se propunha apontar proposta de diretrizes para a Saúde Bucal do futuro governo Lula.

Outro encontro de militantes da saúde para debater nomes para o Ministério da Saúde seria feito no Rio de Janeiro, do conselho político da ABRASCO ratificando a importância de um nome representativo da área para o Ministério da Saúde.

A resistência à Jatene, entretanto ia além de sua participação nos governos de Collor, FHC e Paulo Maluf. Jatene também havia manifestado posições que estavam em desacordo às posições do Movimento Sanitário, entre as quais estava o pagamento de serviços de saúde por estratos sociais que pudessem pagar por esses serviços, situação que fere o princípio de universalidade do SUS e o atendimento de pacientes privados em espaços públicos.

A preocupação dos "militantes" é o nome do cirurgião Adib Jatene, ex-ministro da Saúde nos governos Collor e Fernando Henrique. Apontado como o preferido de Lula, Jatene pregou, em vários momentos, o que os sanitaristas petistas chamam de "desvios graves": ele defende o pagamento dos serviços de saúde por parte daqueles que podem -acabando com a universalidade do SUS- e o atendimento de pacientes privados em espaços públicos, prática que implantou no Instituto do Coração. Por outro lado, é um nome que agradaria alguns aliados pessoais de Lula e a elite médica (FOLHA DE SÃO PAULO, 2002e).

Com a recusa de Adib Jatene para assumir o Ministério da Saúde, outros nomes mais identificados ao PT e ao campo da esquerda foram cotados para o comando do Ministério da Saúde de Lula.

Entre os nomes cotados do lado petista e aliados de esquerda estão os secretários municipais Eduardo Jorge, de São Paulo, e Gastão Wagner, de Campinas; o estadual do Rio de Janeiro, Leoncio Feitosa, além do pernambucano Humberto Costa, que coordena a área de saúde na equipe de transição (FOLHA DE SÃO PAULO, 2002e).

O segundo mais cotado para a pasta era Eduardo Jorge. Médico sanitário, fundador do PT, ex-deputado estadual e federal pelo Partido dos Trabalhadores em várias legislaturas, de 1983 a 2003; ex-Secretário municipal de Saúde da cidade de São Paulo nas gestões Luiza Erundina e Marta Suplicy, Eduardo Jorge havia se destacado por sua atuação no Legislativo na

área da saúde, tendo sido coautor e autor da legislação constitucional sobre saúde e da Emenda Constitucional nº 29 de 2000. Apesar de contar com a admiração e o apoio de Marta Suplicy para a indicação ao Ministério da Saúde, Eduardo Jorge era alvo de controvérsias e acumulava com desafetos internos no Partido dos Trabalhadores, situação que acabou por enfraquecer seu nome ao pleito.

José Leôncio Feitosa era médico pessoal de Lula e foi Secretário de Estado da Saúde da cidade do Rio de Janeiro de abril a dezembro de 2002 durante o governo de Benedita da Silva. Gastão Wagner nos fala que Leôncio havia coordenado as campanhas eleitorais majoritárias do PT nos anos anteriores, com exceção da de 2002, que o próprio Gastão coordenaria:

Leôncio Feitosa, ele coordenou umas três campanhas pra Presidente e eu não tinha muita paciência com ele porque pelo amor de Deus, ele era muito conservador, não compreendia o SUS direito, então o povo que estava com a mão na massa, o povo que estava em Prefeitura: Porto Alegre, São Paulo que estavam implementando em BH e etc, a gente deu um chega pra lá pra que esse pessoal... entre nós eu não batalhei pra ser o coordenador e acabei sendo, a gente assumiu um protagonismo maior, sabe? Do que os amigos do Lula, não queria tirar fora porque é importante, é importante ter gente de várias áreas, então teve toda essa confusão dentro (GASTÃO WAGNER).

Leôncio assumiria a Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na gestão de Humberto Costa.

Humberto Costa também nos fala de nomes do Movimento Sanitário que foram cotados para esse Ministério:

Mas havia outros nomes cogitados para o comando do Ministério da Saúde, havia vários nomes cogitados, havia o nome do próprio Gastão que terminou sendo meu Secretário executivo, havia a cogitação de outros nomes ligados assim mais à assistência médica mais tradicional. Eu não tenho assim uma lembrança exata, mas havia outras pessoas assim que não tinham uma militância no movimento sanitário e que também não tinham uma militância no PT... e assim, famosos e tal, sempre que tem discussão sobre a gestão na saúde, isso aí surge, não é... como houve cogitação também de gente que não sendo da área da saúde tinham o conceito de serem bons gestores. Na verdade, era um pouco numa linha de continuar o perfil que havia anteriormente com o Serra...

(...) e houve também dentro da própria área do movimento sanitário... foi cogitado o nome do Sérgio Arouca que não era do PT mas que era uma pessoa extremamente respeitada também, então houve vários nomes.

Maria Luiza também foi uma pessoa cujo nome foi cogitado. Ela tinha sido Secretária não sei se municipal e de estado lá pelo Rio Grande do Sul. Era uma pessoa que tinha uma militância muito forte tanto dentro do PT na área da saúde como no movimento sanitário de um modo geral. Mas na verdade a questão de quem foi para onde e por quê tem a ver muito mais com o desenho que nós fizemos (HUMBERTO COSTA).

Lula, entretanto, escolheria Humberto Costa para o comando do Ministério da Saúde. Humberto Costa, apesar de médico, construiu sua carreira priorizando a disputa político-partidária, o que parece ter favorecido seu processo de indicação. Ao que tudo indica, neste

primeiro momento, havia uma inclinação de se fazer uma escolha mais política do que estritamente técnica na indicação ao Ministério da Saúde.

Como é que se chega no Humberto? O Humberto é um cara ligado à posição do Lula, à mesma posição política do Lula dentro do PT, era o cara que ele tinha chamado para coordenar a área, toda a discussão de Seguridade e entre as outras pessoas ele, isso ele tinha... feeling... (MARIA LUIZA JAEGER)

É importante ressaltar que quando Humberto assumiu o Ministério da Saúde em 2003, não teve autonomia para montar sua equipe de trabalho. Pelo contrário, teria de se acomodar os muitos interesses que estavam em jogo. É o próprio Humberto Costa que nos fala:

Eu conhecia pouca gente das pessoas que foram trabalhar comigo. Isso tudo foi um processo de construção que envolvia governadores, prefeitos, envolvia o pessoal da militância do movimento sanitário, envolvia o partido, não é?! E aí a gente foi construindo, tentando fazer uma composição no Ministério que levasse em consideração a política, a qualificação técnica de cada um e também a vivência dessas pessoas no Sistema de Saúde e nos movimentos de saúde (HUMBERTO COSTA).

Se parecia haver uma clareza quanto à uma indicação mais política que técnica para o comando do Ministério da Saúde, o que confirmava o favoritismo de Adib Jatene, Eduardo Jorge e Humberto Costa, também havia uma clareza de que era imprescindível que o movimento sanitarista mais ligado ao debate técnico da saúde deveria se fazer presente com cargos neste Ministério. Lula havia ganhado a eleição presidencial de 2002 ao disputar com o ex-Ministro da Saúde de Fernando Henrique Cardoso: o tucano José Serra. Foi na gestão de Serra q importantes conquistas na área foram realizadas, para citar alguns exemplos: o sucesso dos medicamentos genéricos e à bem-sucedida Política de HIV/Aids. O Ministério da Saúde de Lula inevitavelmente seria vitrine de comparação à gestão de Serra no governo de FHC e ainda ao que seria um possível governo do tucano na Presidência da República. Este fato pode ter sido relevante para a escolha de um nome eminentemente petista.

O Humberto representava mais ou representa a máquina, a nomenclatura partidária, PT e tal, o Arouca um segmento, uma visão do movimento sanitário, eu mais um pouco técnico, mas técnico é um termo... mais voltado pra microgestão, pro modelo e tal, fizemos aquela coisa... A Maria Luiza do Sul, fizemos um... o Jarbas tinha uma visão de vigilância... tem, né? Mas roemos a corda, viu? Sérgio Arouca morreu, foi morrer antes da hora, e nós não demos conta do recado (GASTÃO WAGNER, 2005).

Vale ressaltar que a escolha de Lula por Humberto causou incômodos, especialmente ao médico Gastão Wagner de Souza Campos, que dentro do Movimento Sanitário, reunia apoios para ser Ministro da Saúde de Lula.

(...) e quando o Lula vai lançar o programa em 2002 na Estação Primeira de Mangueira ele lança um livrinho azul que foi sobre saúde e essa versão aqui tem muita coisa diferente disso daqui e basicamente foi mexida pelo Eduardo Jorge e pelo Gastão Wagner, e Gastão vai com...

...e o Gastão nesta vinda aqui, quando o Lula vai à Mangueira e o Lula chega de helicóptero na Mangueira, ele e **o Gastão, então o Gastão tinha absoluta certeza que o Ministro da Saúde era ele** (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Isso incomoda Gastão e o Humberto chama o Sola, Gastão e eu para conversar e diz “olha eu quero vocês três comigo. Acho que a gente tem que trazer o Arouca para uma Secretaria e acho que a gente tem que trazer o Hermógenes” e isso a gente já vinha discutindo. Apesar do Gilson ter participado da discussão, o PDT não queria fazer parte do governo... (MARIA LUIZA JAEGER)

Gastão Wagner de Sousa Campos era membro do Partido Comunista Brasileiro e pertencia ao Comitê Municipal deste Partido em Santo André. Havia sido eleito para o Comitê Estadual deste partido em São Paulo quando apoiou as greves dos metalúrgicos que tinham Lula como figura central. Por causa do seu apoio às greves, Gastão foi expulso do Partidão - que se opunha firmemente às greves - e decidiria entrar para o Partido dos Trabalhadores em 1981. Gastão havia conhecido Lula quando este era sindicalista no ABC e Gastão trabalhava como sanitaria em Santo André. Depois Gastão Wagner entraria para a docência em Saúde Pública na Universidade de Campinas e Lula daria seguimento à sua ascensão na política. Gastão Wagner ajudaria a elaborar todas as propostas de governo na área da saúde de todas as campanhas do PT na disputa à Presidência da República desde 1989.

Eu participei de um grupo que entrou no PT a partir do Partidão, eu entrei antes, mas logo depois de mim o Carlos Nelson Coutinho, esses professores gramscistas, Leandro Konder, o próprio David Capistrano, eles rompem... eu fui expulso do Partidão na greve do ABC, eu era sanitaria lá em Santo André e eu fui lá pro ABC trabalhar e esse cinco anos que eu fique lá eu trabalhei com Atenção Básica, mas na época a gente se chamava de sanitaria, eu trabalhei cinco anos lá nas unidades básicas, nos centros de saúde, mas dava curso pros metalúrgicos de Santo André, o sindicato lá que o Lula era o presidente, conheci o Lula nessa época, o irmão do Lula e todo esse pessoal. E eu fui expulso porque eu era do Comitê Municipal do Partido Comunista de Santo André e nós apoiamos a greve, a primeira (greve) do Lula e botaram todos pra fora, mas eu já estava saindo já (GASTÃO WAGNER).

Ciente da importância da presença de Gastão no governo, Humberto Costa nomeou-o Secretário-executivo do Ministério da Saúde. Aparentemente, Gastão Wagner faria a parte de gestão por dentro do Ministério da Saúde na discussão com as áreas temáticas nas Secretarias enquanto Humberto Costa seria o nome para fora deste Ministério, a figura pública.

Eu acho que primeiro o Gastão achava que ele era a pessoa que devia ter sido Ministro. Segundo, isto em geral do Ministério, então ele tinha críticas em relação a todo mundo, a proposta que o Humberto tinha feito era que eles

dividissem as coisas um pouco no sentido de o Humberto faz a documentação geral e ele fizesse a parte da discussão interna (MARIA LUIZA JAEGER).

Gastão Wagner nos falaria da conversa que teve com Lula na definição do nome para Ministro da Saúde. Nesta conversa Lula teria afirmado que a indicação de Humberto era “político-partidária” porque Lula precisava de uma representação política neste Ministério e também porque Humberto Costa vinha da experiência nessa área como Secretário de Saúde. Mas Lula teria conversado com Humberto Costa sobre a importância do papel de Gastão Wagner na gestão do SUS. Segundo Gastão, Humberto Costa teria lhe dito que Lula o queria como o “Vice-Ministro da Saúde”, o que segundo ele correspondia ao cargo de Secretário Executivo do Ministério.

O PT quando o Lula ganhou, a Frente (Brasil Popular) né... tinham vários nomes que eram indicados pra ser Ministro e meu nome saía, o Gonzalo Vecina deu uma entrevista na Veja, o pessoal do Movimento Sanitário me indicava e tal, **aí o Lula me avisou logo depois da vitória, bem antes da posse que seria o Humberto Costa porque ele tinha uma representação político-partidária e tinha experiência na saúde, era Secretário da Saúde, tinha sido eleito deputado federal, que ele precisava de uma representação política.** Mas ele tinha combinado com o Humberto que o meu papel era importante na gestão do SUS, na implementação de mudança e tal, então que o Humberto ia conversar comigo. Aí o Humberto me ligou e a gente marcou em São Paulo e conversamos várias vezes e foi isso, e o Humberto falou: **“Eu acho melhor... você pode escolher a SAS ou a Secretaria Executiva, mas o Lula quer você de vice-ministro e vice é o Secretário Executivo. Agora eu te garanto que você não precisa estar na SAS pra participar de modelo, programa, pra discutir Atenção Primária”** e eu disse: “Eu sou forte nisso Humberto, eu não sou financista, orçamentário, eu tenho que montar um equipe boa e você me ajuda, indica e tal, não é minha área, não sou da economia da saúde” e ele falou assim: “Mas a Secretaria Executiva tem o papel de coordenar e você que vai coordenar, eu tô pensando em chamar o fulano, o sicrano o que que você acha? O Jorge Solla... se você não for pra SAS, vai ser ele e se você quiser ficar na SAS, ele vai ser o Secretário Executivo”. Eu adoro o Solla, já tinha conhecido ele antes, e ele também era Secretário Municipal e a gente vivia se encontrando, trocando ideias, fazendo encontro, rodas... “Vou chamar a Maria Luiza que está no Programa”, que eu já conhecia, ajudei ela lá como Secretaria Municipal e Estadual, fazia assessoria, fazia curso para equipes... mas enfim, tivemos essa conversa. Quando eu cheguei lá ele não me deixou ser coordenador (GASTÃO WAGNER, grifos nossos).

Conforme registra o relato de Gastão, Humberto parecia estar certo da ida de Jorge Solla para a SAS, dependendo apenas da decisão de Gastão. Gastão Wagner, por sua vez, que gostaria de ter ido para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), seria convencido por Humberto Costa para ser o “vice-ministro” (ou Secretário Executivo) da pasta. Mas depois se arrependeu, considerando esta sua decisão um erro de sua parte.

O Lula escolheu o Humberto Costa pra ser o Ministro e orientou pra que eu participasse, falou comigo que o local que eu ficaria eu teria que negociar com o Humberto Costa e aí ficamos na dúvida se eu ficaria na

Secretaria de Atenção... que era minha pegada, eu me identifico muito com o modelo de trabalho, mas aí o Humberto falou que eu tinha que ser o vice-ministro que era o Secretário Executivo e eu fiquei de Secretário Executivo. E eu acho que foi um erro da minha parte, eu devia ter ficado na SAS mexendo com a APS e com a reforma dos hospitais, com a implementação do SAMU, eu teria produzido mais. Porque na Secretaria Executiva a função é muito política e orçamentária (GASTÃO WAGNER, grifos nossos).

Encontramos menção a isto em Justo (2019) sobre o papel dado à Gastão Wagner na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde como “vice-ministro”. Conforme consta no registro abaixo, ficaria acertada que a função de Humberto Costa era o de “fazer Política”, constituindo-se como um nome público para fora do Ministério ao passo que a Gastão caberia a coordenação técnica-política das Secretarias na organização por dentro do Ministério da Saúde:

“Humberto disse que Secretário Executivo (...) era o vice-ministro e que na gestão dele teria o papel de coordenar todas as Secretarias, todas as áreas (...) [Ele] falou: Eu vou fazer política, vou trabalhar mais para fora e preciso de alguém que coordene o Ministério para dentro”. (Entrevistado 10)

“A Secretaria Executiva tinha um papel técnico político nos Ministérios. Além de ser uma referência técnica, [a SE] faz a gestão interna dos Ministérios. (...) O Secretário Executivo é uma espécie de Vice-Ministro e é quem ordena e organiza o Ministério para dentro”. (Entrevistado 4) (JUSTO, 2019, p. 83).

Portanto, internamente ao Ministério da Saúde e ao Movimento Sanitário, Gastão era mais conhecido mesmo como o “Vice-Ministro” da Saúde de Lula. À frente da Secretaria Executiva do MS, Gastão exerceu papel protagonista na criação de uma Política Nacional de Humanização.

Em outubro de 2004, Gastão Wagner, o “vice-ministro da Saúde” de Lula, deixaria o cargo por divergências com o Ministro da Saúde Humberto Costa.

As prioridades do ministério são quatro marcas: Samu [Sistema de Atendimento Móvel de Urgência], Farmácia Popular, Qualisus e Saúde Bucal. Apesar de necessários, não são essenciais. Essenciais são o desenvolvimento da atenção primária, do [programa] Saúde da Família, a reforma hospitalar e da atenção especializada, a reorganização da política de pessoal do SUS. O segundo ponto é que, para os quatro programas, o Ministério adotou uma fórmula que é um retrocesso, muito centralizada. O cerne da minha divergência foi isso (GASTÃO WAGNER, 2004).

Gastão nos reiterou em entrevista os itens elencados pelo Ministério da Saúde que foram tomados como prioridades por conta da visão de saúde de Lula: o investimento em alguns hospitais selecionados pelo Ministério da Saúde, o SAMU, a Farmácia Popular e a Saúde Bucal. Gastão ressalta o seu descontentamento com o que ele designaria como uma “gestão medíocre”.

Eu acho que essa gestão do Humberto tanto que eu saí, tendo em vista o que a gente podia fazer e os problemas do SUS estruturais foi uma gestão medíocre

sabe? Fez boas coisas, é favor do SUS, mas pegou pedaços medíocres, o termo é esse, médias e medíocres. Porque a gestão do Humberto Costa, do Lula né... priorizou quatro itens: que foi um tal de Qualis Saúde que era trinta ou quarenta hospitais que o Humberto escolhia pra investir, não era rede hospitalar e não era os hospitais públicos, não era os hospitais universitários, isso o dinheiro ficava lá no gabinete dele no orçamento que ele ia fazer e foi uma prioridade, a outra era implementar o SAMU que eu estava de acordo que era super bom, a terceira era Farmácia Popular e o acesso a medicamentos que o Lula exigia, obrigou e o quarto é Saúde Bucal, que é importante mas é pequeno pra cima das quatro prioridades, o CEO... o Lula era muito... queria que o povo tivesse dente, tá certo! Mas eu achava que era a Atenção Primária, era mexer com todos os hospitais públicos, era reformular a gestão pública, pra não precisar de OSS depois (GASTÃO WAGNER).

De fato, Laura Feuerwerker nos afirma que Lula tinha três prioridades: a área de Saúde Bucal com o Brasil Sorridente, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Serviço Civil Obrigatório para os médicos para sanar a falta de assistência médica, que teria vitimado sua esposa.

O Lula tinha três coisas que ele queria do Ministério da Saúde, número um: Brasil Sorridente; número dois: SAMU; número três: ele queria que tivesse Serviço Civil obrigatório para os médicos, porque a mulher dele, a primeira, morreu por falta de assistência médica. Então ele queria que tivesse médico para todo mundo, não interessava como, se é assim ou assado, não importa. Mas eu quero ter é médico, e isso daí era coisa que ele perseguia e eram as únicas perguntas que ele fazia para o Ministério da Saúde, entende? Ele não fazia outras (LAURA FEUERWERKER).

O próprio José Dirceu reiterou em sua biografia estas prioridades de Lula em relação à Saúde, afirmando que Humberto Costa receberia a tarefa de impulsionar o SAMU, as Farmácias Populares, as UPAs e o Programa “Médico de Família”, reiterando as prioridades registradas por Laura e Gastão:

Assim, Humberto Costa recebeu de Lula a tarefa de impulsionar o Samu, as Farmácias Populares, o Médico de Família, as futuras UPAS (Unidades de Pronto Atendimento), programas com alto impacto social e econômico, considerados os gastos e investimentos (ZÉ DIRCEU, 2018, p. 361).

Além da discordância quanto à focalização da gestão de saúde nestas áreas, Gastão afirma que o acordo feito com Humberto Costa em relação ao papel referente à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde de coordenar as Secretarias efetivamente não ocorreu, tendo sido ele, nas suas palavras, “impedido por Humberto Costa de ter uma articulação maior com as Secretarias, sobretudo com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)”:

(...) mas por exemplo essa função da Secretaria Executiva de coordenar as Secretarias não ocorreu. A gente tinha reunião do colegiado com o Humberto, com todas as Secretarias toda semana, tinha meio período pra tentar integrar, articular, mas eu fui impedido, proibido de ter uma articulação maior com a Secretarias, particularmente com a SAS. O Humberto me chamou e disse: “O Brasil não é Campinas e você não vai trazer o modelo de Campinas pra cá, nem

pensar”, então eu queria trabalhar com a Atenção Primária, com os hospitais e trabalhava muito com reforma de hospital também e não só Atenção Primária, dos ambulatorios, na linha da saúde mental, da AIDS que tinha ambulatorios interprofissionais, meu sonho era mexer com isso, minha pegada era reformular os ambulatorios médicos e botar equipe multiprofissional na lógica que estava acontecendo já na Saúde Mental e na AIDS. Em vez de ambulatorio é Centro de Referência, trabalhar com território, territorialização... eu resolvi sair no fim do ano (GASTÃO WAGNER).

Mas os conflitos que levaram Gastão Wagner a deixar o Ministério da Saúde extrapolam a relação conturbada com Humberto Costa.

É o próprio Gastão Wagner que nos narra um episódio em que ele foi demitido pelo telefone pelo Ministro do Planejamento Guido Mantega, que na ocasião falava em nome de Antonio Palocci, Ministro da Fazenda e do próprio Presidente Lula. O que ocasionou a suposta demissão de Gastão por telefone foi uma fala sua em um debate sobre financiamento da saúde ocorrido na 12ª Conferência Nacional de Saúde, em que ele mesmo criticava a área econômica do governo por não ter um plano de superação ao subfinanciamento crônico do SUS e pelo fato de naquela ocasião esta área econômica do governo ter lançado uma proposta que ameaçou retirar verbas da Saúde:

Eu evitei falar isso muito e estou falando com você porque já se passaram 16 anos e eu estou me autorizando a ser mais explícito. Mas a gente participou da organização com o Conselho Nacional (de Saúde) da Conferência Nacional de Saúde que foi em dezembro do primeiro ano de mandato nosso, aí me designaram pra falar sobre financiamento porque eu era Secretário Executivo e eu fui lá e falei que o SUS é subfinanciado cronicamente e nosso governo não tinha um projeto pra superar isso, eu falei em publico e a imprensa veio falar comigo que não sei o quê... botei os gráficos que o pessoal da economia da saúde me ajudou, pessoal da ABRASCO me ajudou a fazer. Aí eu estou a noite em casa, tinha ficado em um apartamento lá e às 22:30h me liga o Ministro Guido Mantega do Planejamento e fala: “A Folha de São Paulo mais O Globo, já saiu na CBN que você Secretário Executivo, Vice-Ministro falou isso. Ou você desmente ou você está fora do governo amanhã cedo”, e eu falei: “Eu não vou desmentir, eu falei isso. Você está falando em seu nome?”. Ele estava falando em nome do Palocci que era Ministro de não sei o quê e do Presidente Lula. E eu falei: “Então o que eu posso fazer? Eu não vou desmentir coisíssima nenhuma, os jornais foram fieis”. Não foi no mesmo dia, foi no dia seguinte nos jornais e tal. “Eu acho que o governo deve lutar pra superar o subfinanciamento do SUS, eu quero mais recurso pra Atenção Primária, quero mais recursos pra política de pessoal e eu acho que dá pra gente pensar política pública dentro das dificuldades econômicas”. Ele disse: “Eu sei, mas essa não é a prioridade do governo, você está fora” e eu disse: “Então pode me demitir!” e ninguém falou comigo mais. Eu continuei, mas num clima muito ruim, então assim, em dez meses de governo eu sou demitido em nome do Lula à noite. Eu não falei pra ninguém e fui trabalhar do mesmo jeito e ninguém falou nada comigo e eu continuei fazendo crítica ao subfinanciamento... (GASTÃO WAGNER).

Depois desse episódio, Gastão Wagner continuou à frente da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde por mais 10 meses, quando resolveu deixar o cargo em outubro de 2004.

Mas outro episódio seria decisivo para a insustentabilidade de Gastão Wagner no cargo: uma denúncia feita por ele em relação a um esquema de fraude nas licitações para a compra de hemoderivados do Ministério da Saúde, que resultou na chamada “Operação Vampiro”. Gastão Wagner, conforme nos narra, seria acusado por seus colegas de ter trazido o Ministério Público Federal e a Polícia Federal para dentro do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde. Gastão afirma que foi ameaçado de ser denunciado, o que ocorreria efetivamente depois de deixar o Ministério da Saúde:

Eu não consegui ficar mais porque eu criei muito atrito e o pessoal me acusa de ter trazido o Ministério Público Federal, Polícia Federal pra dentro do Ministério da Saúde e do SUS. Toda denúncia de corrupção eu avisava o Ministro e avisava o Lula e avisava a área de CGU, se fosse grave eu já avisava o Ministério Público Federal e aí eu não sei se você lembra que estourou um escândalo que nós denunciávamos que se chamou “dos vampiros”. O Humberto estava fora viajando e eu estava de Ministro e falei com o Lula e ele disse: “Pode demitir todo mundo que você achar que é ladrão”, o diretor financeiro do Ministério, do PT, coordenador da campanha financeira do Humberto foi preso em flagrante e depois foi condenado.

(...) um esquema de corrupção de bancos de sangue de compras de medicamentos etc... e se chamou “vampiro” porque a maior parte das compras fraudadas era de antes do governo anterior mas também no nosso governo e quem tinha denunciado foi eu uma equipe da Secretaria Executiva. O Humberto assinou minha denúncia, o Lula assinou a minha denúncia e aí quando estourou o pessoal ficou muito chateado comigo porque é uma desconfiança muito grande, eu passei a ser ameaçado por colegas de governo do gabinete de que a gestão que eu fazia... não é que eu era corrupto mas que tinha muito fatores e que eles iam me denunciar, que eu seria denunciado e como fui depois, de fato fui. Depois que sai em outubro de 2004 porque fiquei 1 ano e 10 meses, logo em seguida o Ministério da Saúde faz 64 denúncias contra mim e 60 foram arquivadas e 4 se transformaram em processo na Justiça Federal. Eu fui absolvido de dois e dois me julgaram até hoje, denúncias falsas, fizeram o que prometeram que iam fazer comigo, fizeram! (GASTÃO WAGNER).

Ao deixar o cargo, o vice-ministro da saúde Gastão Wagner chegou a ser convidado por Humberto Costa para assumir a representação brasileira no Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde, mas recusou o convite. Alvo da “Operação Vampiro” que ele mesmo ajudou a denunciar, Gastão Wagner, durante os quase dois anos à frente da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde acumulou cinco ações civis e uma ação criminal.

5.6.2 A criação do espaço institucional da SGTES

Nas linhas que seguem procuramos configurar a construção política e conceitual que deu condições de possibilidade para a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no primeiro governo Lula.

5.6.2.1 O fator Olívio Dutra

Olívio Dutra é um ator político importante neste estudo. Como já referimos anteriormente, é através dele que se dará a indicação de Maria Luiza Jaeger para a composição do Ministério da Saúde.

Nascido no município de Bossoroca, situado na região das Missões, no interior do Rio Grande do Sul, Olívio Dutra era filho de agricultores sem-terra e viria a ser um trabalhador bancário, funcionário concursado do Banco do Estado do Rio Grande do Sul (BANRISUL). Adentraria na militância sindical no contexto de luta contra a ditadura militar no país e contra as medidas de arrocho salarial promovidas contra os trabalhadores pelo então Ministro da Fazenda da ditadura, Delfim Netto.

A minha militância evidentemente começou como um trabalhador bancário, como fui por 35 anos, funcionário concursado do Banco do Estado do Rio Grande. Depois quando eu vim para Porto Alegre em 1970, eu já era bancário há nove anos, filiei-me ao Sindicato dos Bancários porque lá em São Luiz Gonzaga não tinha Sindicato, aqui tinha e eu passei a militar na base do Sindicato e ao mesmo tempo trabalhar e estudar (OLÍVIO DUTRA).

Transferido para Porto Alegre, Olívio formou-se em Letras pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e viria a ser presidente do Sindicato dos Bancários em 1975, o maior Sindicato de sua categoria naquele estado. É da experiência da luta sindical junto aos movimentos sociais, populares e comunitários no combate à ditadura militar que Olívio Dutra vai se forjar uma liderança política das lutas mais gerais do país.

Então aprendi bastante nessa militância e depois como dirigente do Sindicato dos Bancários de Porto Alegre, o maior sindicato da categoria no estado. E então ali eu contatei com muitas pessoas, colegas, outras categorias também de trabalhadores, enfim... lidar com a coisa pública, de interesse público, como é o caso categorial e construir unidade na diversidade, na pluralidade, aprender sempre uns com os outros... então vem muito dessa minha construção nos movimentos sociais e populares, em especial no Sindicato e na minha categoria e daí aquele corre e outras relações com lutas mais gerais no final da década de 1970 (OLÍVIO DUTRA).

Também é na luta sindical que Olívio Dutra conheceria Luís Inácio da Silva, que veio a ser seu amigo pessoal e despontava como líder sindical junto aos metalúrgicos do ABC:

Eu conheci o Lula em 1975, ele era o dirigente do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC. Nós tínhamos umas lutas seríssimas, todos os trabalhadores no país, com a política econômica da ditadura, era Ministro da Fazenda o Delfim Neto e definia reajustes de cima pra baixo segundo cálculos esotéricos. E nós com o DIEESE, Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, desmontamos esses raciocínios esotéricos e fomos à luta para dizer “Não! Os trabalhadores estão sendo extorquidos de reajustes que já deveriam estar percebendo há mais tempo!” Isso foi uma luta que se espalhou pelo Brasil e, portanto, a ditadura também caiu em cima desse movimento, dos Sindicatos, enfim... (OLÍVIO DUTRA).

Olívio Dutra, como consta em sua ficha “Perfil dos Candidatos do PT” das eleições de 1982, admitia haver sido filiado ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB) em 1978 com a seguinte justificativa escrita à mão pelo mesmo: “fui filiado por um bancário para votar nele para presidente do Departamento Trabalhista” (DOCUMENTOS DOSSIÊ, 2008, p. 120). Em setembro de 1979 Olívio Dutra comandaria a greve geral do funcionalismo público, razão pela qual foi preso e teve seu mandato sindical cassado em plena ditadura militar.

Em 1979 o Sindicato dos Bancários sofreu a terceira intervenção durante a ditadura, eu era o presidente, junto com outras lideranças fomos levados pela Polícia Federal, presos por mais tempo, 14 dias, mas nem por isso a categoria se dispersou. Manteve o seu movimento e evidentemente houve intervenção no Sindicato, nós perdemos os direitos sindicais, não podíamos nem pisar dentro do Sindicato (OLÍVIO DUTRA).

Junto de Luís Inácio da Silva, o Lula, Olívio Dutra ajudaria a fundar o Partido dos Trabalhadores (PT) no ano de 1980, consagrando-se seu 1º vice-presidente nacional e presidente estadual da sigla no Rio Grande do Sul até o ano de 1986, para no ano de 1987 tornar-se presidente nacional do PT, eleito por unanimidade (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2009). Protagonista do surgimento de um movimento nacional de trabalhadores, sob o signo de um sindicalismo de novo tipo, Olívio também seria membro da Comissão Nacional Pró-CUT e ajudaria a fundar a Central Única dos Trabalhadores (CUT) em agosto de 1983.

Olívio foi candidato do PT em diversos pleitos, desde o seu reconhecimento como partido político pelo Tribunal Superior de Justiça no ano de 1982. Seria candidato a governador não eleito naquele ano de 1982 e o deputado federal constituinte mais votado do PT gaúcho no ano de 1986. Em 1988, Olívio Dutra experimentaria sua primeira vitória nas urnas: seria eleito Prefeito da cidade de Porto Alegre, alcançando a marca de estar entre os três petistas eleitos em capitais.

Na Prefeitura de Porto Alegre, Olívio construiria a proposta de um Orçamento Participativo. O Orçamento Participativo orientava-se sob a insígnia de garantir o princípio da participação universal e direta das cidadãs e cidadãos, combinando elementos da democracia direta e da democracia representativa e de sua auto-regulamentação pela própria sociedade. Esses princípios combinavam-se à importância da discussão da totalidade do orçamento público, entre investimentos e custeios, o que contribuiria em grande medida na criação de consciência e co-responsabilização dos cidadãos no processo como um todo e finalmente pela prestação de contas do governo sobre as decisões no tocante às políticas públicas (SOUZA, 2002). A experiência de Porto Alegre serviria de base para a adoção deste modelo de participação popular em várias cidades ao redor do mundo, pondo em prática o que viria a ser conhecido como “o modo petista de governar”.

Essas discussões então podiam ser feitas através de reuniões com as entidades, os movimentos, com o povo geral nas assembleias do Orçamento Participativo junto com a questão técnica de como organizar o orçamento público: receita, despesa, onde destinar verba, discutir porque é que tem que condicionar tal percentual de dinheiro no orçamento pra isso e pra aquilo e não pra aquela outra coisa etc. Então se enriquece a visão do cidadão sobre como lidar com essas coisas e como fazer o estado funcionar bem e não pra poucos ou pra alguns, mas funcionar bem e melhor pra maioria numa ideia que passou-se a se chamar “modo petista de governar” mas no meu entendimento isso tem que ser o modo de governar a coisa pública independente de partido, enfim. O PT assumiu isso claramente e nós aqui procuramos colocar em prática, é isso (OLÍVIO DUTRA).

Em 1994, Olívio Dutra tentaria eleger-se ao governo do Rio Grande do Sul, sem êxito, perdendo a disputa para Antonio Britto do PMDB. Naquele ano, o PT conseguiria eleger seus primeiros governadores: Victor Buaiz no Espírito Santo e Cristovam Buarque no Distrito Federal.

Em 1998, Olívio Dutra, que na ocasião tentava pela segunda vez ao governo do estado do Rio Grande do Sul, elege-se governador do estado com 50,9% dos votos no segundo turno. Olívio estava entre os três governadores eleitos pelo PT em 1998, ao lado de Jorge Viana no Acre e Zeca do Mato Grosso do Sul.

Com o mote: “Construindo um governo democrático e popular”, a experiência do Orçamento Participativo seria continuada no governo do estado que partiria de uma divisão do estado em 22 regiões feita no último ano do governo do pedetista Alceu Collares. Em março de 1999, após 11 anos desta prática de OP na Prefeitura de Porto Alegre ao longo de 3 gestões municipais consecutivas do PT, começam as Assembleias municipais nos 467 municípios do

estado do Rio Grande do Sul, processo que garantiria a participação de pelo menos 190 mil pessoas (SOUZA, 2002).

Olívio Dutra, que pretendia tentar a reeleição para o governo do estado foi derrotado por Tarso Genro na disputa política das prévias do Partido, que escolheu Tarso como candidato no ano de 2002. Sobre esse processo de prévias do PT no Rio Grande do Sul, o próprio Lula diria mais tarde em entrevista à Ivana Jinkings:

Tive uma experiência muito ruim, quando o Olívio Dutra era governador do Rio Grande do Sul: o Tarso Genro sugeriu fazer uma prévia, e o Olívio Dutra aceitou. Eu falei: “Olívio, você não pode aceitar a prévia. Se aceitar, significa que está atendendo a um conjunto de companheiros do PT que estão dizendo que você não foi um bom governador. Mesmo que você ganhe a prévia, vai ser difícil ganhar as eleições. Porque você foi questionado internamente! ”. E o que aconteceu? Nós perdemos a eleição (LULA, 2018, posição 1702).

Tarso seria derrotado naquelas eleições por Germano Rigotto do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Mais tarde Tarso falaria deste episódio, referindo-se a este como um erro político seu:

Já fiz várias autocríticas nesta jornada de 58 anos de militância. Tenho meus arrependimentos. Quem não tem é porque não está na vida. O maior deles foi ter derrotado o então governador Olívio Dutra na prévia do PT em 2002. Impedi o Olívio de tentar a reeleição e perdi. Resolvi concorrer naquela eleição porque a disputa interna no partido estava muito radicalizada. Foi um erro político de minha parte. O Olívio deveria ter sido candidato. Eu tratei de recuperar as nossas relações pessoais e políticas, mas é um período que eu guardo com uma lembrança amarga (TARSO GENRO, 2020).

Não posso deixar de me indagar e fazer o exercício de imaginar o que teria acontecido se Tarso não tivesse cometido este erro político a que se refere, deixando Olívio Dutra concorrer àquelas eleições? Ainda faria sentido escrever esta tese? Jamais saberemos. O fato é que tanto Olívio Dutra como Tarso Genro, dois importantes quadros políticos do PT do Rio Grande do Sul haviam sido derrotados e estavam sem mandato no ano de 2003, ano em que Lula do PT assumiria o mais alto cargo da nação: a Presidência da República do Brasil. Tal fato possibilitaria a ambos o ingresso no governo federal.

Olívio seria convidado por Lula para assumir o recém-criado Ministério das Cidades no âmbito do governo federal.

O Lula me convidou. Já tinha feito o convite antes, eu era governador, dentro dos próprios movimentos quando nós discutíamos a Política, discutíamos problemas nacionais, enfim... nossas andanças Brasil afora. Então a questão do Ministério da Saúde, o pessoal da área do urbanismo, o pessoal da área dos movimentos sociais, conselhos municipais, tudo isso... levou que a experiência nossa aqui em Porto Alegre se colocasse para o Lula essa ideia, essa

experiência... de “podemos levar a nível nacional com o Ministério das Cidades” criados pelo nosso governo, criados pelo nosso projeto. Portanto no primeiro governo do Lula se criou o Ministério das Cidades e eu fui convidado por ele para assumir esse Ministério inaugurado (OLÍVIO DUTRA).

Além de Olívio, outros nomes do estado do Rio Grande do Sul seriam convidados para a composição do Ministério de Lula. Ademais a força política do PT naquele estado aliada ao fato de seus maiores quadros políticos terem sido derrotados se constituiria decisivo para configurar um panorama das escolhas dos Ministérios destinados aos quadros políticos daquele estado no primeiro governo de Luís Inácio Lula da Silva. A autobiografia de José Dirceu registra em um comentário rápido o incômodo causado com o espaço destinado aos gaúchos no governo de Lula:

Durante esse processo aconteceu um episódio que demonstra o alto grau de dificuldade para montar uma equipe coesa e eficaz. Indicado o Ministério, saltava à vista a quantidade de gaúchos: cinco ministros (DIRCEU, 2018, p. 346).

Por decisão de Lula, as Secretarias do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, Mulheres, Promoção da Igualdade Racial, Direitos Humanos e o Gabinete de Segurança Institucional foram equiparados a Ministérios e o titular da pasta possuía o status de Ministro. Segundo o que afirma José Dirceu, Lula tomaria essa decisão frente às disputas de quadros políticos do Partido por espaço no governo.

Tarso Genro criou uma pequena “crise”, exigindo ser ministro. Repeliu o título de “secretário” do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social, como eram os de Mulheres, Promoção da Igualdade Racial, Direitos Humanos e GSI, que não tinham *status* de Ministério, mas de secretarias de outros ministérios como o da Agricultura, no caso da Pesca, Justiça no caso dos Direitos Humanos. Lula não teve alternativa. Aproveitou a deixa e deu *status* de ministério a todas as secretarias, o que era mais do que justo, apesar da pouca grandeza da causa inicial da decisão (ZÉ DIRCEU, 2018, p. 346).

Os cinco ministros do estado do Rio Grande do Sul nessa primeira configuração de governo eram: Olívio Dutra no Ministério das Cidades; Miguel Rosseto, ex-vice-governador do estado no Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar; Emília Fernandes na Secretaria de Direitos da Mulher; Tarso Genro na Secretaria do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social e Dilma Vana Rousseff no Ministério de Minas e Energia, que entraria nesta conta de Dirceu por haver construído sua carreira política no estado do Rio Grande do Sul, onde havia sido Secretária de Minas, Energia e Comunicações do governo de Olívio Dutra.

Dilma Rousseff é originalmente de origem mineira, nascida em Belo Horizonte, iniciou sua luta política em movimentos revolucionários de ideias socialistas. Na ditadura militar foi presa por quase três anos e barbaramente torturada. Após deixar a prisão, reconstruiu sua vida pessoal e política ao lado do seu ex-companheiro Carlos Araújo, membro fundador do Partido Democrático Trabalhista (PDT). Foi no Rio Grande do Sul que Dilma Rousseff graduou-se em Economia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e trabalhou na Prefeitura de Porto Alegre e no estado do Rio Grande do Sul no governo de Alceu Collares do Partido Democrático Trabalhista (PDT) à frente da Secretaria Municipal da Fazenda no município de Porto Alegre de 1985 a 1988, na Presidência da Fundação de Economia e Estatística nos anos de 1991 a 1993 e de 1993 a 1994 à frente da Secretaria Estadual de Minas e Energia. Em 1998, graças ao apoio do PDT no segundo turno ao PT que sairia vitorioso das eleições ao governo do estado naquele ano, Dilma Rousseff, que era do PDT, passou a integrar a Secretaria de Estadual de Minas, Energia e Comunicações do governo de Olívio Dutra. Na sua gestão à frente da Secretaria faria subir a capacidade de atendimento do setor elétrico em 46% em meio à crise do apagão elétrico que atingiu o resto do país no final do governo de Fernando Henrique Cardoso (BLOCO CIDADANIA, 2010).

No rompimento da aliança entre PDT e PT para a composição de chapa à prefeitura de Porto Alegre no ano de 2000, Dilma apoiaria o candidato petista Tarso Genro. Em 2001, Dilma Rousseff filiou-se ao Partido dos Trabalhadores (PT) e no ano de 2002 foi considerada o primeiro nome de indicação técnica do governo de transição de Luís Inácio Lula da Silva (FOLHA DE SÃO PAULO, 2002f), vencendo a indicação do físico e engenheiro nuclear Luiz Pinguelli Rosa que era o mais cotado para o cargo. A área de energia tornou-se uma das preocupações centrais de Lula, depois da crise do apagão elétrico no governo FHC. Lula falaria mais tarde sobre como se deu a indicação de Dilma Rousseff ao seu governo:

Eu sabia que ela era secretária do Olívio Dutra, mas não tinha muito contato, até porque ela era do PDT. Quem cuidava do meu grupo de energia era o Pinguelli Rosa. Então, a gente tinha, a cada ano, três, quatro reuniões com vários engenheiros do setor energético. Já próximo de 2002, aparece por lá uma companheira com um computadorzinho na mão. Começamos a discutir e percebi que ela tinha um diferencial dos demais que estavam ali porque ela vinha com a praticidade do exercício da Secretaria de Minas e Energia do Rio Grande do Sul. Aí eu fiquei pensando: acho que já encontrei a minha ministra aqui. Ela se sobressaiu em uma reunião que tinha quinze pessoas. Pela objetividade e pelo alto grau de conhecimento do setor. Foi assim que ela apareceu no meu governo (LULA, 2009).

Olívio Dutra seria consultado pelo próprio Lula sobre a indicação de Dilma Rousseff ao governo federal e jogaria peso na decisão do presidente por Dilma, aquela que viria a ser mais tarde, Presidenta da República:

(...) depois da eleição, o Lula me consultou. Eu falei pra ela: “Olha, Dilma, o Lula vai te convocar para a transição na área de Minas e Energia e eu te digo que tem mais coisas para tu assumir” (OLÍVIO DUTRA, 2009).

Ao ser perguntado sobre o que Lula tinha visto em Dilma Rousseff, Olívio responderia:

Um certo comedimento, o fato de ela ter uma visão articulada da área, uma discrição, uma modéstia sem falsidade. Ela com o laptop dela. Está tudo organizado ali. Tem números, elementos, quadros. Ela é sempre afirmativa. Posso ter pesado um pouco na balança naquele momento, mas, da transição para frente, o mérito é todo da Dilma (OLÍVIO DUTRA, 2009).

Durante o governo de Lula ocupou inicialmente o Ministério de Minas e Energia ficando no cargo até junho de 2005 quando o governo sofreu a “crise do mensalão”, ocasião em que substituiu José Dirceu no cargo de Ministra-Chefe da Casa Civil até 31 de março de 2010. Nas eleições daquele ano, Dilma Rousseff seria indicada pelo Partido dos Trabalhadores como candidata para concorrer à eleição presidencial disputando contra José Serra do Partido da Social Democracia Brasileira. Em 31 de outubro de 2010, Dilma Vana Rousseff entrou para a História como a primeira Mulher a ser eleita à Presidência da República Federativa do Brasil.

Por seu prestígio político junto ao Partido dos Trabalhadores e a sua relação pessoal com Lula, Olívio Dutra além de jogar peso na indicação de Dilma Rousseff, articularia a ida de outros nomes de sua equipe para a composição do governo de Lula. Ele cita a indicação de duas mulheres, dentre as quais estava Maria Luiza Jaeger, que havia sido sua Secretária municipal e estadual de Saúde e também iria para o governo federal para o comando de uma Secretaria do Ministério da Saúde.

Eu nunca fui de discutir detalhe e pessoas, discutia a política em geral e achava que a experiência que nós tínhamos aqui e as relações que tínhamos com o movimento social popular comunitário do qual o Lula participava, as discussões sobre saúde que nós tínhamos na Intersindical, tudo isso nos fazia conhecer uns aos outros, portanto essa questão de detalhamento da saúde eu tinha por conta que tinha exercido já uma tarefa executiva como governador do estado. **Mas o Lula sempre teve muita clareza das metas gerais de uma política de saúde pública, então a nossa experiência ele quis aproveitar e por isso me convidou. Não sei se tinha outras figuras para esse Ministério, eu só sei que tinha gente muito boa e articulamos duas grandes mulheres, eu tenho um carinho muito grande por elas e que exerceram tarefas importantes no Ministério** (OLÍVIO DUTRA, grifos nossos).

Em meio às polêmicas quanto à definição de um nome para o comando do Ministério da Saúde, Lula estava convencido do nome do médico Adib Jatene à ocasião, mas encontraria

a oposição da militância da saúde do PT. Sobre isso, Maria Luiza Jaeger nos relata uma conversa que teria havido entre Lula e Olívio Dutra:

Eu acabei falando com o Olívio, nunca tinha ido num fim de semana incomodar, a criatura foi lá incomodar no Palácio e o Olívio era um cara que tinha acompanhado todo o processo que a gente tinha feito tanto no município quanto no estado e toda discussão... então o Olívio tinha absolutamente claro o que que era o SUS, como é que era, etc e tal. E ele (Lula) e o Olívio sempre foram superamigos, companheiros.

Daí o Olívio liga para o outro e aí explica “Olha, vai ter problemas em relação a toda a mobilização que tem, tu tem que lembrar da nossa Prefeitura, tu tem que lembrar da nossa história, tu tem quadros etc e tal”... (MARIA LUIZA JAEGER).

Sob a proteção de Olívio Dutra e da militância sindical da saúde do Rio Grande do Sul, de onde vinha, Maria Luiza Jaeger seria indicada para a composição do governo Lula. Humberto Costa que havia sido o escolhido de Lula para o comando do Ministério da Saúde teria a tarefa de alocar Maria Luiza Jaeger em sua equipe.

Na verdade, como ela era a pessoa que tinha uma militância forte na área de saúde, dentro do PT, já tinha tido uma experiência administrativa lá no Rio Grande do Sul, ela foi cogitada para várias posições, entendeu? **Não foi assim: a gente criou uma Secretaria já imaginando que seria ela.... ela era uma pessoa que a gente queria que ela tivesse na equipe, digamos assim, do primeiro escalão do Ministério.** E a medida que a gente foi construindo essa reforma, essa reestruturação do Ministério, fomos começando a avaliar quem podia, quem não podia, quem se adaptaria melhor e o nome dela foi ganhando força e ficou (HUMBERTO COSTA, grifos nossos).

Havia, portanto, uma compreensão de que Maria Luiza Jaeger deveria estar no comando de uma Secretaria no interior do Ministério da Saúde. Junto de Gastão Wagner e Jorge Solla, os três compunham a equipe que Humberto Costa queria junto dele no Ministério da Saúde.

Como é que fica o Solla, o Gastão e eu? Ele (Humberto) diz que quer os três e que ia decidir como é que é e quem ele botaria onde. Ele fala primeiro com o Gastão e propõe para ele ficar na Secretaria executiva.

(...) ele convida o Solla para a Secretaria de Atenção à Saúde e quando ele me liga ele diz “**olha Luiza eu quero que tu venha pra essa Secretaria, porque primeiro tu não é uma profissional de saúde, então a pressão das profissões vai acabar acontecendo e também tu não é da Academia, então também essa pressão...** tu te dá com todo mundo, então tá”. Então tá, montamos essa proposta (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Entretanto, como relata Humberto Costa, por não ser profissional de saúde e nem ligada à Academia, Maria Luiza Jaeger teria dificuldade de ser aceita em uma Secretaria que lidasse diretamente com as questões relacionadas à atenção à saúde e que recebesse, portanto, pressão direta das categorias profissionais da área.

Por esses e outros fatores haveria uma reestruturação do Ministério da Saúde e nesse ensejo teve de ser criada uma nova Secretaria no interior desse Ministério para acomodar Maria Luiza Jaeger: a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

5.6.2.2 Reestruturação do Ministério da Saúde de Lula

Com a indicação de um nome petista ao Ministério da Saúde, já que havia se consolidado a indicação de Humberto Costa, criavam-se as condições para tirar do papel uma pauta antiga do Movimento Sanitário ligado ao PT: a reestruturação do Ministério da Saúde.

E a outra proposta que a gente vinha discutindo é: vamos entrar no Ministério já com a estrutura... “a gente criticou a estrutura, então vamos montar a estrutura que a gente quer!” Então a gente já vinha de uma discussão de como é que seria isso (MARIA LUIZA JAEGER).

Gastão Wagner nos afirmou em entrevista que Maria Luiza Jaeger foi a grande arquiteta da reestruturação do Ministério da Saúde, considerando a inclusão nesta estrutura da parte de “pessoal” do SUS, junto dos Sindicatos:

Essa reforma da estrutura de lá, a arquiteta disso é a Maria Luiza Jaeger, inclusive antes de a gente ganhar, ela que tinha essas ideias, ela que tinha estudado muito, óbvio que ela consultava várias pessoas, mas ela meio que centralizava isso. E aí tinha a parte de pessoal, a ideia da SGTES, da reforma da estrutura e tinha o povo dos Sindicatos também (GASTÃO WAGNER).

Havia uma forte crítica à forma de organização da política de saúde do governo de Fernando Henrique Cardoso feita por parte do Movimento Sanitário que apoiava o PT. De fato, o viés municipalista no qual se forjaram as ideias em torno de um sanitarismo petista entrava em choque com a centralização adotada nas gestões anteriores da política nacional de saúde. A plataforma de governo do PT nas eleições de 2002 para a área da saúde trazia destaque para essa pauta de reestruturação do Ministério.

O “Programa de Governo da coligação Lula Presidente”, no capítulo sobre Saúde, traria uma forte oposição à centralização administrativa do Ministério da Saúde no governo anterior que impunha numerosas e fragmentadas iniciativas de cima para baixo em suas campanhas e programas, desrespeitando as realidades dos municípios e conseqüentemente ignorando o atendimento às necessidades da população. Como solução a isto, o programa propunha a adoção de uma gestão descentralizada do SUS e “a cultura e prática de uma gestão solidária entre as três esferas de governo” para que municípios e estados coordenassem a organização dos

serviços no seu território, conforme seu planejamento e as deliberações de seu controle social (PROGRAMA DE GOVERNO, 2002).

Ao Ministério da Saúde caberia a gestão nacional do SUS sem concorrer com estados e municípios, a capacitação de estados e municípios visando ao fortalecimento do planejamento local do sistema de saúde no âmbito de suas competências de forma que os serviços de saúde fossem “organizados e controlados de baixo para cima” e mecanismos de acompanhamento da gestão descentralizada, de metas e resultados pactuados a serem alcançados.

Tendo em vista a crítica ao modus operandi centralizador do Ministério da Saúde, o documento sinaliza a necessidade de reorganização da estrutura desse Ministério:

O Ministério da Saúde será reorganizado, de modo a tornar sua estrutura horizontal e unificar as diversas áreas concorrentes entre si. Deverá ter estrutura enxuta, com forte capacidade de gerir e monitorar o sistema de saúde nacionalmente e cooperar técnica e financeiramente com os estados e municípios (PROGRAMA DE GOVERNO, 2002, p. 49).

O documento específico do programa eleitoral para a saúde intitulado: “Saúde para a Família Brasileira” reiteraria que a gestão e condução do SUS pelo Ministério da Saúde deveria ser descentralizada efetivamente, com cooperação técnica e financeira da União com todos estados e municípios para que possam desenvolver suas próprias condições de organização dos serviços (SAÚDE PARA A FAMÍLIA BRASILEIRA, 2002, p. 22).

Vale ressaltar que estes documentos trariam um conjunto de áreas a serem priorizadas em um novo arranjo do Ministério da Saúde.

No “Programa de Governo da coligação Lula Presidente”, o capítulo sobre a Política de Saúde encontra-se estruturado em dezessete tópicos que abordam algumas ideias ou eixos prioritários de discussão: Atenção às necessidades de saúde da população; a proposição de uma gestão descentralizada do SUS pelo Ministério da Saúde; a criação de um “Sistema Nacional de Informações em Saúde”; a relação do SUS com os serviços privados; Financiamento; uma Política de Pessoal do SUS; Controle Social (PROGRAMA DE GOVERNO, 2002).

No documento “Saúde para a Família Brasileira”, publicado em setembro de 2002, em relação à atenção em saúde dispensada, enumeravam-se seis medidas de organização dos serviços que refletiriam em um maior financiamento para estas prioridades elencadas: fortalecimento e qualificação da Atenção Básica; estruturação do atendimento às urgências; prioridade ao financiamento de formas alternativas de atendimento, como internação domiciliar, centros de cirurgia ambulatorial e hospitais dia; estímulo à constituição de Centros de Referência por grandes áreas de especialidade em substituição aos tradicionais ambulatórios;

reorganização do atendimento hospitalar e de Alta Complexidade incluindo aqui o estabelecimento de uma nova uma nova forma de financiamento dos Hospitais Universitários e gestão participativa e humanização dos serviços (SAÚDE PARA A FAMÍLIA BRASILEIRA, 2002).

Outros tópicos de destaque nesta proposição de plano de governo para a Saúde seriam: o controle da dengue, malária e outras epidemias pelo reforço a ações de Vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental; uma reformulação e ampliação da Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica de modo a oferecer medicamentos de baixo custo à população; a garantia de Saúde Bucal à população; a constituição de um Sistema Nacional de Vigilância à Saúde; a constituição de uma Política específica e um Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde e a garantia de atendimento diferenciado de saúde a alguns grupos: crianças e adolescentes; mulheres; idosos; povos indígenas; população negra; portadores de doenças crônicas ou endêmicas; portadores de problemas mentais; portadores de deficiência; pela aplicação do princípio da equidade. A área de “Recursos Humanos” também ganharia destaque, como mencionado anteriormente neste trabalho (SAÚDE PARA A FAMÍLIA BRASILEIRA, 2002).

Curiosamente, são essas áreas que seriam priorizadas pelo Decreto nº 4726, publicado em nove de junho de 2003, que previa um novo arranjo à estrutura do Ministério da Saúde, com algumas mudanças principais entre as quais podemos citar: (1) a reestruturação da antiga Secretaria de Assistência à Saúde, que passou a se chamar Secretaria de Atenção à Saúde, e que herdou o Departamento de Atenção Básica e o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da antiga Secretaria de Políticas de Saúde, além da criação do Departamento de Atenção Especializada; (2) a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, que herdou o Departamento de Ciência e Tecnologia da antiga Secretaria de Políticas de Saúde, além de criar mais dois Departamentos (Assistência farmacêutica e insumos estratégicos, e departamento de economia da saúde); (3) a extinção da antiga Secretaria de Políticas de Saúde (esvaziada pelo deslocamento de seus departamentos); (4) a criação da secretaria de Vigilância em Saúde e (5) a criação da secretaria de Gestão Participativa (BRASIL, 2005b).

As razões para haver uma reestruturação do Ministério da Saúde são explicitadas por Humberto Costa:

Na avaliação nossa, a forma de organização que o Ministério tinha, a estrutura do Ministério era uma coisa completamente defasada, sem vinculação inclusive com a organização que o SUS tinha. Então, por exemplo, a gente resolveu aglutinar todas as políticas de saúde numa única Secretaria embora estabelecendo coordenações diferenciadas. Por quê? Porque a política de

Atenção Básica, a Política na área de Alta Complexidade e Média Complexidade também, então não fazia sentido você ter uma Secretaria que cuidasse de Atenção Básica e outra que cuidasse do restante da Atenção, então nós juntamos numa Secretaria embora existisse uma coordenação da Atenção Básica e uma coordenação da Atenção Especializada. A Vigilância em Saúde a gente tinha a FUNASA que fazia esse trabalho, mas que não tinha um status de Secretaria e nem fazia todas as atividades.

(...)

Por exemplo, pesquisa em saúde, era uma coisa que tinha em cada Secretaria, tinha dinheiro e tinha alguma coisa tratando disso... então a gente resolveu juntar tudo, traçar uma política de pesquisa em saúde... a Assistência Farmacêutica tinha na Atenção Básica, na Atenção em Saúde, não sei aonde, então botamos tudo isso dentro da mesma Secretaria, entendeu? Então tinha uma lógica que era essa (HUMBERTO COSTA).

Assim, a reestruturação vinha para sanar uma crítica antiga em relação à excessiva centralização e falta de articulação entre as áreas do Ministério da Saúde. Um aspecto importante a ser considerado nessa reestruturação é a consequente extinção da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS).

5.6.2.3 A extinção da Secretaria de Políticas de Saúde

A reforma do estado era tema central em todo o mundo na década de 1990 e seria responsável por reduzir a autonomia dos estados na formulação e implementação de políticas. No Brasil, esta reforma ganharia centralidade após a eleição de Fernando Henrique Cardoso e vinha acompanhada de uma profunda crise econômica que marcaria aquela década e inauguraria uma era de políticas de ajuste fiscal e de privatizações. Na Saúde torna-se emblemática a criação da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) no interior do Ministério da Saúde.

A criação da SPS, no governo FHC se deu no contexto da Reforma de Estado, conduzida a partir do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE) feita com o fim de reduzir a dimensão do Estado nas atividades consideradas não essenciais, além de desenvolver novos modelos de organizações, como as agências regulatórias. Ela deriva diretamente da decisão de extinguir duas autarquias (Superintendência Nacional de Abastecimento – SUNAB- e o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN). Tal decisão se materializou em um conjunto de decretos articulados assinados no mesmo dia, entre os quais decreto nº 2.284 de 24 de julho de 1997 (BRASIL, 1997).

Esta Secretaria seria responsável pela construção de políticas em várias áreas: Medicamentos, Alimentação e Nutrição, entre outras. Para isto, no interior da SPS, havia um “Departamento de Formulação de Políticas de Saúde” responsável pela elaboração de todas as

políticas de saúde. É interessante notar a visão de política sustentada no interior desta Secretaria e do Ministério da Saúde de FHC. Parecia haver mesmo uma “metodologia de formulação de políticas”. Núbia Brelaz, uma das entrevistadas deste estudo trabalhou como técnica no “Departamento de Formulação de Políticas” e posteriormente na SGTES, nos fornece um relato de vivência do processo de formulação neste lugar institucional:

Definiu-se uma metodologia de elaboração de políticas de saúde, nós temos inclusive uma publicação que fala desse processo, que fala de como era feito esse processo de elaboração. Trabalhava-se dentro de grupos técnicos que se chamavam grupos de trabalho, mas era um grupo técnico formado por especialistas que vinham de vários lugares, da própria área técnica do Ministério da Saúde, da Academia e dos serviços e também das entidades de classe. Formava-se um grupo de trabalho e esse grupo de trabalho apresentava uma proposta de política e essa proposta ia para um debate público por algum tempo, geralmente o principal debate era na OPAS que se apresentava e tinha um momento de oficina em que se conhecia todo o documento e tudo que envolvia o documento das políticas e a partir daí se dava então a devida análise e a crítica para que se aprimorasse aquele documento. Depois disso viria para a última instância que era o Conselho Nacional de Saúde, passava pela Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde. Depois de aprovada, a política ia ser publicada em forma de portaria, publicada mesmo no Diário oficial e aí então se dava a implementação a política que era um outro processo institucional, dependendo da política e dependendo do que fosse aprovado (NUBIA BRELAZ).

Referente especificamente à área de “recursos humanos em saúde” encontramos a publicação de três documentos referentes a uma “Política de Recursos Humanos” (BRASIL, 1995; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2002c).

De fato, no interior da SPS também estava a “Coordenação geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS” que lidava com as questões referentes à área de “recursos humanos em saúde”. Esta Coordenação havia sido ligada inicialmente à Secretaria de Assistência à Saúde, depois vindo a pertencer à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, e finalmente à Secretaria de Políticas de Saúde, fazendo parte do terceiro escalão da estrutura ministerial.

Com a reestruturação do Ministério da Saúde no governo Lula, a antiga Secretaria de Assistência à Saúde se transformou na Secretaria de Atenção à Saúde, passando a concentrar um conjunto de atividades de atenção que estavam dispersas em outras Secretarias. Aquele núcleo central de formulação de políticas foi considerado completamente irrelevante, de modo que na nova estrutura pensada pelo novo governo, a SPS seria completamente extinta para dar lugar à SGTES. Contudo, como a nova estruturação formalizou-se após alguns meses, e já com a decisão de criar a SGTES a ser conduzida por Maria Luiza Jager, a escolha foi nomeá-la inicialmente para a SPS, aproveitando-se dos DAS e FG desta Secretaria e dos quadros daquele

Departamento de Políticas, já condenado à extinção. O depoimento de Humberto Costa abaixo, deixa clara a completa irrelevância para o novo governo daquele núcleo de formulação de política, ou melhor, daquele legado da Reforma de estado de Bresser.

A Secretaria de Políticas de Saúde se eu não me engano ela era muito vinculada basicamente à parte de Atenção Básica, alguns programas... tudo isso a gente botou dentro da Secretaria de Atenção à Saúde, era uma lógica e um modelo completamente diferente do que tinha anteriormente. E dada a prioridade desse tema de formação profissional, de organização e regulamentação do trabalho em saúde, foi o que fez a gente considerar que seria importante ter essa Secretaria, entendeu? (HUMBERTO COSTA)

Como é possível registrar na fala de Humberto Costa, a SGTES também era criada no bojo de reestruturação do Ministério da Saúde e seria estruturada no mesmo espaço físico que pertencia à SPS. Apesar de estar no mesmo espaço físico, a SGTES não substituiria a SPS, cujos departamentos seriam realocados em outras Secretarias e outros simplesmente extintos. Nubia Brelaz, técnica do Ministério da Saúde relata como se deu a extinção da SPS:

Eu fiquei lá até a criação da nova Secretaria, da SGTES, que na verdade se a gente for pensar que houve a SPS, né, que era como era chamada, ela foi extinta com o governo Lula, ela desapareceu mesmo! E chegou uma nova Secretaria, que embora não fosse abarcar todas aquelas iniciativas, aqueles programas que estavam na SPS, porque também foram por um outro lado, ela cria uma outra coisa que não existia, então nós tínhamos quando a SPS foi extinta se criou a SAS, que aí todos os programas de saúde foram pra lá e o departamento de formulação de políticas já estava extinto na prática... então com isso sumiram os projetos ou os processos todos de elaboração de políticas e continuou a ideia de que a política tem que ser feita pelas áreas técnicas do Ministério, então sumiu! Aí começou um novo tempo em 2003 no Ministério da Saúde, havia um novo governo e com ele veio uma nova estrutura do Ministério. Essa nova estrutura trouxe, entre outras novidades, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, e eu fiquei lá. Já era no mesmo andar, já estava na mesma estrutura física que estava sendo instalada a SGTES, era onde funcionava a SPS, e aí os servidores que estavam lá alguns permaneceram e outros não, outros foram embora e se distribuíram nas outras áreas (NUBIA BRELAZ).

Tampouco a SGTES nasceu pelo crescimento da Coordenação Geral de Recursos Humanos no interior da SPS. Existiam diferenças substantivas, a começar pela estrutura, o espaço físico que seria ocupado pela nova Secretaria, cuja robustez inviabilizava qualquer parâmetro de comparação em relação ao que era a Coordenação de Recursos Humanos:

Primeiro ela vinha com uma estrutura em que se a gente pensasse na estrutura que a Coordenação Geral de Recursos Humanos tinha, que trabalhava a questão das formações e tal, ela era muito pequena perante a estrutura de uma Secretaria. Transformar uma coordenação em que sai de uma Coordenação geral para uma Secretaria, vai muito chão aí... Na Coordenação Geral de Recursos Humanos não se tratava as coisas de recursos humanos com a dimensão que a Secretaria, que a SGTES estava trazendo para os recursos humanos, porque havia muitos pequenos projetos na Coordenação de Recursos

Humanos para nível médio, para nível superior... e havia assim um certo arranjo institucional que era bastante limitado em relação às próprias demandas que os recursos humanos que naquele artigo da Constituição, o artigo 200 pedia e estaria pedindo e ela (SGTES) poderia responder aquelas demandas que naturalmente viria. Com a dimensão da SGTES ela conseguiria responder ao que estava pedindo o artigo 200, mas não aquela Coordenação. Aquela Coordenação era uma sala praticamente, uma sala e meia, duas, talvez três se muito, entendeu? (NUBIA BRELAZ).

A agenda da nova Secretaria também não era a mesma que a da Coordenação Geral de Recursos Humanos. A SGTES nasceria para enfrentar concretamente questões históricas do SUS ao buscar dar consequência ao que estava estabelecimento constitucionalmente através do artigo 200 em relação à ordenação da formação dos trabalhadores e às demandas postas pelo campo da gestão do trabalho em saúde:

A Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde traz uma agenda que está longe de ser uma agenda feita até então pela Coordenação Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde. Não porque não tivesse isso como um propósito de futuro provavelmente, mas não aconteceu. Aconteceu só quando se criou uma instituição que é a SGTES que trabalhou essas coisas todas. E aí todos esses temas de trabalho, de negociação da Mesa e tudo o mais saiu com um ‘frizo’ bem visível, ela trouxe marcadores importantes sobre discussões sobre trabalho, dos profissionais e dos trabalhadores da área de saúde, como também demandas para a formação. Nessa época a gente se viu dentro de um novo horizonte, porque há uma Secretaria que vem tratar um assunto com uma profundidade até então desconhecida, e trazendo para o Ministério não só novos apontamentos para se discutir, para se colocar na Mesa, para se discutir com propósito político de um Ministério, como também trazia nesse mesmo movimento discussões bastante qualificadas para que essas pautas fossem melhor trabalhadas (NUBIA BRELAZ).

Abriu-se um novo espaço institucional, com o deslocamento do grupo dos recursos humanos em saúde que estava a frente da Coordenação Geral de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Saúde desde a sua criação.

5.6.2.4 O rompimento com o campo de recursos humanos em saúde

A partir de 2003 com o início do governo do sindicalista Luís Inácio Lula da Silva e com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), conforma-se o território político que inauguraria outro patamar sobre a discussão referente aos “Recursos Humanos em Saúde” no Brasil. É aqui que haverá a emergência de um novo discurso, sob novo vocabulário, com a presença de outros atores e atrizes, que marcará uma inflexão importante neste campo de discussão. O recorte deste momento político, entretanto não está descolado totalmente das influências de iniciativas ou ações políticas anteriores. Por

isto, as narrativas anteriores nos ajudam a visualizar melhor quais as continuidades e rupturas que se estabelecem neste momento político em específico, donde surgem as novidades e as possibilidades criativas tanto no campo do desenvolvimento conceitual e teórico como no território da política institucional.

Como observa Emerson Merhy, havia uma cisão em torno deste tema nos governos populares desde a década de 1990, quando se começa a elaboração de uma nova visão para o campo da gestão da força de trabalho.

Essa discussão dos recursos humanos era uma discussão predominante nesse período dos anos 1970, ela ainda não me era uma grande questão nem um grande problema, ela vai começar a ser pra mim e pra muitas outras pessoas, uma grande questão e um grande problema já a partir das outras experiência dos anos 1980. Essa divisão mais clara pelo campo da esquerda e não pelo campo da direita, porque o campo da direita vai pro tema da gestão de pessoas mas pelo campo da esquerda aqui para nós **ela vai ficar muito relevante mesmo nas experiência dos anos 1990 dos governos populares porque aí nós vamos nos contrapor a ideia dos próprios governos, ou seja, tinha um racha dentro dos governos populares, a gente vai se contrapor aqueles que defendiam a ideia de RH numa visão ultra clássica em torno a esse tema da gestão da força de trabalho, nós vamos defender outro olhar sobre o tema do trabalho, então nos anos 1990 já é marcado por esse tipo de embate, não é pouco não** (EMERSON MERHY, grifos nossos).

Para compreendermos como surge a possibilidade de elaboração e emergência desse novo discurso, é preciso compreender o processo que subjaz e dá condições materiais a essa concretização. Procuramos traçar estes diferentes caminhos, sentidos e propostas nas linhas que seguem.

5.6.2.5 A SGTES entra em cena!

A criação da SGTES vinha ao encontro dos debates em relação à criação de um campo que pudesse dar conta das questões relativas à regularização dos vínculos dos trabalhadores da saúde aliado às necessidades de formação e qualificação profissional, pautas históricas do Sistema Único de Saúde. Para isso, a SGTES se propunha a agir em duas frentes de atuação: “garantir uma oferta efetiva e significativa de cursos de formação técnica, de qualificação e de especialização para o conjunto dos profissionais de saúde e para diferentes segmentos da população”, e em igual medida desencadear “a análise de projetos, propostas e políticas para a desprecarização dos vínculos de trabalho no sistema de saúde e a retomada da mesa nacional de negociação permanente no SUS” (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004, p.87).

Ela (a SGTES) foi se desenhando, mas já havia muita gente desde que a gente ganhou, defendia que a gente precisava ter um olhar diferente para essa área.

Nós tínhamos por exemplo como resolver o problema do vínculo dos Agentes Comunitários de Saúde que eram vitais para a Política de Saúde da Família, mas que tinham vínculos múltiplos e diferentes em vários lugares desde gente que tinha cargo comissionado passando por gente que tinha contratação por CLT passando por gente que fez concurso e por aí ia... se você avançasse para a própria área do Saúde da Família e outros profissionais também esse problema era grande, era relevante.

A outra coisa é que... os programas que a gente precisaria implementar, que tinha ideia de fazer, todos eles tinham o definir essa questão... é que a gente não tinha uma interseção muito bem-feita entre formação e serviço de saúde, o aparelho formador, Universidade, escolas técnicas e tal não formavam para as necessidades do SUS. Então, você ter uma Secretaria que tratasse de tudo isso era uma coisa necessária se a gente quisesse que o SUS pudesse ter um avanço na implementação (HUMBERTO COSTA).

A criação da SGTES vinha para dar conta de uma construção histórica dos debates nessa área de atuação, entretanto é importante afirmar que ela não foi fruto de uma consequência natural dos debates da área, embora a retórica de alguns atores possa sugerir isso:

O que que eu vejo? Que essa SGTES ela é digamos a conformação física e funcional de uma coisa que foi testada ao longo de uma década e mais de uma década, eu acho que desde da primeira Conferência de Recursos Humanos em Saúde... algumas coisas que você vê montada na cara da SGTES você vê lá discutidas na Oitava Conferência e na Primeira Conferência de Recursos Humanos em Saúde. É muito interessante de se observar que aquelas discussões e algumas não evoluíram (...) mas essa configuração que se monta... senão não teria espaço político para montar, você não teria massa crítica para reestruturar o Ministério e uma SGTES... é interessante... a Política ela tem uma percepção de trajetória e percepção histórica, não é isso? **Você não chega e diz “montei a Política”, você monta a Política com uma base que está construída historicamente** (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

A própria SGTES e aí eu tenho isso muito claro, ela é produto dessa construção histórica da última década, que foi uma construção histórica... você passa a ter a SGTES com força de Secretaria por uma construção política que vem de anterior, que tinha uma parte dos Observatórios, que tinha Pedro que já estava lá no Ministério e ele foi muito importante tá? E quem é que foi o grupo de trabalho para montar o governo Lula? Maria Helena Machado, Pedro Miguel e etc... Mas essa construção desse campo grande de recursos humanos... no governo Lula. Isso que eu acho que estou dizendo com muita clareza. Eu não estou tirando o mérito, mas vários atores que já estavam antes, que eram filiados ao PT e não é só na área do Planejamento não, na área e em outras áreas também, em outras Secretarias do Ministério tinha várias pessoas do PT trabalhando de vários locais, essas pessoas formaram assim uma massa crítica importante que dá origem à reestruturação do Ministério no governo do PT (CÉLIA PIERANTONI).

O que eu consigo identificar é que a criação da SGTES ela tem muito a ver com a gente ter conseguido constituir no Brasil um corpo de pesquisadores nessa área do conhecimento (de recursos humanos em saúde) que deram um amparo para criação da SGTES e isso eu não tenho dúvida (ANA ESTELA HADDAD).

Embora houvesse um apelo para dar maior centralidade à área no âmbito federal, a constituição de uma Secretaria específica no interior do Ministério da Saúde, em um lugar

institucional de destaque jamais dado à área na esfera federal, só se constituiria como demanda central devido à necessidade de alocar Maria Luiza Jaeger no primeiro escalão do Ministério da Saúde. Vale mencionar que isso só foi possível devido a uma janela de oportunidade criada a partir da articulação política do PT do Rio Grande do Sul e mais particularmente, de Olívio Dutra, que com seu prestígio político junto ao PT, indicou Maria Luiza Jaeger.

A centralidade dada à esta área no governo Lula, significou um fato político de importância sem precedentes, como aponta Ena Galvão:

Eu acho que a criação da SGTES no Governo Lula foi talvez o fato político mais importante para a área dos trabalhadores da saúde. Isso é inegável! Esse mérito que o PT teve, e teve outros méritos, inúmeros méritos e isso daí não vamos também ser reducionistas, ele teve muitos méritos das políticas sociais. Mas nessa área da saúde foi a grande sacada de colocar o chamado “recursos humanos” que é um nome que não leva a nada...recurso humano, financeiro e material é tudo igual! Chamar gente, pessoas para um mesmo lugar da infraestrutura, do medicamento, dar uma Secretaria com a mesma dignidade que foi dado para a SAS, que foi dado para a Ciência e Tecnologia... (ENA GALVÃO).

Mas se de um lado, a garantia de um maior espaço institucional significava uma vitória para a área, de outro, a criação da SGTES daria origem a uma série de conflitos deflagrados. **No plano político e conceitual**, Maria Luiza Jaeger e sua equipe marcariam uma posição de diferenciação ao romper com as discussões trazidas pelo “grupo dos recursos humanos em saúde” vinculados à OPAS, o “subgrupo da esquerda sanitária” como nos referimos lá atrás. Operacionaliza-se uma transição da discussão dos “recursos humanos” para a “gestão do trabalho e da educação na saúde”:

Se tradicionalmente falávamos em recursos humanos, como se esses recursos não fossem gente e pudessem ser igualizados aos recursos materiais, financeiros, infra-estruturais, etc., falávamos em Política de Recursos Humanos. Após a introdução legal da reforma sanitária no arcabouço constitucional das políticas públicas brasileiras, esta ideia ficou fragilizada, pois os recursos humanos ganharam lugar finalístico, e não mais de atividade-meio do setor. O artigo 200 da Constituição Nacional coloca como atributo do SUS o ordenamento da formação e o desenvolvimento técnico e científico para a força de trabalho atuante setorialmente. O gestor federal, então, neste momento, assume transformar o conceito e imagem da Política de Recursos Humanos em uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004, p.88).

Pistas desse rompimento podem ser vistas pelo desaparecimento do termo “recursos humanos” das publicações oficiais da recém-criada Secretaria e do relato de alguns atores e atrizes pertencentes ao “grupo de recursos humanos em saúde”. Neste trecho, Célia Pierantoni afirma que Maria Luiza Jaeger, embora fosse na OPAS, não conversava com ninguém da área de recursos humanos:

A Maria Luiza liberava... ela ia na OPAS sentava com o financeiro, ela não conversava com ninguém do “Recursos Humanos” da OPAS, sentava com financeiro da OPAS e liberava dinheiro sentada na cadeira do diretor financeiro da OPAS, era um negócio... não falava nada com o Paranaguá e nada com ninguém, era uma coisa pesada (CÉLIA PIERANTONI).

Célia relata que a criação da SGTES foi um “sonho dourado”, pela conquista de um lugar com a centralidade de uma Secretaria, mas se transformou “em um tormento”, uma vez que não seria liberado dinheiro para o Observatório de Recursos Humanos em Saúde, ligado ao grupo dos recursos humanos em saúde, situação que ela caracteriza como uma “perseguição financeira”. Célia logo identificaria que ela e Maria Luiza Jaeger estavam em grupos antagônicos:

A criação da SGTES foi um espetáculo, um sonho dourado, mas para alguns depois ela se transformou em um tormento como por exemplo pra mim, por quê? Porque a gente passou de uma certa maneira... no começo a perseguição não era política, mas era financeira, os projetos que a gente tinha... não liberaram dinheiro para o Observatório. Até que a gente foi a um Encontro Internacional... aquele negócio de sentar e conversar em que ela (Maria Luiza Jaeger) estava e eu sentei e conversei aí até brinquei no final e disse: **“Nós somos um grupo em espaços antagônicos, mas podemos trabalhar juntos”** (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

Entretanto, Célia identifica que esse “grande embate” na área de recursos humanos não se deu com Maria Luiza Jaeger, mas sim com Ricardo Ceccim, que, segundo ela, trazia o discurso de uma construção nova, mas sem o esforço de diálogo com as experiências anteriores que ela e outros atores traziam nessa área. Célia chega a mencionar que se faziam processos de educação permanente ou educação continuada nos Centros de estudos do INAMPS, onde ela teve experiência de atuação:

(...) então o interessante que na área de recursos humanos eu acho que só teve um grande embate, que até hoje não sei se foi embate, foi quando, e eu identifico hoje que não foi com Maria Luiza, o embate foi com o Ceccim, não era a Maria Luiza e aí você pergunta: “Por que que você identifica isso?” Porque no início eu coordenava... a gente não recebia dinheiro, não recebia nada, com o tempo, essas barreiras com a Maria Luiza foram se rompendo e a conversa com a Maria Luiza era muito mais integradora do que a conversa com o próprio Ceccim. O Ceccim entrou lá para desmontar (...) e com uma construção nova, eu acho que por isso ele não vingou, aqui entre nós, não se constrói porque eu quero. Você tem que chamar os caras, conversar com todo mundo, conversar. E a gente tinha uma experiência importante que eu carregava da Secretaria de Saúde e do INAMPS, porque a gente coordenou... o que que eu fiz no INAMPS? Todos os Centros de estudos e hospitais do INAMPS participavam dessa minha coordenadoria, o INAMPS tinha 14 hospitais gerais no Estado do Rio de Janeiro e isso é coisa pra caramba, hospital grande... então você tinha que aprender a conversar e a entender o que as pessoas faziam e não quebrar coisas específicas, coisas importantes de um determinado grupo e sim agregar o que fosse bom pra esse que pudesse ser bom para outros e vice-versa, isso é uma tarefa política importante. Então eu com essa coisa tive muita experiência de frequentar, digamos, esses conjuntos de pessoas que lidavam ou mal ou bem... **por exemplo os Centro de estudos**

são a visão de educação permanente daquela época do INAMPS, porque aí se fazia os processos de educação permanente ou educação continuada na época ou o que que fosse, e eram estruturas importantes dentro dos hospitais, tinham salas, auditórios, entendeu? Agregavam as pessoas, os médicos, em sua maioria médicos, mas depois enfermagem, tá?! Quer dizer, eram estruturas importantes, você tinha por exemplo o Hospital dos Servidores, tinha um prédio, então você tinha estruturas que às vezes fisicamente tinham poder porque a estrutura física determina poder... (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

De fato, Maria Luiza e sua equipe faziam questão de demarcar uma posição de diferenciação em relação ao grupo de recursos humanos em saúde, como se pode ver nos trechos abaixo:

Aí há uma discussão de posição em relação a isso, por exemplo, há uma posição diferente, aí começa a resistência do povo basicamente ligado ao Chico Gordo. **A gente tinha uma concepção de gestão, de gestão da educação e de gestão do trabalho e não de... eu sempre... isso eu discutia desde a época do município, que trabalhador de saúde não é mais um recurso, não é que nem o recurso físico nem o material. O trabalhador de saúde é que faz todo o resto funcionar, então saúde pra mim se faz com gente e essa não gente não pode ser tratada como mais um recurso.** Havia uma posição mais ou menos parecida na Organização Panamericana de Saúde, mas basicamente ela tratava mais com essa questão de “gestão de pessoas”, não era gestão do trabalho e da educação e ela centrava na questão do trabalhador que estava na rede, ela não centrava na questão da formação como um todo, na formação desde o ensino formal até o trabalhador que estava na rede. **Então aqui há uma divergência e acaba ficando gestão do trabalho e gestão da educação com uma posição...** apesar do Humberto, eu sei que ele fala “recursos humanos” o tempo inteiro, mas concepção dele de recursos humanos dele não é a mesma do Chico por exemplo, tá? Mas como todo mundo fala em recursos humanos, virou um conceito (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Mas a gente rompia com a ideia de recursos humanos, ninguém de nós concordava com a ideia de que os trabalhadores são recursos igual móvel, dinheiro ... não! Então, embora esse seja o termo internacional, a gente sempre falou... isso era consenso, nenhum de nós defendia esse negócio... (LAURA FEUERWERKER).

Núbia Brelaz, técnica do Ministério da Saúde que acompanhou a extinção da Secretaria de Políticas de Saúde e a estruturação da SGTES e trabalharia nesta Secretaria durante todo o governo Lula, afirma que não se tratava apenas da mudança da nomenclatura e do rompimento com o termo “recursos humanos”. A criação da SGTES trazia uma nova roupagem ao Ministério da Saúde, porque de um lado trazia um novo referencial teórico e sobretudo trazia uma nova estrutura institucional, com prestígio e notoriedade, capaz de promover reformas estruturantes nessa área e implementar uma nova agenda no campo da formação para o SUS:

E, naquele momento, a Secretaria ganhava um prestígio e uma notoriedade, digamos assim, que se esperava há muito tempo, porque sempre se tratou da força de trabalho e de tudo que chamava de “recursos humanos” e até hoje chamam, de uma forma muito mais administrativa, era muito mais ligada a questão de administração de pessoal, desenvolvimento de pessoas... e de uma forma muito tradicionalista

mesmo. Quando entrou a SGTES, ela entrou com uma roupagem absurdamente ousada, por quê? Porque ela estava trazendo todo o referencial não só teórico, mas o referencial estruturado e estruturante. Ela trazia toda uma estrutura institucional para que se produzisse todo o arcabouço mesmo, não só o arcabouço legal, mas o teórico, para fomentar e implantar uma nova pauta, uma nova agenda, que é a de como formar as pessoas, de fato, para o SUS. Finalmente havia então na agenda do Ministério uma área para isso (NUBIA BRELAZ, grifos nossos).

Entretanto, na disputa de narrativas entre os dois grupos – o grupo vinculado à Maria Luiza Jaeger e o grupo dos recursos humanos em saúde -, nota-se uma tentativa de naturalização dessa passagem do debate da área dos “recursos humanos” para a “gestão do trabalho e da educação na saúde”. Maria Helena Machado quando indagada sobre essa transição, afirma que esta nova compreensão da área foi se dando a partir do desenvolvimento do debate político e científico da área:

A compreensão vem fortemente da questão política, eu não tenho dúvidas disso, que o que levou as pessoas a pensarem diferente a área é a conotação política forte, ou seja, não era possível continuar tendo uma... todo mundo era muito engajado, esse grupo sempre foi muito engajado politicamente entendendo que era importante na Reforma Sanitária pensar os trabalhadores de forma diferente, mesmo assim eu ainda acho que aconteceram muitos erros e deixavam negligenciada de certa forma a questão dos recursos humanos, a questão dos trabalhadores e hoje a gente pena muita coisa em função disso. Então começamos a dar uma conotação política e a ler, entender e pesquisar internacionalmente como a coisa estava evoluindo no mundo e então fomos às fontes da Ciência Política, da Sociologia, da Economia e tudo da Administração Pública para entender o que que era. **Então acho que essa mudança de nomenclatura e eu diria paradigmática da área de RH para gestão do trabalho e educação em saúde é no sentido que é também uma evolução da Ciência, tudo evolui, então a Ciência mudou o pensamento dela de muita coisa e passou o foco nos trabalhadores que passam a ser objeto de estudo em várias áreas, eu acho que isso também não foi um achado do Brasil, foi um achado internacional** (MARIA HELENA MACHADO, grifos nossos).

Com esta transição entre os termos (e o tom pejorativo que se atribuiu ao termo “recursos humanos”), que se forja quando da criação da SGTES, o grupo dos recursos humanos em saúde passa a adotar mais correntemente o termo “força de trabalho” para designar o conceito de “recursos humanos”. Vejamos o que dizem Francisco Campos e Maria Helena Machado:

A OPAS foi por muito tempo basicamente educação médica e passa a ser recursos humanos... **agora esse conceito de recursos humanos é um conceito meio complicado... quer dizer... recursos humanos, força de trabalho, o utilitarismo desse conceito de recursos humanos... de certa maneira o pessoal trabalha aqui com o conceito de força de trabalho** (FRANCISCO CAMPOS, grifos nossos).

Então assim, o conceito de RH é um conceito antigo e conservador porque ele não conseguia ver aquele que estava aí trabalhando e precisando de assistência seja de enfermagem, médica, fisioterapêutica, psicológica ou odontológica, **ele**

não é um “recurso humano” e sim um profissional de saúde com formação própria, com pensamento próprio, com vontade própria, com desejos e necessidades, ou seja, é uma “força de trabalho” que está sendo vendida no mercado de trabalho, portanto é comprada por um gestor e que portanto essas pessoas são seres humanos que precisam ser vistos e olhados (MARIA HELENA MACHADO, grifos nossos).

Célia Pierantoni, entretanto, diz que usa indiscriminadamente ambos os termos. Para ela, o termo “recursos humanos” vem de uma referência internacional dos debates e pesquisas da área, por isso o termo “força de trabalho” não daria conta dessa substituição:

(...) mas essa construção desse campo grande de recursos humanos ou de força de trabalho o nome que você quiser tá?! Que eu vou dizer claramente, eu uso um ou outro indiscriminadamente sem nenhum prurido pelo termo de “recursos humanos” como é retificado... *human resources* era o que você usava para pesquisar na internet, não adianta inventar “força de trabalho” que não... bom enfim, eu estou falando isso, porque não me interprete como uma pessoa atrasada, eu faço com maior clareza ou um ou outro tanto que eu... quando nós montamos o projeto de formação Larga Escala a gente usava “força de trabalho em saúde” como conceito, eu usava mesmo... (CÉLIA PIERANTONI).

Ana Estela Haddad, que ingressaria no grupo dos recursos humanos em saúde e ocuparia a SGTES no pós-mensalão também utiliza indiscriminadamente o termo “recursos humanos”, de modo que, no seu discurso, apesar de reconhecer o incômodo com o termo por parte de outras pessoas, ela identifica o objeto de trabalho da SGTES como sendo a “Política de Recursos Humanos”:

(...) então assim pra mim ter trabalhado esses sete anos mergulhada no SUS e numa área do SUS que é a área de recursos humanos e de gestão do trabalho e da educação e **às vezes nem gostam quando a gente fala “recursos humanos”**, mas eu acho que são fundamentais, estratégicos a saúde é uma área por mais que eu estudo tecnologia também é minha área mas nunca eu não acredito que a máquina, a inteligência artificial vai substituir a relação humana que está por trás da área de saúde, saúde é mais do que tudo, cuidado, e isso é a pessoa que faz. Então ter trabalhado com a Política de recursos humanos, com a Política de formação para mim foi um presente muito grande, um grande privilégio (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

Naquele momento político de criação da SGTES, apropriando-se de um sentimento de otimismo e inovação que vinha com o primeiro governo do Partido dos Trabalhadores (PT), o grupo de Maria Luiza Jaeger procuraria enfatizar o caráter de novidade que vinha com esta Secretaria. Assim nos narra Núbia, que permaneceu como técnica no terceiro andar, lugar onde se consolidava a formação desta nova Secretaria.

Pois é, esse é um momento na verdade não foi muito fácil, foi bem difícil esse momento porque muitas pessoas não se sentiam nem convidadas a permanecerem e nem sentiam motivadas a ficarem naquela Secretaria pois **não sabíamos bem o que era, era a grande novidade e além do mais quem estava chegando trazia toda a equipe que não era a do Ministério, então havia uma novidade não só na própria Secretaria e no seu conceito que**

trazia essa Secretaria mas uma nova concepção de educação porque até então havia uma Coordenação Geral de Recursos Humanos que fazia parte dessa Secretaria de Políticas, então quando acabou a Secretaria de Políticas acabou também essa Coordenação Geral de Recursos Humanos (NÚBIA BRELAZ, grifos nossos).

A construção que se forja, portanto, é do início de algo novo, que estaria começando ali a partir da criação daquela Secretaria:

A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil. Integram esta Secretaria o Departamento de Gestão da Educação na Saúde e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (BRASIL, 2004b, p.6).

De fato, o Ministério da Saúde tomou para si a responsabilidade de produzir a maior transformação, neste meio século de sua criação, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação, regulação dos trabalhadores de saúde do Brasil (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004, p.87).

Mas a retórica de novidade sustentada por esses atores e atrizes causaria incômodos, especialmente ao grupo ligado à área de recursos humanos em saúde, que desde a Nova República ocupava a administração federal na área de formação e desenvolvimento de RHS.

E realmente eles tiveram muita truculência e eu acho que até em certo momento inexperiência no sentido de... algumas frases que eles falavam que a gente não entendia... “Agora tudo vai mudar, tudo vai ser diferente”! Não fala isso porque não vai ser diferente. “Vamos conversar: o que é que você pensa disso que estou fazendo aqui?!” (CÉLIA PIERANTONI).

A SGTES se estruturaria a partir de duas temáticas fundamentais: “o estabelecimento de uma política para a educação permanente no campo sanitário e a valorização do trabalho por uma política de saúde pensada segundo o engajamento dos trabalhadores do setor” (JAEGER; CECCIM; MACHADO, 2004).

Para isto, integrariam a SGTES o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) a quem caberia a “formação de pessoal para o setor e à educação permanente do pessoal inserido no SUS” e o Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) que estaria a cargo da “distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde” (BRASIL, 2003c; BRASIL, 2004b).

A tentativa de estabelecer e sistematizar novos marcos teóricos para pensar este campo, que se traduzissem em uma superação do debate posto em relação ao campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, deu lugar a uma intensa produção de textos

que acompanham o discurso de novidade sustentado pelos atores e atrizes que compunham a SGTES nesta primeira conformação do governo Lula. É neste contexto que irá se construir uma “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS” que alçaria a “educação permanente em saúde” à condição de política pública no interior do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), lócus institucional de atuação e influência do grupo vinculado à Maria Luiza Jaeger.

5.6.3 Montagem da SGTES

A SGTES procurava responder aos problemas postos no campo atendendo a duas questões: a gestão do trabalho e a gestão da educação. Maria Luiza Jaeger que tinha construído sua trajetória com acúmulo na área de gestão do trabalho, indicaria Alcindo Antonio Ferla, seu “chefe de gabinete” desde as gestões Olívio Dutra no Rio Grande do Sul - e pessoa de sua confiança pessoal, para compor a SGTES e acompanhá-la na missão de estruturar a recém-criada Secretaria. Luiza nos narra como conheceria Alcindo Ferla, que trabalhava no governo municipal de Alceu Collares e em como aconteceria a sua indicação para trabalhar junto dela na Secretaria Municipal de Saúde:

O Alcindo ele era funcionário concursado da Prefeitura de Porto Alegre ele estava no gabinete do prefeito desde a época do Collares... como ele sabia escrever etc e tal, ele estava... sabia escrever é ótimo (risos)! Ele estava na Secretaria que fazia o pedaço da secretaria do prefeito e a menina que era Secretária do Olívio me liga e diz assim “Luiza tu vive brigando com o Olívio que tu quer mais gente, tem um menino aqui que é estudante de Medicina, é um cara muito legal e é um absurdo deixar ele fazendo o que ele ta fazendo, eu posso te mandar ele aí pra conversar?” e aí ele foi pra Secretaria e ele ainda era estudante de Medicina daí a gente começou a trabalhar junto e eu acabei botando ele de Coordenador do departamento que mexia na parte de Epidemiologia de informação sem ter terminado a Universidade e tinha gente com doutorado dentro desse departamento, foi um estouro da boiada... então eu conheço ele daí desde 1989 e desde lá a gente sempre trabalhou junto. Lá na Assembleia na parte da Constituinte ele ajudou, daí quando a gente estava na Assembleia eu já estava na bancada do PT porque depois eu fiz as cadeiras do Mestrado lá da Saúde coletiva da Bahia que não se chamava Saúde Coletiva naquele tempo, daí na volta eu fui para a Assembleia de novo, daí a gente trabalhou na CPI que avaliou o governo Collares e foi uma CPI pedida pelo PT... **então a gente trabalhou várias vezes juntos e eu queria na realidade que o Alcindo tivesse vindo para o departamento...** (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Alcindo Ferla era estudante de Medicina e ainda estudante faria um concurso para a área administrativa da Prefeitura municipal de Porto Alegre no governo do pedetista Alceu Collares. Alcançando boa colocação no concurso, Alcindo iria parar no gabinete do prefeito, para

trabalhar na área de datilografia. Com a emergência de uma crise no centro do gabinete da prefeitura devido a um triângulo amoroso do prefeito, haveria uma redistribuição dos trabalhadores daquele gabinete. Alcindo Ferla iria então trabalhar na área administrativa e burocrática que se chamava “Seção de Redação Oficial”. Com a vitória de Olívio Dutra, Alcindo Ferla passou a trabalhar no gabinete de Tarso Genro, que acumulava o cargo de vice-prefeito com o de Secretário de Governo na gestão de Olívio. Mas desgastado por conta da atuação neste gabinete, Alcindo afirma que faria um movimento para ir para a Secretaria Municipal de Saúde:

E aí o Olívio ganhou a eleição e o Tarso assumiu a secretaria do governo municipal e Maria Luiza assumiu a Secretaria Municipal e eu não tinha uma militância muito acentuada porque tinha chegado há pouco tempo à Porto Alegre e mal dava conta de fazer o curso de Medicina e trabalhar. Eu fui para o gabinete porque como o gabinete tinha o regime de plantão e de verdade ajudava, diminuía a quantidade de servidores necessários durante as noites e as madrugadas dos plantões porque eu conseguia fazer uma porção de coisas que eram necessárias. Quando a Luiza assume a Secretaria, eu fiz um movimento pra ir pra Secretaria Municipal de Saúde e o Tarso e o então chefe de gabinete da Secretaria de governo que é de onde eu atuava pediram pra eu não ir, mas eu de fato estava super desgastado com a atuação e uma das minhas colegas da Secretaria de governo municipal era a irmã de um sujeito... de um administrador que tinha uma militância super forte na área da saúde e ele marcou uma entrevista com a Maria Luiza, eu não tinha tido contato com ela antes... tive contato numa aula do curso de graduação só, ela foi dar uma aula sobre Reforma Sanitária Brasileira em uma disciplina de Sócio-Antropologia da Saúde (...) Tem uma certa tensão lá com o Tarso porque não queria perder uma pessoa que era super legal que tinha feito o convite pra fazer uma porção de coisas, mas de verdade eu não queria uma carreira burocrática, eu queria me aproximar da Saúde e me pareceu que se por dentro do curso de Medicina não ia rolar, por dentro da Secretaria talvez rolasse, ainda mais que a Luiza tinha parecido uma pessoa sobretudo muito próxima (...) Então em que pese em que não ter nenhuma intimidade, nenhuma referência, em ter sido feito um agendamento mais ou menos formal em que um cara lá da área administrativa do gabinete do prefeito que está fazendo Medicina e que gostaria de vir para cá, ou seja, ela topou uma conversa que só podia ser uma encrenca né?! Porque o cara que está fazendo Medicina e tem um cargo de assistente administrativo na prefeitura só podia ser uma bela de uma encrenca, mas tudo que era encrenca pra mim, ela acabou topando (ALCINDO FERLA).

Alcindo Ferla se ocuparia de concretizar um projeto pensado por Maria Luiza Jaeger de criar um “Centro de Documentação e Informação”. Foi a partir dessa vivência na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre que Alcindo passaria a circular na área de Informação em Saúde.

E daí fui pra Secretaria e fui locado no gabinete da Maria Luiza e meu trabalho foi ajudá-la a montar o que estava na cabeça dela e mais na de ninguém e nem na minha própria, que era o Centro de Documentação que de verdade era um super dispositivo de educação permanente. Ele colecionava documentos, fontes de várias... de notícias do cotidiano desde as publicações do Ministério da Saúde sobre as políticas até as notícias do dia, e a gente tinha um sistema de leitura de jornais que não só fazia aquela clippagem de notícia que iria virar problema, tinha recomendações sobre a saúde, tinha uma porção de coisas que era distribuída por xérox para os vários setores e era desde a Unidade que tinha

perdido o médico ou enfermeiro, enfim que podia virar uma encrenca no dia seguinte, como também recomendações de saúde do idoso cuja fonte talvez não fosse confiável e era legal que as Unidades de Saúde no entorno daquela notícia pudessem tomar providências, se organizar, enfim e propor uma outra mediação que não fosse a que estava naquela recomendação (ALCINDO FERLA).

É importante apontar que Alcindo na sua trajetória tinha interesse e seria atravessado pela educação popular. No Movimento Estudantil, fazia parte da direção da Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) onde tinha criado um Centro de Pesquisa em Educação e Saúde (CENEPES) e ingressaria no Mestrado, realizando progressão para o Doutorado na área de Educação. Terminada a gestão municipal de Olívio Dutra, já na gestão Tarso Genro, Alcindo seria convidado para trabalhar na Secretaria Municipal de Educação.

No governo estadual de Olívio Dutra, quando Maria Luiza Jaeger assumiu a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, ela o convidaria para compor sua equipe ao que ele inicialmente recusaria. Entretanto, devido à falta de um nome para esta tarefa, assumiu interinamente a Coordenação de Planejamento que se estendeu até o final do mandato de Maria Luiza na Secretaria.

Maria Luiza foi escolhida como Secretária e me escolheu para trabalhar com ela e eu disse que não poderia infelizmente acompanhá-la e que eu ia escolher o Doutorado, demorou muito pra eu decidir por isso, tive que fazer uma segunda banca. Enfim, era um procedimento um pouco atípico e a Maria Luiza aceitou que eu ficasse ajudando na composição da nova equipe e até dia 31 de janeiro ela não conseguiu encontrar ninguém para coordenar o gabinete. E eu bobinho acreditando que ela estivesse procurando alguém e aí começou o governo Olívio e eu me dispus a ficar até março e de qualquer forma janeiro, fevereiro e março não ia acontecer nada na Universidade. Bom, e aí no primeiro dia de janeiro o Olívio foi na Secretaria pra dar posse para todo mundo e chamou a Anne Riger que era a Coordenadora do Planejamento e ela estava no auditório e não respondeu porque tinha passado no Doutorado com o Gastão também em Campinas e resolveu ser mais ponderada do que eu e não ia dizer não para a Maria Luiza porque ela não tinha coragem, então ela não apareceu e bem no meio da cerimônia a Maria Luiza e o Olívio trocaram olhares e como a assessoria de Planejamento era vinculada ao gabinete, eu fui nomeado naquele momento, no ato escrito à mão pelo Olívio Dutra nas minhas costas aqui porque o auditório estava lotado e protocolo não tinha preparado um público adequado para o Olívio, então interinamente para ser Coordenador do Planejamento. A interinidade durou quatro anos (...) Mas eu nem era Coordenador do Planejamento, nem nada e eu só ia ficar três meses mesmo então tinha um monte de problemas que eu achava que não eram meus. A Maria Luiza era daquele jeito assim... porque ela vai empolgando, conquistando a gente pelo desejo e aí ela vai dando corda para que o projeto aconteça, ela vai tendo ideias e aí vai somando, somando e quando vê daqui a pouquinho tem uma dezena de pessoas envolvidas (ALCINDO FERLA).

Com a emergência do governo Lula e por sua experiência de trabalho na estruturação de um “Centro de Documentação e Informação” no trabalho junto à Maria Luiza Jaeger na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e posteriormente na criação de uma Rede

Gaúcha de Informação em Saúde, Alcindo Ferla seria indicado para compor o governo de transição de Lula e ajudar a estruturar a área de “Informação e Informática” no interior do Ministério da Saúde.

Com a definição de que Maria Luiza Jaeger estaria no comando de uma nova Secretaria no interior do Ministério da Saúde, ela novamente convidaria Alcindo Ferla para compor e ajudar a estruturar esta Secretaria, entretanto Alcindo negaria o convite, preferindo a tarefa de servir de interlocutor e “tentar ajudar a aparar as arestas do Gastão” no Ministério da Saúde, segundo nos relata Maria Luiza:

Pra mim eu queria que fosse o Alcindo, mas ele resolveu tentar ajudar a aparar as arestas do Gastão com todo mundo, depois ele se deu mal e foi embora (MARIA LUIZA JAEGER).

Alcindo seria nomeado Diretor da área de Informação e Informática em Saúde que englobava o DATASUS e o Cartão Nacional de Saúde.

Quando indagado sobre as razões que o fizeram negar o convite de Maria Luiza para compor sua equipe, Alcindo elencaria três razões: a primeira razão deve-se à estruturação das Secretarias, que se dava a partir de grupos de pessoas mais ou menos consolidados que vinham de articulações anteriores nos estados, causando uma situação de fragmentação de grupos nas Secretarias do Ministério; a segunda devia-se à pouca afinidade de Alcindo à pauta da “Informação e Informática”, que ele afirma ter ingressado por pressão do grupo com que trabalhou no governo de transição e a terceira razão devia-se a que ele tinha o desejo de ocupar mais o lugar da Universidade e menos da gestão e considerava que Ricardo Ceccim seria a escolha mais adequada para esta tarefa.

Acho que foram três cálculos que foram sobrepostos, o primeiro é de que estava meio que natural, não é que estava meio natural, estava natural! A gente não é os robzinhos lá do gabinete do ódio, então vai fazendo grupos de aproximação por proximidade mesmo então entendo que... então eu fui vendo que ia tendo grupos com um tropismo prévio muito grande e a Secretaria Executiva tinha uma quantidade grande de gente em São Paulo próxima do Gastão, aí lá na Secretaria Executiva... enfim as Secretarias estavam se montando desse jeito e eu achei que isso era uma condição de fragilidade. A segunda coisa é de que eu acabei me atribuindo uma missão que não mobilizava muito o meu desejo e que era essa coisa da área de Informação e Informática, que nessas alturas dos acontecimentos tinha muita pressão dentro do Cartão e do DATASUS pra que eu topasse isso, porque o grupo de transição trabalhou durante dois meses, super bem e eu tinha uma referência anterior com todo mundo nos estados também, então tinha uma certa pressão. **No convite da Maria Luiza também achei que entre eu e Ricardo era mais adequado que fosse o Ricardo, ele estava na Universidade e tinha muito mais experiência na coisa acadêmica e achei também que também ia ficar um núcleo decisor da Secretaria... ia ficar com muito sotaque gaúcho, então achei que era oportuno que eu não fosse, mas pago até hoje esse preço porque a Maria Luiza diz que preservou um DAS até o dia que saiu da Secretaria.** Quando eu saí do DATASUS ela também voltou à carga, mas aí eu não queria ser da... quer dizer, eu saí, mas não era porque eu estava de

mal com o Gastão, eu saí porque estava exausto da engrenagem administrativa, meu problema era o lugar da gestão (...) não fiquei com vontade, estava exausto e estava querendo me ocupar da Universidade, estava achando que a Universidade era o polo revolucionário da sociedade e bom, passei um bom tempo exercitando isso (ALCINDO FERLA, grifos nossos).

Mas, ele admite uma certa frustração em relação a esse lugar de gestão na área de “Informação e Informática” do Ministério da Saúde, onde os “jogos de interesse” inviabilizavam o nível de invenção que ele parecia buscar nesse lugar de gestão:

Eu acho de fato o principal motivo é de que eu fui perdendo... fui querendo um nível de tesão, de invenção, nessa coisa de um trabalho centrado em tecnologias leves e não estava mais rolando assim, porque era tecnologia leve-dura e não era leve-dura do conhecimento estruturado, era dos jogos de interesse que inviabilizavam uma série de coisas... (ALCINDO FERLA).

Com a negativa de Alcindo, Ricardo Ceccim seria indicado por Maria Luiza Jaeger para a tarefa de ajudá-la a estruturar a nova Secretaria sob seu comando.

Ricardo Burg Ceccim formou-se em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e estabeleceu uma trajetória marcada pela atuação em vários territórios. Luiza o conheceria quando ele era estagiário de Enfermagem na Equipe de Assistência Materno-Infantil e Nutrição (EMIN) da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, onde Luiza veio a trabalhar.

O Ricardo eu conheço porque trabalhou comigo no estado e ele era estagiário da Materno-infantil, que foi depois da “Educação em Saúde” eu fui pra “Materno-infantil” quando o Scliar saiu de lá e o Ricardo era enfermeiro e a mulher dele era médica e os dois trabalhavam em uma Unidade de saúde meio como é que a gente diz? Meio que uma Unidade de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é do lado do *campus* e eles trabalhavam lá de estagiários e foram fazer estágio também na Secretaria e conheço o Ricardo dessa época e a gente trabalhou junto, isso é década de, sei lá 1980 (MARIA LUIZA JAEGER).

Mas Ricardo Ceccim seria atravessado fortemente pelo campo da Educação na sua construção intelectual. Ele mesmo nos afirma que sempre teve identificação com esta área:

Eu sempre tive um interesse pela área da educação, que se marcava num primeiro momento pelo que a gente chama de “educação para a saúde”, “educação em saúde” ou “educação popular em saúde”, depois educação e saúde ou educação popular e saúde. Aquela prática de que a gente faz uso quando a gente pensa em Saúde Comunitária/Saúde Pública. A gente sempre tem essa coisa do componente educativo no encontro com o usuário, com a população... Trabalho de base, trabalho de comunidade. Então tinha um pouco esse passado. Esse primeiro momento de alguma forma existia e aí eu faço dessa “educação em saúde” um caminho para a “educação popular em saúde” e na educação popular em saúde um dos temas que vai ficando mais claro é a questão da divisão de classes, o capitalismo, os interesses econômicos, o quanto que as pessoas são expostas ao adoecimento pelas condições econômicas ou socioeconômicas, o que que é a vida na periferia, essa divisão

também das cidades, tudo isso a educação popular vai colocando de uma maneira mais evidente (RICARDO CECCIM).

Ceccim faria a passagem de uma concepção de “educação em saúde” marcada por um trabalho educativo de base direcionado ao usuário e população sobre questões mais gerais do processo saúde-doença para uma “educação popular em saúde”, que ele entendia agregar uma visão mais politizada na discussão dos condicionantes socioeconômicos do processo de adoecimento. Mas sua inserção na educação popular seria atravessada pela experiência de participação ainda como estudante de graduação em Enfermagem no Grupo Unido de Saúde Pública, o GUSP, um grupo de estudantes de cursos da saúde que faziam um trabalho na periferia da cidade de Viamão, município vizinho de Porto Alegre, junto ao Campus do Vale, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Junto a este grupo, Ceccim se engajaria nos debates sociais num momento político de grande efervescência com a criação do Partido dos Trabalhadores (PT). Este engajamento e experimentação diferenciada de formação fora do ambiente universitário, o faria refletir sobre este processo de formação na área da saúde a partir do aporte teórico-prático da educação popular.

Eu fiz Antropologia da Saúde e eu descobri que tinha população (risos), tinha cultura (ou culturas), modos de ver o mundo. Eu descobri isso quando eu fui fazer Antropologia. Na Antropologia, tinha um professor muito legal, eu fui conversar com o cara, queria saber onde eu podia aprender mais dessas coisas da cultura, da diversidade, diferença entre doença, enfermidade e sofrimento. Essas coisas, onde eu posso aprender como atuar com coisas desse tipo? Ele disse: “Ah, tem um grupo de estudantes que está fazendo um trabalho na periferia, cidade de Viamão. Dá pra se aproximar desse grupo”. Tinha até um nome, GUSP, Grupo Unido de Saúde Pública. Aí eu fui procurar esses estudantes. Era, digamos assim, um tipo de VER-SUS, éramos estudantes de Medicina, Farmácia, Psicologia, Enfermagem e Arquitetura. O nosso grupo se reunia uma vez por semana à noite, nas quartas-feiras. Era um grupo autônomo, a gente escolhia textos, a gente se reunia com textos, discutia textos e os modos de organizar sistemas de saúde. Aquilo era anos 1980, o país estava entrando na abertura. A gente era estudante, não tínhamos preceptor ou tutor, apenas estudantes de segundo ano, como eu, de quinto ou sexto ano, como os da medicina, alguns com militância contra a ditadura ou com bagagem no movimento estudantil. A gente tinha uma relação com a Assistência Social Vila Augusta (ASVA), entidade local com um trabalho comunitário. Tínhamos a presença de uma Comunidade Eclesial de Base - CEB, ligada à Teologia da Libertação. Éramos mais um grupo que estava lá, tínhamos sede física com sala de grupos, sala de atendimentos, sala de cursos. Também discutimos a criação do PT, foi o ano de criação do PT, então essas conversas estavam acontecendo e a gente vai pensando na nossa formação, que nos cabe agregar à nossa formação aquilo que ela não oferece: prática social e pensamento político. A educação popular tinha tudo isso, tínhamos todas as cartilhas de todos os trabalhos de base, da igreja, dos partidos de esquerda (ou das “células” “dos” ou “pró”-partidos). Naquele momento era cheio de cartilha pra discutir a sociedade, o Capital. A gente lia Marx, as cartilhas e os autores da saúde pública latino-americana. Então eu estava no meio da graduação e já estava fora da Universidade, fazendo um trabalho de periferia, fiquei dois anos nesse trabalho de periferia no GUSP, estudando educação popular e cheguei nos

autores que estavam na ENSP, como Victor Valla, então tinha essa base. (RICARDO CECCIM).

Depois de formado, Ceccim trabalharia na cidade de Viamão como enfermeiro da Unidade Sanitária Santa Isabel e supervisor de Saúde Pública. Marcado fortemente pela vivência da educação popular, Ricardo Ceccim ingressaria no Mestrado em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação do educador Nilton Fischer, que era da linha freireana e tinha um largo acúmulo de pesquisas na educação popular e educação ambiental.

Eu entrei no Mestrado da Educação por causa da educação popular com um orientador que era da linha freireana, o Nilton Fischer. E aí pega todo esse componente da educação popular, aí tem um conjunto de teóricos que vai passar por Gadotti, vai passar por Miguel Arroyo, Carlos Rodrigues Brandão, Paulo Ghiraldelli etc. Então, eu estava estudando na Educação, no Mestrado na Educação tinha toda essa linguagem da Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos, esses autores. A gente avaliava que toda pedagogia tinha que de ser uma pedagogia crítica, que os conteúdos eram formadores de consciência, que o povo precisava de emancipação. O discurso do final dos anos 1980 sobre as lutas sociais em educação ou em saúde. Tudo isso estava presente no meu Mestrado (RICARDO CECCIM).

Ceccim também trabalharia como colaborador da área de Saúde Mental junto à Secretaria de estado de Saúde e na gestão municipal de Olívio Dutra. Nessa gestão de Olívio em Porto Alegre ele trabalharia como coordenador da Equipe de Assistência Médico-Sanitária Integrada (EAMSI) e depois da Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente.

Na gestão de Tarso Genro à frente da Prefeitura Municipal de Porto Alegre em 1993, Ceccim seria convidado por seu orientador do Mestrado, Nilton Fischer, que havia se tornado Secretário Municipal de Educação, para o cargo de diretor da Divisão de Assistência ao Educando, que abrangia as áreas de Educação Especial, Equipe de Apoio Psicopedagógico, Nutrição Escolar, Saúde e Sexualidade na Escola, Auxílio ao Estudante.

Depois eu fui para a Secretaria Municipal de Educação, ali eu estava coordenando a Educação Especial. Na Secretaria de Educação eu juntava, conectava, a educação especial, a equipe de apoio psicopedagógico, sexualidade na escola e orientação sexual na escola, merenda escolar e auxílio financeiro ao estudante, tudo isso era da minha coordenação. Então eu discutia todas essas coisas, eu tinha proposta pra todas essas coisas. Então que eu tenho uma bagagem própria do setor da Educação, setor mesmo, setor de escola, setor de ensino, eu tenho um pouco dessa conversa, desse pertencimento. **Eu ingressei como docente, logo depois, numa Faculdade de Educação. Mas também estive na Secretaria Municipal de Saúde, na Secretaria Estadual de Saúde, fui de Unidade Básica de Saúde, fui de trabalho de base em periferia.** Então é com todas essas formações que vou para um doutorado na Psicologia Clínica, isso tudo vai compondo modos (RICARDO CECCIM, grifos nossos).

Ficando apenas por um ano na Secretaria Municipal de Educação, Ceccim ingressaria como professor assistente da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 1994. Seria cedido posteriormente pela Universidade para assumir o cargo de diretor da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul na gestão de Maria Luiza Jaeger junto à Secretaria de Estado da Saúde. Na sua gestão na Escola de Saúde Pública é que seria deflagrada a construção de uma Política Estadual de Educação em Saúde Coletiva e de Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC).

Em 1994, Ceccim ingressaria no Doutorado em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e desenvolveria seus estudos junto ao Núcleo de Estudos da Subjetividade onde teria um contato importante com Suely Rolnik. No Doutorado em Psicologia Clínica, a experiência de contato com o campo da Esquizoanálise aliada a uma bagagem de leituras da Análise Institucional, serão determinantes na composição de um pensamento e linguagem que atravessam a sua compreensão de “educação” no campo da Saúde.

Eu tinha feito um doutorado na Psicologia Clínica da PUC de São Paulo no Núcleo de Estudos da Subjetividade com a Suely Rolnik, então eu pensava desse jeito, me interessava pensar desse jeito. Mas além de que eu tinha feito o Mestrado na Educação, quando eu fui fazer o doutorado, eu já era professor de uma Faculdade de Educação e quando eu venho para o Ministério eu vim da Faculdade de Educação, que era a minha origem. **Então a educação ela constituía muito o meu modo de discutir as coisas.** Eu dizia: “A gente tem que interpretar processos de saúde-doença mas a gente quer mudar a relação que as pessoas estabelecem com o processo saúde-doença”, então eu, seja a população, o profissional ou os gestores. Eu preciso de um processo educativo, de uma interrogação, de uma abertura ao diverso, ao estranhamento. Pode ver que tudo o que eu escrevo tem essa marca. É difícil de me identificar tipicamente como alguém da Saúde Coletiva, eu raramente uso indicadores epidemiológicos, eu raramente uso indicadores de gestão de sistemas de saúde, eu sempre uso as pessoas, o pensamento, o desejo, a subjetivação, a singularização, eu uso sempre a produção pedagógica, essa é a minha linguagem. A Análise Institucional ajudou muito na minha linguagem, assim como Guattari. (RICARDO CECCIM, grifos nossos).

Esta vivência na Psicologia faria Ceccim ressignificar esta mesma visão de “educação” que vinha inicialmente de uma leitura freireana da educação popular. Neste processo ele passaria de uma visão da educação como “tomada de consciência” para uma “tomada do inconsciente”.

Eu vinha da tomada de consciência freireana, saí da tomada de consciência pra uma tomada de corpo, uma tomada do inconsciente. Não é o imaginário, é uma perspectiva de mundo, é o meu corpo em relação, então é outra coisa. (RICARDO CECCIM)

Sua vivência junto à educação popular e seu ingresso no Mestrado na área de Educação e Doutorado na área de Psicologia Clínica marcam uma inserção diferente de Ceccim no campo

da Saúde. Ele mesmo irá admitir que não tinha uma acumulação tipicamente de Sistema de Saúde, ao contrário de Laura Feuerwerker e Roseni Sena, que tinham Mestrado e Doutorado na área de Saúde/Saúde Pública.

Eu estava numa Faculdade de Educação, eu fiz um Doutorado na Psicologia Clínica, eu não estava numa acumulação que era tipicamente de Sistema de Saúde, eu tinha uma visão política de Sistema de Saúde, mas eu fiz isso nos quatro anos de Secretaria Estadual de Saúde, então, ali sim, eu adquiri muita formação, mas é diferente de quem passou mais tempo se preparando junto à saúde coletiva. Vou pegar o exemplo da Laura ou da Roseni: são pessoas cujo Mestrado e Doutorado foi no campo da saúde. Meu Mestrado foi na Educação, meu Doutorado foi na Psicologia Clínica, eu era professor da Faculdade de Educação. Diferente disso, elas fizeram Mestrado e Doutorado em Saúde ou Saúde Pública, estavam formando profissionais de saúde na universidade ou nas redes de serviço. (RICARDO CECCIM)

Eu até consigo dizer que eu tenho uma presença forte na Saúde Coletiva, mas muito marcada com uma linguagem da educação ou muito marcada com uma linguagem e ação da Psicologia. (RICARDO CECCIM)

Talvez por isso mesmo que a área de “educação” traduzisse um campo de possibilidades para Ceccim. Alcindo Ferla vai dizer que Ceccim traduzia (ou identificava) a experiência de produção de cuidado gestada nas experiências de governo da saúde no Rio Grande do Sul, nominando-a no campo da formação.

O Ricardo na Escola de Saúde Pública era o lugar onde essa vivência que a gente ia formulando como teoria de gestão, de cuidado... na verdade como produção e não teoria, **produção de cuidado e ele ia nominando na coisa da formação** (ALCINDO FERLA, grifos nossos).

Ceccim credita sua experiência na direção da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul ao convite feito por Maria Luiza Jaeger para integrar o comando do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). Também não era ele inicialmente a escolha para a Escola, mas Soraya Côrtes, socióloga, doutora em sociologia pela London School, que tinha sido professora na ESP/RS. Ele nos conta que ajudou Maria Luiza Jaeger a estruturar o desenho da SGTES, separando esta Secretaria em duas áreas: educação e trabalho, que mais tarde viraram dois departamentos:

O Ministério, quando eu chego lá em 2003, cheguei por causa do passado de gestão na Escola de Saúde Pública, porque eu tinha montado uma política estadual de educação em saúde coletiva. Eu chego no Ministério para uma política de educação na saúde. Então vamos fazer uma Política de educação na saúde, o trabalho e a educação são coisas distintas, eu separei essas duas coisas porque eu não tinha nenhum interesse, continuo com dificuldade para isso, com a agenda sindical, a agenda da carga horária, progressão na carreira, diálogo com Conselhos e Sindicatos, regulação das profissões, dimensionamento de trabalhadores. Tem toda uma agenda aí que eu não tenho interesse nisso, mas eu tenho interesse de falar com os professores, falar com os pesquisadores, falar com os estudantes. Na minha cabeça, essas são duas coisas, elas têm muitos cruzamentos, mas são duas coisas e eu escolhi uma delas. O fato de

serem duas coisas permitiu duas trajetórias, dois percursos, uma dessas coisas se tornou essa Política do tamanho que ela se tornou. (RICARDO CECCIM)

Coube à Ricardo Ceccim o comando do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, o DEGES. O DEGES, como a própria sigla revela, seria responsável pela “gestão da educação na saúde”. Foi o próprio Ceccim que escolheu a designação: “educação na saúde” para diferenciar de outros termos presentes no campo. Ele identifica alguns diferentes tipos de “educação” no campo da Saúde: “educação para a saúde”, “educação em saúde”; “educação e saúde”; e “educação na saúde”.

Para ele, a designação “educação na saúde” serviria para diferenciar da designação predominante “educação em saúde” ou “educação e saúde”, mais identificada à “educação popular” e a uma proposta de formação política da população para a área da saúde – e ainda da designação “educação para a saúde” que ele identificava como uma educação prescritiva, doutrinária de um conjunto de medidas a serem tomadas pela população.

Fui eu que dei esse nome porque o desenho do Departamento foi ainda no decreto do novo Ministério, aí era eu que estava fazendo essa parte, ainda não tinha muitos outros, tinha eu e Maria Luiza, e eu fiz essa defesa. Não vai poder ser “em”, vai ter que ser “na”. Ela me deu a tarefa de escrever essa parte, então quando eu escrevi eu construí esse nome “educação na saúde”, que eu achei que ficava mais claro.

Então, o primeiro nome que veio foi “educação na saúde”, **quando colocamos a preposição “na”, a gente queria fazer a diferença de que não era “educação em saúde”, aquela que possui uma produção intelectual muito densa e eu mesmo vinha dessa linhagem, a linhagem de quem pensa as práticas educativas junto aos usuários, junto às populações. A gente combatia o conceito (e a terminologia) de “educação para a saúde”, doutrinária e autoritária, do tipo ensinar aquilo que as pessoas “devem” fazer.** A gente falava, para isso, na “educação em saúde”, embora alguns autores já tivessem trocado a preposição pelo conectivo, isto é, “educação e saúde”. Autores como Víctor Vincent Valla e Eduardo Stotz, na ENSP, ou Eymard Vascellos, na UFPB. Não dava pra chamar “educação em saúde” porque esse era um campo consolidado e que a gente entendia importante, inclusive politicamente, do tipo a formação política da população para a área da saúde. Tanto que depois, na configuração final do DEGES, a gente trouxe também essa “educação em saúde” pra dentro do DEGES. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

É importante ressaltar que a área da “formação” era uma área de importância para a equipe que trabalhou com Maria Luiza Jaeger nas experiências de gestão municipal e estadual do Rio Grande do Sul, embora esta equipe não viesse - e não partisse - propriamente do campo de discussão disciplinar mais estrito da Educação.

Alcindo Ferla nos fala que na experiência de gestão municipal da saúde de Porto Alegre, a equipe sob o comando de Maria Luiza Jaeger tinha uma interlocução com Nilton Fischer, que

junto de Paulo Freire tinha uma iniciativa de “supervisão institucional” que discutia o apoio às Universidades.

Aqui em Porto Alegre tinha um polo de centros de estudos porque tinha uma ideia de descentralização, de regionalização, enfim era uma produção de rede, não formulava desse jeito, mas era a ideia: produzir redes. Aqui a gente fez uma big iniciativa que juntava estudantes de vários cursos da UFRGS e da PUC, da Psicologia, da Enfermagem, da Medicina e da Educação. A gente apoiava o movimento dos recicladores que tinha sobretudo aqui nas ilhas. A gente fez contato com um cara muito legal da educação que se chamava Nilton Fisher e ele tinha um grupo de pesquisa, que regularmente, a cada dois ou três meses recebia um cara baixinho, barbudinho, que morava em São Paulo: um tal de Paulo Freire. Que vinha aqui fazer uma espécie de supervisão, ele não chamava de supervisão, mas era pra discutir um pouco as iniciativas de apoio das Universidades. Nesse momento tinha uma ênfase na educação ambiental, uma relação grande com os recicladores/catadores. A gente tinha muitas atividades juntas (ALCINDO FERLA).

Na experiência de gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Maria Luiza e seu grupo apostariam na compreensão de se investir em duas arenas: atenção e formação. A proposta da gestão estadual na pasta passaria por dotar os municípios de incentivo financeiro e por buscar a efetiva regionalização tanto da assistência como da formação em saúde, conforme afirma artigo publicado por Maria Luiza Jaeger e parte de sua equipe:

Iniciamos a efetivação da descentralização da gestão do SUS com o incentivo financeiro e a regionalização da assistência e da formação por intermédio de: 1. remodelagem das delegacias regionais de saúde em coordenadorias regionais de saúde, que de repassadoras de papéis aos municípios passaram à cooperação técnica; 2. um projeto de redes macrorregionais (sete macrorregiões geo-sanitárias); 3. criação de 19 Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (Nuresc), na Escola de Saúde Pública/RS, para capacitação de gestores e apoio à formação de conselheiros; 4. reorientação dos programas de residência médica pela inclusão do aperfeiçoamento profissional especializado (noção de Equipe de Saúde) e ênfase na educação em saúde coletiva (epidemiologia, planificação e administração e ciências sociais para pensar o Sistema); 5. parceria com as universidades do estado como a constituição do Pólo de Educação em Saúde Coletiva; 6. fortalecimento dos consórcios existentes ou estímulo à organização de novos consórcios (JAEGER *et al.* 1999-2000, p. 13).

Neste artigo escrito por ela e parte de sua equipe explicitando as linhas estratégicas da gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, a “formação” era colocada como uma das linhas estratégicas desta Secretaria:

A formação, de modo pioneiro, está sendo colocada como linha estratégica na gestão estadual do SUS. Por que a formação é estratégica? 1. Porque é condição para a construção, para a implementação e para a compreensão do SUS; 2. porque há elevada demanda e ampliaram-se as expectativas de obter formação segundo a orientação política constante na proposta de governo; 3. porque é forma de difusão do conhecimento; 4. porque se explica por si mesma (qualquer um compreende o que é formação entre os critérios de uma política pública) e valoriza a ação governamental; 5. porque produz forte consenso social e porque forma novos consensos; 6. porque é arma de luta: nas consciências, nos corpos e nos sentimentos (JAEGER *et al.* 1999-2000, p.16).

Maria Luiza Jaeger nos ratifica que nas experiências de governo no Rio Grande do Sul havia uma clareza da importância deste tema, além de haver toda uma discussão no Movimento Sanitário em torno da necessidade de fazer cumprir o preceito constitucional de ordenação da formação no campo da saúde e que apareceria no Programa de governo de Lula:

Então havia já toda uma discussão sobre de que a gente precisava de um lado ordenar a formação, educação formal de um lado e não adiantava só mexer depois que o sujeito chegasse no serviço de saúde, segundo a gente tinha que estabelecer a necessidade de que a formação se desse no trabalho, que esse processo não se desse... a formação de graduação, formação técnica ela tinha que acontecer no trabalho também e não só sentadinho no banco e a questão da Residência e da intervenção na formação e que uma das atribuições também de formação das Universidades era formar o pessoal que estava na rede, da formação permanente do pessoal que estava na rede, então **esses conceitos que depois vão aparecendo no documento que se faz do Programa do Lula para 2003, muita coisa a gente já vinha fazendo no Rio Grande do Sul**, já vinha discutindo aqui e essa discussão ela passa a ser uma discussão nacional quando a elaboração do documento para 2003. Nessa discussão participa acho que mais de cem pessoas do país inteiro e se monta um documento da proposta em que uma das coisas era mexer com a questão da formação, assumir de uma vez por todas essa questão... (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Recordemos que na trajetória de Maria Luiza Jaeger, ela havia trabalhado junto de Moacyr Scliar no departamento de “Educação para a Saúde” junto à Secretaria de estado da Saúde do Rio Grande do Sul na década de 1970. Luiza também tinha realizado o Curso de Especialização de “Educação em Saúde” da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e tinha clareza da importância da inclusão dos segmentos de “educação popular”, visto que ela também vinha de uma trajetória de militância junto aos movimentos sociais. Ricardo Ceccim chama a atenção de como os movimentos ligados à educação popular em saúde desde a década de 1970 foram fundamentais para a politização dos quadros populares do campo da saúde, dando base para o processo de Reforma Sanitária Brasileira. Ele menciona que esse esforço de organização culminaria na participação destes segmentos na Oitava Conferência Nacional de Saúde e na Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a qual Luiza integraria:

Tem uma marca forte dos anos 1970, tudo isso que ressignificou o Brasil da ditadura à democracia e que revemos, combatido nos dias de hoje, como um recuo das lutas ao seu passado sombrio. A educação popular em saúde fez no Brasil nos anos 1970 e 1980 a politização das bases populares, dos trabalhadores da atenção primária, no caso, a Saúde Comunitária, e configurou os quadros populares de saúde. Isso deu base para a Reforma Sanitária, que não foi acadêmica. Foi a educação popular funcionando fortemente que chegou na 8ª Conferência, chegou na Comissão Nacional de Reforma Sanitária via segmento dos trabalhadores (classes trabalhadoras), das Associações de Moradores e comunidades de base. **A Maria Luiza também era familiar à educação popular em saúde, a Luiza estudou em São Paulo, na USP, por causa da educação em saúde**, mas a nossa educação em saúde é essa educação com base em conceitos da educação popular em saúde, que está dentro das CEBs, que está dentro de todos esses movimentos de base, do trabalho de base. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

A estruturação deste Departamento, portanto, se fez a partir da clareza posta de que se deveria ter um espaço destinado à formação de graduação na área da saúde, à área de educação popular em saúde e também ao ensino de nível técnico.

Sabendo da ligação entre Alcindo Ferla e Maria Luiza Jaeger e com interesse pessoal na área de educação superior, Gastão Wagner, que era o vice-ministro da Saúde, faria a proposta de incluir na SGTES a área de informação sob o comando de Ferla em troca da área de educação superior, proposta que seria prontamente recusada por Maria Luiza Jaeger.

Daí o Gastão me liga quando a gente está montando a estrutura para propor que “quem sabe a gente pega...” – só o Gastão (risos) - porque estava nessa Comissão estava trabalhando o Alcindo também e o Alcindo vinha trabalhando há bastante tempo com a questão da informação, a informação não como informática, mas a informação como informação...

Daí o Gastão propõe o seguinte: “Vamos fazer o seguinte: tu passas para a minha parte, tu passa para a Secretaria executiva a questão da formação de ensino superior e vai para a Secretaria a parte de informação, mas aí eu digo: “espera aí meu filho, informação é informação, geral do Ministério, era uma das coisas que a gente discutiu no início foi de que a gente não ia fazer um recorte conforme a cara do freguês e que vamos montar uma coisa de um jeito decente, vamos montar o Ministério de acordo com o que é a estrutura, então não tem sentido essa tua proposta. Tu é o Secretário Executivo e claro que tu vai participar de todas as discussões, mas a proposta que se fez inicialmente de discutir com o Humberto foi isso que a gente discutiu (MARIA LUIZA JAEGER).

Gastão confirmou este fato, ressaltando que ele tinha uma larga atuação na área de “formação em saúde”, mas que grande parte das suas ideias haviam sido adotadas pela equipe que ocupou a SGTES:

Eu trabalhei muito com formação em saúde, tenho texto e investigação e estudos, eu sigo uma corrente da educação que tem que ser baseada na prática e o ensino baseado no trabalho, de graduação, a Residência Multiprofissional, mas grande parte das minhas ideias foram adotadas pela SGTES e nesse ponto eu não tive atritos sabe?! Eu acho! (GASTÃO WAGNER)

Gastão vai afirmar que na década de 1990 quando integrava o Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da Universidade de Campinas, ele trabalhava mais com educação permanente, que na época recebia a designação de “formação em saúde” e funcionava como uma metodologia de ensino centrado na prática, no trabalho a partir do aporte teórico das ideias de Paulo Freire, que trabalhava junto à sua equipe nos processos de supervisão institucional, de discussão da prática. Segundo Gastão, ele identificava este processo como “a formação Paideia”.

O LAPA fazia assessoria a Prefeituras principalmente, e eu trabalhava mais na linha de educação permanente, de formação e fazia muito curso de extensão, pra BH e pra região de Campinas, pra cidade de São Paulo, cursos de Saúde Pública, de Clínica ampliada e compartilhada para a Atenção Primária, o que seria a Estratégia Saúde da Família, então a minha história é muito essa. A gente não chamava de educação permanente, chamávamos

de “formação em saúde” na linha “Paulo Freireana” mas tô falando isso no começo dos anos 1990, a gente falava de “formação em saúde” e trabalhava com o João Henri um francês que trabalhava muito com formação, com Paulo Freire... com a anistia ele foi reincorporado na UNICAMP e não na USP, ele era professor e teve que fugir pro exílio, então ele ficou professor da UNICAMP até assumir a Secretaria de Educação com a Luiza Erundina em São Paulo. Então, em 1988/1989 o Paulo Freire fazia supervisão institucional com a gente, com a nossa equipe de Paulínia, discutia a prática nossa, sabe? Chamava de supervisão institucional e ele também... ele discutia a educação em saúde para os usuários, os grupos que a gente fazia em Paulínia... eu não era Secretário ainda. **Ou seja, a gente sempre teve uma metodologia de “formação em saúde” muito ligado ao trabalho, ensino centrado na prática, no trabalho e depois vai se encontrar com a educação permanente. Mas eu chamava isso de Paideia, a formação Paidéia** que começamos a chamar ao longo dos anos 1990 (GASTÃO WAGNER, grifos nossos).

Maria Luiza Jaeger gozava de plena autonomia para a montagem da estrutura da nova Secretaria que acabara de ser criada para seu comando. Havia apenas uma encomenda que seria feita pelo Ministro Humberto Costa: a alocação da socióloga petista e sindicalista Maria Helena Machado.

E a única exigência que o Humberto me fez foi: “Luiza tu monta tua equipe como tu quiser desde que eu saiba quem e qual é a história e etc e tal”, a única coisa que ele me disse é que: “tu tem que botar a Maria Helena em algum lugar porque a Maria Helena vai!”. **A gente acaba colocando ela na questão da gestão do trabalho por causa dos trabalhos de pesquisa dela, mas na realidade ela também gostaria de estar no lugar que o Ricardo acabou indo** (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Maria Helena Machado vinha de uma longa trajetória de elaboração e cooperação na área de estudos sobre a força de trabalho em saúde, desde as suas primeiras pesquisas na área na década de 1980. Recordemos que ela havia sido indicada para estruturar este campo acadêmico na Fiocruz, junto à Escola Nacional de Saúde Pública. Também havia sido indicada pelo Partido dos Trabalhadores para ser Subsecretária de Recursos Humanos da Secretaria estadual de Saúde do Rio de Janeiro, onde coordenaria a Mesa estadual de Negociação Permanente do SUS.

A minha indicação para estar no governo veio daqui do Rio de Janeiro, fortemente, do Movimento sindical e do partido e do próprio Ministro da Saúde, o Humberto Costa, ele me ligou me convidando para assumir a direção, e aí foi que eu voltei a rever a Luiza já ela sendo Secretária. Então, por exemplo, o Ricardo Ceccim eu só o conhecia por nome, nunca tinha visto e não tinha nenhum relacionamento. **Então na verdade qualquer governo é montado exatamente assim né, ele é montado por pessoas de várias partes do país e não com esse pensamento de que tem que ser um grupo monolítico que vá lá assume, seria terrível se fosse assim, então era um grupo que vem gente de vários lugares para assumir, participar e tal** (MARIA HELENA MACHADO, grifos nossos).

Como sua fala registra, ao explicar sua indicação para o Ministério, Maria Helena Machado faria questão de afirmar que a SGTES não estava sendo composta por um grupo monolítico, mas diverso de atores, de diferentes atuações, inserção e pensamento. Maria Helena não pertencia ao mesmo grupo político-ideológico de Maria Luiza Jaeger, mas por conta de sua atuação no campo do trabalho, seria chamada para o comando do Departamento de Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde, o DEGERTS. Ela, que compunha o “grupo dos recursos humanos em saúde” faria do DEGERTS o lugar de atuação das pessoas vinculadas a este grupo.

Ele (Francisco Campos) trabalhou todo o tempo com a Maria Helena, só que tanto ela como ele queriam estar na parte de formação e não do trabalho. Ela menos porque ela monta toda uma estrutura de pesquisas, como as várias que a Maria Helena tem (MARIA LUIZA JAEGER).

Maria Helena Machado e Maria Luiza Jaeger acumulavam divergências desde a época de Movimento estudantil na área de Ciências Sociais, situação que se refletiu numa dificuldade de relação entre as duas na SGTES, como afirma Ricardo Ceccim:

(...) Maria Helena era uma pessoa muito difícil de ser dobrada, ser conduzida, ela tinha muita convicção e ela configurou seu grupo de apoiadores. Nesse grupo de apoiadores estavam todos os pesquisadores da área de estudos em RHS, todos eles eram um grande grupo que já sabiam o que era recursos humanos e não tinham o menor interesse sobre a opinião da Maria Luiza, sobre coisa alguma, até porque eles entendiam que a Maria Luiza não sabia o que era essa área. Ela tinha um lugar na política, deveria passar a eles a formulação da área, como consultores eminentes. Eles faziam seminários entre eles, reunião entre eles, decidiam entre eles, decidiam que ia ter uma Câmara e que ia ter uma portaria e era assim. A Maria Luiza tinha que pegar as coisas no ar: “Ei, espera aí, mas eu não autorizei isso, vamos conversar sobre isso!” Ela tinha que ficar catando as iniciativas e encaminhamentos porque, senão, a Maria Helena atuava em faixa própria. A Luiza “mandava” muito mais na gente do que no DEGERTS porque ela tinha ascendência sobre a gente e a gente estava disposto a ser comandado por ela. Lá no DEGERTS, eles eram as autoridades, não havia a que se submeter, eles eram melhores que a Maria Luiza, para eles era um equívoco ter colocado a Maria Luiza lá, não tinha bagagem para estar naquele lugar, quem tinha bagagem era algum deles para estar naquele lugar. Entendiam que a Maria Luiza cometeu um grande erro, porque não era para eles serem consultores de Departamento, era para serem consultores da Secretaria. Creio que ficaram ressentidos de que eu não os tinha na mesma conta, mas sequer tínhamos alinhamento de agenda. Como disse, eram duas coisas, eu era da Educação. Me lembro quando Maria Helena disse “não concebo a gestão do trabalho, sem a Capacitação, são indissociáveis”. Eu não pensava (e ainda rejeitava) a Capacitação. Nem por isso, deixamos de escrever juntos durante a gestão. (RICARDO CECCIM)

Por suas diferentes inserções na área do trabalho e diferentes trajetórias, as duas partiam de pontos de vista e de atuação diferentes para pensar o campo do trabalho. Apesar de ambas compartilharem a vivência do Movimento sindical no campo das Ciências Sociais, Maria Luiza Jaeger vinha de duas intensas experiências de governo municipal e estadual no Rio Grande do Sul, com uma vivência importante dos problemas cotidianos da gestão dos serviços de saúde.

Maria Helena Machado, por outro lado, acumulava uma trajetória marcadamente acadêmica neste campo, com importantes estudos nesta área desde a década de 1980, parecia pensar a forma de funcionamento deste lugar sob outras bases. Isto daria origem a formas diferentes de pensar e operar a política para esta área.

A gente teve uma discussão basicamente em relação ao trabalho, tá?! Primeiro: como na educação a gente discutia que a formação tinha que se dar no trabalho, a gente estava discutindo trabalho. Estava discutindo que trabalho tinha que ser... a formação do conjunto dos trabalhadores tinha que acontecer com o trabalho e a discussão entre gente que já está no serviço e com gente que está se formando, então tu estava discutindo toda a questão do funcionamento do trabalho. **Enquanto que a discussão que a Maria Helena propunha é que “vamos ver quantos profissionais a gente precisa, vamos pesquisar os salários”** (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Mas tivemos conflitos sim, relacionados ao pensamento a forma como a Maria Luiza pensa uma série de coisas sobre a gestão que eu não concordava e ela também não concordava, como ela também com o Ricardo. Mas foi uma boa convivência e eu estava muito voltada... eu diria que o departamento estava muito voltado em crescer, em se constituir, então eu não tinha tempo a perder porque o momento era de construção e **eu não tinha tempo a perder com brigas e com disputa de grupos políticos**. Mas o DEGERTS e o DEGES produziram e trabalharam muitíssimo e não tenho nenhuma dúvida disso (MARIA HELENA MACHADO, grifos nossos).

Alcindo Ferla nos fala sobre como a visão acadêmica da área do trabalho influenciaria a atuação de Maria Helena Machado neste campo, estabelecendo uma prática política com uma capacidade de encaminhamento e resolutividade mais baixa dos problemas do cotidiano. Para ele, Maria Luiza havia apostado em uma composição com Maria Helena neste campo, mas a dinâmica de trabalho da SGTES revelaria dificuldades de entendimento para uma composição comum.

Então, de um certo modo acho que a Maria Luiza ficou com essa ideia... a Maria Luiza tem uma capacidade de centralização muito grande das coisas operacionais, mas ela faz uma disputa persistente com a coisa das ideias, ela muda de ideia, mas a gente precisa dialogar com a ideia que tem. **Então acho que ela ficou com essa sensação de que a composição era possível...** acho que teve um engano nisso que foi... não era exatamente relações de trabalho, a Maria Helena tem um pouco dessa coisa da trajetória acadêmica e eu demorei pra me dar conta que a gente faz isso... quando a gente tem um material, uma edição acadêmica muito grande não é com a coisa em si, a gente tem uma produção... **o problema ele passa a não ser um problema real, ele é um problema abstrato, a gente transforma ele em uma categoria teórica e aí opera com o problema do cotidiano com categoria teórica e acho que aí foi um problema**, aí foi um problema porque... veja, o que tinha de questões do mundo do trabalho era menos questões que se resolvia com abordagem sociológica, com esse processamento de primeiro... essa coisa típica da Ciência moderna, vai lá e tira um problema, recorta um problema do cotidiano, só que muda a natureza dele também quando ele entra no laboratório, então acho que ficou com uma capacidade atenuada de pensar coisas que eram problemas reais e cotidianos no mundo do trabalho (ALCINDO FERLA, grifos nossos).

Por isso mesmo, Maria Luiza Jaeger precisaria encontrar brechas para incidir no debate e dar espaço à sua atuação neste campo do trabalho no interior da SGTES e operar a política para esta área a seu modo. É nesse contexto que, por articulação direta de Maria Luiza, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde se reativaria a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, criada em 1993 por Resolução do CNS e submetida a longos períodos de inatividade. A Mesa, que estava vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, é trazida para a SGTES, contaria com financiamento, o que garantiria uma rotina de reuniões mensais e daria visibilidade e sustentabilidade a essa instância:

E aí a Maria Luiza resolveu com uma negociação interessante trazer a Mesa de volta. E aí ela deu um super destaque pra Mesa e a Mesa conseguiu se estruturar bem, ela fez vários protocolos e esses protocolos foram muito interessantes... e na verdade era inerente a negociação com pauta de relação de trabalho porque se tratava de grande frentes que envolviam negociação, e própria concepção da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde implicava fundamentalmente estruturar uma área de negociação, nada melhor do que manter uma Mesa lá. **Só que antes a Mesa era daqui (Conselho Nacional de Saúde), só que aqui não estava funcionando e aí quando ela vai para lá ganha prestígio e visibilidade, e ganha também toda uma rotina, que é importante para se estruturar e garante também prestígio da própria Secretaria e inclusive com garantia de financiamento das suas reuniões que eram mensais, isso tudo para funcionar direitinho** (NUBIA BRELAZ, grifos nossos).

Com divergências importantes no plano político-ideológico do debate da área de gestão do trabalho e devido à dificuldade no encaminhamento das pautas, Luiza limitaria a autonomia dada à Maria Helena Machado, ao colocar uma pessoa de sua confiança, conhecida do Ministro Humberto Costa e vinda do movimento sindical do PT de São Paulo para coordenar a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP), a sindicalista Eliana Mendonça, a Lica. Maria Luiza trataria das pautas de seu interesse em relação à gestão do trabalho via Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e também ligaria a Mesa diretamente ao seu gabinete na Secretaria.

O problema é que a Maria Helena monta propostas grandes que acabam não... assim, a proposta de montar o Banco de informações sobre trabalho... primeiro: tu tinha uma série de problemas dentro do Ministério em relação ao Sistema de informação, então tu acabava fazendo propostas que acabavam não andando, e eu acabei ... como tinha rolo demais na briga na educação com o Ministério da Educação, eu também acabei...

(...) eu peguei a Lica e em vez de subordinar... e isso é outra coisa que claro que ela (Maria Helena Machado) ficou... em vez disso eu botei a Mesa... porque o Humberto conhecia a Lica e ela era de São Paulo, era da direção do PT de São Paulo e além disso era amiga do Gilberto Carvalho e não sei mais o quê, e eu botei a Lica do meu lado no gabinete, eu não liguei a Lica à Maria Helena...

Na realidade, a Mesa de Negociação devia estar com a Maria Helena mas como eu sabia que o jogo de cintura da Maria Helena era muito complicado, eu digo: “Não, bota aqui e eu seguro” e daí na realidade eu acabei fazendo muitas coisas

em relação ao trabalho via Mesa e não via Maria Helena e aí é erro meu, a gente não conseguia sentar e ter... (MARIA LUIZA JAEGER).

Àquela altura, esta área contava com uma demanda latente que dizia respeito à regulamentação da profissão dos Agentes Comunitários de Saúde, para a qual a SGTES havia sido chamada a dar resolução. A profissão de ACS havia sido criada em 2002 no governo de Fernando Henrique Cardoso através da Lei nº 10.507. A indicação de Lica vinha sobretudo da necessidade de se travar o debate em relação a isto.

(...) então a gente consegue fazer uma série de propostas e consegue mexer e monta uma discussão com os Agentes Comunitários de Saúde e tinha reunião de 15 em 15 dias com todos os agentes e eu tive que tirar a Maria Helena desse pedaço por que se não ela ia brigar com todos eles porque ela tinha uma posição mais de defender a Enfermagem. Então foi quem entrou nesse processo foi a Lica que coordenava a Mesa Nacional de Negociação (MARIA LUIZA JAEGER).

A Maria Helena não teria a mínima paciência para negociar com os ACS naquele momento e naquela estrutura que estava ali que tinha que se negociar com o Congresso e tinha que se negociar dentro da Casa Civil etc e tal. Porque a Maria Helena ela acha que ela tem toda a verdade e ela saía ali era uma coisa de vai e vem... e a Lica não, a Lica era uma pessoa que vinha de movimento sindical, vinha do SindSaúde, de nível técnico, mas ela tinha... o SindSaúde de São Paulo... ela tinha uma vivência de negociação, de saber como negociar (MARIA LUIZA JAEGER).

No interior da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, a disputa de ideias neste campo também se fazia presente, com tensões importantes colocadas pela Secretária de Gestão de Trabalho e pela Diretora de Gestão de Regulação do Trabalho. Um bom exemplo nos é dado por Maria Luiza Jaeger ao falar sobre a posição em relação a uma carreira única do Sistema Único de Saúde.

Havia uma posição quase em defesa de um plano de carreira pra médico, como era uma discussão que a Mesa fez inclusive um documento de um plano de carreira para o SUS... isso não existe gente! Impossível pensar em um plano do Oiapoque ao Chuí! E a gente fazia essa discussão com a Maria Helena só que aí tem a pesquisa que a Maria Helena fez tanto para o Conselho Federal de Medicina quanto para a ABEM, então isso que acabava e não é que não... **a gente discutia as duas coisas porque na formação a gente discutia o trabalho** (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Mas Laura Feuerwerker também apontaria limites importantes da área de gestão do trabalho, o que impediram avanços na pauta. Além das divergências sobre modo de atuação entre Maria Luiza Jaeger e Maria Helena Machado, havia questões concretas difíceis de ser resolvidas e que ultrapassavam a governabilidade de um departamento ou mesmo daquela Secretaria, como os impasses impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que ampliava a precarização do trabalho em saúde na medida em que a Estratégia Saúde da Família se expandia.

Na opinião de Laura, essas questões, aliadas ao tipo de política que era feita, determinaram um avanço maior do DEGES em relação ao DEGERTS no encaminhamento das pautas.

Acho que foi o tipo de política que a gente fez por um lado, um tipo de política no DEGES e, por um outro lado, tinha o enrosco da Maria Luiza tendo que suportar a Maria Helena Machado lá, que elas não se bicavam absolutamente, a Maria Luiza tentou pôr pessoas da CUT botou a Lica e outras pessoas, **mas tinha um problema ali meio insolúvel eu diria porque se você não vai mexer na Lei de Responsabilidade Fiscal, você não vai resolver o problema que já foi crescendo com a Saúde da Família, da precarização do trabalho em saúde - porque esse negócio já vinha vindo com a Saúde da Família.** Tanto a Maria Luiza estava se ocupando disso que pegou o negócio do Agente Comunitário e resolveu porque fez uma mudança constitucional pra poder ter concurso pra Agente Comunitário. Então, mas é que a Maria Luiza ia para um lado e a Maria Helena ia pra outro, a Maria Helena tinha compromissos (teóricos, políticos) com certa lógica das corporações, com os médicos, em função de suas pesquisas anteriores... (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

A Maria Luiza tentou e se ocupava bastante da gestão do trabalho só que ali não saía nada, saiu Mesa de Negociação só, não saía nada por quê? Porque ali era complexo... então os trabalhadores queriam isonomia salarial, os gestores falavam: “Enlouqueceram? Não tem médico, médico custa não sei quanto e vocês querem isonomia salarial, não vai ter!” Pronto e não saía daí, parava aí a discussão. Não tinha outra, parava aí (LAURA FEUERWERKER).

Laura também afirma em outro momento que a agenda do DEGES era mesmo secundária e limitada, contava com uma “composição forçada” devido à indicação externa de Maria Helena Machado e o comportamento de Maria Luiza Jaeger muito ligado a sua história com o Movimento Sindical, razões essas que impediriam que este departamento conseguisse pensar uma ação regulatória.

Na verdade a presença da Maria Helena Machado no DEGERTS era uma composição forçada e a Maria Luiza cabia a ela alguma certa interlocução trazendo umas outras pessoas pra ponte e pra dentro do DEGERTS, mas definitivamente essa tornou-se uma agenda secundária até sinceramente porque a agenda de trabalho era muito limitada, em função das tensões entre as agendas do Movimento Sindical, dos gestores e do próprio modo como o governo Lula entendia o SUS. Então a única coisa que rolou ali foi Mesa de Negociação muito limitada... eles não conseguiam pensar a ação regulatória que mais tarde, por exemplo o Mais Médicos começou a operar (LAURA FEUERWERKER).

Com a disputa deflagrada neste campo entre as suas sociólogas do PT, a área de gestão da educação também seria chamada a atuar e encaminharia algumas pautas da área de gestão do trabalho, que seriam feitas via dispositivos do DEGES.

Então eu acho que assim, era uma discussão que tinha tendência a gente não andar quase nada, era uma discussão que ia ficar no papel e eu acho que havia uma posição de coisas objetivas que a gente tinha e conseguiria fazer e conseguiria andar. O VER-SUS foi um processo extremamente interessante e ele criou quadros para Secretarias municipais e estaduais e para o próprio Ministério, hoje tu tem gente que está na carreira do Ministério não sei por quanto tempo, mas desde aquela época, que vem do VER-SUS, então o VER-

SUS foi o uma experiência das pessoas no trabalho e no funcionamento desta loucura que é esse Sistema (MARIA LUIZA JAEGER).

Alcindo Ferla ratificaria a invasão do campo da educação na agenda do trabalho, mas com aquilo que parecia uma outra abordagem deste campo:

Então, a educação eu acho que teve um crescimento maior e que foi mais visível, **teve até uma invasão grande no mundo do trabalho porque quando diz-se da educação permanente também se diz do desenvolvimento do trabalho**, mas do trabalho real, esse que senta, que conversa, que analisa que faz, que recompõe, que discute se tem multiprofissionalidade ou não, veja que essas coisas todas que são super férteis na agenda do trabalho quando a gente fala sobre ele, tiveram pouca visibilidade lá no trabalho (ALCINDO FERLA, grifos nossos).

Ademais, por sua capacidade de criação e inovação e por concentrar o grupo vinculado à Maria Luiza Jaeger, o DEGES nesta primeira conformação exerceria maior protagonismo político no interior da SGTES.

5.6.4 O DEGES na pauta do trabalho: o caso das Residências em Saúde

Como vimos, uma das prioridades postas por Lula no início de seu governo para a área da Saúde era o Serviço Civil obrigatório para médicos.

Por outro lado, havia conflitos importantes entre Maria Luiza Jaeger e Maria Helena Machado, a quem cabia a pauta relativa à regulação do trabalho em saúde. Nesse sentido, como já relatamos, o DEGES efetivamente criaria brechas para incidir nessa pauta do trabalho. É dentro deste esforço que se irá formular a proposta da Residência em Área Profissional da Saúde.

Para Maria Luiza Jaeger, quando Tarso Genro assume o Ministério da Educação, há recuos na pauta da SGTES em relação ao diálogo com o MEC. Fato interessante é notar que Tarso Genro disputou com Olívio Dutra - que indicou Maria Luiza Jaeger - às prévias das eleições ao governo do estado do Rio Grande do Sul em 2002 e foi derrotado. Como mostramos anteriormente, Tarso e Olívio Dutra não compartilhavam da mesma visão de política. Tarso era visto como alguém que disputava politicamente com Olívio no Rio Grande do Sul:

E daí a gente volta atrás porque daí a gente tem Tarso como Ministro, Tarso foi prefeito de Porto Alegre etc e tal e nunca soube o que que é o SUS mesmo e ele era casado (e agora é separado) com uma radiologista (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

A discussão sobre a pauta das Residências em Saúde havia se iniciado com Cristovam Buarque. Segundo Maria Luiza Jaeger, a proposta inicial era a de criação de Residências “mistas” de todas as profissões incluindo médicos, que seriam especialistas por área de formação. Com o diálogo prejudicado com o MEC na gestão de Tarso Genro, a pauta da Residência só irá avançar por meio do diálogo com a Casa Civil, coordenada pelo então Ministro José Dirceu, desafeto político declarado de Tarso Genro nas disputas internas ao Partido dos Trabalhadores (PT).

(...) daí a gente consegue passar a história das Residências multiprofissionais, **a proposta inicial com Cristovam era uma Residência de tudo junto, médica, de todas as outras profissões, especialista em formação por área, em saúde mental etc.** Mas a gente depois discute muito com a Ana Estela etc e tal e a gente consegue passar pra Casa Civil, eu acho que ainda era Zé Dirceu, a proposta de uma Medida Provisória criando a Residência e pagando umas coisas que a gente tinha que pagar ainda daquele Programa de interiorização de médicos, do trabalho. Naquele momento há uma grande resistência no Congresso em relação a um monte de Medida Provisória que o Lula estava mandando e daí acabou entrando a questão da Residência como um item da Medida Provisória que virou lei que cria a Secretaria Nacional da Juventude, no meio ou lá no finzinho tem um artigo e a gente acabou aceitando que fosse assim. Então a gente comia muito pelas beiradas e o Humberto ele sempre participou dessas discussões, eu acho que a gente teve umas quatro ou cinco reuniões com o Tarso, com o Cristovam e ele ia para todas as reuniões com a gente (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Laura Feuerwerker confirma a narrativa de Maria Luiza de que estes atores tinham a intenção de integrar a Residência Multiprofissional e a Residência Médica, mas a corporação médica resistiria a isso. De fato, Maria Luiza Jaeger ratifica que a Residência Multiprofissional encarou resistência enorme da categoria médica:

A própria questão da Residência a gente discutiu muito com os médicos, eu me lembro de eu discutindo com o presidente do Conselho Federal de Medicina que naquele tempo era um oncologista do Amazonas que tinha o serviço mais bam-bam-bam, mais referência de Manaus, eu não me lembro do nome dele, e eu disse “me conta uma coisa tu tem enfermeira, fisioterapeuta etc e tal na tua clínica,? Eu sei que é referência” e ele disse, “mas claro que eu tenho, tenho assistente social etc” e eu disse “tá bem, então me conta uma coisa: essas pessoas quando tu contrataste pra trabalhar elas já tinham experiência em Oncologia?” e ele disse: “Não, de jeito nenhum, a gente passou fazendo formação no trabalho durante dois, três anos” e eu disse: “Me explica só uma coisa, porque pra médico eu posso chamar isso de Residência e fisioterapeuta e enfermeiro eu não posso chamar de Residência? Residência é uma propriedade particular de vocês? Eu participei do processo quando a menina brigou por ser residente, tu estavas usando os estudantes de graduação como mão de obra barata e os caras acabaram fazendo trabalho dos médicos sem contar nada de formação, sem contar nada” então quer dizer quando se cria Residência se cria como um projeto e não só como só uma coisa para os médicos, foi a Denem, a Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina que brigou naquele momento (MARIA LUIZA JAEGER).

A saída segundo ela passaria pelo fortalecimento e incentivo ao crescimento de ambas (Residência Médica e Residência Multiprofissional), que se configuravam como um dispositivo de educação permanente:

Então daí a gente criou o Programa Nacional de bolsas de educação pelo trabalho e a gente foi criando o espaço para... **só que a gente queria fazer Residência Multiprofissional e a Residência Médica, a gente queria fazer junto, mas a gente não podia porque os caras não deixavam**, mas fazendo as duas crescerem, usar a Residência como dispositivo de EP, na verdade a gente queria usar a Residência como dispositivo de EP, como dispositivo de mudança na formação e nas práticas de saúde (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Mas o grupo do DEGES também usaria estrategicamente as Residências em Saúde como um dispositivo de provimento e fixação de profissionais, além da “educação permanente”. Na visão de Laura Feuerwerker, a Casa Civil interpretou a proposta das Residências em Saúde como um esforço da SGTES em dar andamento ao desejo de Lula quanto ao Serviço Civil obrigatório. Por este reposicionamento estratégico, as Residências seriam criadas pela intervenção do Ministério da Casa Civil, que centralizaria esta pauta junto ao Ministério da Educação para dar seguimento e consecução:

Quando a gente começou a fazer, pensar e usar a Residência como um dispositivo de provimento e fixação de profissionais, porque a gente tentou fazer isso, foi a hora que a gente conseguiu aprovar a Residência Multiprofissional porque a Casa Civil falou: “Ah, esse é o jeito deles endereçarem o tal do Serviço Civil que o Lula quer”, que não vai ser Serviço Civil porque não tem nem força pra isso, mas tão começando... “Então MEC, pára de resistir e aprova a Residência Multiprofissional”, foi assim mesmo porque senão não aprovariam nunca (LAURA FEUERWERKER).

Com o destaque dado pelo Ministério da Casa Civil à pauta das Residências, o Ministro da Educação Tarso Genro nomearia Ana Estela Haddad - que desde a gestão do ex-Ministro da Educação Cristovam Buarque trabalhava no gabinete do MEC - para a interlocução com a SGTES. De outra parte, Tarso nomearia o seu médico pessoal e Presidente vitalício da Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM) Antonio Carlos Lopes para a Coordenação das Residências, segundo o que relata Ricardo Ceccim:

Aí o Tarso, quando ele entra, ele propõe que quem conversa com o Ministério da Saúde é a Ana Estela e essa conversa pode ser regular. A Ana Estela deveria acompanhar essa relação, mas também chamou o Antônio Carlos Lopes, que era seu médico para coordenar as Residências. Ana Estela num lugar de conversa e Antônio Carlos num lugar de gestão, Ana Estela com a saúde, Antônio Carlos com os médicos. Mas Antônio Carlos não ficaria no MEC sem prestígio. O cara era o presidente vitalício da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, ele a criou, ele era seu presidente vitalício, um perfeito representante da “razão médica”. **Ele juntou a gestão dos HUs, as Residências Médicas e se tornou o “gestor executivo” da Comissão Nacional de Residência Médica, criou um Departamento para ser o diretor e, então, dispor de pelo menos um DAS 5. Foi criado um Departamento de Residências e Projetos**

em Saúde, já que era um Departamento, tinha que dizer a que veio. A “conversa” trazia as residências em área profissional da saúde, ele lia “residência multiprofissional” e, nesse sentido, com risco de engolfar a residência médica. A mediação foi: façam uma lei e escrevam “exceto para a categoria residência médica”. Chamem Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde que junta tudo, exceto a categoria médica. Para ele, uma vitória: por um lado, identificou-se com o governo; por outro, representou e assegurou a luta corporativa. O Departamento teria algo mais que residência médica, para ele o motivo de estar lá, mas era um lugar pequeno demais na hierarquia. Ao mesmo tempo, poderia isentar de riscos a “mistura com os médicos”. Ele diferia médicos e diplomados em medicina. Defendia os médicos. Ele tinha uma conversa com a gente, outra com os médicos, como gestor de governo, um horror. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

De 2004 a 2007, Antonio Carlos Lopes exerceu a função de diretor do Departamento de Residência e Projetos Especiais na Saúde da Secretaria da Educação Superior do Ministério da Educação (SESU/MEC).

Segundo Ricardo Ceccim, Antonio Carlos Lopes, que tinha um discurso e prática alinhado com a corporação médica, arranjaría uma forma de ser o Secretário Executivo da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e criaria uma diretoria para ocupar no interior do Ministério da Educação: o Departamento de Residências e Projetos Especiais em Saúde, onde estaria representada a Residência Médica e a Residência Multiprofissional em Saúde.

Maria Luiza Jaeger reitera a posição de alinhamento de Antonio Carlos Lopes com a corporação médica, aumentando a posição de resistência em relação à criação da Residência em Área Profissional da Saúde:

A outra coisa era que tu tinha um sujeito chamado acho que Antonio Carlos, o presidente até agora da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, esse cara é um “medicão” de posição a mais horrorosa possível, ele é professor da Universidade Federal de São Paulo e o Tarso teve um “piripaque” em São Paulo e foi atendido por essa criatura, indicado pelo Haddad e ele chama esse cara pra ser o coordenador da Comissão de Residência Médica e coordenar todo esse processo, então aí tudo que a gente já tinha encaminhado em relação a questão da Residência se vai para as “cucuias” e começa tudo de novo e com uma imensa resistência dele (MARIA LUIZA JAEGER).

Laura Feuerwerker afirma que Ana Estela Haddad seria uma importante interlocutora junto à SGTES na pauta das Residências, entre outras coisas porque serviría de testemunha nas reuniões.

Quando a gente era governo a Ana Estela foi durante um tempo nossa interlocutora importante, ela ajudava. Mas olha só como era! Quem que os caras botaram na Comissão Nacional de Residência Médica? (..) o Antônio Carlos Lopes. E o Genuíno, uma vez ele em deu carona vindo do aeroporto, ele era presidente do PT na época e me deu carona do aeroporto para o Ministério da Saúde e falou assim: “Ah, você viu o o cara que o reitor da UFSCAR que indicou o Antonio Carlos Lopes?” Gente! Ele nem sabiam quem era,... Eram jogos políticos x, y e z (...).... você tinha que fazer reunião com ele

(Antonio Carlos Lopes) com testemunha porque senão ele saía falando que a reunião tinha sido sobre outro assunto, entendeu? Difícil assim.... A Ana Estela ajudava a gente porque daí ela era testemunha na reunião, ajudava a fazer certas coisas porque o cara jogava completamente contra qualquer tipo de mudança ou restrição ao controle da corporação médica em relação à Residência (LAURA FEUERWERKER).

Embora a própria Ana Estela Haddad não se visse na situação de ser testemunha, mas sim como uma mediadora entre os atores. Ana Estela Haddad afirma que efetivamente fazia o papel de interlocutora e interagia com a SGTES e mais particularmente com Ricardo Ceccim. Ela afirma que a “forma de trabalhar” daquela equipe do DEGEGS gerou muito “anticorpo com a corporação médica e com o MEC” de forma que ela precisaria “fazer meio que um anteparo” para buscar uma mediação possível entre esses atores:

Eu já interagia com a SGTES, interagia com o Ricardo Ceccim e com a Laura Feuerwerker.... quem eu mais interagia era o Ricardo. E às vezes até o pessoal do MEC... eu tinha que fazer meio que um anteparo de uma forma às vezes... no caso da residência médica que ia levar a Residência pra Saúde... gerou muito anticorpo com a corporação médica e com o MEC também, pela forma de trabalhar, então eu fazia essa interface (ANA ESTELA HADDAD).

Nota-se neste trecho proferido por Ana Estela Haddad uma certa divergência com o jeito de operar daquele grupo do DEGEGS, que em sua fala parece ser um jeito menos conciliatório, que “gerava anticorpo” com a corporação médica. De modo que ela se outorgou a função de mediadora dos conflitos.

No caso da Residência Médica havia uma resistência em levar a Comissão Nacional de Residência para o Ministério da Saúde, que era a proposta do grupo do DEGEGS àquela altura.

Em entrevista pública concedida por Antonio Carlos Lopes em 23 de janeiro de 2008 por ocasião de seu pedido de demissão da Comissão Nacional de Residência Médica, ele confirmaria sua posição de “levar para a Comissão a opinião e a colaboração das especialidades” a partir do “trabalho conjunto com AMB (Associação Médica Brasileira) e CFM (Conselho Federal de Medicina) ”.

Nesta entrevista ele elencaria as razões pelas quais pediria demissão, citando uma tendenciosa influência do Ministério da Saúde na Comissão Nacional de Residência Médica e chega a indagar retoricamente expressando um incômodo: “Como o Ministério da Saúde conseguiu ter uma interferência tão grande na Residência Médica”?

Ele ainda destacaria as seguintes questões que pesariam sobre sua escolha em pedir demissão: interferências na pauta da plenária por não-médicos ou médicos que desconhecem a prática médica, participação dissimulada dos gestores de saúde opondo-se aos paradigmas da CNRM, críticas infundadas à CNRM atribuindo uma atividade puramente assistencial,

oposição às áreas de atuação e à colaboração das sociedades de especialidade médica, valorização apenas das áreas básicas em detrimento das especialidades médicas, tendência ao uso da Residência Médica para sanar deficiências da saúde, caracterizando-a como uma política de saúde – uma vez que ele mesmo entendia a Residência Médica apenas como “a busca da excelência na formação do residente, alicerçada no mérito acadêmico e competência profissional”, interferência dos gestores na Residência Médica e ainda ressaltaria o reconhecimento dos diplomas dos formados em Cuba sem a devida revalidação.

Ele também afirmaria que a vertente do “tipo de política” que alguns atores que ele não especifica “querem implantar também” na Residência Médica seria a de criação de programas em lugares afastados, onde não haveria preceptores nem médicos. Um questionamento se coloca imediatamente a nós: seria no seu entendimento esta vertente a adotada pela Residência Multiprofissional em Saúde? Para Antonio Carlos Lopes, não eram estes os princípios defendidos no interior do MEC, pista que nos ratifica a divergência de entendimento posta entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação sobre a pauta da “formação em saúde”:

É uma vertente do tipo de política que querem implantar também na Residência Médica: criar programas em lugares afastados, em regiões onde não há preceptoria e faltam médicos, ou seja, uma política que não atende aos princípios defendidos até hoje pelo próprio MEC em relação ao ensino no país, que é a busca da excelência (ANTONIO CARLOS LOPES, 2008, grifos nossos).

Antonio Carlos Lopes também confirmaria sua posição deliberada de resistência frente à Residência Multiprofissional em Saúde, ao afirmar que conseguiu impedir que a Residência Médica fosse transformada em Residência em Saúde, de acordo com o Projeto de Lei proposto quando ele chegou ao MEC. Ele também atribui a si a exclusão do médico da Residência Multiprofissional e mudanças no decreto presidencial que criou a Comissão Interinstitucional que atuaria junto à Residência Médica, promovendo alterações nos vocábulos, suavizando por assim dizer, o conteúdo deste decreto. Ele mesmo afirma isto:

Gostaria de ressaltar que impedimos que a CNRM fosse transformada em Residência em Saúde, projeto de lei pronto quando chegamos ao MEC; conseguimos excluir o médico da residência multiprofissional, e no decreto presidencial que criou a Comissão Interministerial, composta fundamentalmente por não-médicos, para atuar junto a Residência Médica, conseguimos trocar o vocábulo "determina", presente na maioria dos seus artigos, pelo "subsídia" (ANTONIO CARLOS LOPES, 2008).

A despeito da resistência da corporação médica, a Residência em Área Profissional da Saúde seria criada por uma brecha da Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005 que instituiu o

Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), criou o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional de Juventude (SNJ).

Conforme o disposto na lei, a Residência em Área Profissional da Saúde foi definida como uma modalidade de pós-graduação lato sensu, voltada para a “educação em serviço” e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, com exceção da categoria médica. Nesta lei ainda consta a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento deveria ser definida em ato conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde. Em relação às bolsas de Residência, sua criação consta no mesmo artigo que trata da instituição do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinado aos estudantes de educação superior, “como estratégias para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde” e teriam valores isonômicos aos praticados para a Residência Médica, sendo permitida a “majoração desses valores de acordo com critérios técnicos relativos à dificuldade de acesso e locomoção ou provimento e fixação dos profissionais”, estando sob responsabilidade técnico-administrativa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c).

5.6.5 Os diferentes modos de conceber e operar a Política no Ministério da Saúde

Aqui pedimos licença para uma pequena digressão... lembremos aqui, de início, que o debate de reestruturação do Ministério da Saúde veio por uma forte crítica do Movimento Sanitário ligado ao Partido dos Trabalhadores à centralização na definição das políticas de saúde no âmbito deste Ministério, já que o PT contava com uma via municipalista muito forte. Nesse bojo, seria simbólico deste debate a extinção da Secretaria de Políticas de Saúde, lugar do Ministério responsável por definir as políticas de saúde desta área. É interessante notar, contudo, que a visão de centralização e de um papel normalizador por parte do Ministério da Saúde na definição das políticas de saúde não desapareceria no Ministério de Lula.

Um exemplo disso pode ser visto ao nos depararmos com diferentes formas de concepção e atuação política no interior deste Ministério e mesmo no interior da SGTES.

Em relação à visão mais geral sobre Política, aqui nos referimos ao modo como os sujeitos a entendem, sua forma de conceber. Há uma concepção mais ou menos disseminada de uma visão de Política que se faz por meio de instrumentos e mecanismos legais, que considera a publicação de documentos um evento importante. Estes documentos agiriam como marcadores do início da implantação de uma política, à semelhança do que aconteceriam nos

“atos de fala”, nas nomeações etc, para estabelecer uma fronteira entre o objeto oficial e o início de algo.

E há outra visão que acredita que a Política age por si só, opera, o tempo todo, nas ações e encontros entre sujeitos, nos discursos, em situações em que não é possível de ser controlada, no território das contingências e sem necessitar de instrumentos oficiais para isto.

O que forja as visões de Política que carregamos é fruto das nossas experiências, de nossos lugares de inserção, de projetos e visões de mundo com as quais nos filiamos. Como se carregássemos essa marca por termos nos constituído quem somos. Estas diferentes visões orientam boa parte das nossas ações.

A visão de política que parece ter ganho terreno no Ministério da Saúde de Lula é a de que a descentralização tão almejada da Política de Saúde não se faria com maior autonomia para estados e sobretudo municípios. Pelo contrário, a visão construída do Ministério da Saúde por aqueles que efetivamente o ocuparam parecia ser a de que este órgão era o grande e principal ordenador e formulador da política – quando muito indutor destas políticas - e aos municípios caberia tão somente a execução daquilo pensado no âmbito central da administração.

Maria Luiza parece sintetizar este modo de ver a política no Ministério da Saúde, quando critica a visão de Maria Helena e de Gastão Wagner, que parecia também comungar da mesma visão:

A mesma resistência que a gente teve no governo do Olívio de que descentralizar... **tu não segura uma Política, que é uma crítica que o Gastão fazia pra gente também, a Maria Helena também tinha a mesma coisa. Quer dizer a questão era: “nós vamos definir a Política”, só que tu não define política em um país como esse em Brasília** (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Não parecia ser esta a visão sustentada por Maria Luiza e seu grupo no interior da SGTES. Boa parte destes atores e atrizes haviam se forjado junto aos movimentos sociais, aqueles que vieram para acompanhar Maria Luiza do Rio Grande do Sul haviam experimentado intensamente um outro modo de gestar processos e de garantir coesão e sustentabilidade a partir dos encontros e das disputas de concepção com os sujeitos que seriam protagonistas e alvo da política.

Aliás, parece ser esta a mesma visão sustentada por Olívio Dutra, com quem Maria Luiza Jaeger e parte de sua equipe haviam trabalhado. Olívio nos falaria sobre sua visão de política quando esteve como prefeito da cidade de Porto Alegre na gênese do que se configuraria como a experiência do Orçamento Participativo e depois, na sua visão de qual prática política deveria ser sustentada no Ministério das Cidades.

O fundamental era fazer da Política a construção do bem comum com o protagonismo das pessoas, isso era o balizamento. Então a Política não é um jogo de interesses, um “toma lá, dá cá”, uma troca de favores... a Política é a construção do bem comum com o protagonismo das pessoas. Então assumir isso na prática é o que nós buscamos fazer. Até porque na Constituinte nós discutimos essa questão de orçamento público... **“Como é que pode ser feito, como é que lida com recursos gerados pelo trabalho de pessoas sem elas ajudarem a construir o orçamento público local, regional, nacional?”**. Então essa ideia sempre ficou picando na nossa cabeça e ao assumir o governo, nós tínhamos que buscar colocá-la em prática (OLÍVIO DUTRA, grifos nossos)

O Ministério das Cidades tinha sempre deputados que vinham lá do Nordeste e lá de outros partidos com as suas demandas... o Ministério das Cidades não era para ser um balcão de favores ou de troca de favores... **era para ter participação das comunidades em todo o país para viabilização de uma política espalhada, capilarizada**, de entender o município não só o espaço urbano do município, mas a relação do espaço urbano do território... enfim, essas coisas. A questão do saneamento, a questão da mobilidade, a questão do meio ambiente, do lazer, da cultura, tantas coisas assim... viver bem num espaço urbano, num território... que nós queríamos trabalhar essas questões e não só ficar ali distribuindo esse ou aquele favorzinho e mesmo que no início nós não tínhamos recursos fundamentais para executar uma política de moradia popular por exemplo, mas não de uma moradia popular de uma casinha como se faz casinha pra cachorro, tudo igualzinha, tudo emparelhado, indistinto. **Uma política de construção de moradia popular em que os moradores pudessem ter participação, apontar suas opiniões, de forma a ele mesmo dar identidade para o local onde vão morar, constituir o lar, essas coisas, os espaços no entorno, a disputa que tinha que ter com a especulação imobiliária, a construção civil, essas coisas concretas** (OLÍVIO DUTRA, grifos nossos).

Esta visão de política acompanharia os atores e atrizes na ocupação do DEGES na primeira conformação da SGTES.

Mas, no interior da SGTES, pelo fato de esta Secretaria não ter sido constituída por um grupo monolítico, havia entre aqueles que ocupavam o DEGES e o DEGERTS diferenças significativas de visão sobre Política, de forma mais geral, e sobre como deveria ser o encaminhamento da política para esta área. Ricardo Ceccim, ao falar das diferenças entre DEGES e DEGERTS no interior da SGTES parece nos oferecer um bom exemplo disso:

Eu brincava assim: “na porta ao lado, departamento de Câmara, Mesa e Portaria” [referindo-se ao DEGERTS]. Para tudo se montava uma mesa, uma câmara e se fazia uma portaria, tinha portaria pra tudo. Quando que a portaria faz a Política? A política são os imaginários, a política são os corpos, a política são as práticas discursivas, a política é a emergência de atores e “defensores” de uma ideia. A portaria não vai inventar uma nova prática discursiva, a portaria não vai inventar um novo corpo, a portaria não vai inventar um novo cérebro. Essa prática vai pegar a gestão burocrata e fazer o que toda gestão burocrata faz. Ativa o modo “como é que eu faço eles acreditarem que eu fiz o que eles queriam que eu fizesse?” Porque a cabeça não mudou, então, faz parecer que é aquilo que está na portaria. A gente queria as cabeças, a gente queria corações e cérebros, era isso, não precisa de portaria para isso. Então foi isso... a gente foi andando, foi avançando aos pouquinhos nesse negócio, criando mais frente de intervenção, em vez de uma portaria a

gente inventava uma frente de intervenção. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

A visão de formação no DEGERTS era “aplicada”, a gente achava que não era o melhor jeito de fazer, então lá tudo era muito burocrático e conosco antiburocrático. Como não podia ser uma decisão autoritária, tinha que ser uma decisão democrática, construíam uma Câmara. Discutiam e aí ficava. Discutindo uma vida inteira. Para tomar decisão, são outras as estratégias. Como as que nós fizemos, nós não fizemos nenhuma Câmara de coisa nenhuma. A gente falou pra se encontrarem localmente, a gente fez uma outra coisa, então lá poderia ter sido assim, ter criado outras instâncias, pessoas obrigadas a se encontrarem e pactuarem como fazer andar cada lugar. (RICARDO CECCIM, grifos nossos).

Simone Chaves, que esteve à frente da Coordenação Geral de Ações Técnicas no DEGES irá reiterar que este departamento tinha uma concepção mais ampliada e mais dialógica em relação à formação em saúde ao passo que o DEGERTS detinha uma visão mais tradicional dos processos formativos, que estava habituado a reunir especialistas e pensar de maneira vertical a condução das propostas. Ela confirma que a disputa institucional entre os dois departamentos passava por isto e também pelo que ela vai denominar como uma “disputa de vaidades” na busca por quem teria mais visibilidade:

Eu acho que era uma disputa de concepções mesmo, de como pensa o processo do ensino na saúde que eu acho que o DEGES tinha uma concepção bastante ampliada e mais coletiva ou mais dialógica de formação, de pensar sobre formação em saúde e o DEGERTS ou **as pessoas que estavam no DEGERTS ainda tinham uma concepção um pouco mais tradicional dos processos formativos, então é obvio que quando tu amplia o debate e vai trazendo várias pessoas pra sentar, conversar e discutir e constrói uma Política coletivamente, que era nossa proposta, isso vai gerando um certo incômodo pra quem de alguma forma está acostumado a reunir só especialistas e formular mais verticalmente algumas concepções ou algumas propostas.** Então eu acho que gerou um pouco de disputa em relação a isso e depois entra também... tem uma disputa de vaidades, o Ministério da Saúde todo é assim... então quem aparece mais, quem faz mais ou quem tem mais visibilidade... então é obvio que isso não é explícito, mas é obvio que isso existe (SIMONE CHAVES, grifos nossos).

A visão de política de Maria Helena Machado que estava no comando do DEGERTS se encontra descrita num trecho que parece ser quase uma crítica à visão de política sustentada por Maria Luiza e sua equipe, com a qual ela mesma se deparava na SGTES. Para Maria Helena Machado, a SGTES teria o papel de traçar, definir as políticas deste campo para serem executadas pelos estados e municípios. Por isso mesmo a ênfase à produção de mecanismos legais e oficiais das políticas, a criação de portarias e instâncias de debate centralizados (mesas, câmaras). É ela mesma que nos afirma sua visão sobre o papel da SGTES nesta área:

(...) mas a política do SUS é muito complexa então ter um departamento de gestão do trabalho e educação tem que tomar muito cuidado ao analisar que o DEGES, DEGERTS e SGTES são estruturas do SUS então isso é muito sério! Então se são estruturas do SUS ele responde pelos trabalhadores do SUS, **mas**

ele não é a gestão do SUS, ele é o formulador de políticas, então isso é delicado. Porque quando eu fui Subsecretária aqui eu fui formuladora e gestora, eu pensava, formulava e ia para Mesa onde se discutia e aprovava e implantava. A nível nacional não! Então a SGTES, o DEGES e o DEGERTS ele sempre... a nossa função... **porque a função da SGTES é essa, ela é uma grande ordenadora da gestão do trabalho e da educação, ela é a grande maestra das políticas, mas ela não é a implementadora e nem a gestora das políticas. Ela traça as políticas e detém recursos para produzir a política, mas a operacionalização dessa política é do estado e do município.**

(...)

Então é preciso muito amadurecimento da SGTES, do DEGERTS e do DEGES... muitos anos que a gente perdeu desde a constituição do SUS até 2003 quando cria a Secretaria, que é muito nova e precisava de governos comprometidos com o SUS para que ela crescesse e se fortalecesse **para ela de fato poder exercer o papel maestro dela, ou seja, o papel de ordenar, organizar, propor, gerenciar as políticas nacionais e a implementação dessas nos estados e municípios** (MARIA HELENA MACHADO, grifos nossos).

O grupo de Maria Luiza Jaeger estava interessado, entretanto em fabricar novos modos de gerar e produzir o SUS. Foi nessa perspectiva que se forjou a construção de uma Política de Educação e Desenvolvimento no interior da SGTES, que alçou a educação permanente à condição de política, como nos aponta Laura Feuerwerker:

O uso que a gente fez da proposta da educação permanente eu acho que isso é comum a todos nós, que **era uma aposta na democratização na fabricação do SUS** e essa não era uma aposta majoritária na OPAS de jeito nenhum e no Ministério da Saúde também não, nem no momento do governo Lula (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Laura fala deste “jeito de fazer Política” do DEGES, que tinha uma aposta nas trocas entre diferentes, na radicalidade democrática, num jeito radical de pensar a construção do SUS, que não o restringisse a um Sistema de Saúde para os pobres, esta afinal era a aposta: outro jeito de construir o SUS.

Ali no DEGES foi possível compor de maneira intensiva esses diferentes jeitos de produzir que se juntavam numa aposta, tinham apostas muito comuns. Tinha apostas de troca, era uma radicalidade democrática, uma radicalidade na aposta da construção do SUS para além dos espaços formais e uma certeza de que sem isso o SUS não ia rolar. Então, claro, era um DEGES completamente xereta, intrometido, mas a nossa potência tinha a ver com esse jeito de fabricar política. A gente tentou fabricar a Política desse jeito, convidando todo mundo, abrindo os espaços... esse debate é fundamental: sair dessa “formulinha” esvaziada de fabricação do SUS é fundamental pra tecer alguma possibilidade de o SUS continuar a existir e não ficar simplesmente um Sistema de Saúde para os pobres e minimamente cumprir, corresponder às apostas democratizantes com que ele foi pensado um dia, por alguns, pelo menos (LAURA FEUERWERKER).

Isso parece ter influenciado para uma prática política que favoreceria a atuação do DEGES nesse primeiro momento de ocupação da SGTES.

Laura Feuerwerker vai afirmar que na época em que Maria Luiza Jaeger era Secretária, o DEGES era o “coração da SGTES” em detrimento do DEGERTS:

(...) e realmente na época que a Maria Luiza era Secretária eles (DEGERTS) não eram convidados pra festa mesmo, quer dizer: **o DEGES era o coração da SGTES naquela época** (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Alcindo Ferla, ao falar sobre a diferença de atuação entre DEGES e DEGERTS, afirma que essa diferença foi estabelecida por uma série de eventos: a primeira, diz respeito à inserção predominantemente acadêmica de Maria Helena Machado e a dificuldade de pensar os problemas reais do cotidiano sem reduzi-los à mera abstração e ainda sobre isto, a sua dificuldade de montar uma equipe heterogênea no DEGERTS, que se compôs por sujeitos com uma visão mais ou menos uniforme para pensar o campo do trabalho e de novo, predominantemente acadêmica; a segunda diria respeito às tensões postas com a Mesa Nacional de Negociação Permanente, sob o comando de Eliana Mendonça, indicada por Maria Luiza Jaeger. Segundo ele, o DEGERTS permaneceria tratando o campo do trabalho de forma semelhante e com a mesma agenda da antiga Secretaria de Políticas de Saúde.

Bom, aí acho que deu duas coisas: deu a dificuldade da Maria Helena de montar uma equipe que tivesse um perfil diverso, heterogêneo, ficou muita gente com essa característica os estudiosos da Sociologia do Trabalho. Veja, isso não é um problema não e nem um pecado mortal, só que tem uma operação ali que ela não é irrelevante, que é essa coisa da gente de novo construir como abstração coisas que o Agente Comunitário, o Agente de Endemias, o Enfermeiro da Saúde do Índio enfim... não são coisas da ordem da abstração, aí teve uma outra coisa que criou um estranhamento grande que foi do Movimento Sindical, a história da Mesa, ali na Mesa Nacional de Negociações que ali gerava tensão grande, então acho que acabou não sendo muito ergonômico e acho que a política no que se refere às relações de trabalho, ela acabou sendo muito tributária do que já vinha acontecendo na Secretaria de Políticas de Saúde da gestão anterior, então foi uma coisa digamos que foi uma continuidade mais linear diferente do que aconteceu com a educação que era um problema que tinha pouca relevância no Ministério da Saúde, lá na Secretaria de Políticas de Saúde e de que uma hora para a outra teve uma explosão criativa por que ai foi fazendo diálogos com estudantes, foi fazendo diálogos com quem tava no cotidiano do Sistema de Saúde (ALCINDO FERLA).

Foi juntando o pessoal que pesquisava, mas não pesquisa o cotidiano do trabalho, pesquisa essa transição que é um problema que a vivência, que a institucionalidade acadêmica faz com a gente, faz com a Maria Helena e faz com 99% das pessoas, a gente é que tem uma certa tendência de meter o pé no chão e sentir a energia do cotidiano, então eu acho que teve uma tensão que é dessa natureza. Quer dizer, **se pensava mais no trabalho como uma categoria teórica do que com o conjunto de eventos práticos no cotidiano porque essa era a tradição do Ministério e de uma certa forma não foi quebrada** e imediatamente criou essa tensão porque aí o Movimento Sindical que queria a sua agenda na Mesa Nacional e enfim foi criando um certo atropelo e o terceiro vértice é que aonde mais se fez uma política de gestão do trabalho criativa e inovativa foi quando aparece a educação permanente pra dizer: tem que sentar, tem que conversar (ALCINDO FERLA, grifos nossos).

No Ministério da Saúde, parecia haver uma compreensão mais ou menos uniforme sobre como deveria ser o encaminhamento de uma política com pouca margem para outros modos de fazer. No relato de Laura Feuerwerker sobre como foi a recepção da proposta de política que o DEGES apresentou ao colegiado do Ministério da Saúde, podemos visualizar isto:

Em abril a gente foi lá no colegiado e os caras não gostaram da Política. A gente apresentou, a gente disse que a gente ia construir a Política a partir de uma agenda de interlocuções e eles: “Como assim?” “É, construir a Política a partir de uma agenda de interlocuções”, “Como assim?”, daí eles falaram: “Ah tá bom, vocês tem que conversar, vão conversar e em julho vocês voltam”. Não sei se o Ricardo lembra, mas a gente conversou assim: “Olha, os caras não concordam com que a gente propõe e nem nunca vão concordar! Eles não falaram que a gente pode fazer as interlocuções? Então vamos pro mundo” e aí a gente foi pro mundo falar da Política, dos Pólos de educação permanente, os Pólos, da Educação Permanente... (LAURA FEUERWERKER).

A incompreensão experimentada em relação à proposta do DEGES, nos faz inferir que um modo mais tradicional de concepção e condução da política ganharia força no interior do Ministério da Saúde. Essa incompreensão misturava-se com os conflitos políticos existentes no Ministério, sobretudo entre o DEGES e o Secretário Executivo, Gastão Wagner:

A gente apresentou no colegiado do Ministério que tinha todos os Secretários, o Ministro etc... e eles não gostaram claro, porque nossa política não era o que eles pensavam, eles pensavam que a gente ia fazer uma Central de capacitação e gente propôs outra coisa. Todos criticaram, inclusive o Gastão e o Solla. Saindo da reunião o Gastão chama a gente pra pedir desculpas, dizer que não era bem isso. Ele batia em público e tentava costurar no privado, enfim... (LAURA FEUERWERKER).

Muito embora, essa dificuldade de assimilação da proposição de política do DEGES pareça ter menos relação com as disputas políticas existentes no Ministério da Saúde e mais com uma certa estranheza em relação a outros e novos processos de condução que destoavam dos vigentes no interior deste Ministério. Nesta visão, o Ministério da Saúde se punha num lugar de autoridade cognitiva na elaboração e condução das políticas, em detrimento de processos que procuravam se fazer no âmbito dos territórios.

Agora em fevereiro de 2005, no Seminário de Planejamento do ministério você precisava ver o jeito que o Humberto Costa falava da gente, discordando muito: “Por que vocês ficam fazem esses negócios, esses “ores” aí, facilitador, ativador, o que é isso?” Foi assim mesmo, eu que estava no planejamento, o Ricardo não estava no planejamento eu que estava... então se o Humberto não caísse... talvez nós, sim.

Na verdade, ele não derrubava a gente por causa da Maria Luiza porque a Maria Luiza era importante pra ele também, entendeu? Mas a nossa política era muito incômoda e o resto do Ministério também não estava de acordo. A gente estava fazendo uma coisa que conversava muito mais com os desejos dos movimentos, dos trabalhadores do que com a máquina do Ministério, então era tenso e difícil (LAURA FEUERWERKER).

Emerson Merhy também ratificaria que a resistência a essa proposta parecia ir além das disputas políticas do Ministério da Saúde, mas seria fruto de uma dificuldade de entendimento, o que para ele, teria origem em erros nos modos de comunicação entre os diferentes atores e em uma não inclusão destes atores na elaboração conjunta desde o início dessa proposta.

É, você está lá no meio de um grupo tentando inventar uma nova política e tem um grupo de trabalhadores, um grupo de atuantes em geral que estavam já formatados nas outras políticas e recebem uma carga de novidade e tem muita dificuldade em entender isso... **isso tem que mexer nas estratégias relacionais profundas porque você tem que perceber que nem toda resistência é pela lógica instrumental e pelo boicote, é também porque você está errando no modo de se comunicar, no modo de incorporar o outro no seu trabalho então isso pra mim era muito importante que a gente pudesse compreender que essa outra resistência não era do mesmo nível da resistência que vinha da Secretaria Executiva e que ela devia ser trabalhada/tratada de jeito distinto porque não era uma disputa política tão claramente instrumental, era sim um dificuldade em certos grupos assimilarem propostas novas em especial se elas não estavam na origem da proposta**, então nós deveríamos entender isso e deveríamos chamar as pessoas pra construção da proposta e isso daí era um passo necessário (EMERSON MERHY, grifos nossos).

Zé Ivo vai confirmar que havia resistências de duas ordens: uma resistência à inovação proposta pela SGTES no seu modo de fazer política que deslocava as pessoas de processos já acomodados e uma resistência ligada aos próprios atores – identificados como a “República dos Pampas” numa clara identificação ao grupo do Rio Grande do Sul, mas que ele especifica que eram: Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker e Maria Luiza Jaeger, que tinham um “jeito ferrenho de defender suas ideias”.

A SGTES que era a “República dos Pampas” e as pessoas tinham uma certa resistência, tanto pelo tema inovador que enchia, tirava você do conforto e que fazia refletir como até dos próprios atores: Ricardo, a Laura e Maria Luiza. Eram pessoas muito ferrenhas na defesa do que eles pensavam (ZÉ IVO).

Ainda em relação às resistências postas no âmbito do Ministério da Saúde, Alcindo Ferla vai levantar a hipótese de que haveria uma “tensão interfederativa” na relação entre o Ministério da Saúde e os municípios, fato que contribuiria em parte para uma rejeição da proposta elaborada pelo DEGES. Nesta hipótese, o Ministério da Saúde se colocava num lugar de hierarquia superior e de suposto “saber”, como o grande indutor das políticas, que por meio de instrumentos oficiais de gestão, protocolos e portarias, levaria aos municípios a forma adequada de encaminhar as políticas da área de saúde.

Uma das crises que estava desde sempre com a política de desenvolvimento era isso, de que parecia que tinha que ter uma capacidade de indução mais forte e a indução se faz com protocolos e pra mim, a memória fica bem forte com as falas do Gastão de que tinha que induzir, **tinha um suposto na fala de que os municípios e que eventualmente os estados tivessem menos condições de proposição**, bom, e a isso se somava também uma certa divergência política.

O que eu tô tentando te dizer aqui é aquela coisa do Foucault do saber-poder entendeu? O lugar do saber também é o lugar ao mesmo tempo de exercício de poder, então a gente está no Ministério da Saúde, a gente faz a portaria e ela precisa ser cumprida porque é do Ministério da Saúde. Pra quem participou como artífice do processo de reforma sanitária não tem uma hierarquia entre estados e municípios e a união, são esferas diferentes que é aquela coisa que a Maria Luiza tanto torrou a minha paciência que eu parei para pensar e descobri que não era chatice da Maria Luiza, tem uma tensão que é importante e inevitável da coisa do interfederativo (ALCINDO FERLA, grifos nossos).

Destoando da visão predominante no Ministério da Saúde de Lula e vindos de experiências de gestão marcadas fortemente pelo fortalecimento dos atores locais, este segmento minoritário apostaria nessa via, da produção local para produzir capacidade de ação. O DEGES construiria governabilidade por fora do Ministério da Saúde, no contato com os sujeitos que fabricariam a Política.

(...) então era contraditório porque o DEGES explodia, mas ao mesmo tempo era de mãos atadas dentro das coisas que tinha que fazer dentro do Ministério, então a gente explodia muito mais pra fora do que pra dentro e aí eu acho que tem a ver com tipo de política e o jeito de convidar e de como a gente fazia as coisas com as pessoas nos lugares (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Quando eu falo da questão da governabilidade fora é porque quando fomos propor a política no colegiado do Ministério eles odiaram e mandaram a gente ir pensar de novo e evidente que a gente foi para o mundo em abril de 2003 e em julho quando a gente voltou para o colegiado o Humberto Costa perguntou: “Que negócio de Pólo de educação permanente é esse? Em todo lugar que eu vou as pessoas ficam me perguntando!” e foi o efeito que se produziu fora mesmo, porque se a gente ficasse só lá dentro a gente ia cair? Em 2003!

(...) Era kamikaze porque a gente podia cair... só que como pegou, tiveram que “nos engolir” (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Até aqui falamos sobre a visão de Política de forma mais geral dos sujeitos que ocuparam o DEGES e DEGERTS e a visão predominante no Ministério da Saúde de Lula. Passaremos a narrar qual era a visão do papel que a SGTES deveria desempenhar no Ministério da Saúde e em como se deveria encaminhar a Política nessa área, no âmbito mais restrito de sua atuação em relação à gestão da educação na saúde.

5.6.6 O DEGES no Ministério da Saúde

Maria Helena Machado não era a única que compartilhava da visão de que a SGTES deveria ser “a grande formuladora de políticas e ordenadora da gestão do trabalho e da educação”. No Ministério da Saúde de Lula, havia uma expectativa de que a SGTES exercesse um papel de assessoria às políticas de saúde mais gerais da pasta. No âmbito do DEGES

esperava-se que este departamento atuasse na coordenação dos processos formativos. Laura Feuerwerker que viria a ser Coordenadora de Ações Estratégicas nos oferece um bom relato sobre isso:

A gente estava no DEGES e o que é que o Ministério da saúde esperava? Que a gente fosse uma grande central de capacitações e a gente falava: “A gente não vai fazer capacitação a gente vai fazer educação permanente, que é fazer as pessoas pensarem e etc...”, então nessa hora ela servia pra disputar o sentido e fazia sentido para os outros. Quer dizer a gente falar de uma Política Nacional de Educação Permanente produzia alguma ressonância com o que eles esperavam do DEGES! (LAURA FEUERWERKER)

Dentro da SGTES quase que a gente era obrigado a adotar algum conceito que tivesse a palavra “educação”, porque o que todo mundo esperava do DEGES no Ministério da Saúde... tudo bem, a Maria Luiza emplacou a ideia de que tinha que ter uma Secretaria que era gestão do trabalho e gestão da educação... **mas a expectativa inteira que o Ministério tinha de nós é que a gente ia ser uma central organizadora de processos formativos** (...) também a gente precisava responder de algum modo a essa expectativa que... não dava para falarmos “não” para todos: **“Quero organizar uma capacitação nacional” e a gente falava: “Não!”** (...) o povo do DAB queria matar a gente, todos queriam matar a gente! Porque a gente não fazia o que eles esperavam, fazíamos outra coisa, **então a educação permanente acabou sendo apropriada também por todos muito mais como uma prática de educação continuada porque essa era a expectativa que o resto do Ministério tinha em relação ao DEGES.** Então eu acho que mesmo antes, mesmo quando a gente estava lá, esse negócio de educação continuada do PMDB já acontecia porque a nossa proposta fazia muito mais sentido para a galera que estava fora do que para a galera que estava dentro. **A gente construiu governabilidade fora e não dentro, o tempo inteiro eles queriam matar a gente e queriam mandar a gente ir embora** (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Mas este grupo que ocupou o DEGES recusaria um lugar de assessoria ou de retaguarda, secundário às políticas de saúde. Os atores e atrizes do DEGES buscariam superar uma concepção da gestão da educação como “atividade-meio” para dar a essa área um lugar central, finalístico às políticas de saúde (CECCIM, 2005a).

O DEGES se organizaria a partir da rejeição a duas principais questões que estavam atreladas: a forma de financiamento corrente dos processos formativos no Ministério da Saúde, designada pejorativamente como uma “política de balcão de negócios” e a fragmentação desses processos formativos na forma de cursos episódicos e pontuais.

Até ali, a prática corrente do Ministério da Saúde nesta área era a de realização de um conjunto de cursos formativos sobre variados temas. Estes cursos eram definidos pelo Ministério da Saúde de modo centralizado a partir de ofertas prontas das Instituições de Ensino, que se submetiam a editais elaborados pelo Ministério da Saúde às instituições formadoras.

Emerson Merhy, que havia sido chamado para ser “Analista Institucional” do grupo do DEGES e ajudaria na construção da proposta de política de EPS no âmbito deste departamento, afirma que a Política elaborada tinha a intenção de acabar com a “política de balcão” nos

processos formativos, o que nos mostra como a forma de financiamento - bem como o quê se financiava - dos projetos se configurava central para o estabelecimento de diferenças na atuação entre os diferentes grupos neste campo:

Desde que eu chego junto com eles, a gente vai elaborando junto. O que eles tinham é uma análise daquela “política de balcão” nos processos formativos, que caberia ao Ministério simplesmente pegar o Fundo público e encomendar por exemplo por uma Universidade “x” e passa o dinheiro e diz o quê que aquela Universidade forma, eles faziam uma crítica desse processo (EMERSON MERHY).

O próprio Francisco Campos, pertencente ao grupo dos recursos humanos em saúde, fala de uma lógica dominante no interior do Ministério da Saúde marcada por “ações de capacitação de recursos humanos” fragmentadas, e que isso já era objeto de discussão por ele desde a sua gestão como Secretário de Recursos Humanos em 1985. Campos nos fala que em 1985, chegava a ele uma demanda de capacitação de médicos sobre infecção hospitalar, já que Tancredo Neves havia acabado de falecer devido ao agravamento de seu quadro por uma infecção hospitalar. Segundo Francisco Campos, nestas capacitações acionava-se um especialista e a partir de então montava-se um “pacote de capacitação” que “descia” para os estados, numa lógica centralizada e descendente. Ele elogia a criação da SGTES por Maria Luiza Jaeger, que segundo afirma, teve o mérito de concentrar todas (ou boa parte) das ações de capacitação do Ministério da Saúde:

A Maria Luiza conseguiu fazer uma coisa que eu acho que é uma coisa meritória no sentido de... isso a gente já discutia lá em 1985 no Ministério da Saúde, que o MEC... porque capacitação de recursos humanos tem em tudo quanto é... tem capacitação para tuberculose, para hanseníase, para malária... eu, para mim, a primeira vez que o Ministério da Saúde bateu na minha porta, digamos assim, para isso... quando eu cheguei lá no Ministério, o Presidente da República tinha acabado de morrer de infecção hospitalar e eu fui chamado pela Secretária de ações programáticas estratégicas do Ministério da Saúde e ela me disse: “Não, nós temos que fazer um grande programa de capacitação dos médicos do Brasil relativa a questão da infecção hospitalar!” Mas como é que era o conceito? Era: a gente chamava alguém que era especialista nisso e montava um curso e usava-se no Ministério da Saúde uma palavra que até hoje... “descia” para os estados, ou seja, o Ministério da Saúde estava lá em cima e os estados lá embaixo e “descia” pros estados com um pacote de capacitação e fazia isso nos estados, tá!? Isso não é longe de muita coisa que já se viveu não! Se você pensar assim: lá na OPAS, muito tempo depois, eu estou falando de 1985 da infecção hospitalar, lá na OPAS tem um projeto chamado AIDPI, o AIDIP é exatamente isso (...) a Maria Luiza cria a SGTES, ou seja, pega tudo que é de capacitação e coloca em um lugar só, não conseguiu tudo, quer dizer... tem feudos do Ministério da Saúde que você provavelmente jamais conseguirá... (FRANCISCO CAMPOS).

Laura Feuerwerker nos fala que a quebra com essa lógica de financiamento corrente no Ministério da Saúde deflagraria a existência de conflitos com aqueles que passaram a ver seus projetos não mais financiados como antes.

Então, era difícil a relação dentro do Ministério, nossa! Com o Ministério. Era ótima a nossa relação com o mundo **tirando os que tinham sido desbancados de seus financiados oficiais crônicos do Ministério da Saúde. Havia grupos que eram colaboradores crônicos do Ministério, que tinham raiva porque a gente tinha aberto pra todo mundo, porque tinha isso... Tinham raiva porque tinha gente que recebia muito dinheiro sempre e os outros nunca nada. Com os pólos, essa dinâmica foi quebrada...** (LAURA FEUERWEKER, grifos nossos).

Emerson Merhy vai falar que tradicionalmente já havia um “acomodamento dos fluxos”, que a educação permanente efetivamente se propunha a superar.

Tinha um acomodamento nos fluxos, o que a gente chamava “política de balcão”, então quando a gente entra com a EP, a EP não é só uma metodologia, a EP é uma mudança da política de balcão (EMERSON MERHY).

Esta forma de operacionalização dos processos formativos no Ministério da Saúde, por um lado, terceirizava a prerrogativa da ordenação da formação do SUS e conferia este poder às instituições formadoras. Como consequência disto, não havia uma coordenação desses processos, de modo que as formações se configuravam fragmentadas e tinham caráter pontual e programático. O grupo que se instituiu no DEGES opunha-se radicalmente a esta forma de conduzir essa área.

É que para alguns, para algumas certas cabeças é assim: a gente vai entrar dentro dos serviços com inúmeros cursos e esses cursos vão fazer uma lavagem cerebral em todo mundo e todo mundo vai ficar agora fazendo o que o curso desenhou. Não tem lavagem cerebral, isso não existe. Não vão fazer o que o curso mandou. Não tem curso que possa ser feito no país inteiro. Cadê o único discurso que vai estar em todos os cursos? Não tem como, não vai acontecer. (RICARDO CECCIM)

O grupo do DEGES, à semelhança da OPAS, vai rotular estas práticas educativas a serem superadas sob a designação de “educação continuada”. Esta rotulação das experiências anteriores como “educação continuada” aparece nas falas deste grupo do DEGES:

Na “educação permanente” que eu diria que foi novo, porque até então nós tínhamos a “educação continuada”. A gente já tinha no Brasil o acúmulo do Larga Escala que foi uma experiência muito interessante, mas ainda existia muito a desvinculação entre as necessidades dos profissionais que o Sistema precisava e a maneira como as instituições formadoras formavam, não havia uma conversa entre MEC e Ministério da Saúde por exemplo. Eles só passaram a conversar, a partir dessas políticas que foram mais intersetorializadas como a própria educação permanente (ZÉ IVO).

Merhy vai falar que o grupo do DEGES propunha uma “nova política cognitiva” para pensar esta área, através da educação permanente em saúde e da experiência vivida no mundo do trabalho:

Se você acompanhar o processo metodológico que a gente foi inventando, ele tem uma outra “política cognitiva”, o que que é isso? Quando você dá um curso conteudista, o processo formativo conteudista, você tem uma política

cognitiva: você entende que o conteúdo é fundamental, que o outro não tem o conteúdo e que formar é então passar o conteúdo para o outro que não tem, isso é uma política cognitiva. Eu entendo a produção do conhecimento como aquisição de conhecimento já validado. **Na educação permanente desde o começo, isso é que me levou a trabalhar com esse grupo, partia-se que a política cognitiva era a partir da experiência que se vivia no mundo do trabalho e que o mundo do trabalho é uma escola, então que a formação era algo que tinha que acontecer nessa escola**, ora não é fácil quem sempre apostou em cursos conteudistas entender essa nova política cognitiva (EMERSON MERHY, grifos nossos).

Com a lógica da educação permanente em saúde, havia uma compreensão de que era preciso formar novos profissionais comprometidos ético e politicamente com o SUS para lograr transformações na prática dos serviços de saúde e não apenas para atender às demandas postas pelos programas e políticas de saúde. Desse modo, havia uma compreensão menos programática e mais ligada à produção de novos sujeitos que pudessem estar implicados com sua prática profissional.

E essa questão que para o Humberto era absolutamente clara, era que **se não mexesse na formação tu não mexeria na atenção**, e isso era uma posição do Humberto, minha, do Sola, do Artur. **Não era uma posição muito clara, muito defendida pelo Gastão, o Gastão dizia: “não, o que nós temos que fazer, precisamos formar gente em Saúde da Família e vamos fazer Residência em Saúde da Família para todo o Brasil, vamos resolver...”**, não era uma questão de discutir equipe, de discutir como é que está... porque o problema da questão da formação não é uma questão da formação médica, é de todo mundo: é formação do fisioterapeuta, formação da enfermagem, é uma doideira geral (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Como registra Maria Luiza Jaeger, não parecia ser esta a compreensão do Secretário Executivo Gastão Wagner para a área, que defendia a necessidade de se formar para a atuação na Estratégia Saúde da Família, na qual o Ministério da Saúde investiria esforços de operacionalização.

Opondo-se à compartimentalização desta área da gestão da educação em pequenos fragmentos para assessorar as políticas de atenção do Ministério da Saúde, os atores e atrizes do DEGES se organizariam a partir de uma severa crítica a este modo de encarar a área de gestão da educação na saúde.

Então, tinha um pouco assim: a gente vai ter que falar com a educação técnica ou educação profissional de nível técnico, vai ter que falar com a graduação fortemente, necessariamente, vai ter que falar com a população... E no meio disso tem o povo todo que está dentro do serviço, que já trabalha e que é gestor... e aí quando a gente olhava para o Ministério da Saúde, o que ele mais fazia? O que ele mais fazia é as equipes gestoras e o desenvolvimento de certos quadros apontados como prioritários. “Vamos fazer a humanização do parto? Então vamos ter a formação de um enfermeiro obstetra. Vamos fortalecer a saúde da família? Então vamos ter introdutório para a Saúde da Família. Vamos fazer implantação de serviços novos? Então vai ter a formação para os serviços novos”. Então, é claro que essa era uma ocupação que a gente não podia dizer que ela está fora, **é porque a gente também tinha um suposto, a**

gente tem, todos temos um suposto, de que para melhorar os quadros profissionais, a gente vai ter novos operadores do Sistema. Só que tem que manter o Sistema e a gente não queria que esse estar dentro do Sistema fosse típico treinamento programático. Por quê para essa ação, um treinamento, para aquela ação, outro treinamento? (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Por isso mesmo, nos documentos da Política, ao mesmo tempo em que não traziam do ponto de vista retórico uma ruptura explícita com estas iniciativas, o que poderia tolher as possibilidades de diálogo, apresentavam a crítica e propunham um “novo modo de fazer” pela aposta em colocar uma Política de “educação permanente em saúde” como integradora destas iniciativas.

Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde, de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem, de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros, caminharam nessa direção e possibilitaram a mobilização de pessoas e instituições no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras e ações e serviços do SUS. **No entanto, todas essas iniciativas têm de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador, em estratégias mobilizadoras de recursos e poderes, em recursos estruturantes do fortalecimento do SUS, deixando de estar limitadas a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde (BRASIL, 2003b, p. 2, grifos nossos).**

Muitos programas foram criados com o objetivo de melhorar a formação em saúde e, dessa forma, consolidar o SUS. Dentre esses programas, podemos citar o de Capacitação e Formação em Saúde da Família, o de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), o de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus), o de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) e o de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina (Promed). Também foram criados programas de mestrado profissional e promovidos cursos de formação de conselheiros de saúde e de membros do Ministério Público para fortalecer o controle social no SUS. **Embora fossem isolados e desarticulados entre si,** esses programas provocaram algumas alterações na formação e cuidado em saúde e, acima de tudo, fizeram pessoas e instituições perceberem que é preciso mudar, ao mesmo tempo, as práticas educativas e as ações e serviços do SUS (BRASIL, 2005d, p. 7, grifos nossos).

No documento que iria para a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), percebemos um maior cuidado de evidenciar que estas iniciativas produziram mudanças, embora de alcance limitado.

O SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender. Caminharam nessa direção Programas como: Capacitação e Formação em Saúde da Família (Pólos de Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família); Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae); Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde

(Aperfeiçoamento de Gestores); Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus); Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes Gestoras); Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits); Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed); Mestrados Profissionais; Cursos de formação de Conselheiros de Saúde e do Ministério Público para o controle social; e outros. **Esses programas: possibilitaram a mobilização de pessoas e instituições no sentido de uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS; desenvolveram condições de crítica e reflexão sistemática; estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação; e introduziram mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde. No entanto, por se realizarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, tiveram limitada capacidade de: produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança; promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões e não se conseguiu desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe** (BRASIL, 2003c, p. 42-43, grifos nossos).

Era preciso produzir mediações para não passar uma imagem de que se queria romper com estas iniciativas anteriores. Mas essa intenção de não parecer que era um rompimento com tudo o que vinha até ali, viria por insistência de Maria Luiza Jaeger com Ricardo Ceccim, diretor do DEGES.

Aquela portaria eu acho que ela foi reescrita eu tenho todas as versões... umas vinte vezes porque eu pegava e começava a botar as coisas “porque a partir dos Pólos de Saúde da Família” **de não desmanchar o que foi feito e dialeticamente estar mudando** e o Ricardo batia em tudo e o Ricardo tentou eu acho que umas quinze vezes até que ele desistiu e a gente caminhou, mas eu participei de todos os Seminários, eu viajei por todo país (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Ricardo Ceccim fala sobre o quanto as articulações feitas a partir da SGTES demandavam negociação com as iniciativas anteriores postas em execução e com pessoas que não pensavam do mesmo jeito que aquele grupo da SGTES:

Mas na SGTES tinha que negociar com muita coisa, tinha que negociar com toda a política de Saúde da Família, com todos os Pólos de Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família, com toda a linguagem daqueles sanitaristas que estavam lá e que não pensavam essas coisas. Aliás nosso conceito de educação permanente em saúde não poderia ser em saúde da família sem deixar de ser educação permanente em saúde. Esse conceito, se efetivo, era responder “o que nos afasta da integralidade?” Se a resposta fosse “urgência, saúde bucal, assistência farmacêutica, reabilitação, então...” (RICARDO CECCIM)

Maria Luiza, apesar de ter mais afinidade com a pauta da gestão do trabalho, procuraria se apropriar da discussão trazida em relação à gestão da educação. Como apontamos lá atrás nessa narrativa, Luiza acreditava que havia pouca possibilidade de encaminhamento das pautas

da SGTES pelo DEGERTS, onde ela e Maria Helena Machado acumulavam divergências e onde havia impasses mais gerais importantes. Desta forma, ela trataria de incidir no DEGES, lugar onde tinha mais relação. Laura Feuerwerker nos aponta que Luiza, ao mesmo tempo procurava aprender em relação à educação permanente em saúde:

A Maria Luiza não tinha acúmulo nisso, a Maria Luiza tinha uma trajetória muito mais forte da gestão do trabalho e nadava de braçada na discussão com a Maria Helena Machado, esse daí era o lugar da Maria Luiza... a Maria Luiza tinha trabalhado na CUT, essa daí era a praia dela. Por exemplo, ela fez um negócio bem legal lá da mudança da lei pra poder ter concurso de agente comunitário de saúde, foi a Maria Luiza que foi protagonista disso, essa a praia dela. A agenda do DEGES, ela foi aprendendo, foi assim mesmo! (LAURA FEUERWERKER).

Laura também falaria do processo de construção da Portaria nº 198 que instituiria oficialmente uma Política de Educação Permanente em Saúde. Segundo ela, a demora no lançamento da portaria se daria pela dedicação de Maria Luiza nas correções da portaria, tanto pelo processo de mediação do ponto de vista político, como pelos aprendizados e apropriações que Luiza fazia sobre este tema.

A gente escreveu a primeira... Em setembro de 2003 a nossa redação inicial pra portaria da Política estava pronta e ficou de setembro a fevereiro com a Maria Luiza porque ela ia lendo e aí ela escrevia com letra grande e chamava a gente pra conversar, ela lendo e a gente nervoso e histérico porque o negócio estava assim... Só saiu em fevereiro porque ela ficou aprendendo e mediando certos aspectos, mas não precisava ter demorado tanto, mas foi assim... (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos)

A construção da governabilidade, apontada na fala de Laura anteriormente, que se faria em torno desta proposta de política passou pela discussão com os vários atores e atrizes dos movimentos sociais, entidades, conselhos, Universidades, na intenção de construir adesão à nova proposta que se desenhava:

Daí se começa uma discussão com Deus e o mundo sobre o que afinal o que seria essa Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e isso acabando dando como resultado aquele documento que tem, que é a portaria 198 e tem outros documentos anteriores a ele que montam essa proposta. Essa proposta foi discutida com o Sindicato, com Associações de Ensino, com a Associação de Reitores das Universidades públicas e privadas, com o Deus e o mundo, com os Conselhos, com todo mundo (MARIA LUIZA JAEGER).

Com a dificuldade de trânsito da proposta no interior do Ministério da Saúde, o grupo do DEGES não esperou que fosse promulgada uma portaria para iniciar as discussões em torno dessa proposta. A portaria seria promulgada posteriormente, após aprovação nas várias instâncias de debate ao longo do ano de 2003.

Eu ia para as reuniões do Conselho e tudo que eu falava nas reuniões do Conselho era aplaudido, tudo que eu levava era aprovado, tudo. A nossa

Política foi aprovada em setembro de 2003 no Conselho Nacional de Saúde. Eu fiz todas as conversas, todas as reuniões, macrorreuniões, microrreuniões, todas as reuniões do Conselho Nacional de Saúde, as reuniões com a CIRH, eu fiz todas essas conversas sem nenhum problema, as conversas com o CONASS também fui eu que fui encarar. A Laura ficou mais no CONASEMS, embora eu fosse bastante para o CONASEMS, o CONASS nem sempre nos ajudou, mas ajudou a aprovar as coisas, porque a gente aprovou tudo no primeiro ano. A Maria Luiza contava com enorme respeito do CONASS. A gente aprovou no Conselho Nacional de Saúde, na CIT, no CONARES, a gente aprovou em todas as plenárias que existiam ou foram possíveis dentro do ano de 2003. Tanto que em fevereiro de 2004 a portaria pode ser publicada, mas porque todas as coisas foram aprovadas antes. É porque não teve nada do que acontece hoje, em que o governo não leva decisões para o CNS. **Tem gente que pensa assim: o negócio começou quando a portaria foi assinada. No nosso caso, a portaria foi assinada depois de uma aprovação do Conselho Nacional, uma resolução do Conselho Nacional, uma aprovação do CONASS e uma resolução do CONASEMS, uma aprovação do GT de RH do CONASS e depois de aprovação do CONARES e depois uma decisão da Tripartite. Tudo isso a gente fez antes, todas essas decisões foram tomadas no ano de 2003** (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Laura Feuerwerker e Ricardo Ceccim se dividiriam nas conversas com os mais variados atores e atrizes sobre esta proposta de política que se desenhava e nas demandas gerais do Departamento em uma capacidade de ação que Laura denominou de uma “gororoba operativa”, que se iniciou na negociação da portaria, mas seguiu em relação à dinâmica geral da construção da política.

(...) porque como dizia o Hêider, que naquela época tinha acabado de sair do Movimento estudantil e foi trabalhar lá no DEGES... mas ele falava assim pra mim: quando ele queria conversar sobre filosofia ele conversava com o Ricardo, quando ele queria que alguma coisa acontecesse ele falava comigo porque eu operava, entendeu? E foi assim que a Odete, a Maria Luiza, acabaram me respeitando porque eu fazia as coisas acontecerem **e o Ricardo tinha um saco infinito pra discutir por exemplo com as coisas lá da CIRH, um saco e uma paciência e eu não tinha. Não brigava com elas, mas eu não tinha essa paciência de ficar oito horas em uma reunião como o Ricardo tinha. Então eu falo assim, era uma gororoba muito operativa** porque tinha coisas que eu fazia bem e que ele não fazia e tinha coisas que ele fazia bem que eu não fazia e esse negócio funcionava muito bem porque daí o negócio ia rolando, e não tinha lá dentro, durante o processo, não tinha uma disputa de autoria sabe assim? Não era assim que funcionava (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Mas é que tinha uma condução que era eu e Laura, a gente era frente e verso, era a mesma pessoa, eu e Laura éramos a mesma pessoa. A diferença que nós tínhamos é: a Laura prepara documentos rapidamente porque ela já tem documentos e eu faço a mediação com Maria Luiza e com Humberto. Eu vou na conversa com o governo porque afinal o cargo é meu, mas também tinha outra coisa: eu vou para o Conselho Nacional de Saúde, a Laura não tinha nenhuma paciência em ir para o Conselho Nacional de Saúde (RICARDO CECCIM).

Em relação às conversas com as várias instâncias institucionais sobre a proposta de política formulada pelo DEGES, desde o mês de abril de 2003, esta proposta era discutida no

âmbito da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CIRH/CNS). Ricardo Ceccim, diretor deste departamento, é quem se encarregaria pessoalmente de debater essa proposta na CIRH:

Eu ia para o Conselho Nacional de Saúde incluindo a CIRH na época, a CIRH era a minha tarefa e a Laura se pudesse explodir a CIRH podia ser porque era muito identificada com o pessoal ou o discurso dos RHS (RICARDO CECCIM).

Como vimos anteriormente, o grupo da CIRH que havia construído uma proposta de uma Norma Operacional Básica para a área de Recursos Humanos em Saúde, a NOB-RH. A primeira versão deste documento seria publicada em 1998 e revisada e atualizada nos anos de 2000, 2002, 2003 e 2005.

A gente chega em 2003 com uma recente aprovação da NOB-RH/SUS, a NOB-RH/SUS foi um movimento nacional de quatro anos. O Conselho Nacional de Saúde em um determinado momento reconheceu a área de trabalhadores como uma área nobre o suficiente pra dizer que, se toda a área da atenção - ou da assistência - hoje está sendo regulada por uma Norma Operacional Básica, então cadê a norma Normal Operacional Básica dos Recursos Humanos? Para os trabalhadores, é tão importante quanto é, para a população, a atenção. **Emplacou essa noção, aprovou na Conferência Nacional de Saúde que tinha que ter uma política de recursos humanos dentro do SUS e durante quatro anos a CIRH andou pelos estados, construindo um texto que seria levado para a Conferência Nacional seguinte, terminados os quatro anos. Quando chegou na Conferência Nacional de Saúde aquele texto, pra nós ele necessariamente era reconhecido porque primeiro foi aprovado em uma Conferência Nacional de Saúde, ele foi deliberado no Conselho Nacional de Saúde, foram quatro anos de produção, então ele será a base inicial de uma política de gestão do trabalho e da educação na saúde, que a gente já deu outro nome, não chamou de recursos humanos, chamou de gestão do trabalho e da educação na saúde e disse: está aqui a NOB-RH/SUS toda, ela vai ser executada.** E ela vem aqui para dentro, aí quando a gente olha a NOB-RH/SUS, uma meia dúzia de artigos fala de educação e quase todo resto fala de gestão do trabalho. Então se perguntar qual a tarefa da gestão do trabalho, tem uma NOB inteira sobre isso. E a educação está escrita lá como uma nota bem pequeninha sobre o que é a gestão da educação. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Por isso mesmo, com a intenção de não desconsiderar o trabalho de construção da NOB-RH numa instância legitimada do controle social, a equipe do DEGES procuraria fazer mediação com o texto da NOB, apesar de a concepção posta na nova política que se desenhava no âmbito deste departamento ser diametralmente oposta à concepção posta pela NOB-RH (MATIAS, 2016).

Laura Feuerwerker vai afirmar que era de extrema importância fazer um acordo com a CIRH, cuja apreciação à proposta de Política antecederia à apreciação do pleno do Conselho Nacional de Saúde, por isso a menção à NOB-RH tinha o caráter deliberado de produzir uma aliança que pudesse fornecer sustentabilidade à proposta de Política de Educação Permanente em Saúde:

A negociação com o Conselho Nacional de Saúde... era muito importante a gente conseguir fazer um acordo com a CIRH. Então trazer pra cena tudo da NOB-RH era importantíssimo pra eles se sentirem contemplados nesse processo... era mesmo um movimento deliberado de inclusão de certas palavras, certos jeitos de falar, certas referências pra compor uma aliança política que desse mínima sustentabilidade pra Política (LAURA FEUERWERKER).

Em 25 de agosto de 2003, o DEGES publicaria o primeiro documento institucional dessa proposta de política intitulado: “Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde”. Neste documento, encaminhado ao Plenário do CNS em setembro de 2003, encontraríamos menção à NOB-RH (BRASIL, 2003b). Esta referência desaparece nos documentos seguintes. Também apareceria menção à NOB-RH no texto: “O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social” de Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Como falamos anteriormente, esta menção pode ser entendida no território das negociações como uma mediação do DEGES em relação à produção da CIRH e do Conselho Nacional de Saúde neste campo, o que em grande parte facilitaria a aprovação desta proposta no âmbito do controle social do SUS.

A partir da discussão no âmbito da CIRH, responsável por apoiar tecnicamente o Conselho Nacional de Saúde nas questões referentes aos recursos humanos em saúde, o documento da Política mencionado acima e a proposta de política que se desenhava no âmbito do DEGES seria apresentada no Plenário do CNS em sua 134ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de setembro de 2003.

Na ata desta reunião do CNS consta a apresentação da proposta no item: “Formação de Recursos Humanos”, onde o diretor do DEGES, Ricardo Burg Ceccim faria questão de ressaltar que a Secretaria de Gestão do Trabalho buscou definir ações que implementassem os princípios e diretrizes da NOB e considerou importante submetê-las à apreciação do Conselho Nacional de Saúde.

A partir da apreciação da proposta e do documento: “Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde” é que seria aprovada a Resolução nº 335 do Conselho Nacional de Saúde, de 27 de novembro de 2003.

Em 17 de setembro de 2003, o documento intitulado: “Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde” seria apreciado e aprovado pelo Conselho Nacional de Representantes Estaduais do Conasems (CONARES) e pela diretoria do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Na reunião de 18 de setembro de 2003, este

documento também seria pactuado no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no item de discussão “Pólo de Educação Permanente em Saúde”. No mês seguinte, a CIT pactuaria a proposta do Ministério da Saúde referente à “Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, em 23 de outubro de 2003.

É assim que, depois da discussão e negociação dessa proposta nessas instâncias institucionais e com os vários atores e atrizes legitimados do SUS, seria promulgada a Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 com o objetivo de instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004a).

Depois do lançamento da Portaria, seria publicada a versão final do documento: “Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Pólos de Educação Permanente em Saúde” pelo Ministério da Saúde, na série Projetos, Programas e Relatórios (BRASIL, 2004b).

5.6.7 Montagem do DEGES

É importante considerar que o DEGES seria marcado fortemente por este modo diferente de fazer Política e por outra compreensão da área de “educação na saúde” em grande parte porque em seu interior havia tido uma aposta de ocupação pelos movimentos sociais. Laura Feuerwerker registra a dificuldade destes movimentos sociais ao se depararem na condição de “ser governo”:

(...) acho que ele (Ricardo Ceccim) fez mesmo essa escolha e a Maria Luiza bancou. E eu acho que foi uma coisa admirável isso de chamar os movimentos para compor e que deu uma cara completamente diferente para o DEGES do que pro resto do Ministério, eu não tenho nenhuma dúvida sobre isso e acho que isso tem tudo a ver com a dinâmica construída, que era muito mais aberta para os movimentos porque também (o DEGES) foi composto pelos movimentos. **A gente passou meses aprendendo a falar como governo porque a gente ia encontrar com o MEC e se comportava como antes entendeu? É verdade, demorou meses pra gente falar assim “Ixe não, agora não pode fazer assim”... é verdade, foi um processo bem difícil porque a gente estava acostumado e tinha passado a vida sendo movimento** (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Sobre isto, também vale registrar o conflito interno vivido por José Ivo Pedrosa que assumiria a Coordenação de Ações Populares de Educação na Saúde, na convivência com a institucionalidade:

O dilema que eu passei, por exemplo: “Como é que eu vou coordenar a educação popular aqui dentro do Ministério?” A educação popular é uma força que vem da sociedade, vem livre, solta, selvagem e ao colocar aqui dentro do Ministério vai ficar fechada, eu tinha uma Secretária e sabe...?! “Como sair dessa armadilha? Como permanecer instituinte dentro do instituído?” Então essa era pergunta que eu fazia todo dia a mim mesmo e que orientou toda a ação que a gente desenvolveu lá, foi assim: que pra ser instituinte, você tem que devolver aos sujeitos a possibilidade de agir, não sou eu aqui dentro do Ministério que vou fazer a educação popular, são os movimentos (ZÉ IVO).

Ao DEGES caberia: a proposição e formulação de políticas relativas à formação profissional em saúde no nível de graduação; a educação permanente dos trabalhadores da rede de serviços de saúde de todas as escolaridades e dos movimentos sociais; a articulação com o controle social do SUS e à interação com a escola básica para formação da consciência sanitária. Também caberia ao DEGES a cooperação técnica, financeira e operacional com estados e municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde (BRASIL, 2004b, p.6).

Para dar conta de todas essas questões, Maria Luiza Jaeger e Ricardo Ceccim, que haviam trabalhado juntos no Rio Grande do Sul, tinham a compreensão de que o DEGES deveria se estruturar de modo a garantir atuação em três áreas principais: nas graduações da área de saúde, no ensino profissional de nível técnico e junto dos movimentos sociais e populares que trabalhassem com a educação em/na saúde.

A Maria Luiza tinha essa regra muito clara, ela queria que tivéssemos graduação, tivéssemos ensino profissional de nível técnico, queria que tivéssemos a educação popular especialmente a relação com movimentos sociais que trabalham com a educação em saúde ou na saúde e os trabalhadores, então pra mim e pra Maria Luiza estava claro (RICARDO CECCIM).

Mas falar de uma área que iria trabalhar com as questões referentes à “educação”, sobretudo a educação superior dentro do Ministério da Saúde, causou estranheza e uma certa resistência do Ministério do Planejamento e do Ministério da Educação do governo Lula, de modo que o nome das coordenações do DEGES teve de ser reconfigurado.

Foi uma discussão grande com o Ministério do Planejamento quando se monta a proposta que é o regimento inicial do Ministério que vai sair em junho ou coisa assim, **há uma resistência do Ministério do Planejamento em tu falar em “educação” dentro do Ministério da Saúde, então tu vai ver que por exemplo, o departamento ligado ao Departamento de Gestão da Educação, a parte da educação superior por resistência do MEC e do Planejamento não se chamou assim, tem um nome completamente esdrúxulo...** (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Essa resistência sobretudo do Ministério da Educação (MEC) era mais evidente na Coordenação que trataria das questões referentes à área de educação superior. Laura

Feuerwerker, a quem tinha sido atribuída esta Coordenação, relata que o MEC acusava o DEGES de criar uma “Secretaria de Educação Superior (SESu) paralela” e tinha certo temor quanto à interferência externa de outras áreas neste Ministério, ao que o DEGES responderia que nenhuma outra área que não a Saúde tinha a prerrogativa constitucional de ordenamento de recursos humanos e sem uma efetiva regulamentação desta área pela Saúde, as corporações continuariam influenciando diretamente para fazer valer seus interesses.

O Ministério da Educação tinha muitas resistências em relação a nós, falavam que a gente tinha criado uma SESU paralela, eles não conseguiam entender porque a Saúde ficava tanto querendo interferir na educação dos profissionais. Eles falavam pra gente -isso não só na época que o Cristovam era Ministro, mesmo quando o Tarso era Ministro - eles falavam assim: “Se a gente deixar a Saúde interferir, todo mundo vai querer interferir” e aí a gente falava pra eles assim: “Não é verdade. Por um lado, porque não tem nenhuma outra área que tenha algo como o Sistema de Saúde, que recebe as pessoas, algoem que a formação influi tão diretamente no trabalho. Por outro lado, ao não abrir para o SUS, vocês deixam quem sempre interferiu continuar interferindo, que são as corporações”, então a OAB manda, os médicos mandam,. As relações do MEC com as corporações dos profissionais são muito mais profundas do que do Ministério da Saúde, por exemplo nas comissões de especialistas... Então ao não abrir para a disputa pelo SUS, vocês deixam no colo de quem sempre mandou né?! Então... não. Acho que não era pela SGTES em si, na verdade havia uma disputa... Para o SUS era importante, há artigos da Constituição que nunca tinham sido regulamentados e continuam não regulamentados e que tinham a ver com esse assunto. Dentro do movimento da Reforma Sanitária desde sempre teve gente falando: “Olha gente, se a gente não mexer na formação, não vai dar certo” (LAURA FEUERWERKER).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde seria estruturado, portanto, em três coordenações: a Coordenação de Ações Estratégicas, que cuidava das questões referentes à educação superior nas profissões de saúde; a Coordenação de Ações Técnicas, voltada para a educação profissional de nível médio dos trabalhadores da saúde e a Coordenação-Geral de Ações Populares de Educação que cuidava da educação popular e da relação com os movimentos sociais, cujo objetivo seria o de “promover na sociedade civil a educação em saúde, abrangendo a formação e a produção do conhecimento para a gestão social das políticas públicas de saúde” (BRASIL, 2003b, 2003c, 2004b).

Aí a gente estruturou o DEGES com três grandes coordenações, configurando os agrupamentos que a gente compreendia: o agrupamento da educação do ensino superior, agrupamento da educação ensino do nível médio e o agrupamento da educação popular. Por isso, três coordenações. A educação em serviço, a gente entendia assim: ela atravessa todos, a dos trabalhadores e a dos gestores. (RICARDO CECCIM)

Uma proposta de Política em torno do conceito de “educação permanente em saúde” seria gestada com a intenção de ser transversal a estas áreas colocadas no âmbito do DEGES:

Eu defendia que educação permanente, que as coisas tinham que ser transversais e a gente fez uma organização do DEGES que era uma organização matricial. Era uma estrutura matricial, literalmente. Se você

cuidava da região “x” de Santa Catarina, você ia ter que discutir com eles: educação técnica, educação popular, educação... tudo! Não era segmentado, então a gente fez um desenho desse jeito que possibilitou... claro que cada um era de um jeito, mas enfim era uma capilaridade da movimentação muito importante, a gente andava no Brasil inteiro fazendo e articulando todas essas pautas (LAURA FEUERWERKER).

Os Coordenadores das três áreas de atuação do DEGES relatam participarem das discussões para a formulação dessa Proposta de Política. Eles mesmos ressaltam como a forma de construção dessa Política era uma situação inédita de busca por uma radicalidade democrática:

No primeiro ano assim foi todo um ano de muita formulação, ouvindo muitas pessoas e fazendo essas articulações estaduais e municipais pra que a gente pudesse fazer a proposição da Política e depois tem que fazer toda a implementação pra no Conselho Nacional de Saúde pra fazer essa discussão, então quando eu cheguei o momento era muito de debate político de como é que ia ser a Política, de como é que as coisas iam acontecer, o tipo de financiamento enfim... tinha toda essa preparação pra poder colocar a proposição dos Pólos de Educação Permanente na rua, mas isso precisa fazer uma articulação muito grande e que mexe muito com os estados e municípios então esse primeiro ano de governo o foi praticamente de formulação política mesmo (SIMONE CHAVES).

Participava dos fóruns, eu acho que a ideia era essa, ser uma coordenação única... eu não cheguei a pegar, eu acho, alguma formação dos grupos de educação permanente mas participamos sim de toda parte de elaboração da proposta, da discussão (VERÔNICA CRUZ).

(...) e começamos o trabalho de construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que foi um momento muito importante na minha vida que pela primeira vez eu falava muito e vivi o que é construir uma Política discutindo com aluno, reitor, professor, era muita reunião e todos envolvidos e me senti: “Agora eu tô realmente vivendo uma democracia” e os conceitos que eu tinha estudado no doutorado eu via eles na minha cara tipo “instituído”, “instituinte”... (ZÉ IVO).

Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker entretanto admitiam que havia uma formulação teórica que era dos dois:

Eu e Laura trabalhávamos muito juntos, a gente saía daquele Ministério tarde da noite, senão já de madrugada. A Roseni ficava muito com a gente, mas às vezes ela dizia: “vamos parar por aqui”. Quando ela dizia “vamos parar por aqui”, a gente ia embora. A gente ia embora, só que quando eram oito horas da manhã, eu e Laura estávamos entregando um para o outro os textos que cada um tinha feito, ou seja, meia-noite a gente ia embora e às oito horas a gente estava enviando o texto um para o outro, feito nesse intervalo de tempo. Era uma coisa de louco aqueles primeiros anos. (RICARDO CECCIM)

A seguir apontaremos como se deu a estruturação deste departamento e como uma proposta de política centrada no conceito de “educação permanente em saúde” atravessaria de

formas distintas este grupo do DEGES, de modo que os entendimentos sobre EPS sustentados por estes sujeitos, apesar dos objetivos comuns, também vão se configurar distintos.

5.6.7.1 Coordenação Geral de Ações Estratégicas

Ricardo Ceccim escolheria minuciosamente os nomes para a ocupação dessas três áreas sob seu comando. A primeira definição que Ceccim fez foi de trazer a Rede Unida para ocupar as coordenações que tratavam da educação superior e do ensino profissional de nível técnico. Para Ricardo Ceccim, era importante destinar no DEGES uma área específica que fosse relativa à mudança na graduação da área de saúde:

(...) mas pra gente era importante apontar claramente a mudança na formação profissional (na graduação). Tinha que mudar a formação dos profissionais de graduação de tal maneira que o perfil chegasse menos biomédico ou menos tecnicista, menos hospitalar. Era mudar mesmo a concepção, tinha que entrar uma concepção de rede, de integralidade, de cadeia do cuidado, então essas coisas partiam da formação. Então tinha que mudar a formação de graduação. (RICARDO CECCIM)

Ceccim era um admirador do trabalho da Rede Unida e reconhecia o protagonismo desta entidade no debate da educação, sobretudo em relação à mudança na graduação que se propunha a deslocar o enfoque do debate médico-centrado para dar lugar à experiência da interprofissionalidade.

Eu não era quadro, mas eu participei de quase de todos os congressos da Rede Unida e lia as coisas, os produtos, eu lia a revista “Olho Mágico” e lia os livros que saíram em períodos em que a Rede publicou, eram coisas que eu acompanhava (...) **tinha o debate muito claro do que era a mudança na graduação e um debate que, para mim, era muito importante que era uma visão clara de que havia uma interprofissionalidade, de que havia uma equipe com diferentes profissões e havia claramente um desmonte ou um desafio diante desse lugar médico-centrado, diferente da CINAEM, por exemplo.** A CINAEM eu também lia e sempre fiz isso de referências que vinham da CINAEM, só que que a CINAEM era só educação médica, então para mim era muito importante levar em conta os dados que vinham da CINAEM, eu lia a CINAEM, tinha contato com o Rogério Carvalho, que era uma das lideranças importante dentro da CINAEM, tinha muito contato com os estudantes de medicina, estudantes de medicina militantes eram todos meio que filhotes da CINAEM, a DENEM era completamente CINAEM. Então eu tinha essa referência. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Compondo o grupo mais vinculado à Maria Luiza Jaeger, que se propôs a romper no plano conceitual e político com o campo de desenvolvimento dos “recursos humanos em saúde”, Ceccim preferia estabelecer interlocução e uma agenda de trabalho com a Rede Unida

em detrimento do Grupo de Trabalho de Recursos Humanos da ABRASCO, que efetivamente não foi convidado para a composição do DEGES:

Eu tive essa tarefa de escolher, por que a Luiza não ia ter referência. Além de mim, ela não tinha referência de quem ela gostaria de chamar e ela então foi conversar comigo, com quem eu sugeriria e a minha sugestão foi trazer a Rede Unida. Eu não cogitei ninguém da ABRASCO, porque eu entendia na ABRASCO uma liderança e um certo movimento que para mim não era um movimento de formação, para mim o movimento que tinha ali era um movimento de políticas de saúde, eu queria o recorte específico da formação. As pessoas da ABRASCO que estavam no chamado GT de Recursos Humanos eram, para mim, o que mais se identificava com o de DEGERTS: que é carreira, remuneração, composição de quadros, a relação com os Conselhos, a relação com os Sindicatos, as novas profissões, toda essa área que pra mim era gestão do trabalho era o que eu enxergava dentro da ABRASCO, com uma certa tradição, inclusive os critérios de distribuição dos trabalhadores, os critérios de regulação de Estado no provimento. Para mim, era um tema que hoje em dia eu me interessava muito mais, mas na época não era um tema que eu via como minha tarefa. Discutir o provimento? Eu discutia a formação para que o provimento viesse bem feito, mas a Política do provimento, do tipo: vai ter incentivo, pagar mais, pagar menos, como é que são os concursos, ter uma rede única de contratação, carreira SUS, que eu defendia, mas eu não achava que essa era uma parte do meu Departamento, isso tudo era do outro Departamento. E aí a ABRASCO tem colaboração pra isso, mas sobre formação a ABRASCO não tem esse acúmulo, quem tem esse acúmulo é a Rede Unida, quem tem esse acúmulo de dizer o que vamos fazer com a graduação, com os estágios, com os internatos. Esse é um exemplo: o que vamos fazer com o internato? O que é o internato? Só quem eu enxergava discutindo isso era a Rede Unida. (RICARDO CECCIM)

Na Rede Unida, Ceccim identificava três lideranças principais: Laura Feuerwerker, Roseni Sena e Márcio Almeida.

Pra mim e pra todo mundo a Rede Unida era o Márcio, a Laura e a Roseni (tempo das DCN!!). Os outros todos pairam, inclusive eu pairava em torno da Rede Unida, como o Alcindo pairava em torno da Rede Unida. **A Rede Unida era o par da CINAEM, mas que não era exclusiva de médico, era o melhor lugar. A inteligência da educação na saúde era a Rede Unida, era a inteligência.** É que se não fosse a Rede Unida, seria a CINAEM, mas a CINAEM era só ensino médico, com pensamento médico, quanto mais chamasse alguém, mais médico ia ficando porque quando chegava no time de Pelotas era só médico, o pensamento era um pensamento só médico, não dava! O Alcindo estava nos dois lugares, o Emerson era do apoio à CINAEM, eu frequentava a Rede Unida. (RICARDO CECCIM)

Mas Ceccim havia se encantado por Laura Feuerwerker. Ela foi a primeira pessoa a ser definida na composição de sua equipe no DEGES.

Mas eu gostava mesmo da Laura, eu achava a Laura a criatura mais ousada. Super ousada, a linguagem ousada, a formulação ousada, críticas ousadas. Ela era um mulherão, era porreta, ela tinha posições, posições e posições e eu achava aquilo bárbaro! “Eu quero trabalhar com essa mulher, não tenho dúvida. Se é pra trazer alguém, eu vou trazer ela, a primeira pessoa que eu quero aqui é a Laura!” A Luiza disse: “tá”. (RICARDO CECCIM)

Laura Feuerwerker vinha de uma trajetória militante no Movimento Estudantil contra ditadura, havendo se graduado no Curso de Medicina da Universidade de São Paulo. Na graduação, perderia o interesse em especializar-se em Medicina Preventiva por considerar estreitos os diálogos e as relações que se estabeleciam naquele grupo, preferindo ingressar na Residência de Clínica Médica, onde viveu na prática a escolha de cuidar das pessoas. Junto à Prefeitura Municipal de São Paulo, na gestão de Janio, Laura exerceu a função de plantonista médica, mas insatisfeita, pediria para sair desta função. Foi então que Laura viveu a experiência de assumir a gestão de uma Unidade Básica de Saúde (ainda no último ano do governo Janio Quadros e depois, durante todo o governo Luiza Erundina), que a atravessou fortemente e que ela considera ser sua primeira experiência de educação permanente:

Eu entrei na Prefeitura pela clínica sendo como plantonista e aí eu não queria mais ser plantonista porque eu achava que não dava pra cuidar de ninguém desse jeito. E quando eu fui lá pra pedir pra sair do plantão, eles falaram que só dava pra eu sair do plantão se eu assumisse a gestão de uma UBS e eu falei: “Eu não sei nada disso!” e eles disseram: “Não, é porque está em falta de médico...” e já tinha falta de médico, era crônica a falta de médico, na periferia principalmente. “E só dá pra sair, se você assumir um cargo” e eu falei: “Tá bom”... eu não queria mais ficar trabalhando num pronto-atendimento, altamente insatisfatório, aí eu fui pra UBS e porque estou dizendo isso? Porque **eu acho que foi exatamente na UBS a minha primeira experiência de educação permanente, eu não sabia que era uma prática sistematizada, que existia alguém que tinha pensado nisso, eu não sabia nada, não sabia que tinha nome, nada.** Mas a primeira coisa que eu fiz lá foi ficar acompanhando, ficar três dias em cada pedaço da Unidade vendo o que as pessoas faziam, como elas trabalhavam e tal e a primeira coisa que eu concluí foi que para muita gente lá trabalhar na UBS, na padaria ou no banco dava na mesma. Era um emprego que o cara tinha arrumado e isso é um problema. Havia pessoas que eram mais legais e se relacionavam melhor com os usuários e outras que, pelo amor de Deus... e isso era um problema. Havia gente bem legal na equipe, assistentes sociais, educadores, psicólogos e tal e a gente foi construindo um processo de produzir sentido para o trabalho: Que lugar é esse? O que é que nós estamos fazendo aqui? Por isso que eu falo que foi a primeira experiência de educação permanente mesmo e a gente foi construindo de uma maneira bem legal mesmo, a gente tinha muita liberdade.

(...) Bom e aí a gente construiu um processo coletivo mesmo e a gente foi experimentando várias coisas, então fui aprendendo na prática isso: não dá para convidar todo mundo do mesmo jeito, uns vêm por uma coisa e outros vêm por outra, as pessoas podem muito mais do que o papel oficial delas permite... e eu aprendi tudo isso na prática e depois eu fui elaborar isso, mas eu aprendi na prática (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Foi na experimentação desse espaço de gestão que Laura acumulou reflexão sobre os modos de produzir sentido para o trabalho em saúde, de onde deriva muito do que será formulado depois em relação à aprendizagem no trabalho trazida pela educação permanente em saúde.

Laura faria Mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) com o tema de estudo sobre mudanças na educação

médica e a Residência Médica no Brasil. Ainda no Mestrado e com a mudança de gestão na Prefeitura Municipal de São Paulo, que vivenciava a era Paulo Maluf, Laura seria convidada a trabalhar no Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde – União com a Comunidade) exatamente pela sua implicação com o tema. Ela mesma nos relata:

Comecei a fazer o Mestrado e pedi demissão da Prefeitura. Fiquei um tempo no exílio, no Centro de Epidemiologia, mas não dava. Era insuportável na época do Maluf, não podíamos tocar nenhuma pauta, nem dengue, nem controle de infecção hospitalar... eu tinha dois vínculos e eu resolvi pedir demissão mesmo. E aí eu acabei indo trabalhar no UNI porque os dois coordenadores da Kellogg no Brasil, o Tancredi e o Marcos Kisil, professores também lá da Faculdade, consideraram que eu tinha mais ou menos o perfil que juntava várias coisas - porque o UNI tinha a aposta de mudar a formação, mas pensava formação, os serviços de saúde, a participação social. E eu era uma pessoa que meio juntava esses assuntos, digamos assim, pela minha militância política, pela experiência que eu tinha tido nos serviços de saúde e porque eu estava estudando Residência médica e educação médica... (LAURA FEUERWERKER).

Ela trabalhava como assessora da Coordenação do Programa UNI, onde coordenou o programa de apoio ao desenvolvimento dos Projetos UNI na América Latina acompanhando ativamente as experiências em vários países. No Doutorado em Saúde Pública junto à Faculdade de Saúde Pública da USP, Laura estudou exatamente as experiências de transformações curriculares em Marília e Londrina nas suas tentativas de mudança da educação médica, lugares, entre outros, em que se desenvolveu o Projeto UNI.

Ricardo Ceccim relata exatamente essa bagagem de vivências de Laura, que reunia uma trajetória no campo da mudança da formação - que ele entendia que deveria ter destaque como área no DEGES – a uma concepção e linguagem de Sistema de Saúde que eram próximas às suas, em detrimento do grupo de recursos humanos da ABRASCO, fatores decisivos para a sua indicação:

A Laura tinha uma bagagem de coisas, ela tinha uma mala de textos pra tudo, porque, claro, ela vinha fazendo esse tipo de assessoria nos últimos anos de trabalho dentro da Rede Unida e em contato com os países latino-americanos, fazendo esse tipo de coisa. Medicina comunitária, território... Ela vinha com essas coisas, ela tinha estudado no mestrado a Residência Médica, no doutorado a graduação em Medicina, estudou currículos com projeto de mudança, então ela tinha uma acumulação muito objetiva e ela tinha uma acumulação objetiva em que ela tinha o domínio da formação médica sem um discurso médico-centrado, era o tipo da pessoa que não tem alguém melhor pra estar aqui comigo: ela enxerga a graduação, ela enxerga a Residência, enxerga os médicos, ela enxerga a equipe. Eu preferia ter essa pessoa do que aquela turma que eu conhecia dentro da ABRASCO, que não atendia a agenda “inédita”, não tinha possibilidade com a turma dos recursos humanos em saúde, não tinha. Pessoas sem linguagem de Educação, pessoas sem linguagem de mudança com cara de Educação e de Sistema de Saúde. Ela era a pessoa, era isso. **Então a primeira pessoa foi ela.** (RICARDO CECIM, grifos nossos).

Quando houve a junção entre os Projetos UNI e IDA para a formação da Rede Unida, Laura continuaria sua militância político-intelectual neste campo de atuação, compondo ativamente o movimento de protagonismo político que a Rede Unida encarnaria no campo da educação na saúde ao longo da década de 1990. Ela nos narra que a Rede Unida, - que não estava na centralidade das articulações do Movimento Sanitário no Brasil, apesar de acumular um grande aporte teórico e de experiências na área de educação na saúde, tão logo foi estruturado o Ministério da Saúde de Lula, procuraria estreitar o diálogo com aquele Ministério, buscando uma agenda de interlocuções com as Secretarias.

Eu era da Rede Unida e já escrevia bastante coisa e construía muitos movimentos de articulação com diferentes atores/setores, que era uma das apostas da Rede. Então, eu, a Roseni e o Márcio Almeida fomos fazer uma visita, como Rede Unida, às pessoas que tinham assumido o Ministério da Saúde. Marcamos uma conversa com o Gastão que era o Secretário Executivo que eu pensava que era meu amigo (tinha sido da minha banca do mestrado e do doutorado)... Marcamos uma conversa na SAS com o Solla que era o secretário da SAS e quem nos ajudou a gente a marcar essa conversa e foi o Faustinho, que era mineiro e amigo da Roseni. E marcamos uma conversa com o Ricardo Ceccim porque ele estava lá no DEGES que a gente reconhecia como um interlocutor pelas relações prévias com a Rede... **Mas a gente foi conversar com todos esses lugares porque a gente achava que a Rede Unida podia fazer muitos diálogos sobre muitos temas. Fomos puramente nos apresentar para o diálogo, não fomos com projeto pra financiar, nada!** A gente foi se apresentar pra conversa, muito bem! (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Laura nos relata como, a partir de um convite desprezioso para um almoço, surgiu o convite de Ricardo Ceccim a ela e Roseni Sena para integrarem a equipe do DEGES, e de como na ocasião esse convite lhe causou surpresa, pelo fato de ela não ser filiada ao Partido dos Trabalhadores:

O Ricardo convidou a gente para almoçar e nesse almoço ele convidou a mim e à Roseni pra trabalhar no Ministério da Saúde com ele e eu quase caí de costas porque como eu... fiz campanha pro Lula, votei no Lula, ia no comício do Lula e ia fazer mais não sei o que lá, mas eu não era uma petista de carteirinha, a Roseni era uma petista de carteirinha da DS (Democracia Socialista) em Minas Gerais, eu não! E eu achava que ser filiado fosse um certo requisito para ocupar cargos no governo (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

À frente da Coordenação de Ações Estratégicas, responsável pela educação superior, Laura ficaria com a agenda da mudança da graduação em saúde. Mas ela nos relata que Ricardo gostava mais dessa área do que ela própria, que preferia por outro lado a área de educação permanente dos trabalhadores da saúde. Ela também nos relata, que embora tivesse experiência prévia neste campo de atuação, algumas pautas referentes a este tema, como o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), eram tocadas apenas por Ricardo Ceccim, situação que causava “ruído” no DEGES:

Ele (Ricardo Ceccim) gostava mais da mudança das profissões da saúde do que eu, sinceramente eu gostava mais da educação permanente dos trabalhadores (...)

Embora eu tivesse essa experiência prévia, havia coisas que o Ricardo gostava de fazer... por exemplo, o VER-SUS. É mudança na graduação? Sim, é. Claro que faz, mas só ele e o Bili, coordenavam, a gente não passava nem perto da reunião com as Executivas. Dava muito ruído isso dentro do Departamento. O VER-SUS tinha sido uma invenção gaúcha e assim seguiu. As Residências eu comecei a tocar, tem a ver também com a mudança da formação, mas tem muito mais a ver com pensar outras coisas na construção do cuidado, mudanças concretas, botar os residentes como dispositivo de mudança... (LAURA FEUERWERKER).

Ela nos fala como progressivamente se desvencilharia deste campo de atuação sobre a mudança da graduação das profissões de saúde, pela própria experiência dos dispositivos que foram inventados no DEGES, que na sua avaliação, tinham muito mais impacto para produzir uma mudança real nas Universidades:

Eu gostava da EPS e ele (Ricardo Ceccim) gostava de mudança da formação dos profissionais de saúde. Apesar da minha experiência anterior, no UNI, depois de me aproximar da Residência Multiprofissional, do VER-SUS e de todas as coisas que aconteceram depois.... eu concluí que as estratégias para incentivar as universidades a mudarem não teriam muito impacto. A EPS e um banho intensivo de SUS teriam mais impacto.

O que veio depois de nós: Pró-Saúde, PET-Saúde, reafirma isso.

Gente, essas universidades não vão mudar desse jeito! Elas só vão mudar de fora pra dentro, sendo invadidas.

Então eu não tenho menor paciência pra isso entendeu? Sinceramente!

Eu me encantei! O VER-SUS era um dispositivo de formação de militante, Residência Multiprofissional era um dispositivo de militante e que fabricavam coisas diferentes concretamente, tenho certeza...

Apoia, discute, as mudanças curriculares podem levar 10 anos para serem produzidas e não mudar nada.

Ou há forças de fora que invadem ou não vai rolar por dentro. **Não é uma questão pedagógica, não é uma questão de ilustração, não é!**

O PET-Saúde produz movimentos, sim, mas são movimentos periféricos, é muito pouco, entendeu? Perto do que precisa. É muito mais importante o SUS invadir com suas coisas do que... bom, enfim (...) **Por isso que eu falo fui indo embora da mudança da graduação lá no Ministério...** Tudo bem que teve diversificação dos cenários, como fruto das primeiras diretrizes... (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Diferente das outras duas Coordenações do DEGES, Laura Feuerwerker na Coordenação de Ações Estratégicas não contava com uma “equipe de trabalho”. Por outro lado, ela dividiria com Ricardo Ceccim as atribuições desta área de atuação.

5.6.7.2 Coordenação Geral de Ações Técnicas

Roseni Sena, que foi indicada junto de Laura Feuerwerker, também vinha da Rede Unida e assumiria a Coordenação Geral de Ações Técnicas. Roseni Rosângela de Sena era formada em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com Mestrado na área de Epidemiologia (ocasião onde analisou a força de trabalho em Enfermagem no mercado de trabalho no Brasil) e doutorado em Enfermagem, quando estudou sobre a contribuição dos projetos UNI na redefinição de um novo projeto político para a Enfermagem. Roseni havia feito parte do grupo que esteve à frente da execução do Programa de Formação em Larga Escala (PLE), que contou com a realização de uma experiência-piloto no estado de Minas Gerais. Também esteve à frente dos projetos UNI e continuou depois na criação da Rede Unida pautando o debate de mudança da formação sobretudo na graduação em Enfermagem. Viria também a trabalhar com o PROFABE, situação que favoreceu sua indicação para o comando da Coordenação Geral de Ações Técnicas.

A Enfermagem, desde a década de 1970 exercia um papel importante junto à discussão dos movimentos de mudança da graduação, do qual Roseni Sena participaria ativamente.

A Roseni vinha também da Rede Unida, mas vinha de projetos da América Latina, ela vinha com os movimentos de mudança da graduação de Enfermagem, ela estava dentro da história do SENADEN, eu aprendi o SENADEN com a Roseni, como foi o “Movimento Mudança”, que era movimento-enfermagem que foi muito similar à CINAEM dentro da enfermagem e foi daí que nasceu o SENADEN, ele veio desse Movimento Enfermagem, que era o movimento que tentou desenhar um currículo novo para a Enfermagem. Eu aprendi isso depois, aprendi com a Roseni. (RICARDO CECCIM)

Ena Galvão confirmaria o protagonismo da Enfermagem junto aos movimentos de mudança da educação na área da saúde, contando com um papel ativo sobretudo da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). É ela quem nos fala que Roseni participou junto desse grupo de vanguarda dos movimentos na área de educação.

Quem traz essa reflexão de educação, de mudar a educação na área da saúde é a Enfermagem por meio de Izabel e muitas enfermeiras, você tinha muita gente boa, a Dôra de Belo Horizonte, você tinha a Roseni que faleceu recentemente nova e eu fiquei muito chateada com a morte dela, você tinha... principalmente o pessoal da UFMG... (ENA GALVÃO).

Roseni representava um elo de ligação entre o “grupo dos recursos humanos” e o “grupo de Maria Luiza Jaeger”. O fato de vir de um lado, da experiência do Larga Escala e de, posteriormente vir a ser consultora do PROFABE - e de outro também ter inserção nos

movimentos de mudança na graduação, na Rede Unida, configuraram um caráter complexo à sua atuação na área da gestão da educação. Mas foi justamente este caráter amplo e sobretudo sua expertise na atuação como consultora do PROFAE, que ficaria sob administração do DEGES e que não estava na agenda da Rede Unida – que contribuíram para ratificar sua indicação.

Entretanto, vale lembrar que o grupo que ocupou em um primeiro momento a SGTES havia rompido no plano conceitual e político com os debates do campo de desenvolvimento de recursos humanos e o PROFAE vinha dessa tradição. Laura Feuerwerker nos aponta como a indicação de Roseni Sena se traduziu em conflitos, já que segundo Laura, Roseni pertencia aos “dois times”.

A experiência do PROFAE não era uma experiência de que a Rede Unida tivesse se apropriado. A Rede nunca discutiu isso e nunca nem incluiu em sua agenda. O PROFAE era uma agenda de que a Roseni participava como consultora, mas muito marcada com a cara do Chico Gordo, da Izabel dos Santos. **Então a Roseni sofreu muito com isso porque na verdade ela era um pouco dos dois times, entendeu** (...) e a Roseni quase enlouqueceu lá no Ministério da Saúde e ela foi embora bem mal, bem mal mesmo (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Longe de ser um impasse ter inserção nos “dois times”, a resistência quanto à sua indicação residia justamente no fato de Roseni ser mais uma integrante da Rede Unida. O próprio Ceccim nos fala que ele não queria mais um nome da Rede Unida na composição de sua equipe.

Primeiro eu não queria duas pessoas da Rede Unida porque ficaria muito “cara de Rede Unida”. A Roseni Sena, que também era da Rede Unida, e bom não tinha outro nome. Quer saber? A Roseni resolve esse problema. A Roseni é professora da UFMG, é doutora, era consultora do PROFAE, Roseni é enfermeira, Roseni é petista. Era muito critério a favor dela, vamos chamar Roseni! Ela é uma delícia de pessoa. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Mas Ceccim também reconheceria que muitos fatores pesavam a favor de Roseni: o fato de ser enfermeira, consultora do PROFAE, ser de outro estado do país para contrabalançar a diversidade regional – já que Ceccim não havia encontrado um nome de Pernambuco, que era o estado do Ministro da Saúde, para essa pasta – além do fato importante de ser petista.

Então, tinha essa sugestão do meu próprio nome e aí precisávamos achar quem vem pra esse lugar né? Aí, na conversa eu não pensei na Roseni Sena, porque no início ela era consultora do PROFAE. Então ajudava muito que fosse alguém que conhecesse o PROFAE, era do PT, vinha de Minas Gerais, eu já tinha Rio Grande do Sul, já tinha São Paulo, eu tentei Pernambuco desde o início e já estava com o aceite da Verônica, que era de Pernambuco, para a Educação Popular. O ministro era de Pernambuco. (RICARDO CECCIM)

Parecia mesmo haver um temor tácito de o DEGES ficar muito identificado com a Rede Unida. Laura em determinado momento nos fala que sentia um certo sentimento de desconfiança de Maria Luiza Jaeger em relação a ela, que não pesava da mesma forma sobre Roseni Sena, pelo fato de esta ser petista.

(...) a Maria Luiza bem que se incomodava com esse modo compartilhado de operar (que eu chamava de gororoba), construído por mim e pelo Ricardo. Porque o Ricardo era da confiança dela, era o diretor, e eu ela não conhecia direito, ela gostou da Roseni, depois que ela descobriu que a Roseni era petista de carteirinha e ela sempre tinha essa desconfiança comigo... era assim mesmo, verdade! Então ela chamava o Ricardo e dizia “Quem é o diretor do Departamento?” (LAURA FEUERWERKER).

Maria Luiza Jaeger nos fala sobre como se deram as indicações das pessoas da Rede Unida, ressaltando o que Luiza acreditava ser uma dificuldade de relacionamento da Rede Unida, sobretudo de Laura, com o conjunto das pessoas no estabelecimento das conversas no Ministério da Saúde. Ela fazia questão de ressaltar que a prática política deste grupo de atores e atrizes do DEGES deveria ter a marca e seguir um modo de operação mais próximo ao que sua equipe havia feito nos governos do Rio Grande do Sul:

Eu não era da Rede Unida, a minha relação com a Rede Unida foi a hora que o Ricardo sugere que venha pra parte da educação superior e da educação técnica duas pessoas da Rede Unida, eu conhecia a Rede Unida como eu conhecia todas as outras... e daí uma das coisas eu digo: **“Olha minha gente isso daqui se chama Ministério da Saúde e isso daqui não é a Rede Unida e nós vamos nos relacionar com Deus e o mundo, independente dele ser branco, preto ou amarelo, nós vamos fazer do mesmo jeito que a gente fazia no Rio Grande do Sul.** Tem gente que não consegue sentar com algumas pessoas, eu posso fazer esse pedaço, tá?! ” (...) então, a gente fez um pouco assim, por exemplo, a Laura não é uma pessoa fácil, é uma pessoa inteligente etc e tal, mas não é fácil de relação com um conjunto de pessoas, ela não tem paciência para algumas coisas... (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Parecia haver um temor de Maria Luiza Jaeger quanto a uma disputa de direção do DEGES pela Rede Unida. É interessante notar que o que alguns identificavam como o “grupo da Maria Luiza Jaeger”, outros viam como o “grupo da Rede Unida”, enfatizando exatamente a ocupação e incidência que a Rede Unida teria sobre as agendas do DEGES.

Mas Roseni Sena passaria apenas um ano no DEGES. Por motivos de saúde e vivenciando o conflito político daqueles “dois times” nas agendas sob sua incumbência, em 2004, Roseni Sena deixava a Coordenação Geral de Ações Técnicas.

A Roseni ficou um ano. Quando a Roseni saiu, a gente não tinha alguém de peso. Eu tinha tido uma orientanda de mestrado que coordenara os cursos de auxiliar e técnico em enfermagem da Escola de Saúde Pública, a Simone. E aí trouxe a Simone para cá, a Simone foi na cara e na coragem. (RICARDO CECCIM)

Para substituir Roseni Sena na Coordenação de Ações Técnicas, Ricardo Ceccim convidaria Simone Chaves, sua orientanda de mestrado e doutorado. Simone, sendo enfermeira de formação, havia iniciado sua trajetória profissional dando aula para os cursos técnicos na área de Enfermagem e coordenaria posteriormente a área do ensino técnico em saúde na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, onde conheceu Ricardo Burg Ceccim, que na ocasião havia assumido a direção da Escola no governo estadual de Olívio Dutra.

Ele (Ricardo Ceccim) acabou me fazendo o convite uns sete meses depois que ele estava no Ministério. Inicialmente não era nem pra fazer a Coordenação de Ações Técnicas, apesar de que na Escola de Saúde Pública eu coordenava essa área, essa área estava sob minha responsabilidade e a gente tinha curso técnico e mais ligação com o Ministério da Saúde por causa do PROFABE que era uma formação dos trabalhadores de nível médio que teve naquela época, então eu tinha bastante experiência na trajetória da formação técnica em saúde, mas ele me fez um convite para compor a equipe que estava sendo formada na SGTES e aí eu acabei me dividindo entre Porto Alegre e Brasília, as minhas atividades aqui e minhas atividades de lá, e aí depois de algum tempo houve algumas mudanças nas coordenações e aí ele perguntou se eu estava disposta a assumir a Coordenação de Ações Técnicas. Pra mim foi um super desafio porque era uma coisa muito expressiva, uma Secretaria nova e o Ministério da Saúde é um espaço de trabalho assim muito “power”, a gente trabalha muito, entendeu? (SIMONE CHAVES).

Por ser enfermeira e trabalhar na área do ensino técnico na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Simone tinha profunda intimidade com a agenda do PROFABE.

O PROFABE é um capítulo à parte na agenda da Coordenação de Ações Técnicas e da própria SGTES porque mobilizaria muitos conflitos internos, mesmo desde antes, na gestão de Roseni Sena à frente da Coordenação de Ações Técnicas. O PROFABE era um dos elementos de conflito entre o “grupo dos recursos humanos” e o grupo vinculado à Maria Luiza Jaeger, e parece ter sido para Roseni Sena motivo de desgaste particular, como nos relata Laura Feuerwerker.

A Roseni era muito pressionada pelos caras de antes, a turma dos Recursos Humanos. Falavam com ela todo dia, o que transformou sua vida num inferno. Um verdadeiro inferno a vida da Roseni durante o Ministério porque ela tinha participado do PROFABE antes e tinha conflito mesmo de perspectivas, eu diria politicamente porque falava do PROFABE, **um processo altamente tecnicista, o sujeito passava de auxiliar para técnico e provavelmente ficava pior do que era antes do ponto de vista das relações...** O PROFABE não tinha nada a ver com a experiência, da Izabel Santos com o Larga Escala, que eu achava interessantíssimo, o PROFABE não tinha nada a ver com essa produção viva, formação a partir do trabalho. O PROFABE **tinha sido dominado pela perspectiva das competências e não sei o quê, e o jeito que eu acho que.. Bom, eu não concordava nada com isso, mas eu não dava nenhum palpite nesse assunto porque não era minha praia e era coisa só de enfermeiro e eu não estava nem aí...** O que eu aprendi do que via no PROFABE? **Foi me fazendo ter certas opiniões que formação totalmente a distância raramente teria a capacidade de produzir mudanças interessantes.,Essa aposta muito forte no “a distância” tinha**

mais capacidade de reproduzir o instituído do que produzir outras coisas “Nem sequer acumular nas diferentes universidades em relação à tecnologia a distância rolava” Era muito discurso, mas pouca potência. Quando você chegava perto para ver mesmo o que havia nas faculdades, era pobre... **O PROFAE passava totalmente por fora da educação permanente** (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

A opinião mais ou menos consolidada no grupo do DEGES era, como Laura relata, de que o PROFAE era tecnicista e tinha um limite importante em relação à capacidade de produção de mudanças. Para ela, o PROFAE passaria “totalmente por fora” da lógica da educação permanente que se fazia no DEGES. Ricardo Ceccim afirma ainda que o PROFAE reproduzia uma lógica de fragmentação, ao investir somente na formação de nível técnico, que efetivamente o DEGES se propunha a superar.

O PROFAE era meio que essa igreja das Escola Técnicas, era tudo fragmentado, era assim: “Eu tenho dinheiro desde que seja educação técnica, não vamos misturar Escola Técnica com Escola de Saúde Pública, não vamos investir nada em Escola de Saúde Pública, só Escola Técnica e era tudo assim. E eu dizia: “Não, escola é escola, pode ser a mesma escola, tem que ser todo o nível médio, não pode ser só Enfermagem, nós vamos ter que resolver o problema do controle de endemias, da Saúde bucal, dos agentes comunitários e resolver o problema da Enfermagem, tem que resolver todos os problemas, então nós vamos ter que juntar tudo. (RICARDO CECCIM)

Maria Luiza Jaeger confirma que o dinheiro vindo do PROFAE seria utilizado no financiamento de “cursinhos” para a formação de nível técnico da área de Enfermagem, mas não havia iniciativas de formação dos profissionais de saúde em geral da graduação e mesmo no nível técnico, já que o PROFAE se concentrava na área do ensino técnico de Enfermagem.

Dá pra ver nas atribuições que uma das atribuições é a questão de uma Política em relação à Recursos Humanos, então tu vem dessa... tu consegue colocar isso aqui na proposta da Constituição e da Lei, só que na prática apesar que alguns estados e alguns municípios começam a assumir essa atribuição, **mas em termos do Ministério a gente tinha uma série de cursinhos e cursinhos feitos com o dinheiro que tu tem do grande projeto que é o PROFAE, dinheiro do Banco Mundial formou técnico e auxiliar de enfermagem e tu tinha os cursos de Saúde Pública, mas tu não tinha uma intervenção quase nenhuma em relação à formação dos profissionais da saúde em geral, à formação de graduação, mesmo a formação técnica sem ser do técnico... da parte do PROFAE da área de enfermagem, tu não tinha.** Tu tem um processo em que começa então de discussão nas escolas de Saúde Pública e também via Joaquim Venâncio nas Escolas Técnicas do SUS (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Nos documentos da proposta de Política desenhada na SGTES, o PROFAE aparecia enunciado junto a outras iniciativas tidas como fragmentadas, isoladas, pontuais com um alcance limitado de mobilizar mudanças (BRASIL, 2003c, 2003d, 2004b, 2005a).

Para Simone Chaves, no tangente à gestão da educação, o PROFAE era a agenda do Ministério da Saúde que antes da criação da SGTES mobilizaria recursos e poderes. Quando da

criação da SGTES, segundo ela, havia uma tentativa de “reorganização das ideias e concepções” em relação ao PROFAE, mas que foi entendida como o que ela descreve por uma sensação dentro da equipe da Secretaria de que o grupo vinculado à Maria Luiza Jaeger “queria destruir o PROFAE”.

É o que antecedeu a Secretaria, basicamente o Ministério da Saúde trabalhava era com o projeto, com o PROFAE. O PROFAE é que mobilizou, que tinha recurso e a gente viveu isso aqui no âmbito estadual mas quando nós chegamos na Secretaria a discussão ainda estava muito em volta e tinha sim também um apego muito grande, assim... porque como foi um projeto muito grande que envolveu muitas pessoas e tinha bastante recurso, então quando nós chegamos e começamos a dar uma mexida assim e dar uma reorganizada ou pelo menos trazendo outras ideias e outras concepções... **isso foi difícil dentro da Secretaria, com as pessoas que já estavam, porque tinha um apego muito grande e parecia assim: a sensação que a gente tinha é que as pessoas achavam que a gente queria destruir os projetos** e evidente que não, porque os projetos tinham sido interessantes, a gente só queria ampliar e principalmente incluir, que era isso uma pauta minha e muito (SIMONE CHAVES, grifos nossos).

Sensação confirmada por Célia Pierantoni do “grupo dos recursos humanos” que afirma sua convicção de que o grupo de Maria Luiza Jaeger queria efetivamente “desmontar o PROFAE”:

Primeiro uma Secretaria nova que foi composta por duas estruturas pequenas, embora tivesse projetos grandes, tinha o PROFAE. O PROFAE é um projeto enorme, com financiamento internacional, era uma coisa grande, mas que tinha autonomia financeira e se tinha coisa grande nesse manto da SGTES, **mas aí eu acho que umas das coisas que eles resolveram fazer foi desmontar o PROFAE, e como é que você desmonta um projeto internacional?** (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

Célia vai salientar a estrutura que o PROFAE tinha no interior do Ministério da Saúde, situação que por si só o diferenciava no contexto institucional do Ministério da Saúde. Para ela, Maria Luiza Jaeger no comando da SGTES desmontaria a estrutura independente da qual o PROFAE gozava para juntar às outras iniciativas da SGTES, deixando também o financiamento do Projeto dissolvido entre estas outras iniciativas.

Esses projetos dentro do Ministério tinham uma autonomia brutal, o PROFAE tinha carro, motorista, tudo que você pode imaginar porque era um dinheiro que vinha do Banco Mundial, não sei se era BID... eu não me lembro de quem era o dinheiro, se era um ou outro, entendeu... e tinha uma fiscalização ferrenha dentro do projeto, mas muitas vezes era uma discrepância para o vizinho, para o gabinete do vizinho. **E o que que a Maria Luiza fez? Desmontou um pouco essa estruturazona independente e vamos juntar tudo e financeiramente também né...** tanto que depois a prestação de contas caiu no meu colo, difícil viu, bem difícil, mas esses projetos todos as pessoas não sabem esses bancos emprestam dinheiro, mas eles fazem uma Auditoria ferrenha... (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

O incômodo do grupo que ocupou nesse primeiro momento o DEGES tinha com o PROFABE, além do seu caráter localizado no ensino técnico de Enfermagem, residia no fato de este Projeto ser financiado por organismos internacionais. É o que registra a fala de Ricardo Ceccim, que nos afirma que a equipe que coordenava o PROFABE chegou a defender o seu nome para estar à frente do Projeto quando ainda não se havia definido a estrutura e indicações de nomes da SGTES, numa busca de assegurar uma alternativa de continuidade do Projeto, uma vez que estavam cientes de que não continuariam neste papel. Ceccim ratifica a posição do PT no primeiro governo Lula de “ruptura” em relação à lógica posta pelos projetos de financiamento internacional.

A equipe que coordenava isso se envolve, também algumas diretoras de Escola, mas especialmente a equipe que estava no Ministério. Eram pessoas que estavam querendo dar continuidade então tinham que imaginar de que forma assegurar a continuidade do processo. Eles chegaram a dizer pra Maria Luiza que gostariam que fosse eu, eles sabiam que eles não iam ficar, eles gostariam de ficar, se ofereceram pra ficar, mas muito difícil que eles ficassem porque eles tinham aquela coisa de financiamento e não ia rolar de jeito nenhum. **É porque eles eram do financiamento internacional, então o lugar que eles ocupavam, a direção que eles conduziam, a gente tinha acabado tudo de financiamento internacional, a gente era o PT, primeira vez no governo, não é?! Então a gente ia acabar com todas essas lógicas, a gente ia publicizar tudo, a gente ia estatizar tudo (claro que estou brincando, mas recurso de empréstimo internacional é doce e amargo ao mesmo tempo).** (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Laura confirma que o incômodo com o PROFABE vinha em grande parte devido ao seu financiamento internacional e a intenção que o “novo governo” tinha de dar algum encaminhamento a este Projeto.

Eu acho que daí tinha um conflito de projeto muito importante porque o governo novo queria acabar com o PROFABE. Era uma máquina gigantesca, centenas de pessoas só dentro do Ministério... O PROFABE era um incômodo pra mais gente, inclusive de fora da SGTES, não sei o mapa ao certo. Eu acho que havia desconforto com a máquina de dinheiro, que era muito grande... (LAURA FEUERWERKER).

De fato, parecia se estabelecer uma mudança de lógica em relação ao que estava posto com o PROFABE para a SGTES e para a área de ensino técnico. De modo que com a chegada do grupo vinculado à Maria Luiza Jaeger à SGTES e ao DEGES, ao mesmo tempo em que se buscava dissolver a pauta da educação permanente para o conjunto das áreas postas sob comando do DEGES e não apenas limitadas ao ensino técnico -, também se estabelecia para a Coordenação de Ações Técnicas a intenção de ampliação da pauta da educação profissional de nível técnico para as demais profissões técnicas, não apenas para a área de Enfermagem.

Simone confirma que esta agenda junto à Coordenação Geral de Ações Técnicas ainda tinha uma centralidade maior na área de Enfermagem:

Na minha Coordenação uma das coisas mais importantes e relevantes foi o debate que a gente fez da formação dos Agentes Comunitários de Saúde e aí **ampliar bastante o trabalho que a Secretaria tinha e que anteriormente o Ministério tinha em relação à formação técnica, que era muito centralizada na Enfermagem e a gente foi ampliando essa formação pra discutir a formação técnica em saúde**, colocando outras profissões técnicas: técnico de patologia, nutrição... nem lembro mais, eram muitas outras discussões que foram sendo feitas (SIMONE CHAVES, grifos nossos).

Nesta ampliação, a pauta da formação dos Agentes Comunitários de Saúde era demanda central estabelecida por Maria Luiza Jaeger junto à SGTES. Recordemos que a profissão de Agente Comunitário de Saúde havia sido estabelecida na gestão de Fernando Henrique Cardoso e carecia tanto de regulamentação como de uma formação própria, de modo que esta Coordenação teve de se ocupar da elaboração de uma formação de nível técnico para estes profissionais:

Na área da educação técnica quando eu cheguei, a Roseni tinha saído, mas não tinha assim algo muito pensado ainda. Tinha uma demanda que era uma demanda dada pela Luiza, a Luiza que era a Secretária que a gente precisava sentar e começar a discussão da formação dos Agentes Comunitários de Saúde porque tinha uma legislação e eles precisavam de formação e pelo menos um curso de aperfeiçoamento e aí gente foi batendo, discutindo... (SIMONE CHAVES).

Simone nos narra como esta agenda para a elaboração de uma proposta de uma nova formação profissional que se pretendia ampliada tomaria a Coordenação de Ações Técnicas. Esta proposta passaria por um processo de negociação institucional junto ao Ministério da Educação e abriria uma agenda de interlocuções também com os municípios para tratar desta pauta, já que com o estabelecimento de uma formação profissionalizante pelo Ministério da Saúde, dava-se mais um passo na valorização profissional desta categoria. Segundo Simone, os municípios inicialmente ficaram receosos, uma vez que isso fortalecia as demandas por regulamentação salarial.

O que me ocupou muito início foi isso foi fazer a discussão da formação do ACS, mas ampliando essa formação para uma formação técnica pensando no itinerário formativo. Então, os Agentes que já tem nível médio poderiam fazer a formação técnica e os Agentes que ainda não tem, fariam só uma parte do curso e fizemos essa articulação com o Ministério da Educação, então foi também uma coisa que demandou bastante: criar uma nova formação técnica na área da saúde que não tinha e também fazer uma discussão com os municípios, principalmente com os municípios. **Porque AC (Agente Comunitário) formado tecnicamente com curso técnico evidentemente isso implica em maior salário e aí os municípios ficaram em um primeiro momento muito receosos de quais eram os desdobramentos disso.** Então a gente teve que fazer muita pauta, muita reunião, muita agenda, mas isso era uma demanda dos Agentes (SIMONE CHAVES, grifos nossos).

Em 2004 foi desenvolvido o Curso do Técnico Agente Comunitário de Saúde, incorporando de forma definitiva o ACS no quadro dos trabalhadores da saúde.

Mas é importante ressaltar que havia um certo sentimento de desprestígio em relação à educação profissional de nível técnico na agenda da SGTES. Simone nos afirma que a concepção de educação permanente em saúde parecia estar mais colada à educação superior e que ela faria o esforço de incluir as pautas da educação profissional de nível técnico na concepção dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Com o Ricardo, a gente discutia muito isso, assim: de que **na concepção de Pólo de Educação Permanente, a gente tivesse também o cuidado de incluir as Escolas Técnicas e os trabalhadores de nível médio, porque se não parece que a gente discute educação permanente só para os profissionais que são do nível superior e não né!** Então isso também foi uma pauta e agenda de trabalho porque as pessoas também não têm muito essa concepção. **Parece que a educação profissional é uma coisa que fica sempre em segundo plano ou não tem tanta importância,** então a gente foi tentando ampliar isso, esse debate todo e aí fomos construindo a proposição (SIMONE CHAVES, grifos nossos).

Ricardo Ceccim ao nos falar sobre o processo de montagem da estrutura do DEGES, admitiria a pouca acumulação em relação à área de nível técnico. Para ele, a educação superior era alvo de atenção justamente por ser alvo de disputas mais fortes no campo, com as corporações profissionais, por isso mesmo o enfoque da mudança profissional se daria fortemente nas graduações da área da saúde.

Precisava entrar a graduação, então tinha que ser um negócio forte na designação de definição do que é esse Departamento, tinha que entrar. Demorou um pouco pra entrar, mas a gente queria trazer educação profissional. **Eu digo sempre (eu reconheço que é essa a minha concepção) que a gente tem pouca acumulação para pensar sobre educação profissional e a gente, para o bem e para o mal, a gente ainda tem divisão técnica e social do trabalho.** Tem que mexer na graduação? Sim! A educação técnica vai andar? Vai! **Talvez porque a gente lide mesmo com um campo que é hiper regulamentado e que as profissões são muito competitivas. Então a gente não tem que brigar tanto pela educação técnica porque por mais que a gente qualifique o nível médio, ele vai continuar sendo nível médio, mas no nível superior parece sempre que tem que encontrar ou derrubar, derrubar ou encontrar quem é que manda.** Esse negócio é complicado, supercomplicado, porque na hora que a gente vai dizer “mudar” é quase as categorias, então a educação profissional ocupa muito tempo e ela desgasta muito, mas pensar o que é a mudança, com quem essa mudança é feita, isso mexe-remexe cai no ensino de graduação. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

A educação técnica, de fato, não parecia ser alvo de disputa no interior da SGTES e do Ministério da Saúde. Simone, ao nos relatar a convivência de sua coordenação com o DEGERTS, que também tomou para si a pauta de discussão em relação à regulamentação dos Agentes Comunitários de Saúde, nos fala que a disputa não estava colocada nesse primeiro momento na educação técnica e sim na concepção de “educação permanente em saúde” do DEGES e sobretudo em relação aos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Parece que a disputa estava dada na proposta da educação permanente não no âmbito da Coordenação de Ações Técnicas, porque isso não gerava objeto de disputa, então a minha relação com o DEGERTS sempre foi mais tranquila quando o debate era relacionado à educação profissional, quando o debate era relacionado aos Pólos e à própria Política de Educação permanente, aí tinha uma disputa sim (SIMONE CHAVES, grifos nossos).

Simone avalia que mesmo depois da saída deste grupo do DEGES, que ela compôs, a SGTES permaneceu com enfoque nas questões mais relativas à educação superior:

A gente discutia a formação da Política de educação permanente, o “EPS em Movimento”, que era um curso que era direcionado aos profissionais da área da saúde, mas sempre mais centralizado no... não que os profissionais do nível médio não pudessem participar, eles participavam, mas **a formulação e as concepções sempre eram mais centralizadas nos profissionais do nível superior, nunca nos profissionais de nível técnico**. E não tinha, pelo menos eu pelo menos agora não lembro assim de ter uma Política que o Ministério da Saúde nos últimos anos tenha destacado em relação à educação profissional dos trabalhadores de nível médio (SIMONE CHAVES, grifos nossos).

Por isso, a compreensão de educação permanente em saúde tomada pelos componentes desta Coordenação seria em grande medida influenciada por estas percepções.

5.6.7.3 Coordenação Geral de Ações Populares em Educação na Saúde

Quando Lula foi eleito, em 2002, a Rede Nacional de Educação Popular e Saúde, a Rede POP Saúde encaminharia à equipe de transição do novo governo o documento intitulado: “A Educação Popular em Saúde e o governo popular e democrático do Partido dos Trabalhadores: considerações e propostas da Rede de Educação Popular e Saúde”. Essa articulação apresentava a demanda de um lugar para a educação popular no Sistema Único de Saúde e seria acatada pelo novo governo com a criação da “Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde” no interior da SGTES, segundo nos afirmam José Ivo Pedrosa e Verônica Cruz, que comandariam em diferentes momentos esta Coordenação.

Quando o Lula foi presidente, a Rede... a gente já tinha criado na ABRASCO um GT de Educação Popular que foi o primeiro passo da “institucionalização” da educação popular e teve um Congresso de Promoção da Saúde em São Paulo e a gente se juntou e fez uma carta para o Lula que tinha acabado de ser eleito dizendo que gostaria que a educação popular participasse do Sistema Único de Saúde. E aí isso foi acatado, a equipe de transição acatou, não colocou no primeiro momento o nome de educação popular mas colocou na SGTES porque a ideia era fazer esse programa, digamos assim... conscientizar a população inteira sobre o que era o Sistema, por onde ela devia ir, quais eram os fluxos, a ideia era essa (ZÉ IVO).

Foi a pressão de grupos de educação popular em saúde da Rede, eu lembro que em 2002 a gente estava num Encontro, se não me engano, era um encontro da

OPAS... algum encontro lá da educação americana, popular, de educação em saúde e a Rede se articulou e fez uma reunião, eu acho que foi dentro do cenário de Lula já eleito e a gente começou a escrever uma carta, acho que até pela própria Rede, apresentando o que era a educação popular em saúde o quanto ela estava mais coerente com os princípios e diretrizes do SUS e aí a gente faz uma carta trazendo inclusive esses princípios e diretrizes da educação popular em saúde, que ela entra pra fortalecer... (VERÔNICA CRUZ).

Ambos se referem à deliberação tirada na “Oficina de Educação Popular e Saúde” ocorrida no âmbito da III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde realizada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo nos dias 9 e 10 de dezembro de 2002. Stotz (2014) afirma que na Oficina todos se debruçaram sobre a convocatória formulada por meio de uma pergunta: “Quais as contribuições da Educação Popular e Saúde para a promoção da Saúde?”. O autor afirma ainda que essa tomada de posição dos movimentos de educação popular foi antecedida pela reflexão em entender o papel da Rede de Educação Popular e Saúde naquela conjuntura.

Esta Carta reconhecia a atuação de muitos profissionais e movimentos, orientados pela Educação Popular, embora admitisse que esta prática não estivesse difundida e generalizada nas instituições de saúde. Nela colocava-se a intenção de superar a lógica pontual e transitória das “práticas de saúde mais integradas à lógica de vida da população” para generalizá-las institucionalmente através de caminhos administrativos e de formação profissional. Por isso propunha ao governo de transição algumas considerações e sugestões para a formulação de uma “nova política nacional de saúde” (REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE, 2002):

Por esta razão, tomamos a liberdade de trazer à equipe de transição do novo governo algumas considerações e sugestões para a formulação de uma nova política nacional de saúde que esteja de acordo com o que Leonardo Boff, em sua mensagem aberta ao presidente eleito, disse: “Chega de fazer para os empobrecidos. Chegou a hora de fazer a partir deles e com eles. Essa é a novidade que você traz na esteira de Paulo Freire e da Igreja da libertação”. Esta diretriz tem um grande impacto no setor saúde (REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE, 2002).

Havia entretanto a constatação de que essa proposta encontraria oposição mesmo dos setores progressistas do Movimento Sanitário. Esta Carta trazia uma severa crítica ao processo de Reforma Sanitária Brasileira ao afirmar que este se centrou apenas nas questões relativas à construção de um arcabouço jurídico e institucional do Sistema de Saúde, na expansão da cobertura dos serviços de saúde e na formação de um amplo corpo técnico nas instâncias gestoras da burocracia dos três níveis de gestão muito habilidoso no manejo do poder institucional mas permanecendo, por outro lado, bastante intolerante aos processos participativos, tolhendo a possibilidade de manifestação efetiva e autônoma dos profissionais

de nível local e da população em geral. Afirmava ainda a existência de “um SUS com uma imensa rede de serviços básicos de saúde”, porém, com um modelo de atenção pouco questionado (REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE, 2002).

Traçava o diagnóstico de que o Ministério da Saúde até ali tinha utilizado os poucos recursos para ações educativas isoladas em projetos pontuais. Para reorientar o modelo de atenção, apresentava-se a demanda de construção de uma ação política efetiva e estruturada e a adoção da “educação popular” como diretriz teórica e metodológica da “Política de educação em saúde” do Ministério da Saúde que se formava. Trazia ainda a demanda de criação de uma “Política nacional de formação profissional em Educação Popular”, da produção descentralizada de materiais educativos e de valorização e difusão das iniciativas educativas na lógica da problematização coletiva.

O Ministério da Saúde pouco tem feito para apoiar, dinamizar e aperfeiçoar políticas consistentes nos estados e municípios que busquem institucionalizar as trocas educativas como eixo reorientador das ações locais de saúde. Muitas vezes, os poucos recursos para ações educativas do Ministério são canalizadas para o apoio de projetos pontuais, desvirtuando-se, assim, a função da esfera federal que seria de implementar diretrizes e políticas que expandam de forma descentralizada os princípios norteadores do SUS. No vazio de uma atuação do Ministério no incentivo de ações educativas participativas em todo o sistema, o tradicional modelo autoritário de educação em saúde mantém-se dominante, apesar de muitas vezes ser anunciado com discursos aparentemente progressistas. As coordenações de educação, comunicação e promoção da saúde das secretarias estaduais e municipais de saúde, ao invés de investir na reorientação da relação cultural que acontece em cada serviço de saúde, têm se dedicado principalmente à organização de mobilizações da população para eventos e campanhas de massa ou no desenvolvimento de ações educativas isoladas, desconectadas da rotina da rede assistencial. Estão mais a serviço do marketing da instituição e de suas lideranças políticas. **Diante disto, a Rede de Educação Popular e Saúde vem propor a adoção da Educação Popular como diretriz teórica e metodológica da política de educação em saúde do próximo Ministério da Saúde.** E que esta política se torne uma estratégia prioritária de humanização do SUS e de adequação de suas práticas técnicas à lógica de vida da população através da valorização de formas participativas de relação entre os serviços de saúde e os usuários. Para isto, é necessário desencadear uma ação política que, bem estruturada, incentive, apoie e cobre dos municípios e estados a formulação de iniciativas amplas desta valorização de criação de espaços de troca cultural, diálogo e negociação em cada serviço de saúde. Chega de simpatias e discursos enobrecedores à educação e à promoção da saúde, sem a destinação de recursos e implementação de políticas bem traçadas! **É urgente a criação de uma política nacional de formação profissional em Educação Popular,** de incentivo à produção descentralizada de materiais educativos construídos de forma participativa e de valorização e difusão das iniciativas educativas na lógica da problematização coletiva, já existentes em quase todos os municípios. É preciso que as campanhas educativas de massa passem a ser planejadas de forma articulada com os profissionais e lideranças dos movimentos sociais que vivem as dificuldades e as potencialidades do trabalho educativo na rotina dos serviços de saúde (REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE, 2002, grifos nossos).

Ricardo Ceccim vai nos falar como essa área adquiria na configuração do DEGES e da SGTES um lugar de maior destaque como uma “Coordenação”, diferente do que existia antes, onde a área correspondia a uma “setorzinho” da área de “Informação, Educação e Comunicação”.

Dá pra gente dizer que sim, que a gente tinha uma área de educação em saúde, não educação popular em saúde, mas educação em saúde, identificada, mas foi a primeira vez que ela ganhou um lugar de coordenação, porque ela sempre foi um programa dentro de um setor. Existiu, ou resistiu, ao longo do tempo, a área de Informação, Educação e Comunicação em Saúde - IEC, existia essa área dentro do Ministério da Saúde. Mas essa área, IEC, era uma área muito instrumental, era onde estava o tema das cartilhas para a escola, vídeos educativos, algumas campanhas publicitárias da prevenção. Existia uma política de educação popular, tinha uma conexão com a OPAS, tinha uma entidade latino-americana, a UIPES/ORLA, tinha todo o grupo da Márcia Westphal, da Faculdade de Saúde Pública, da USP, do Oviromar Flores, na UNB, tinha o grupo da ENSP e o todo o ICIT/Fiocruz. Tinha gente que discutia educação popular, mas, no Ministério, ficava como órgão ou instância instrumental, não era e nem desenvolvia uma “política”. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

O IEC era a “Coordenação de Informação, Educação e Comunicação” que por sua vez estava na composição da “Diretoria de Programas de Educação em Saúde”. Esta diretoria era inicialmente ligada à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, mas em 1995 com a posse de um novo governo passou para a Assessoria de Comunicação Social, vinculada ao Gabinete do Ministro (BRASIL, 1998b). Ficava a cargo dessa Diretoria o desenvolvimento de ações nas seguintes áreas: Saúde na Escola; Educação em Saúde para o Trabalhador; Canal Futura - TV do Conhecimento; Movimentos Comunitários; Humanização do Atendimento; DST/AIDS; PACS e PSF; Telemedicina; Comunicação Social, para atividade de suporte aos programas e atividades dos órgãos técnicos do Ministério da Saúde e da política de saúde e IEC (LEVY *et al.* 1996, p.9-10).

A Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde seria criada com a intenção de criar um grande programa de formação que envolvesse a população na sua relação com o Sistema Único de Saúde, segundo o que nos afirma José Ivo Pedrosa:

Antes a ideia era ter...quando estava na SGTES, era que a gente desenvolvesse um grande programa de formação que envolvesse nessa formação a afetação da população em relação ao Sistema Único de Saúde, que é resultado da conquista das lutas populares, então esse era o papel da minha coordenação lá na SGTES (ZÉ IVO).

Ele explica o papel que teria a educação popular enquanto estratégia de viabilização dessa proposta, que centraria seus esforços em duas linhas de ação: de um lado, oferecer as condições para o empoderamento da população para que esta enunciasse e estabelecesse suas demandas em relação ao cuidado em saúde para si, tornando-a protagonista do seu cuidado e

de outro lado, resgatar suas práticas populares de cuidado, o que mais tarde daria origem às Práticas Integrativas e Complementares (PICS).

A educação popular era a dimensão que faria com que a população entendesse que ela era um sujeito que podia ser protagonista e falar suas necessidades tipo: Qual é o profissional que eu desejo que cuide de mim? Qual o tipo de médico que eu quero? E aí o pessoal dizia “Ah tem médico que só dá a receita e nem olha pra mim, só anota meu nome, só pede um monte de exame!”. Trabalhar com a população significava ao mesmo tempo aumentar o empoderamento da população em chegar e dizer: “Esse tipo de profissional não serve para mim!” e ao mesmo tempo articular essa população para que ela resgatasse suas formas, pautada na cultura popular, de como se cuidar e logo depois a gente teve a origem das PICS só que começou meio atravessado porque veio com a Medicina tradicional chinesa quando a gente tem as rezas, as bênçãos, as lâmpadas... mas enfim, foi por aí (ZÉ IVO).

Para Ricardo Ceccim, diretor do DEGES, esta Coordenação seria criada para conversar com os segmentos das diversidades de forma geral, que não se encontravam incluídos na educação superior, técnica nem no segmento dos trabalhadores no sentido estrito, mas realizavam formações que não visavam à diplomação e sim à formação cidadã - e tinham um componente de educação popular em sua composição, por onde perpassava o tema da saúde.

A gente tentou fazer com que essa Coordenação conversasse com os segmentos das diversidades. Então se buscou todos os movimentos das diversidades, porque todos os movimentos de diversidade têm dentro deles um componente de “educação popular em saúde” ou de “educação em saúde” que a gente chama de “educação popular” porque, primeiro, não são profissionais, vamos pensar assim, o movimento dos e das trabalhadoras do sexo faz formação em saúde para esse segmento, mas não é para formar nível médio, não é pra formar nível superior, não é pra formar trabalhador. Não, é pra formar cidadãos que têm o tema de saúde. Por isso, a gente chamava de “educação popular” porque não era nenhuma escola, não era nenhuma diplomação, mas tinha que fazer a formação dessas pessoas e isso tudo foi para dentro da educação popular. Não era a educação para a prevenção ou a educação para a geração de hábitos e comportamentos, era a articulação da vida com o setor da saúde ou do setor da saúde com a vida dessas pessoas. (RICARDO CECCIM)

Ricardo Ceccim queria que a Coordenação-Geral de Ações Populares de Educação na Saúde fosse ocupada por Paulette Cavalcanti de Albuquerque. Paulette é médica formada pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), havia feito Mestrado e Doutorado na área de Saúde Pública estudando o tema da educação popular em saúde, sob a orientação de Eduardo Stotz. Paulette, que já havia trabalhado na Secretaria Municipal da cidade de Cabo Frio em 1990 e posteriormente na Secretaria Estadual da cidade do Rio de Janeiro, retornaria à Pernambuco para trabalhar no governo estadual de Miguel Arraes, a partir de 1995. Na Secretaria estadual de Saúde, Paulette trabalhou na “Diretoria Executiva de Planejamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos”.

Eu conheci a Paulette porque ela foi do governo Arraes em Pernambuco. Quando a gente foi governo Olívio Dutra, teve o governo Arraes em Pernambuco e ela fez a Política Estadual de Educação Popular em Saúde, abriu

os Núcleos de Educação Popular em Saúde e colocou a Educação Popular na Secretaria Estadual da Saúde, eu achei aquilo bárbaro! Eu dizia: “é exatamente aquilo que eu quero! Alguém que consegue lidar com educação popular do jeito que eu entendo que tem que ser a educação popular, eu quero exatamente isso da educação popular!” Então eu queria a Paulette para ajudar a fazer isto e a Paulette era outra pessoa sobre a qual eu não tinha dúvida em convidar. Não tinha dúvida de que tinha essa visão integrada das coisas, aí eu fui procurar por ela. (RICARDO CECCIM)

Ricardo Ceccim tinha a intenção de indicar alguém de Pernambuco para a sua equipe, que era o mesmo estado de onde vinha o Ministro Humberto Costa. Ademais, como registra sua fala acima, a intenção de trazer Paulette para o DEGES também teria a ver com o entendimento e a forma de lidar com a educação popular em saúde sustentados por Paulette, que para ele, convergia com a sua própria concepção.

Apesar da insistência, Paulette declinaria do convite feito por Ricardo Ceccim, mas indicaria Verônica Cruz.

Maria Verônica Araújo de Santa Cruz Oliveira é veterinária, tinha feito Residência em Saúde Coletiva no Instituto Aggeu Magalhães na Fiocruz de Pernambuco e na ocasião e tinha acabado de defender o Mestrado em Educação Popular junto ao Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação de Eymard Mourão Vasconcelos. Ela havia trabalhado junto de Paulette na Secretaria de Estado da Saúde. Ela nos fala qual era a visão de educação popular em saúde sustentada por essa equipe na Secretaria:

Na Secretaria Estadual de Saúde a gente trabalhava com a educação popular em saúde, a gente trabalhava na perspectiva freireana, então... e foi bem no iníciozinho assim, **na época a gente só tinha os referenciais teóricos mais ligados à crítica da educação em saúde como uma estratégia de dominação do estado, uma questão normativa, microbiológica e a gente queria fazer uma gestão popular**, acho que no segundo governo de Miguel Arraes. **A gente estava no contexto de uma proposta popular mais compromissada com a questão da emancipação e a gente via que esse modelo tradicional não era condizente.** Então a gente foi pegar assessoria com o Vitor Valla, com o Eymard e a gente foi construindo dentro... porque assim, a educação popular em saúde até então ela tinha muita ação dos movimentos sociais e algumas ações pontuais de profissionais de saúde e das pessoas que estavam mais próximas e **aí gente começou a trazer isso como Política de governo, ou seja, trazendo ela com as diretrizes que mais se adequavam aos princípios e diretrizes do Sistema único que prevê a educação popular, o controle social e a gente formou os Núcleos de Educação Popular em Saúde** pelo estado como forma de fortalecer também. A gente tinha muito como princípio de estar fortalecendo tanto do ponto de vista da gestão, a gente trabalhou numa estrutura central da Secretaria estadual de Saúde, **então a tinha a proposta de fortalecer a gestão das Regionais de saúde, mas também os municípios. Então a nossa diretriz era descentralizar a proposta da educação popular em saúde do estado, mas a gente compreendia que a formação hegemônica dos profissionais de saúde era dentro do modelo normativo, tradicional, então a gente via que além de criar estruturas de gestão, a gente também tinha que promover formação.** Então a gente fez vários cursos de **formação pedagógica dentro de uma abordagem da educação popular em saúde** e a gente teve um grande apoio na Rede Nacional de Educação Popular

em Saúde e a partir daí a gente não foi só se fortalecendo, mas também ajudando a fortalecer outros entes federativos porque a rede tem uma expressão nacional (VERÔNICA CRUZ, grifos nossos).

Verônica nos fala sobre como a proposta de uma política de governo em torno da educação popular em saúde havia se operacionalizado em Pernambuco, fazendo a crítica a uma visão de educação em saúde normativa que servia como estratégia de dominação do estado e propondo uma educação sob uma perspectiva emancipadora e que estivesse coadunada aos princípios e diretrizes do SUS. Nessa proposta de Política de governo, a intenção era de fortalecer a gestão central junto à Secretaria de estado ao mesmo tempo em que se fortalecia também a gestão das regionais de saúde e os municípios, numa perspectiva centrada na descentralização dessa proposta de política. Além disso, essa equipe, segundo nos narra Verônica, investiria numa proposta de formação pedagógica centrada na abordagem da educação popular em saúde que propunha uma reorientação da “formação hegemônica dos profissionais de saúde”. Como fruto desse movimento, na tentativa de operacionalizar essa Política de governo criaram-se os Núcleos de Educação Popular em Saúde nas Regionais de Saúde do estado de Pernambuco. Segundo Verônica, os recursos dos projetos de formação dos municípios foram descentralizados para essas regionais de saúde:

Nas Regionais de Saúde eles descentralizaram, porque a gente fez não só a formação pedagógica de educação popular em saúde, mas a gente também descentralizou recursos pra eles lá realizarem seus projetos de formação dos municípios da região, então foi uma experiência assim bem de tentar capilarizar (VERÔNICA CRUZ).

Parece ser mais ou menos essa a proposta que interessava a Ricardo Ceccim quando da estruturação da Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde. Ceccim, que havia trabalhado com a educação popular no Rio Grande do Sul, progressivamente ia se descolando desse campo para pensar a educação sob a perspectiva da esquizoanálise. Nesse movimento, ele carregaria uma forte crítica a uma certa compreensão predominante deste lugar da educação popular, quando nos afirma:

Eu considero que a educação popular é muito escolinha, uma escolinha freireana, cheia de discurso, cheia de frases prontas, não sou muito dessa linha. Quer dizer, fui. Hoje eu não sou mesmo, mas tenho afinidades.

A educação popular foi me deixando claro que eu não posso prescrever hábitos para os outros, então “não vai mais fumar, não vai mais comer gordura, não vai mais fazer um monte de coisas porque tudo é pra proteger sua saúde”. A sua saúde é a sua vida, a educação popular fala disso e ela também fala do quanto que sem acesso à renda, sem acesso a trabalho as coisas não vão se modificar. Isso tudo é tudo muito forte. Eu não combato nada disso né, ao contrário, concordo com tudo isso, mas **tem um momento em que eu vou me dando conta que a educação popular ela acaba, às vezes, caindo numa coisa instrumental**, ela tem recursos específicos para operar uma realidade e

eu quero mais do que aquilo que a educação popular opera na realidade, porque eu quero operar corpos diferentes, eu quero operar uma transversalização da realidade entre todas as pessoas, não é por uma tomada de consciência, é porque o mundo precisa ser de outro jeito, as vidas precisam ser de outro jeito.

Eu acho que a educação popular ainda tem uma coisa muito conscientizadora, tem uma coisa muito organizada e tem muito ritual, as chamadas místicas. A mística da roda, a cantiga, as ofertas rituais (como nas oferendas, benzeduras, orações, passes). Pra mim, tudo isso é legal desde que isso tudo signifique atravessar as vidas, não porque tem que ser desse jeito, que se não for desse jeito não é adequado.

A educação popular se diz o mesmo que a educação permanente e diz que a gente tem que entrar na sala de aula e desenvolver a aproximação com esses “rituais” todos. Eu chamo de ritual pra ver como é que eu já olho com alguma rejeição, mesmo que eu aceite, respeite e até goste de estar em meio a algumas práticas. Respeito, sim, mas **eu acho que um texto teórico conceitualmente forte é tão poderoso quanto eu fazer uma roda. E se eu não fizer a roda e não tiver um texto muito forte eu não vou conseguir tocar também. E aí tem gente que “Não, mas o texto é sempre um componente intelectual”, primeiro tem que... Eu mexo meu corpo se eu for andar descalço, se eu for na beira da praia, se eu for num casebre, pode ser que sim pode ser que não, o que eu quero alterar é o desejo. Um filme altera o desejo, a gente tem uma perda na família altera o desejo, então eu quero mexer nisso.** (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Havia uma aposta em explorar a dimensão política trazida pela educação popular, mas opondo-se ao que ele considera uma certa visão instrumental deste campo, que segundo ele, organizava-se em “rituais” e apegava-se a uma dimensão mais “conscientizadora” e menos de “alterar o desejo”.

Laura Feuerwerker vai nos afirmar que havia entre os movimentos ligados à educação popular uma rejeição à ideia de “educação permanente em saúde”. A composição feita considerando a educação popular em saúde nos textos e formulações da Política de EPS seria com o fim estratégico de produzir aproximação entre os dois conceitos. Tanto Ricardo Ceccim quanto Laura Feuerwerker achavam que o conceito de “educação permanente em saúde” devia transversalizar as três coordenações do DEGES.

Acho que tem várias coisas na verdade que são mais de usos estratégicos de determinadas palavras, conceitos e aproximações para tentar produzir pontes. O pessoal de educação popular em saúde sempre rejeitou a ideia da educação permanente falando que a gente pegou carona em conceitos que seriam da educação popular. O Ricardo fazia maior esforço para a aproximação e eu acho que o tanto de Paulo Freire tem a ver com essa tentativa de fazer uma aproximação, porque a gente achava que a educação permanente transversalizava e que devia transversalizar todas as Coordenações. E o Ricardo antes falava disso, não sei como é que ele pensa essa história hoje, mas nem eu nem ele não éramos tão assim fanáticos pelo Paulo Freire. E os textos produzidos na época incorporavam elementos na tentativa de composição... tem a ver com a micropolítica das relações, com a tentativa de compor os diferentes grupos. Acho que nos textos há uma mistura de proposições que aparecem... enfim... tem outras explicações que não são exatamente a formulação conceitual vamos dizer assim né! (LAURA FEUERWERKER)

Verônica Cruz faria questão de ressaltar as diferenças postas entre a “educação permanente em saúde” e a “educação popular em saúde”, enfatizando que eram próximas, mas havia diferenças. Para ela, a educação permanente em saúde estava mais restrita ao âmbito da formação para o trabalho no SUS, enquanto a educação popular se preocupava com a relação com a população de forma mais geral. Ela vai ressaltar o movimento que se faz depois de realocação desta Coordenação na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), que segundo nos dá a entender, parece ser um movimento coerente, já que esta Secretaria tinha mais relação com os movimentos sociais e, portanto, com a educação popular em saúde:

Aí depois a gente foi também incorporando a educação permanente porque ela não se distancia muito da educação popular em saúde, mas assim, eu acho que... porque assim, a gente trabalhou muito educação popular em saúde fazendo formação para os profissionais de saúde e algumas coisas eram muito mais o termo do que a prática, a questão da concepção da educação permanente, eram muito próximas. **Mas a gente tinha o entendimento de que a educação permanente ela vinha, ela foi se configurando mais na questão de formação profissional, na formação para o trabalho no SUS e a educação popular em saúde foi se configurando mais nessa relação com a população, nas ações educativas direcionadas à população, foi ganhando essa configuração.** Até que assim, como ela foi ganhando essa configuração ela tem uma separação depois, ela vai se localizar em outra Secretaria que está mais relacionada com as relações com os movimentos sociais, com a população né... e a educação permanente ela já nasce de uma crítica às ações educativas na formação para o trabalho no SUS (VERÔNICA CRUZ, grifos nossos).

Para José Ivo Pedrosa, a formulação em torno da educação permanente em saúde tomaria aspectos do aprendizado acumulado da “educação popular”, de modo que essa proposta ganharia consistência e viabilidade.

Ali existia um tipo de educação que a gente poderia mostrar que poderia ser diferente, que a “educação permanente” poderia ser a partir de rodas de conversas, poderia ser a partir de uma necessidade local discutida, uma reunião poderia ser direcionada para você resolver problemas então que poderia ser algo diferente de muito batido na área de saúde que tudo tem que ser através de curso, quando se fala em educação permanente todo mundo fala em curso, curso e curso, e a gente teve que lançar mão do que já sabia da educação popular para fazer isso, se não a gente não teria esse ganho de hoje (ZÉ IVO).

Verônica ficou pouco tempo no comando da Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde. Para Ricardo Ceccim, ela tinha dificuldade em sair do lugar de “movimento social de base” para fazer as articulações necessárias em um ambiente de gestão com esses movimentos e para além deles.

Foi a Paulette quem me sugeriu a Verônica, era o bastante para aceitar, sem conhecer. A relação com ela não foi muito boa, a gente ficou um ano com ela, ela era muito instrumental. Ela sabia fazer educação popular, mas era “basista” demais, faltava aquele componente do “pulo do gato” que o intelectual tem. Ela não tinha aquele “pulo do gato” que eu tenho, que Laura tem, que Paulette

tem, é aquele “pulo do gato” de quem consegue engendrar aí uma relação com a Universidade, consegue engendrar ali um projeto de pesquisa, consegue engendrar aqui uma grande política de intervenção, ela era muito basista. Era como estar com os movimentos de base comunitária. Ela queria fazer movimento popular de base, não dava, a gente precisava tudo integrado, estava tudo muito misturado e, assim, não dava. Ficou parecendo que a gente conversava com a Universidade e ela era deixada para lá, “conversando com as classes populares” (risos), mas não era essa a ideia, não vai poder seguir assim. (RICARDO CECCIM)

Sem conseguir se adaptar ao ambiente de gestão, Verônica se ocuparia de um papel de assessoria junto a esta Coordenação, sobretudo na produção de materiais educativos e em seu lugar assumiria José Ivo Pedrosa.

Eu não tenho perfil de gestão, eu não sou uma pessoa de gestão, eu sou pessoa de assessorar, não tenho perfil, assim pessoal mesmo, profissional, de ser gestão. Eu funciono melhor como assessora. Então a gente fez uma troca, o Zé Ivo foi para a Coordenação e eu fiquei na assessoria, mais assessorando... e aí a gente vai fazendo a costura com a educação permanente. Em 2004 eu volto pra Recife por questões pessoais e familiares, eu preferi estar contribuindo em outra esfera (VERÔNICA CRUZ).

José Ivo dos Santos Pedrosa é médico formado pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), com Mestrado em Saúde Comunitária pela mesma Universidade e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), co-orientado por Emerson Elias Merhy. Zé Ivo, como é popularmente conhecido, tornou-se docente da Universidade Federal do Piauí (UFPI) onde coordenava o programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) e um projeto denominado: “Centro Rural Universitário do Treinamento e Ação Comunitária”, CRUTAC, que juntava alunos de todos os cursos da área da saúde daquela Universidade. Na UFPI ajudaria a criar o Mestrado em Ciências e Saúde ao mesmo tempo em que adentrava na área de estudos sobre Promoção da Saúde, quando foi convidado a ser consultor desta área junto à Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde.

Eu estava adentrando também na área de Promoção da Saúde e tinha participado de algumas reuniões em Brasília e fui convidado para ser consultor, na época a gente tinha uma Secretaria de Políticas de Saúde que tinha um programa de Promoção da Saúde. Aí me perguntaram se eu não queria ser consultor, eu pedi um ano de licença sem vencimento para não poder ficar louco antes do tempo e fui para Brasília no último ano de Fernando Henrique Cardoso, em 2002. Passei o ano de 2002 em Brasília ajudando a transformar esse programa já na perspectiva de futuramente transformar em Política, foi o que aconteceu logo depois. Então nós tínhamos aquele programa “Agita Brasil”, fazer uma pesquisa de base, “Escolas promotoras de saúde” e etc (ZÉ IVO).

Zé Ivo passou todo o ano de 2002 em Brasília e quando estava acabando a licença da Universidade, seria chamado para substituir Verônica Cruz na Coordenação Geral de Ações Populares em Educação na Saúde.

Segundo nos afirma Ricardo Ceccim, o DEGES havia absorvido a área de Promoção da Saúde que vinha da SPS e, portanto, já tinha José Ivo Pedrosa trabalhando junto a este tema no Departamento:

Eu queria a Paulette, não deu a Paulette. Vamos deixar Zé Ivo aí com uma interrogação, Paulette sugeriu a Verônica, Verônica não “desceu”. Tá, vamos chamar o Zé”. **O Zé começou a trabalhar com a gente direto até por que, é claro, pegamos a Promoção da Saúde que se faz em maior parte pela educação, então a gente pegou a Promoção da Saúde e colocou lá pra dentro, então a gente já estava com o Zé.** Quando ficou claro que Verônica não conseguiria corresponder e que a gente precisava de uma outra inflexão, eu “chamei” o Zé e o Zé topou, então ficamos com o Zé, que trouxe junto sua autonomia, sua autoria e seu passado. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Ricardo Ceccim nos afirma que, na estruturação desta Coordenação, já tinha identificado o nome de Zé Ivo para uma possível indicação para este lugar, mas que ele resistiria a isto pelo fato de Zé Ivo ter trabalhado no governo anterior e estar muito identificado ao governo Serra. Ademais, Ceccim tinha críticas à forma de condução fragmentada e programática da área de Promoção da Saúde, onde Zé Ivo trabalhava:

Na minha cabeça era o Zé Ivo, mas o Zé Ivo estava, pra mim, muito identificado com o governo Serra. Eu disse: “Eu não vou chegar aqui e de cara chamar uma pessoa super identificada com o governo Serra, que estava lá na Promoção da Saúde”, pra mim era uma visão bem atrasada de Promoção da Saúde porque era a Promoção da Saúde programática, pra mim Promoção da Saúde era uma coisa toda integrada, então não era isso que eu queria. (RICARDO CECCIM)

Zé Ivo nos fala como se deu sua indicação para a Coordenação de Ações Populares, ressaltando sua demanda no processo de indicação.

Bom, veio 2003 o Lula ganha, aqui no Piauí o Wellington ganha também, tinha acabado minha licença sem vencimento e eu já estava de malas prontas para voltar para cá e o Ricardo Ceccim que eu já conhecia porque eu era da Rede de Educação Popular em Saúde e faltava um mês para eu terminar a minha licença e eu digo: “Eu vou para tua Secretaria, Ricardo”, e na época quem coordenava a Educação Popular era uma menina de Recife porque pelo jogo político tinha que ter Recife, o Ministro era Humberto Costa, mas ela não segurou e tal, eu só sei que estava pra vir me embora quando o Ricardo me convida para ficar, aí eu continuo, acaba minha licença e passo a ser cedido para o Ministério da Saúde (ZÉ IVO).

Ricardo Ceccim e José Ivo Pedrosa se conheciam da Rede Nacional de Educação Popular e Saúde, a Rede POP. Ambos estavam presentes na mesma Oficina de São Paulo que deliberou e construiu a Carta ao governo de transição de Lula reivindicando um espaço para a Educação Popular no novo governo.

A REDEPOP foi criada em dezembro de 1998 em Brasília, como desdobramento da experiência da Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde criada em 1991 no I

Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde. A REDEPOP reunia profissionais de saúde, lideranças populares, gestores, integrantes de movimentos sociais a partir do instrumento da Educação Popular, interessados em fomentar a discussão sobre as relações educativas nos serviços de saúde no intuito de reorientar práticas e fortalecer uma ideia de protagonismo da população no Sistema Único de Saúde.

A Rede de Educação Popular e Saúde ela surge com o Eymard Vasconcelos, eu acho que Eymard, era Eduardo Stotz... que usavam algo como uma imagem que é bem simbólica que era o alfaiate, essa história da Rede ela começa... o Eymard estava em algum encontro desses de educação em saúde e foi vender um dos livros dele e as pessoas comentando lá fora e aí foi criando essa discussão... e aí foi formando a Rede. Eu creio que quem construiu ela foi o Eymard, depois o Júlio Wong... tem Victor Valla, então essas são as pessoas que vão dar essa costura... então a Rede conseguia articular pessoas muito importantes tanto da academia, como dos serviços, dos movimentos sociais, da gestão, então era um lugar muito potente de formulação de políticas, de referenciais teóricos...então era um espaço muito potente pra alimentar nossos projetos tanto do ponto de vista teórico, metodológico, com trocas de experiências, foi assim importantíssimo. Tanto para o que gente fez no estado como também como articulador de pessoas comprometidas com a construção desse campo popular e democrático na saúde, pela capacidade que ela teve de aglutinar pessoas desses diversos campos e do país inteiro...era muito linda a Rede, viu! (VERÔNICA CRUZ)

A educação popular era uma Rede que se juntava profissionais, professores, pesquisadores, movimentos, curiosos e que teve suas origens nos programas de extensão dos anos 1970 e Medicina Comunitária e com apoio da Igreja que foi muito forte nesse momento, a Teologia da Libertação, Paulo Freire e daí a educação popular, a gente recuperava esse sentido. Por exemplo, nesse programa rural que eu coordenei a gente fazia o caderno para as comadres, o que era isso? Juntava-se as mulheres e dizíamos: “O que vocês fazem quando os filhos de vocês têm diarreia? ”, aí uma dizia: “Eu uso planta tal” aí os alunos anotavam e no dia seguinte a gente ia pro mato com o mateiro aprender a tirar casca de arvore, como é que tira planta seca, como deixa secar, essas coisas todas. Então a educação popular entrou por aí, primeiro para fortalecer junto com a população que ela era protagonista do Sistema Único de Saúde (ZÉ IVO).

Efetivamente, a Rede POP concebia a educação popular como um instrumento de gestão das políticas de saúde. As principais experiências de incorporação da metodologia da educação popular na reorientação das políticas de saúde são apontadas por Eymard Mourão Vasconcelos (2004) como sendo as administrações municipais petistas de Recife (2000-2004) e Camaragibe (1996-2004) e o governo estadual de Miguel Arraes (1994-1998) em Pernambuco (VASCONCELOS, 2004).

A partir de uma Oficina da REDEPOP no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em Salvador nos dias 28 e 29 de agosto de 2000 nasceu a ideia da criação de um Grupo de Trabalho de Educação e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, que Zé Ivo, como registrado

anteriormente, identificou como um primeiro movimento de “institucionalização” da educação popular.

Com uma demanda de ampliação e maior capilarização desta articulação entre os movimentos de educação popular, e contando com o apoio técnico e financeiro da Coordenação Geral de Ações Populares em Educação na Saúde se gestará a iniciativa de construção da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde, a ANEPS. A ANEPS foi criada formalmente em 15 de julho de 2003, fruto da articulação de alguns movimentos nacionais: a REDEPOP, o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), a Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), o Movimento de Reintegração dos Atingidos pela Hanseníase (MORHAN), a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG), o Projeto Saúde e Alegria vinculado ao Grupo de Trabalho da Amazônia (GTA), o Movimento Popular de Saúde (MOPS) e o Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais (MMTR-Brasil).

Verônica Cruz fala de como a ideia da ANEPS teria surgido a partir de uma conversa dela com Eduardo Stotz, ao identificarem fragilidades no financiamento de projetos dos grupos que trabalhavam com as práticas de educação popular em saúde, sobretudo os grupos minoritários, que careciam de uma política de financiamento de suas práticas. A criação de um movimento enraizado e capilarizado nacionalmente articulado a um nível central de gestão possibilitaria o fortalecimento e a viabilização destes grupos.

A ANEPS surgiu de uma conversa minha com o Eduardo Stotz. A gente estava muito preocupado porque a gente não conseguia ver uma agenda pública para um financiamento... era uma preocupação geral, era como se o governo funcionasse como um balcão de demandas e quem fizesse mais articulação podia levar projetos e isso foi uma diretriz muito grande desde o início do governo Lula na SGTES, buscar formas de agenda pública que democratizassem os recursos. E aí a ANEPS surge dentro dessa necessidade de que a gente conseguisse criar uma agenda pública de financiamento das ações educativas não só dos grandes movimentos, das Secretarias, mas que também chegasse junto dos pequenos grupos sociais, eu digo pequeno em termos concretos mesmo, não assim da importância né? Dos educadores populares, dos artistas, das práticas populares de saúde, então a ANEPS surge dessa demanda da visualização de algo que surge da falta de uma política clara, objetiva do financiamento das ações educativas em saúde pra construção coletiva dos movimentos sociais. Em um ano a gente conseguiu montar a ANEPS em quase todos os estados brasileiros... (VERÔNICA CRUZ).

Por outro lado, Ricardo Ceccim fala de outra motivação para a criação da ANEPS. Segundo ele, alguns movimentos não se sentiam representados pela Rede de Educação Popular e Saúde, a Rede POP, que era tida como “basista” em contraposição a outras visões mais politizadas para pensar a educação popular. A ANEPS era criada para fazer a articulação entre

os movimentos de educação popular já existentes e entre os que não se encontravam formalizados nestas entidades, mas se ocupavam da realização das práticas populares de saúde.

A ANEPS nasceu por nossa causa. A ANEPS nasceu porque a gente queria interlocução com as bases populares. A ANEPS foi criada ao longo de 2003, porque o que a gente fez em 2003 quando criou essa coordenação para a Educação Popular, como tudo o que a gente fez, tudo a gente chamou todos os segmentos implicados com aquilo. Então, uma vez criada a coordenação para a Educação Popular, chamou a RedePop, quem coordenava historicamente era o Eymard e a gente chamou três grandes caras da educação popular: Eymard, Valla, Stotz... sempre lembro desses, mas eu acho que eles eram as pessoas. De fato, a gente chamou todo mundo que trabalhava com educação popular e quando a gente chamou essas pessoas a gente viu que não dava para ser só a RedePop porque tinha muita divergência de formulação e método. A RedePop via, digamos assim, a periferia, mas a gente queria chegar em outros lugares, a gente tinha uma concepção mais de política social com a educação popular. Aí a gente disse: “então nós vamos criar uma articulação com todos os segmentos populares, vamos criar uma articulação com as práticas de educação, mas vamos interagir com as entidades de mediação pedagógica e ainda com os movimentos sociais e populares. Fim da interlocução com Eymard, Valla como um guru (nosso sênior, mas na distância), Stotz como provocador agudo, Verônica se virando nos 30. Zé Ivo aparando aqui e ali. Nasceu a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde. (RICARDO CECCIM)

A criação da ANEPS e de outros dispositivos respondia a uma inquietação presente no interior dessa Coordenação: como permanecer um movimento “instituinte” dentro de uma estrutura instituída de governo? Essa era a inquietação registrada na fala de Zé Ivo:

O dilema que eu passei, por exemplo: “Como é que eu vou coordenar a educação popular aqui dentro do Ministério? ”. A educação popular é uma força que vem da sociedade, vem livre, solta, selvagem e ao colocar aqui dentro do Ministério vai ficar fechada, eu tinha uma Secretaria e sabe... “Como sair dessa armadilha? Como permanecer instituinte dentro do instituído? ” Então essa era pergunta que eu fazia todo dia a mim mesmo e que orientou toda a ação que a gente desenvolveu que foi: que pra ser instituinte, você tem que devolver aos sujeitos a possibilidade de agir, não sou eu aqui dentro do Ministério que vou fazer a educação popular, são os movimentos, e aí a gente começou a apoiar os movimentos, surgiram as articulações como a ANEPS que é a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde, a ANEPOP que é a educação popular na extensão universitária, foi fortalecida a Rede e se criou Comitê Nacional de Educação Popular e se chegou a formular uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde que já foi agora no final... (ZÉ IVO).

Se para este grupo, a educação popular era instrumento de gestão das políticas de saúde, no interior da SGTES, este entendimento teria de conviver ou subordinar-se à escolha do conceito de “educação permanente em saúde” como estratégia prioritária de reorientação das práticas.

Em 2005, como desdobramento da crise política pela qual passaria o governo Lula, a SGTES seria recomposta e a Coordenação de Ações Populares em Educação na Saúde sairia da estrutura desta Secretaria. Os movimentos de educação popular em saúde se reorganizariam no

Ministério da Saúde e mais tarde, protagonizariam a elaboração de duas Políticas: a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde, de agosto de 2006 e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, de novembro de 2013.

5.6.8 Os diferentes entendimentos sobre “educação permanente em saúde” no DEGES

Como vimos, a proposta de Política em torno da EPS vai atravessar de formas distintas as coordenações do DEGES, embora esta Política se dispusesse a ser transversal entre estas Coordenações. Vejamos o que estes coordenadores falam sobre a educação permanente em saúde:

Primeiro tendo muita certeza de que o ensino na saúde precisa ser reformulado, que a gente precisava romper ainda com algumas concepções educacionais centradas no ensino biomédico, aquelas pautas todas que quem está discutindo educação na saúde vem há muito tempo pensando porque a gente precisava mudar as práticas dos profissionais, mas não tem como mudar prática se não muda a formação. Então a discussão da educação permanente passou muito por isso e depois de fazer o debate nos estados e nos municípios pra que o modo como as regiões se organizavam pudessem fazer a discussão efetivamente de quais eram as necessidades de formação dos trabalhadores, de modo coletivo e pactuado, que era bem difícil também (SIMONE CHAVES, grifos nossos).

E quando chega na educação permanente o problema ainda permanece, **essa desvinculação entre o que se forma e onde se trabalha e como se trabalha as necessidades do SUS** e aí a necessidade dos dois ministérios começarem a dialogar, e foi a partir daí que eu acho também legal essa marca que foi a partir dessa Política de Educação Permanente que começou o diálogo entre MEC e Ministério da Saúde e **tentamos recuperar o que se precisava no profissional que já estava envolvido no serviço, tanto é que a educação permanente tem o eixo dela é o processo de trabalho que orienta a formação (...)**

Internamente discutíamos muito isso, porque tinha o PROFAE que veio de antes e que foi herdado, tinha vários programas de formação que precisavam se articular e aí deram que eles fossem tomar como referência o processo de trabalho e não aqueles cursos tradicionais que você chama as pessoas e põe em uma sala linda com ar condicionado e passa milhões de filmes, e quando a criatura volta para o local de trabalho não tem como aplicar aquilo. Seria digamos assim, **a educação permanente que eu chamo de um refinamento da formação em serviço**, e esse era um nó que a gente tinha porque por exemplo os profissionais saíam desejando não trabalhar no SUS, mas trabalhar em um hospital privado mesmo sendo formados em uma Universidade Pública e a gente queria mudar isso (ZÉ IVO, grifos nossos).

Para Simone Chaves a educação permanente estava centrada na ideia de mudança da formação profissional (mais identificada à educação superior) para um enfoque menos biomédico, o que para ela, acarretaria em uma mudança das práticas dos profissionais. Zé Ivo

identificava a educação permanente como um “refinamento da formação em serviço”, que se forjava na tentativa de aproximar a formação dos profissionais das necessidades do SUS.

É interessante notar que tanto no caso da Coordenação de Ações Técnicas como no caso da “Coordenação de Ações Populares” identificariam essa proposta mais ligada à educação superior ou como objeto de trabalho da Coordenação de Ações Estratégicas, como vimos anteriormente nas falas de seus representantes.

De fato, como já apontamos, havia uma construção conceitual dessa Política que estava concentrada em Laura Feuerwerker e Ricardo Ceccim. Mas Laura vai apontar que mesmo entre eles, havia diferença no entendimento sobre “educação permanente em saúde”.

Ceccim nos observa que antes da SGTES, a “educação permanente em saúde” não era um tema para ele, nem mesmo quando ele esteve à frente da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, quando se utilizava largamente o termo “educação continuada”.

Então, assim, nem educação permanente era uma linguagem que estava presente pra gente, tanto que você vai procurar os textos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, tem muito mais educação continuada do que educação permanente porque a gente não tinha essa linguagem, não era esse o desenho pensado para a Escola, educação permanente não era um tema, nem uma reflexão. O projeto da Escola era a elaboração de seus programas formativos, articulação com o movimento estudantil, articulação com o conjunto das universidades do estado do RS. A gente falava em educação continuada e falava educação continuada porque a gente achava mais prático, mais objetivo, mais correto para chamar as pessoas a participarem das coisas que estávamos fazendo. Só que teve quatro anos de aprendizado nisso e fazendo assim. Que fique claro, não são duas coisas em oposição, são duas coisas em ação. (RICARDO CECCIM)

Ele também afirma que para ele a “educação permanente” não é um ponto de partida, mas sim a ideia de subjetivação. A educação permanente em saúde funcionaria apenas como um ponto de desdobramento. Para ele, este “processo de subjetivação e singularização” poderia ser dito com a ideia de “educação na saúde”:

Eu acho que a educação permanente ela é uma arma, boa. Mas se eu puder ficar com “educação na saúde” então pra mim tá ok, só “educação na saúde”. Porque aí eu consigo dizer de que saúde eu estou falando, de que educação eu estou falando. Educação é todo o campo do desejo. Só que a saúde é todo o campo das corporeidades. Então eu preciso de corporeidades vivas e eu preciso de um desejo ativo, de um desejo que é resistente a qualquer tipo de opressão, eu consigo falar isso com Freire sem dificuldade, consigo dizer da liberdade e a liberdade é inventiva de mundo, liberdade não é só tomada de consciência, é invenção de si mesmo, então tem horas que as coisas vão se ajudando e aí eu não preciso rejeitar o que ajuda. **Agora vêm perguntar assim do que é que eu mais falo? Eu falo de educação na saúde.** Muita gente fala assim: “ah, ele vai falar de educação permanente”. Não, só depois dos dois pontos. Muito difícil eu falar de educação permanente antes dos dois pontos, em qualquer fala e em qualquer texto. Se me ouvir depois, ela vem como um ponto de desdobramento, nunca um ponto de partida. **Meu ponto de partida é**

subjativação, singularização esse é meu ponto de partida. Sempre.
(RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Segundo nos afirma Ceccim, para ele o uso do conceito de “educação permanente em saúde” era puramente instrumental. Mas note-se que este autor apesar de considerar o uso pragmático deste conceito, não abandona o uso do termo “educação”, preferindo a designação “educação na saúde” ou tal qual consta nos documentos da PNEPS: “educação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde”. Assim, para Ceccim era importante trazer a “educação”, já que como afirma: “tinha um componente que formava”. Ricardo Ceccim afirma que, ao perceber que a “educação permanente em saúde” era uma linguagem que funcionava, trataria de ler sobre os usos deste conceito:

Quando a gente vai falar em educação permanente depois, no Ministério, já era tomar o tema do que não tem separação entre o que que é escola e o que que é o serviço, o serviço é um lugar que faz educação e aí tem muita gente que vinha da educação em serviço ou que unia formação e serviço (integração docente-assistencial). Mas não era que eu me filiasse. **Esse nome “educação permanente” foi uma questão operacional pra mim.** Assim: servia. Porque tinha o tema da educação de adultos, tinha o tema da educação popular, tinha o tema da formação reflexiva, tinha o tema da educação problematizadora freireana, a problematização foucaultiana. Isso que era a minha agenda. Então, educação permanente funcionava. Podia estar com ela ali. Por isso que eu digo que a educação permanente é depois dos dois pontos e não antes dos dois pontos. **Porque antes dos dois pontos era: educação e desenvolvimento do trabalhador da saúde. E era educação porque tinha um componente que formava e era desenvolvimento dos indivíduos mas tinha uma coisa que operava sobre o Sistema, então desenvolvimento me respondia muito a isso. Então eu escrevi assim “Educação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde: caminhos da Educação Permanente em Saúde”. Então educação permanente sempre foi depois dos dois pontos.** Mas foi a linguagem que funcionou. Uma vez que ela foi a linguagem que funcionou, então vamos aprender um pouco mais de educação permanente. Aí eu li coisas, eu li a vertente francesa, eu li a vertente americana, li a vertente toda da educação de adultos e acho que tem muita coisa que faz sentido, que a gente aprende a vida inteira, é uma aprendizagem ao longo da vida, que a gente não é só treinado, a gente está num processo aprendente, aprendente de si, aprendente do mundo, então vamos sair desse negócio da capacitação e vamos pra educação permanente. Quanto mais eu tentava explicar mais a palavra funcionava. Eu e outros né, a palavra funcionava. Se a palavra funciona, vamos ficar com ela. E ela funcionava mesmo, ela funciona muito, ela funcionou no Conselho Nacional de Saúde, ela funcionou com o grupo que era da CIRH da época né, o da NOB-RH. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Laura Feuerwerker afirma que o entendimento sustentado por Ricardo Ceccim estava ainda ligado a ideia de “educação” que o atravessava, enquanto para ela, vinda das experiências da Rede Unida, o entendimento da educação permanente estava ligado à reflexão sobre o cotidiano da docência e do serviço. Para Laura Feuerwerker, também o uso da “educação permanente em saúde” como nome era instrumental. Ela afirma que este termo “era uma cruz”, carregava uma penalidade (assim como o termo “humanização” para Gastão Wagner),

justamente porque continha a palavra “educação” que dava margem a uma compreensão puramente pedagógica de ensino-aprendizagem. Por outro lado, este conceito de “educação permanente em saúde” era grávido de possibilidades e dava espaço, liberdade para produzir outros modos de significação. Assim, estes atores e atrizes buscavam descolar-se do caráter puramente pedagógico da educação permanente em saúde para significá-la como uma estratégia de gestão do SUS:

(...) a gente tinha que inventar, construir algo que desse liberdade pra gente fazer outras coisas, mas que tivesse a palavra “educação” dentro, mesmo que ela fosse a nossa cruz. Porque chamar “educação permanente” sempre foi uma cruz. “Educação permanente em saúde” pra gente era um conceito que podia acumular e fabricar várias coisas, mas tinha uma penalidade, porque tinha a palavra “educação” e porque ficava parecendo que era essa só “educar que haveria mudança” e era toda uma confusão que aparece no aspecto pedagógico, formal, ensinar etc... Essa foi a cruz que a gente carregou. Igual o Gastão quando inventou a PNH. Essa foi a brecha que encontrou, pois havia uma Política de Humanização lá, que andava pela Secretaria Executiva que era velha, do FHC, que era a brecha que ele teve pra propor a PNH, mas teve que carregar a cruz da palavra “humanização” o tempo inteiro (...) A gente inventava e escapava, mas de algum modo tinha que render contas de certas coisas... enfim.,Eu acho que a EPS acrescentou, principalmente do jeito como a gente foi pensando, fomos tentando mesmo modos de significar a “educação permanente”, ela “descia mais fácil” pra gente pensar a Política, pra fazer e escrever de outro jeito, pra pensar de outro modo, fazer o quadrilátero e aí quero dizer os trabalhadores, os gestores e os usuários participando da formulação... então ela dava espaço pra isso. Então, apesar dos incômodos, era algo que nos interessava, entendeu? (LAURA FEUERWERKER).

A mistura de entendimentos em torno deste conceito aliada às construções possibilitadas pelas diferentes inserções dos atores e atrizes deste grupo deu lugar a outras significações para a “educação permanente em saúde”, que se constituiria pela primeira vez como uma política pública no governo Lula.

5.6.9 Educação Permanente em Saúde: do conceito à política pública

A ideia de trazer a educação permanente em saúde como conceito central da proposta de política que se estava gestando no interior do DEGES veio de Laura Feuerwerker. Laura apresentaria ao grupo do Rio Grande do Sul o acúmulo de discussão da Rede Unida em torno deste tema. Mas esta compreensão sobre a educação permanente em saúde seria apropriada de maneiras diferentes mesmo no interior daquele grupo que havia ocupado o DEGES, como mostraremos na narrativa que segue.

Na educação permanente eu ficava mais. Eu e o Ricardo, a gente se associou pra propor. Na hora que ele topou a ideia, a Maria Luiza demorou um pouco, tivemos que chamar a Maria Alice Roschke etc, ela (Maria Luiza) topou,mas

nunca tivemos a mesma compreensão em relação à educação permanente, nós três, nunca pensamos exatamente igual sobre isso... (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Laura vinha da Rede Unida, lugar que tinha acumulado uma compreensão de debate, trocas e divulgação de experiências no âmbito da articulação entre Universidades, instituições de ensino e pesquisa, serviços de saúde e comunidade sobre mudanças no modelo de atenção e do ensino em saúde e nas formas de participação social (RANGEL; VILASBÔAS, 1996).

A liderança da Rede Unida no debate sobre educação pode ser exemplificada na fala de Mario Rovere, que depois de sair da OPAS, foi chamado a colaborar com a Rede Unida e falaria do protagonismo da Rede Unida, sobretudo nos estados da Bahia, Minas Gerais e na cidade de Londrina, que era o lugar-sede da Revista Olho Mágico da Universidade Estadual de Londrina (UEL), canal de vazão das publicações da Rede Unida. Rovere nos fala que, em determinado momento, o Congresso da Rede Unida conseguia reunir mais pessoas que um Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica, sinalizando para a construção de uma tradição intelectual neste campo da educação.

Eu fiz uma cooperação aqui nos primeiros anos com a Rede Unida, depois que eu saí da OPAS. Eu comecei a fazer cooperação com a Rede Unida porque fiz um desenvolvimento da concepção de redes de saúde que a Rede Unida achou útil para suas necessidades, então nós circulamos muito com a Tânia, com o pessoal da Bahia em cima dessa lógica, porque os projetos UNI que foi promovido por aqueles, tinha uma lógica de articular a Universidade e serviços, então essa lógica fazia um triângulo e aí a noção de rede foi muito aproveitada. Desse jeito, eu estive trabalhando na Bahia, em Londrina que tinha uma equipe e liderança muito forte com o Márcio Almeida e tinha também um trabalho com a Escola de Saúde de Minas que foi também muito voltada para a lógica educação permanente, que foram as principais referências no Brasil para mim (MARIO ROVERE).

(...) e com uma cooperação aqui mais intensiva no Brasil com a Rede Unida em 1998 a 2004/2005 participando do melhor momento da Rede Unida, que **em algum momento um congresso da Rede Unida tinha mais pessoas do que um congresso da ABEM, por exemplo. O protagonismo das pessoas de Londrina foi muito importante, era uma aliança entre Londrina, Belo Horizonte e Bahia basicamente, as lideranças mais fortes** (MARIO ROVERE, grifos nossos).

Ricardo Ceccim também falaria que a Rede Unida era vista como o grande movimento de referência da área da educação na saúde, acumulando discussões sobre a mudança na graduação e com uma visão clara sobre a interprofissionalidade:

Pra mim e pra todo mundo a Rede Unida era o Márcio, a Laura e a Roseni (tempo das DCN!!). Os outros todos pairam, inclusive eu pairava em torno da Rede Unida, como o Alcindo pairava em torno da Rede Unida. **A Rede Unida era o par da CINAEM, mas que não era exclusiva de médico, era o melhor lugar. A inteligência da educação na saúde era a Rede Unida, era a inteligência.** É que se não fosse a Rede Unida, seria a CINAEM, mas a CINAEM era só ensino médico, com pensamento médico, quanto mais

chamasse alguém, mais médico ia ficando porque quando chegava no time de Pelotas era só médico, o pensamento era um pensamento só médico, não dava! (RICARDO CECCIM, grifos nossos).

A Rede Unida tinha o debate muito claro do que era a mudança na graduação e um debate que, para mim, era muito importante que era uma visão clara de que havia uma interprofissionalidade, de que havia uma equipe com diferentes profissões e havia claramente um desmonte ou um desafio diante desse lugar médico-centrado, diferente da CINAEM, por exemplo. A CINAEM eu também lia e sempre fiz isso de referências que vinham da CINAEM, só que que a CINAEM era só educação médica, então para mim era muito importante levar em conta os dados que vinham da CINAEM, eu lia a CINAEM, tinha contato com o Rogério, o Rogério Carvalho. (RICARDO CECCIM)

Mas Rovere nos lembra que a Rede Unida não estava na centralidade do Movimento Sanitário no Brasil, possivelmente razão pela qual teria mais dificuldade de incidir mais fortemente para pautar as ideias que se elaboravam em seu interior no campo da atuação da política institucional.

Eu acho que a própria Rede Unida (...) não estava na centralidade do Movimento Sanitário, tentou-se fazer uma construção que foi, por exemplo, eles já falavam de educação interprofissional, os congressos da Rede Unida tinham muito mais outras profissões de saúde do que apenas médicos, então era uma construção muito interessante, mas eu não sei se estava no coração do Partido Sanitário (MARIO ROVERE).

Em 1997, Márcio Almeida, coordenador da Rede Unida assim escreveria para a Revista Olho Mágico em artigo intitulado: “Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável”:

Mas, o novo modelo de atenção, para funcionar, depende de trabalhadores de saúde com novos perfis profissionais. No futuro, os atuais estudantes dos cursos da área de saúde da UEL deverão estar aptos para desempenhar os novos papéis, graças às mudanças no modelo acadêmico que estão sendo implantadas nos cursos de graduação do CCS. Contudo, isso levará em torno de 5 a 8 anos. **Logo, impõe-se identificar estratégias com resultados a curto prazo. Uma delas, comprovada por estudos realizados em vários países latino-americanos, é a educação permanente em saúde (EPS).** Diferencia-se da tradicional educação continuada (EC), muito conhecida na área médica, em vários aspectos. **Na EPS, o processo de aprendizagem é de natureza participativa, tendo como eixo central o trabalho cotidiano nos serviços de saúde.** Isso porque é precisamente no âmbito do trabalho que se consolidam os comportamentos e formas de atuação profissional individuais e coletivas. E as Universidades têm um papel importante a desempenhar na EPS. Da mesma forma como continua tendo em relação à EC. São processos distintos, mas não necessariamente antagônicos. Atendem a propósitos e audiências diferentes e é importante não confundir isso. Há muito tempo que se fala sobre isso e mecanismos tem sido criados para se dar conta desse desafio (ALMEIDA, 1997, grifos nossos).

Esta concepção posta pela Rede Unida tomava a educação permanente em saúde como instrumento para a aquisição de novos perfis profissionais, através da aprendizagem no âmbito do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. Estes novos perfis profissionais teriam

capacidade de promover a mudança do modelo de atenção, objetivo último que se buscava com a educação permanente. Esta visão, ao mesmo tempo em que parecia tomar a discussão da OPAS em torno deste tema buscava ir além do modelo pedagógico desenvolvido por esta Organização ao articular os diferentes atores e atrizes para promover mudanças no próprio Sistema de Saúde. Note-se que esta visão parece assemelhar-se muito com a concepção tomada no interior do DEGES.

A Rede Unida naquela década protagonizaria a discussão das Diretrizes Curriculares Nacionais das graduações da área de saúde. Na edição especial de novembro de 1999 da Revista Olho Mágico, publicava-se o documento intitulado: “Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde”. Este documento seria fruto do convite da Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério de Educação e do Desporto (MEC) à Rede Unida, feito através do Edital 04/97 e registraria a contribuição desta entidade para a discussão em torno das novas Diretrizes Curriculares dos cursos da área de saúde. Neste documento, a Rede apresentava algumas “Diretrizes Gerais para a Educação dos Profissionais de Saúde no Século XXI” e elencava dentro destas diretrizes, um conjunto de competências a serem observadas pelos profissionais de saúde, entre as quais estava a Educação Permanente:

- **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro do seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, tanto ao nível individual, quanto coletivo. Cada profissional deve buscar assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da bioética (ética da vida), tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
- **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;
- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis, capazes de ultrapassar as barreiras culturais na interação com os diferentes pacientes, grupos e comunidades. Devem também estar capacitados a interagir e se articular com outros profissionais de saúde. Devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura;
- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidades para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e Gerenciamento:** os profissionais devem estar preparados a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, recursos físicos, materiais e de informação, da mesma forma que devem estar preparados para serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação Permanente:** Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática profissional. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender, ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de

profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (REDE UNIDA, 1999, p. 1).

A Rede Unida tomaria a sério a tarefa de repensar e renovar a educação dos profissionais de saúde através da transformação dos modelos acadêmicos feita em estreita articulação com a construção de novos modelos de atenção à saúde e com o desenvolvimento comunitário (REDE UNIDA, 1999). Neste documento sobre as diretrizes, é possível ver a preocupação destes atores que compunham a Rede com a intenção de mudança da Universidade e dos perfis profissionais que desencadearia a implantação do SUS e a construção de um novo modelo de atenção. Para isto, conforme registra o documento, era preciso comprometer a Universidade com o processo de educação permanente dos profissionais de saúde:

Mudar a universidade, ampliar seus vínculos e sua responsabilidade social, torná-la capaz de dar as respostas necessárias aos impasses colocados pelas transformações na esfera do trabalho e das comunicações são desafios colocados na ordem do dia. A mudança do processo de formação dos profissionais deve ser encarada dentro dessa perspectiva. Na área da saúde a implantação do SUS e a construção de um novo modelo de atenção enfrentam grandes dificuldades por não estarem sendo acompanhadas de mudanças no perfil e nas competências dos profissionais que estão sendo formados. A transformação da universidade não vai ser produto exclusivo da iniciativa de seus professores e estudantes. A abertura para a discussão e a interação com outros segmentos da sociedade vai ser fundamental para ajudar a iluminar o caminho e a construção de alternativas para a situação atual. A Rede UNIDA congrega projetos que têm experiência acumulada, especialmente nas carreiras de medicina e enfermagem (mas recentemente em toda a área da saúde), na tentativa de estabelecer relações de parceria entre universidade, serviços de saúde e organizações comunitárias. Romper as barreiras dos muros da universidade desde o momento da definição do perfil do profissional a ser formado é fundamental. Imbricar o processo de formação desde os primeiros anos com a prática em terreno, com a realidade da vida das pessoas e da organização e trabalho dos serviços de saúde também. **Comprometer a universidade com o processo de educação permanente dos profissionais de saúde, integrar esse processo com a participação desses profissionais nas atividades práticas da graduação e introduzir nesses dois momentos novas concepções pedagógicas, metodologias ativas de ensino e aprendizagem e uma nova ética profissional são elementos essenciais de uma estratégia de mudança.** A discussão e depois a implementação das novas diretrizes curriculares constituem uma excelente oportunidade para iniciar esse processo de mudança. A Rede UNIDA não tem todas as respostas, mas tem muita experiência acumulada e resultados concretos que podem ser úteis aos que estejam interessados em não deixar essa oportunidade passar impunemente (REDE UNIDA, 1999, grifos nossos).

Na Agenda Estratégica da Rede Unida no ano 2000, constava como uma das questões de interesse na busca de diálogo junto aos Ministérios da Educação e Saúde, a “colaboração

entre Universidades e serviços no processo de educação permanente dos profissionais e de educação em saúde (BOLETIM DA REDE UNIDA, 2000).

Mario Rovere nos fala que a construção de uma proposta em torno da EPS teria tudo a ver com a chegada do “grupo da Rede Unida” na SGTES em 2003.

(...) **especialmente porque a colocação da educação permanente como política no Brasil tem tudo a ver com a chegada do grupo da Rede Unida ao governo, à SGTES. Eu estou lembrando o caso da Laura Feuerwerker, mesmo o Francisco Campos, ele era cooperador, nós chamávamos de Chico Gordo** que agora não é mais gordo. Chico foi companheiro meu na OPAS, então Chico era cooperador na Rede Unida e eles foram influentes, do ano de 2004 até o ano de 2012, em dois governos foram influentes na área específica da SGTES. Primeiro a Laura Feuerwerker, **depois teve um conflito entre a Rede Unida e o Ministério de Saúde, aquela equipe...** mas Chico ficou eu acho que ficou até 2010, ele foi Secretário de Gestão do Trabalho e foi o fundador do UNASUS, da Universidade do SUS, ele tinha um pouco essa ideologia, **ele foi o principal influenciador do Programa Saúde da Família porque ele já havia feito aquela experiência em Montes Claros em Minas Gerais, então era uma pessoa muito experiente com o Programa de Atenção Básica e depois teve uma oportunidade de influenciar para gerar um programa de grande escala** (MARIO ROVERE, grifos nossos).

De fato, o “roubo” do conceito de “educação permanente em saúde” vinha a partir das elaborações da Rede Unida neste tema. Rovere identifica Laura Feuerwerker e Francisco Campos como os dois principais sujeitos da Rede Unida, responsáveis por trazer essa pauta à SGTES.

Com o objetivo de convencer Maria Luiza Jaeger em relação à educação permanente em saúde, Laura convidaria a consultora da OPAS Maria Alice Roschke, a quem se deve a iniciativa de apropriação do conceito e construção de uma proposta no interior da Organização Panamericana de Saúde. Maria Alice seria chamada para assessorar a equipe do DEGES, embora a proposta em torno da EPS já tivesse sido construída por aquela equipe:

A primeira portaria eu vim a convite da Laura, porque eles colocaram a base da política como sendo a educação permanente, então ela me chamou para fazer uma apresentação. **Mas na elaboração da proposta não, eles já tinham elaborado, o Ceccim a Laura, eu não sei se a Maria Luiza Jaeger**, acho que não, acho que foi basicamente o Ceccim e a Laura e mais alguém que trabalhou lá (MARIA ALICE ROSCHKE, grifos nossos).

Eu não conhecia (a Maria Alice), quem conhecia mas era a Laura ou a Roseni, acho que Roseni a conhecia mais, elas a conheciam. Localizaram seu contato. Porque tinha a Cristina Davini da Argentina e Maria Alice no Brasil. Então a gente trouxe a Maria Alice. Ela ficou disponível para falar, para apresentar, ela achou legal que a gente tinha escolhido essa estratégia como uma política de governo do sistema de saúde, do SUS, então veio pra ajudar, fez algumas falas, apresentações, apresentou alguns conceitos, ela ajudou bastante. (RICARDO CECCIM)

Eu vim para trabalhar e não só fazer uma apresentação, e fiquei trabalhando com equipes ali das outras áreas do Ministério para divulgar a proposta para as

outras Secretarias do Ministério, foram várias para divulgar então essa proposta (MARIA ALICE ROSCHKE).

Maria Alice Roschke falaria suas impressões desta troca com o DEGES:

Em princípio eu achei que foi uma mudança muito boa, a proposta, inclusive com toda a noção da participação dos pactos de gestão que eles tentaram não restringir só à área de recursos humanos e trabalhar com todas as... e a criação dos polos e como eles trataram de divulgar no Brasil inteiro como com outros órgãos como CONASS e CONASEMS, a gente tinha muitos seminários, eu acho que foi um avanço (MARIA ALICE ROSCHKE).

Encontramos uma menção à Maria Alice em um dos documentos da política, esta menção desapareceria nos documentos seguintes:

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (BRASIL, 2003c, p. 3).

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. **Conforme Maria Alice Roschke, a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho** (BRASIL, 2003d, p. 7, grifos nossos).

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004b).

A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa. Possibilidade de transformar as práticas profissionais existe porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2005d, p. 12).

A ideia de aprendizagem significativa e de transformação das práticas a partir da reflexão crítica sobre as práticas profissionais são dois núcleos de sentido fortemente presentes nos enunciados (MATIAS, 2016). Como apresentamos anteriormente, a ideia de “aprendizagem significativa” também é trazida das formulações da OPAS em torno do conceito de educação permanente.

Sobre o desaparecimento da referência à Maria Alice Roschke nos documentos da Política, Ceccim nos explicaria o porquê disto. Segundo ele, a definição posta por Maria Alice

Roschke ficaria “pequena” diante do que este grupo do DEGEGS pretendia fazer ao trazer a educação permanente em saúde para a Política:

A educação permanente é a mesma coisa, então na hora que a gente descobriu esse nome, era o nome que dialogava bem, era o nome que respondia, mas na medida que a gente seguiu fazendo, a própria formulação da OPAS não dava mais conta do que a gente estava fazendo. A OPAS ia até dizer que tinha base no trabalho, mas a gente incluiu a mudança na graduação, mudança no trabalho, incluiu toda a rede de escolas técnicas, que não é trabalho, é formação. Incluiu toda aquela confusão que estava acontecendo na educação popular, que começou a juntar todas as diversidades. Aquela educação permanente da OPAS não consegue falar com nada disso, ela consegue pegar um ambiente de trabalho e dizer: “vamos revolucionar esse ambiente de trabalho para que o trabalho fique melhor”. Nós vamos renovar a política nacional de saúde dentro e fora do trabalho, **então aquele conceito foi ficando pequeno demais para o que a gente tinha que fazer, então a gente parou de citar e passou a escrever. Nós passamos a escrever, saiu em textos meus, em textos da Laura, em textos meus e da Laura que escrevemos juntos. Aí dá pra dizer que escrever o que é educação permanente fomos eu e ela, a partir de 2004**, porque em 2003 nós estávamos fazendo e chamando um monte de gente, chamando tudo que já existia. A partir de 2004, a gente começou a desapegar do que já existia porque a gente já conversou com todo mundo, já botou todo mundo pra dentro, já incluiu todo mundo. Aí agora vamos fazer mesmo, só que agora vamos fazer o que a gente aprendeu durante aquele período. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

A proposta de EPS que se desenhou no âmbito do DEGEGS partiria, portanto das contribuições da OPAS e da Rede Unida em torno deste conceito. Mas esta proposta seria ampliada e ressignificada.

Laura Feuerwerker nos aponta limites importantes do conceito de EPS ligado à OPAS, ressaltando o caráter pontual e restrito a algumas iniciativas de capacitação construídas de modo participativo. Ela também salienta que a EPS permaneceu como um conceito marginal no interior desta Organização.

Foi isso que eles (da OPAS) fizeram, projetos pontuais. Nunca houve um lugar como o Brasil em que a educação permanente ganhou esse lugar, tanto de Política, como pensada como um dispositivo para construir um Sistema de Saúde de outro modo, pensar a gestão de outro jeito. Nenhum outro lugar teve isso. Eles fizeram processos de capacitação construídos de modo participativo. Foi tudo. Eles nunca mais fizeram nada com isso..., não estava na agenda deles, entendeu?! (LAURA FEUERWERKER).

É isto o que também nos diz Maria Luiza Jaeger ao afirmar que proposta de EPS que se forjou no interior do DEGEGS buscava descolar-se do caráter pedagógico da elaboração da OPAS mais voltado à aprendizagem dos trabalhadores nos serviços e ampliar seu escopo de atuação, para atingir trabalhadores dos serviços, estudantes em formação, movimentos sociais, aqueles que de algum modo encontravam-se em relação com o mundo do trabalho:

A gente trabalhou primeiro com os textos da Maria Alice pra montar a Política e a gente começou pelos textos da Maria Alice e começou com os textos do povo da OPAS e a Maria Alice estava entre elas e “**não, tudo bem, a gente**

pode ampliar esse conceito e sair da questão de que é só os trabalhadores que estavam na rede e vamos pensar esse conceito para o conjunto da formação no trabalho seja ela a formação de novos trabalhadores e a formação de trabalhadores que estavam na rede” daí que sai a proposta e ela avança nesse sentido (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Em 2005, Ceccim reuniria em um artigo de caráter autoral uma construção da concepção de “educação permanente em saúde” descolada dos “delineamentos pedagógicos da vertente que se pode identificar como educação permanente” e tomando-a como o desdobramento de vários movimentos e resultado de múltiplas influências. Além da definição pedagógica do conceito para o processo educativo no cotidiano do trabalho em saúde que disputaria pela atualização das práticas profissionais, a EPS estaria inserida em um conjunto de relações e processos que implicariam sujeitos e equipes às práticas organizacionais e interinstitucionais/intersectoriais na realização dos atos de saúde (CECCIM, 2005b).

O autor identificaria a Educação Permanente em Saúde à Educação em Serviço quando seu uso estivesse submetido a um “projeto de mudanças institucionais ou de mudança de orientação política das ações prestadas”; à Educação Continuada quando relacionada à “construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos”; à Educação Formal de Profissionais, quando esta se coloca “amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino” (CECCIM, 2005b).

Segundo ele, na visão de “alguns educadores” a Educação Permanente em Saúde se configuraria como desdobramento de alguns movimentos: da Educação Popular ou da Educação de Jovens e Adultos a partir dos princípios e diretrizes trazidos por Paulo Freire que traria a noção de aprendizagem significativa; do Movimento Institucionalista em Educação, principalmente das contribuições de René Lourau e George Lapassade, de onde surgiria a alteração da noção de “recursos humanos” e os conceitos de autoanálise e autogestão; e também dos movimentos de mudanças (sem filiação) na formação de profissionais da saúde (CECCIM, 2005b).

A partir dessa manobra retórica, Ceccim aliaria o conceito trazido da OPAS à concepção posta por Maria Luiza Jaeger quando da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que romperia com o campo dos “Recursos Humanos em Saúde”, noção que em última análise vinha das leituras da Análise Institucional - à Educação Popular que agregava um conjunto de atores e atrizes dos movimentos sociais, sobretudo reunidos fortemente por uma concepção freireana e por último aos movimentos de mudança na formação das profissões

da saúde, que contaria com o protagonismo ativo desde a década de 1970 e 1990, das experiências IDA e Projetos UNI, respectivamente, integrados posteriormente na Rede Unida, com uma intensa produção original neste campo.

Eram precisamente estas as áreas de composição do DEGES: a educação superior na Coordenação Geral de Ações Estratégicas e Ações Técnicas em Educação na Saúde comandadas respectivamente por Laura Feuerwerker e Roseni Sena, ambas da Rede Unida, com uma preocupação fortemente centrada na mudança da formação das profissões de saúde, com um enfoque e acumulação maior da área de educação superior e a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde, que reuniria os movimentos sociais e populares fortemente coesionados por uma leitura freireana da saúde.

O artigo: “Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado” de autoria de Emerson Merhy e Laura Feuerwerker fazem referência à produção de significação à educação permanente em saúde a partir do DEGES. Para os autores, esta ideia desenvolvia-se a partir de um repertório que incluía as experiências da gestão estadual no campo da educação na saúde no Rio Grande do Sul, as experiências de construção de processos de mudanças na formação e no trabalho em saúde reunidas em torno da Rede UNIDA e da Rede de Educação Popular em Saúde e as experiências de gestão e reorganização do trabalho em saúde desencadeadas a partir do campo de Defesa da Vida:

Um outro de lócus de formulação em torno da Educação Permanente em Saúde no Brasil é possível de ser identificado na equipe que ocupou o Departamento de Gestão da Educação no Ministério da Saúde do Brasil, no período janeiro de 2003 - julho de 2005. Faziam parte do repertório desse grupo, pelo menos, as experiências da gestão estadual no campo da educação na saúde no Rio Grande do Sul, as experiências de construção de processos de mudanças no âmbito da formação e do trabalho em saúde reunidas em torno da Rede UNIDA e da Rede de Educação Popular em Saúde e as experiências de gestão e reorganização do trabalho em saúde desencadeadas a partir de um campo que se pode nominar de Defesa da Vida (MERHY; FEUERWERKER, 2014, p. 94).

Laura Feuerwerker chamaria a atenção para a polissemia associada à educação permanente em saúde, que vinha de diferentes lugares, apropriada por diferentes forças, produzindo diferentes sentidos ao mesmo tempo:

É claro, digo eu hoje em dia com um olhar mais da genealogia, todas as... a polissemia sempre está porque diferentes forças se apropriam de diferentes conceitos, problemas, palavras e produzir sentidos diferentes e esses sentidos convivem. Então tem polissemia mesmo em todas as políticas, não tem jeito, o que um chama de rede e um outro chama de rede não é a mesma coisa, o que um chama de integralidade... não é a mesma coisa. Acho que só muito tempo depois eu fui entender assim com a devida profundidade a polissemia que o Ruben tinha apontado em relação à integralidade, porque é isso, é um conceito apropriado de muitas forças diferentes produzindo sentidos diferentes, operando ao mesmo tempo. Não é que teve um, depois o outro, não! Está tudo

lá. E na educação permanente também, tudo misturado. Por que fazer então? Isso era uma coisa e porque a educação permanente possibilitava pra gente operar.... (LAURA FEUERWERKER).

Emerson Merhy também falaria sobre isto, no que para ele, seria uma ruptura de perspectiva em relação à educação permanente trazida pela OPAS:

No próprio campo da educação, **o tema da educação permanente já tinha, mas eu acho que a gente engole**, eu tenho um texto que se fala sobre “engravidando palavras” que eu escrevi em 2004 quando me perguntaram o que eu achava da integralidade e eu escrevi um texto chamando integralidade de “engravidando palavras”, **eu acho que a gente engravida esse campo de experiência da educação permanente de uma outra maneira mesmo, eu acho que a gente se afasta desse tema da OPAS e a OPAS nunca abandonou esse tema do RH, sabe? A OPAS tem a mão, o pé, a cabeça comprometida com essa visão dos recursos humanos em saúde até hoje, então a gente... na realidade, pra nós o tema da educação permanente não é um diálogo de continuidade com a formulação da OPAS não, acho que é uma ruptura de perspectiva** (EMERSON MERHY, grifos nossos).

Para Simone Chaves, o grupo do DEGEGS partia das concepções já existentes ao buscar trazer pessoas para a discussão da proposição de Política que se desenhava, mas adequaria essas concepções à realidade vivida naquele momento político. Ela cita isto dando o exemplo da educação de nível técnico, que contaria com o forte protagonismo da OPAS nesta formulação.

A gente partiu de algumas concepções já existentes, trazendo também algumas pessoas pra sentar e discutir, mas formulando aquilo que a gente entendia que estava adequado com a realidade e o momento que estava sendo vivido naquela época. **Então discutia educação permanente que é a problematização do cotidiano do trabalho e isso é o conceito que também está lá na OPAS e nós nunca deixamos de dizer que era isso, mas fazendo isso dentro de uma proposição metodológica ou de uma organização do processo de trabalho talvez um pouco diferente, que é esse debate mais ampliado e mais coletivo mesmo**. Na educação profissional sim, porque nós partimos do PROFAE e a Ena Galvão e a Izabel elas inclusive transitavam pela Secretaria, mais a Ena do que a Izabel, então nunca se desconsiderou absolutamente tudo que tinha sido feito, nem a proposição, tanto que a ideia era ampliar mesmo partindo do que já existia (SIMONE CHAVES, grifos nossos).

Vale mencionar que a apropriação e a ressignificação do conceito de “educação permanente em saúde” pelo DEGEGS causou incômodos ao grupo mais identificado ao debate dos “recursos humanos em saúde”. Ena Galvão, que compôs o grupo de especialistas do Programa de Formação em Larga Escala e estava como consultora técnica na Coordenação da Rede de Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), sairia da SGTES, segundo ela, por divergências com o grupo do DEGEGS e voltaria à Fundação Nacional de Saúde, FUNASA.

Nós construímos textos juntos, eu com a Alina que era da UNB, Izabel e Maria Alice. **Nós escrevemos sobre educação permanente muito antes do PT chegar com teoria de educação permanente**, e era uma coleção que se chama “Educacion Permanente en los Servicios de Salud” e quem escreveu “O Processo educativo” foi eu com Maria Alice, Izabel e a Alina... a Alina

representando a Universidade, eu e Izabel, a OPAS do Brasil (ENA GALVÃO, grifos nossos).

(...) eu tive lá talvez um mês só, e eu não tive contato... foi quando eu saí e quando você tá aposentada você tem essa vantagem de dizer “Eu não quero mais!” e **eu não queria aquilo pra mim, a forma como estava sendo trabalhado. Primeiro ignorar que a educação permanente já existia e já se discutia há muito tempo, bem antes deles e com base e pressupostos teóricos e eu não me via ali e aí saí.** Eu saí e a Funasa tornou a me chamar de volta (ENA GALVÃO, grifos nossos).

Célia Pierantoni também falaria sobre isto, ao mencionar o artigo de Ceccim (2005):

O Ceccim tem um artigo que ele diz que ele criou a educação permanente, eu não estou com a bibliografia aqui, mas ele dizia que ele criou, isso foi um erro dele e ele arrumou inimigo até com a Maria Alice, ele tem um artigo que diz que criou, mas não é verdade. Ele pode ter criado uma maneira, uma forma, alguma coisa, um trato nos processos de educação permanente, não em educação continuada e sim... isso não acontecia. Você mesmo configurou, quando você faz esse mapa pra mim, eu estou vendo na minha frente isso acontecendo ao longo de décadas com todos os equívocos da OPAS, e são muitos, um dos maiores equívocos da OPAS foi tratar o Brasil como ele tratou Guatemala, Costa Rica, Peru e nós somos diferentes, somos muito grandes. Eu fui a muita reunião da OPAS que juntava o povo todo e não dá pra juntar, não é que nós somos melhores ou piores, não é isso não, somos muito diferentes, muito grandes e aqui é tudo grande, como é que vai fazer dar certo o SUS do Amazonas ao Rio Grande do Sul? (CÉLIA PIERANTONI).

A proposta construída pelo DEGES, entretanto, teria algumas especificidades que seriam fruto de uma agenda de interlocuções. Nessa produção que seguiu o desenvolvimento de um novo marco teórico para pensar a educação permanente em saúde, vemos a influência e a apropriação de algumas contribuições conceituais de alguns autores e outras construções conceituais próprias.

Durante todo aquele ano de 2003 o grupo do DEGES se ocuparia da discussão de uma proposta de política e das formas para sua operacionalização - que integrasse efetivamente as três áreas de sua atuação, numa aposta que se pretendia transversalizar as pautas daquele departamento. Foram feitas inúmeras conversas com os mais diversos sujeitos, como afirma Ricardo Ceccim:

Em 2003, nós estávamos fazendo e chamando um monte de gente, chamando tudo que já existia. A partir de 2004, a gente começou a desapegar do que já existia, porque a gente já conversou com todo mundo, já botou todo mundo pra dentro, já incluiu todo mundo. Agora vamos fazer mesmo, só que agora vamos fazer o que a gente aprendeu durante aquele período. (RICARDO CECCIM)

Foi desses inúmeros encontros e conversas que se desdobrou a proposta de uma Política centrada no conceito de “educação permanente em saúde”. No primeiro documento publicado com a proposição de política do DEGES, não parecia haver uma clareza quanto a ser uma Política de “educação permanente em saúde”, de modo que o termo utilizado neste documento

oscila entre “educação permanente” e “educação em serviço”, tidas como sinônimos (BRASIL, 2003b).

Talvez devido à composição do DEGES ser majoritariamente de movimentos sociais dentro de um governo do Partido dos Trabalhadores - que na sua composição tinha vindo dos movimentos sociais, em uma conjuntura política que aspirava a novidade no modo de governar e fazer Política - este grupo do DEGES seria fortemente contaminado por uma visão de democracia institucional. De modo que, como registra a fala de Zé Ivo, buscava-se instituir nas práticas deste departamento esta visão democrática.

(...) e começamos o trabalho de construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que foi um momento muito importante na minha vida que **pela primeira vez eu que falava muito, vivi o que é construir uma Política discutindo com aluno, reitor, professor, era muita reunião e todos envolvidos e me senti: “Agora eu tô realmente vivendo uma democracia”** e os conceitos que eu tinha estudado no doutorado eu via eles na minha cara tipo “instituído”, “instituinte”... (ZÉ IVO, grifos nossos).

Esta visão democrática e de instituir novidade no modo de operar a Política vinha de muitos lugares. Lembremos que Maria Luiza Jaeger e seu grupo vinham de um processo de experimentação democrática radical nos governos do petista Olívio Dutra, Laura Feuerwerker também vivenciaria o governo de Luiza Erundina em São Paulo e estava na Rede Unida, José Ivo Pedrosa vinha da militância na Rede de Educação Popular e Saúde, todos eles partilhavam da visão democrática experimentada junto aos movimentos sociais.

No campo da Saúde, estes autores sofreriam forte influência pela produção intelectual dos autores do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da Universidade de Campinas que buscava novos modos de instituir novidade na gestão em saúde. São os próprios autores da Política gestada no DEGES que nos falam isto:

A gente estava disputando um conceito de produção do SUS. A gente tinha uma avaliação muito crítica, nisso aí eu diria que a gente bebia fortemente em todos os autores que conformaram o LAPA durante tempo que vinham de uma discussão muito crítica desde os anos 90 a respeito de quem são os atores que estavam sendo mobilizados no processo da construção do SUS. E eu diria que... a produção do Gastão, assim como várias outras produções que o grupo de Campinas afirmava que não ia ser possível fabricar o SUS sem levar em conta os trabalhadores e os usuários. Não havia haver SUS produzido com a centralidade dos gestores no processo. **Então acho que essa era uma questão muito forte para nós, muito mais forte do que qualquer conceito educacional** e a gente aproveitou a oportunidade da Política da gestão da educação... (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Mas eu li muitas coisas do grupo do LAPA da Unicamp, então também tinha essa presença forte do grupo do LAPA da Unicamp com Luiz Cecílio, com Emerson Merhy, com Gastão Campos, tinha essa linguagem desses caras que pra mim diziam de uma Saúde Coletiva cheia de Análise Institucional, cheia de esquizoanálise, então fazia muito sentido estar lendo e trabalhando com

aquela referência, com aquelas referências e isso tudo vai marcando. A gente era muito pautado assim. Não no sentido de refém, mas orientado teoricamente pelo grupo que estava no LAPA, na época que existia o LAPA da Unicamp, os dois grandes livros: Inventando a mudança na saúde e Agir em saúde, aqueles livros eram meio que de cabeceira... a gente tá indo por essa montagem de um Sistema de Saúde. (RICARDO CECCIM)

Como apontam Laura Feuerwerker e Ricardo Ceccim, eles seriam influenciados pela visão de Sistema de Saúde do LAPA, que apontava para a participação dos trabalhadores e usuários como central nessa construção. Segundo Laura, esta visão de modo de construir o SUS era mais forte do que o “conceito educacional” da educação permanente.

Laura também aponta que o esforço de construção conceitual em torno da Política de EPS no DEGES passaria pela formação compartilhada de conceitos que dialogavam e sofriam influência da produção do LAPA ou do povo da “Defesa da Vida” como ela nomina este grupo – e de um diálogo com a produção do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS):

Na verdade, agora vou dizer pra você, havia uma serie de identidades, formação compartilhada de conceitos que vinham então no diálogo com um povo lá que você podia chamar naquela época de “Defesa da Vida” e há claramente diálogos com a produção do LAPPIS com o assunto da integralidade (LAURA FEUERWERKER).

Ricardo Ceccim nos narra como se deu a sua aproximação com o LAPPIS, antes mesmo da chegada deste grupo ao Ministério da Saúde, quando ele conheceu Roseni Pinheiro, coordenadora do LAPPIS, quando esta trabalhava no Ministério da Saúde e ele foi atrás de financiamento para um projeto seu e anos depois quando a Secretaria de estado do Rio Grande do Sul venceu a Mostra de Experiências Exitosas em Saúde em edital do Ministério da Saúde feito em parceria com o LAPPIS.

A parceria com o LAPPIS, ela começa em 2002 ainda no Rio Grande do Sul. Nós tivemos a “Mostra de experiências inovadoras em Saúde”, uma chamada que o Ministério da Saúde fez e ganharam algumas experiências nossas. O Rio Grande do Sul ganhou com cinco experiências. Cinco experiências nossas foram premiadas, uma de Caxias do Sul e as outras quatro do governo estadual. O LAPPIS estava envolvido com isso, então a gente conheceu a Roseni Pinheiro, ela conheceu a gente. E a gente se lembrou que tínhamos nos conhecido uma vez, anos atrás, uns poucos anos atrás, antes de 2002, acho que foi em 2000 ou 2001, ela trabalhava no Ministério da Saúde, ela trabalhava numa área do Ministério, na Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) e eu fui lá atrás de um financiamento e ela veio conversar comigo, se tinha chance, se não tinha chance, o que é que tinha que fazer. Aí eu falei: “Ah te encontrei, lembra? Uma vez na Política de Saúde da Mulher porque eu tinha um projeto que era sobre atendimento à criança hospitalizada, atendimento pedagógico no hospital. E nisso a gente começou a conversar, a trocar contato. E ela: “Ah, vem fazer parte do LAPPIS, a gente tem livro pra fazer, a gente tem alguma coisa pra intercambiar e tal”. O primeiro livro do LAPPIS que se chama: “Sentidos da Integralidade”, se não me engano, não teve nenhum texto nosso, mas o segundo já teve, que foi sobre a Residência e a gente passou a colaborar, eu e o Alcindo. Eu e o Alcindo entramos para o grupo do LAPPIS como

pesquisadores, começamos a participar de todas as produções do LAPPIS, todos os livros do LAPPIS. Tínhamos capítulos certos. Até a ruptura que a gente teve que foi só em 2014. (RICARDO CECCIM).

Como já apontamos, este esforço de construção conceitual do grupo do DEGES tinha o desejo expresso de incidir para uma mudança na condução do SUS a partir de uma reorganização da lógica do modo de operar o Sistema de Saúde. Ou seja, os conceitos produzidos serviam para marcar, disputar no campo um novo modo de fazer.

A Política de Educação Permanente em Saúde tinha o papel de se traduzir numa proposta que integrasse e ao mesmo tempo concretizasse na prática: os princípios e diretrizes do SUS, a busca por uma atenção integral à saúde e a ideia de uma “cadeia do cuidado progressivo à saúde” na rede do Sistema Único de Saúde.

Nesta Política de EPS, os seguintes princípios que orientaram a criação do SUS deveriam ser observados: construção descentralizada do sistema; universalidade; integralidade e participação popular (BRASIL, 2005d).

Opondo-se fortemente a ideia posta pelas políticas de indução a partir do nível central de governo, o grupo do DEGES apostaria num processo de definição das demandas de educação permanente a partir das necessidades locais. Assim, considerava-se que esse processo de formação e desenvolvimento posto na proposta da educação permanente em saúde deveria ser feito de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, de modo que propiciasse: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem; o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2003c; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2005d).

A diretriz constitucional da integralidade era chamada a ser eixo norteador da atenção à saúde e também da gestão setorial e da formação dos profissionais de saúde, como meio de alcançar a “transformação do projeto educativo e o surgimento de novas práticas pedagógicas e inovadoras estratégias de ensino-aprendizagem” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Considerava-se que a integralidade tinha forte impacto para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, capazes de produzir mudança sobre a atenção à saúde. Nesse sentido, a integralidade era associada a alguns elementos, tais como: acolhimento, vínculo, responsabilização, desenvolvimento da autonomia e resolutividade (BRASIL, 2003b). Em certo sentido, nas formulações iniciais da Política, buscava-se produzir aproximação entre

a integralidade e a noção de clínica ampliada e humanização, tal como se vê no trecho do documento da Política:

A integralidade da atenção envolve a compreensão da noção de clínica ampliada, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial. Completa a integralidade do atendimento, a noção de humanização, recuperando para a produção do conhecimento e configuração da formação, as bodas entre conhecimento científico e as humanidades, entre as ciências da saúde e as artes (BRASIL, 2003b, p. 5).

Ricardo Ceccim nos fala que para o grupo do DEGES era importante apontar estas duas palavras: integralidade e humanização. Ele afirma que a palavra “integralidade” vinha de uma aproximação com o Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) numa aposta de construção conceitual junto a este grupo:

(...) e aí a gente entendeu depois também no Ministério que essas palavras, “humanização” e “integralidade”, elas nos se ajudavam muito, quer dizer, como é que uma pessoa pode ser contra a atenção integral e contra a humanização na saúde? Não tem como ser contra. Para não ficar combatendo também as ideias de que é muito Saúde da Família, muito comunidade, é muito isso, muito aquilo... não, a questão é a integralidade e a humanização. Então alguns textos nossos falavam dessas palavras, e algumas pessoas diziam: “Não são duas palavras, se é integralidade tem humanização; se tem humanização, tem integralidade” e a gente dizia que eram duas palavras, a gente trabalhou sempre com as duas palavras. Mas foi assim, a integralidade ela vem de uma aproximação sim com o LAPPIS que vem desde 2002 numa aposta de construção conceitual juntando gente de vários lugares do país, em evento anual com produção de pelo menos um livro por ano de experiências relatadas e a gente tinha no LAPPIS poucas pessoas, mas tinham pessoas com o tema da educação, da formação, da mudança da graduação, especialmente o grupo da UFF e um pouco da UERJ também. (RICARDO CECCIM)

Em outro trecho, ao se referirem as mudanças na formação de graduação das profissões da saúde, os autores aproximam o conceito de clínica ampliada de saúde de integralidade:

Com a cooperação técnica, operacional e/ou financeira para as escolas de graduação em saúde que se dispuserem a entrar em processos de mudança que levem a um trabalho articulado com o sistema de saúde e com a população, à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanística, pretende-se alcançar, como prevêem a NOB-RH/SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais, desenvolver a orientação ao Sistema Único de Saúde e a perspectiva da multiprofissionalidade e transdisciplinaridade sob o conceito de clínica ampliada de saúde (o trabalho em equipe e a integralidade da atenção à saúde) (BRASIL, 2003b, p. 14).

Mas esta referência à “compreensão da clínica ampliada” será substituída pelo “conceito ampliado de saúde”, como podemos ver nos documentos da Política:

A integralidade da atenção à saúde envolve: **a compreensão da clínica ampliada**; o conhecimento sobre a realidade; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a ação intersetorial; e o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais

e nacionais (dengue, tuberculose, hanseníase e malária, por exemplo) (BRASIL, 2003c, p. 44, grifos nossos).

A integralidade da atenção à saúde envolve: **o conceito ampliado de saúde**; a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais; o conhecimento sobre a realidade; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a ação intersetorial; o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária) (BRASIL, 2004b, p. 12, grifos nossos).

Ruben Mattos, que também compunha junto de Roseni Pinheiro o Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) nos revela que foi abordado com um comentário feito por Ana Luiza d'Ávila Viana afirmando que o Ministério da Saúde daquele período vivia uma disputa entre a Política de Humanização e a integralidade:

(...) mas a Ana Luiza Viana uma vez fez um comentário ligeiro aqui no Instituto dizendo que o Ministério vivia uma disputa entre a Política de Humanização e a integralidade. Aí eu estranhei né! e eu: “Não estou entendendo...” e ela: “Não, é porque tem vocês da integralidade num território e tem o povo da Humanização em outro território...” “Não tem território nenhum separado, não existe isso! A gente não tem proposta, integralidade não é uma proposta, nunca foi!” (RUBEN MATTOS).

Mas de fato, a integralidade seria tomada como eixo orientador da Política de Educação Permanente em Saúde. Esta Política de EPS, na visão de seus autores, disputaria conceitualmente com a Política de Humanização, como abordaremos adiante.

O LAPPIS havia sido convidado a trabalhar junto ao DEGES em um edital de experiências bem-sucedidas de mudança de currículo, onde seriam selecionadas dez experiências para serem acompanhadas. Ruben Mattos afirma que esta aproximação entre o LAPPIS e o grupo do DEGES resultaria na proposta do AprenderSUS, que era o nome da pesquisa do LAPPIS, mas seria “roubado” pelo DEGES e transformado em política pública. Ruben atesta que a aproximação entre estes atores se deu por uma costura de Roseni Pinheiro e Ricardo Ceccim que, como mencionamos, conheciam-se anteriormente:

Costura de Roseni Pinheiro com Ricardo Ceccim. Ponto de partida. Essa costura foi a costura do projeto que gerou a pesquisa, proposta de Roseni. Que seria o AprenderSUS que o Ricardo Ceccim pega o nome e aí não pode ser mais o AprenderSUS e mudou o nome. Que é um projeto de convidar para um edital experiências bem-sucedidas de mudança de currículo se apresentarem, serem selecionadas por um Comitê e as dez selecionadas serem acompanhadas num estudo, que gerou um projeto, que gerou três livros (...) E a construção do AprenderSUS começou a se fazer nessa conversa, mas o AprenderSUS é uma política pública, não é isso, o AprenderSUS se tornou a proposta de mudança do ensino. Ele vai desencadear um processo que é esse grande Seminário do quadrilátero que vai produzir depois um conjunto de articulação com o FNEPAS, com a articulação, a construção do FNEPAS que se organizou para responder às necessidades da Política de alguma maneira e que vai organizar um conjunto de Seminários de treinamento de facilitadores a serem feitos no

governo, em várias regiões, facilitadores da mudança na Universidade (RUBEN MATTOS).

Ruben Mattos afirma, entretanto, que não havia uma clareza entre todos os integrantes do DEGES quanto a trazer a proposta da integralidade para junto da Política de Educação Permanente em Saúde. Ele relata que em uma oficina de trabalho da equipe do LAPPIS com a equipe do DEGES seria indagado sobre o porquê de se trazer a integralidade para junto da Política, pista que revela que esta equipe do DEGES estava em formação em ato:

Quando entrou, a discussão do LAPPIS eram duas: o LAPPIS assumiu a pesquisa conduzida por Roseni, mas de uma certa maneira, num certo momento se pensou uma oficina de trabalho em que a equipe do LAPPIS toda foi conversar com a equipe do DEGES toda. A ideia que a gente achava era um pouco de burilar o que é que eram os elementos dos projetos, das experiências, as questões em que o AprenderSUS se voltaria, estava num momento de construção de edital. Só que quando a gente chega, os grupos das equipes começavam colocando: Mas por quê integralidade? Dividimos em dois pedaços: tinha três seniores da Integralidade: Aluísio Silva, Roseni e eu e um grupo de pessoas que tinha uma operação de pessoas em projetos, engajados na discussão de integralidade. Aí foi no meu grupo que perguntaram: Mas por quê integralidade? O que vocês estão propondo que seja integralidade pra educação permanente? E eu: “Uai, quem tem que responder essa pergunta não sou eu. Nós não estamos aqui pra responder. Nós estamos aqui porque disseram que é. Então vamos conversar sobre qual é a ideia de integralidade e como ela se aproxima? A conversa foi muito boa. O que eu não tinha entendido é: “Como a equipe não faz ideia? Porque não fazia ideia” (RUBEN MATTOS).

Ele identifica que esta era uma aposta de Ricardo Ceccim, que considerava a integralidade um elemento diferenciador importante para a formação na área de saúde e que depois, ao longo do processo, contaria com a aproximação de Laura:

Ricardo Ceccim conhece integralidade, tinha uma ideia de integralidade, compreendia integralidade muito nos termos dos textos meus e achava que isso era um elemento diferenciador importante pra formação, ele tinha isso claro. Laura tinha menos. A gente teve algumas reuniões de trabalho onde a Laura antagonizava muito criticamente Roseni e a Laura tinha razão. Eu lembro de uma reunião em que Laura, não me lembro qual era a questão que estava posta mas que a Laura estava colocando com a Roseni numa questão do impasse e eu chego e faço uma colocação e a Laura: “Isto!” A aproximação de Laura comigo começou a se construir em ato nesses encontros (RUBEN MATTOS).

Ruben, como registrado anteriormente, também afirmaria que a costura para a construção do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), que congregava as entidades envolvidas com a educação e desenvolvimento profissional na área da saúde, criado em julho de 2004 seria resultado de um processo que se deu para responder às necessidades postas pelo AprenderSUS.

Laura Feuerwerker afirma que o processo que desencadeou o FNEPAS nasceria da intenção em mobilizar “forças externas para fazer provocações”, já que o diálogo do grupo do

DEGES junto ao MEC contava com uma pouca efetividade e era preciso, portanto, encontrar outros interlocutores provocar as universidades. A intenção posta nessa articulação seria a de provocar “externamente” o debate da integralidade e interprofissionalidade junto às Associações de ensino das várias profissões da área de saúde.

Era uma ideia assim: forças externas para fazer provocações. Então como é que a gente podia provocar o debate da integralidade, da interprofissionalidade junto às várias profissões da saúde? Porque se você pegasse as diretrizes curriculares de 2001, todas elas tinham aquele eixo comum e tinham um eixo profissional específico, mas todo mundo só se ocupou do eixo profissional específico. Do eixo comum que tinha educação permanente, integralidade, ninguém se ocupou disso. Então as profissões ficaram no lado confortável pra elas, tirando a diversificação do cenário de prática que realmente aconteceu. Para fazer o quê nos cenários de prática? É outra discussão. Mas isso aconteceu. Então como é que a gente podia provocar o debate via as Associações de Ensino desse assunto da integralidade e da interprofissionalidade? Como a gente podia fazer um vetor que puxasse esse debate de algum modo? Também considerando que esses atores - , as Associações de Ensino - têm um papel importante na discussão da formação de graduação com as profissões. Então é mais do que o MEC, vai mais por aqui do que por ali, porque o MEC desde antes não se preocupava e continuou não se preocupando com o conteúdo da formação, o MEC não se preocupava com o conteúdo da formação. Então precisávamos arrumar outros interlocutores, entendeu? Quando estávamos na discussão das diretrizes (como Rede Unida).. era desesperador, tanto a ABEn, ABEM, como a Rede Unida a gente chegava no Ministério da Educação e não tinha com quem falar porque ninguém se ocupava do conteúdo da formação e continuou não se ocupando (LAURA FEUERWERKER).

Ainda sobre a aproximação entre o grupo do DEGES e o LAPPIS, Laura nos relata que Ricardo Ceccim tinha a intenção de entregar a direção do AprenderSUS para o LAPPIS, ao que ela protestaria veementemente.

Ele (Ricardo Ceccim) queria entregar para o LAPPIS a direção da Política e eu disse: “Você está louco?”, dessa vez eu briguei com ele, ainda dentro do Ministério. (LAURA FEUERWERKER).

No LAPPIS, eu como parte do LAPPIS, movemos o AprenderSUS e o EnsinaSUS, também conhecido como Ensinar Saúde (dois livros). O EnsinaSUS foi uma pesquisa sobre o ensino da integralidade na saúde, respondido pelos coordenadores de projeto pedagógico de curso. O livro segue em franca circulação e citação, já o AprenderSUS foi transformado em Pró-Saúde e PET-Saúde, especialmente, o componente das bolsas. (RICARDO CECCIM)

A Rede Unida que tinha uma longa trajetória e reconhecimento na área de educação na saúde pautando sobretudo a mudança na graduação em saúde, temeria esta aproximação entre o que Ruben Mattos denomina como “o grupo da integralidade” e o DEGES, segundo o que ele próprio nos relata, ressaltando que a Rede Unida havia identificado uma disputa com o LAPPIS, mas que para ele, esta disputa não existia.

A Rede Unida tinha um antagonismo com integralidade. No Seminário do AprenderSUS tinha duas pessoas: o Márcio de um lado e a Roseni Sena. Era um Seminário do AprenderSUS, teve essa mesa de manhã e a tarde teve uma mesa com a Roseni Sena, mil pessoas. A Roseni Sena num certo momento faz uma fala e fixa o olhar em mim, no meio: “Porque é isso, Ruben...”. **Tinha um temor de um deslocamento de um grupo coordenado por Roseni (Pinheiro) da importância na formulação de políticas da Rede Unida. Márcio Almeida respondeu a isso e aí a gente desfez o equívoco, conversando. Eu acho que havia uma sensação de que a Rede Unida estava menos prestigiada do que a sua base para a formulação da Política e que Roseni Pinheiro estava com a bola toda, o grupo da integralidade.** Só que as pessoas vislumbravam a interlocução comigo, aliás ok. Entrando no auditório que tinha de refeição eu entro e o Márcio Almeida: “Ruben Mattos, caro amigo!”. Então eu virei a figura, ainda mais porque eu estava sentado do lado da Maria Luiza Jaeger... a Rede Unida ficou na mesa seguinte. **Era um temor de um deslocamento. E aí quando a gente sentou pra conversar, eu conversei com Roseni Sena, a conversa leve... aí foi tranquilo, é como se... não tem nem diferença pra examinar, tem uma diluição de uma coisa que não existia.** Acho que as pessoas confundiram o lado aguerrido da Roseni Pinheiro com disputa (RUBEN MATTOS, grifos nossos).

Buscava-se a maximização da integralidade, uma vez que os autores desta proposta de Política tinham a ciência de que esta não poderia ser atingida plenamente. Assim, eles consideram que a integralidade estaria para as práticas de saúde e de ensino em saúde tal qual o conceito de objetividade de Boaventura de Sousa Santos (SANTOS, 2001) estaria para a investigação científica, “impossível de ser plenamente atingida, mas numa busca de aproximação constante” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

A ideia de “integralidade” e de uma “cadeia do cuidado progressivo à saúde” estavam necessariamente interconectadas. Esta ideia de uma “cadeia do cuidado progressivo à saúde” vinha da compreensão trazida por Luiz Cecílio ao articular a integralidade e as necessidades de saúde como eixos para a organização dos serviços e das práticas de saúde, segundo o que nos aponta Laura Feuerwerker:

Cadeia do cuidado em saúde, ou seja, arranjos que possibilitem articular o acesso aos serviços de diferentes tipos, mantendo vínculo e continuidade do cuidado de acordo com as diferentes situações clínicas. Este tema remete imediatamente à integralidade. Dos muitos sentidos que a integralidade pode ter, o mais apropriado para esta discussão é o produzido por Luiz Cecílio, que articula a integralidade com as necessidades de saúde. Necessidades de saúde que são amplas - vão desde as boas condições de vida, ao direito de ser acolhido, escutado, desenvolver vínculo com uma equipe que se responsabilize pelo cuidado continuamente e ter acesso a todos os serviços e tecnologias que se façam necessários. **Tomar a integralidade como eixo da atenção implica tomar as necessidades de saúde como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, daí a cadeia de cuidados** (LAURA FEUERWERKER, 2011, p. 1, grifos nossos).

Tomava-se, portanto, em consideração não modelos de atenção à saúde pré-estabelecidos, mas sim uma concepção de Sistema de Saúde organizado a partir das

necessidades de saúde da população e da busca por uma máxima capacidade de produzir integralidade.

De um lado, refutava-se a clássica imagem da pirâmide com a separação de níveis de atenção e de outro, a ideia de uma Atenção Básica como “porta de entrada do Sistema”, embora se reconhecesse o papel estratégico desenvolvido pela Atenção Básica por seu estabelecimento de relações contínuas com a população. Buscava-se uma atuação em rede, com portas múltiplas de entrada e múltiplos fluxos, todas elas responsáveis pela manutenção do vínculo e continuidade do cuidado de acordo com as diferentes situações clínicas, orientadas, portanto pela integralidade da atenção.

De acordo com o que nos aponta Cecílio (2009) quando se refere a uma segunda dimensão da integralidade da atenção: a integralidade pensada no “macro”, pensada em rede, que o autor considera ser responsabilidade a ser garantida pelo Sistema de Saúde:

A integralidade pensada no "macro". A (máxima) integralidade da atenção no espaço singular do serviço –integralidade focalizada- pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não. A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, em lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial. Dependendo do momento que vive o usuário, a tecnologia de saúde que necessita pode estar em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos sofisticados. Pode haver um momento em que a garantia do consumo de determinadas tecnologias mais “duras” (Merhy, 1997), mais baseadas em procedimentos e consideradas mais “complexas”, produzidas em lugares específicos, que funcionam como referência para um determinado número de serviços seja essencial para se garantir a integralidade da atenção. Sem este acesso, não haveria integralidade possível: finalização do cuidado, resolutividade máxima, dentro dos conhecimentos atuais disponíveis, para o problema de saúde que a pessoa está vivendo. A garantia desta integralidade do cuidado tendo que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário individual. Em outro momento, a simples participação em um grupo de hipertensos ou de diabéticos pode ser a tecnologia que melhor responde a determinadas necessidades e com alto grau de impacto na qualidade de vida daquela pessoa. São necessários novos fluxos e novas possibilidades de captação de clientes nas várias portas de entrada do “sistema” de saúde e, mais do que isto, uma reconceitualização do que seja “serviço de referência” (Cecílio, 1997). Assim, muitas vezes, a “referência” que o paciente necessita é um atendimento ambulatorial regular e vinculante, que dê conta de suas necessidades atuais. **Por isso é necessário pensar o "sistema" de saúde menos como "pirâmide" de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção as representações e necessidades individuais são muito importantes** (CECÍLIO, 2009, p. 121-122, grifos nossos).

Mas para se alcançar este modo de operar o SUS, os recursos, tecnologias e a disponibilidade dos trabalhadores em saúde deveriam ser organizados e ter funcionamento

horizontal na rede de serviços de saúde. Considerava-se a educação permanente em saúde como a proposta apropriada para trabalhar esse modo de conduzir o Sistema de Saúde, uma vez que integrava gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas no seu território de atuação:

Para alcançar a atenção integral à saúde, com base nas necessidades sociais por saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS por seu estabelecimento de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, particularmente na Saúde da Família, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços. O conjunto da rede, entretanto, precisa incorporar as noções de Saúde da Família, entendendo a rede de ações e serviços como “cadeia de cuidado progressivo à saúde”, onde não haja dicotomia entre os diversos âmbitos da rede única do SUS. **A educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular gestão, atenção, formação e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação. A educação permanente em saúde interpõe, nesta vertente, a reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão** (BRASIL, 2003b, p.5, grifos nossos).

O conjunto da rede de ações e serviços de saúde, entretanto, precisa incorporar as noções de saúde da família, funcionando como “cadeia do cuidado progressivo à saúde”, onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações. **A educação permanente é a proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação** (BRASIL, 2003c, p. 44-45, grifos nossos).

O conjunto da rede de ações e serviços de saúde, entretanto, precisa incorporar as noções de saúde da família, funcionando como cadeia do cuidado progressivo à saúde, onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção e disseminação de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde pressupõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados, em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações. **A educação permanente é a proposta mais apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o Sistema, pois permite articular gestão, atenção e formação para**

o enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde, em seu território geopolítico de atuação (BRASIL, 2004b, p.12-13, grifos nossos).

Por tudo isso a educação permanente em saúde era chamada a assumir o desafio de constituir-se enquanto “eixo transformador; estratégia mobilizadora de recursos e poderes e recurso estruturante do fortalecimento do SUS” (BRASIL, 2003c, 2004b).

5.6.10 Educação Permanente *versus* Humanização: a radicalização das disputas entre o DEGES e o “grupo de Gastão Wagner”

Além da diferença de visão de Política, as divergências entre a equipe da SGTES no interior do Ministério da Saúde eram agravadas pelo conflito com o vice-ministro da Saúde, Gastão Wagner. Essas diferenças vinham de vários fatores, lembremos do episódio de atrito causado pela edição do Programa de Governo de Lula para a Saúde, em que Gastão Wagner e Eduardo Jorge em detrimento do documento produzido pelo conjunto do Movimento Sanitário da área, editariam aquela proposta inicial para a elaboração de outro documento, intitulado “Saúde para a Família Brasileira”. Na SGTES havia ainda o desgaste produzido quando da estruturação da SGTES pela recusa de Maria Luiza Jaeger em ceder a área de educação superior para a Secretaria Executiva para o comando de Gastão. Ademais aquela equipe convidaria Emerson Merhy para ser consultor da nova Política que se estava gestando no interior do DEGES. Gastão Wagner e Emerson Merhy junto de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio vinham da tradição de produção teórica do Laboratório de Administração e Planejamento da UNICAMP, o LAPA, um grupo que atuava junto a diferentes instituições públicas de saúde para conduzir processos de mudança e a reorganização dos serviços de saúde. Gastão e Emerson em determinado momento haviam se desentendido.

E ele (Gastão) não conseguia, ele dava aula para as pessoas, ele não conseguia discutir. Então ele começou a ter resistência do Sola, minha e a origem tanto do Sola como minha, como do próprio Artur é uma origem de serviço, que não é a origem do Gastão. O Gastão já tinha brigado com o pai naquele momento que era o Emerson e eu conheço o Gastão e o Emerson há quatrocentos carnavais e o comportamento do Gastão com o Emerson era um comportamento de filho com pai, eles se desentenderam dentro das loucuras lá dentro da UNICAMP e das posições em relação à vida e às cores e o Emerson veio trabalhar com a gente, então este era outro nó na garganta. A outra coisa foi essa coisa de não ter topado ter passado a parte da educação superior para ele, para a Secretaria executiva, então ele começou na realidade a ter atrito com o conjunto das pessoas e essa discussão sobre Saúde da Família que era uma discussão que vinha desde o caderno lá do início... desde quando se fez o Programa (de governo do Lula), então foi perdendo a relação (MARIA LUIZA JAEGER).

O próprio Emerson Merhy confirmou que sua chegada foi um ponto de conflito entre a SGTES e Gastão Wagner, ressaltando a divergência que os dois acumulavam desde antes da chegada no Ministério da Saúde. Para ele, Gastão Wagner tinha a pretensão de se firmar como “referência” principal das formulações do Ministério da Saúde. Merhy irá confirmar ainda a clara disputa de direção no interior do Ministério da Saúde e uma disputa colocada entre o que ele vai enunciar como o “grupo do Gastão” reunido na Secretaria Executiva com o grupo vinculado à Maria Luiza Jaeger na SGTES.

A minha chegada é um problema porque eu e o Gastão nesse período já estávamos muito afastados um do outro, com formulações muito diferenciadas, com experiências de relações muito diferenciadas e minhas apostas eram muito opostas à do Gastão. Assim, eu nunca tive a pretensão de ser dono de enunciado e querer que os outros repitam, então nós tínhamos uma divergência e isso já vinha de anos, não era ali no Ministério, então é óbvio que minha chegada cria tensão para esse grupo, e o grupo da equipe da... respeitei, aliás, respeito até o Gastão, se você quiser saber, tá? Então divergência é uma coisa e outra coisa é desmerecer, então eu acho que é um cara valoroso e tem uma história valorosa, a gente tem divergências mesmo. Hoje já um pouco mais suportáveis, mas na época eles eram muito... como é que eu ia te dizer... a esquerda tem uma razão instrumental muito forte sabe? E gosta muito de mijar no poste em termo de dono de território sabe? E então alguns grupos e esses grupos atuavam assim no Ministério, era como se fosse o dono da propriedade, então é óbvio que chega um cara que nem eu que não é muito obediente às regras, com a vontade de fazer experiências e não com vontade de repetir coisas que eram normativas de um “centro formulador”, isso cria tensão em qualquer lugar, cria tensão hoje dentro de um departamento dentro da Universidade, faz uma proposta de se afastar de certas regras as pessoas ficam já arrepiadas, **imagina naquele momento que tinha uma disputa de direção dentro do Ministério** que levou ali uns desastres incríveis, então teve muita tensão sim! **Mas a tensão não era só comigo, na realidade o grupo do Gastão se opunha frontalmente ao grupo da Maria Luiza, então tudo que emanava, que vinha da Secretaria da Maria Luiza, o grupo do Gastão tinha a intenção de criar problema** (EMERSON MERHY, grifos nossos).

Assim, Emerson Merhy registra o que para ele era um conflito aberto entre Gastão Wagner e a SGTES.

Gastão vai confirmar que efetivamente ele tinha um atrito com a SGTES, enunciando especificamente Ricardo Ceccim e Maria Luiza Jaeger, com o que ele vai afirmar como um desacordo na forma de fazer Política. Gastão irá ressaltar que esta divergência não era sobre o conteúdo em si das propostas da SGTES, que ele admite ter identificação, mas sobre a forma de implementar a Política. Para ilustrar esta divergência no modo de operar em relação à equipe da SGTES, Gastão irá apresentar duas situações: a indicação de Ricardo Ceccim, que é enfermeiro para a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e o conflito da SGTES com o MEC em relação à reforma do ensino em saúde, que Gastão acreditava ser função

conjunta dos dois Ministérios e segundo ele, a equipe de Maria Luiza queria trazer como atribuição exclusiva do Ministério da Saúde.

Eu tinha um atrito com a SGTES, com o Ricardo Ceccim, pela forma de fazer Política. Eu sou mais delicado, eu não gosto de fazer provocações e a Maria Luiza e o Ricardo eram duros. Por exemplo: a gente tinha uma representação do Ministério da Saúde na Comissão de Residência e o critério era ser médico e eles tinham a Laura Feuerwerker que estudou no Mestrado e no Doutorado a Residência (médica) e eles indicaram o Ricardo Ceccim, que era enfermeiro pra Comissão, então aquilo criou um mal-estar. Eu defendia que a reforma curricular, a reforma do ensino em saúde, tinha que ser feita em cogestão entre o MEC e o Ministério da Saúde e eles defendiam que era o Ministério da Saúde, que era o Conselho Nacional que resolvia, eu lia a Constituição e dizia: “Gente é função concorrente!”, é como o estado e o Ministério da Saúde e os municípios é o mesmo princípio, cabe aos dois. Então nós temos que fazer isso com muito entendimento e não trazer tudo pra... **mas o conteúdo, o que a gente propunha, eu tinha uma identidade grande,** então eu propus mais... isso daí até quem me recomendou foi o próprio Ministro que eu fizesse isso, pra tentar diminuir os atritos, a forma de fazer política. **Eu era mais... sou né... sou mais conciliador, contemporizador, sou mais reformista, acho que os projetos que eu tenho nunca tem toda razão** e que o outro lado tem alguma razão, então eu achava que o MEC tinha razão, que ele tem que, o Ministério da Educação... não é porque é Saúde que vai ficar tudo... “Ah, em Cuba é assim!”, “Não me interessa, não me interessa que em Cuba é assim, que é a Saúde manda em tudo da formação em saúde, a gente não pode mandar sozinho. Está na Constituição Brasileira e tem a tradição, enfim... então a gente tinha esse tipo de desentendimento também, mas em relação ao projeto de reforma universitária, de formação em saúde, eu tinha muito concordância, a prioridade da Residência Multiprofissional, o ensino ligado ao trabalho... **a gente tinha uma identidade muito grande desse ponto de vista, a forma de implementar isso a gente divergia...** (GASTÃO WAGNER, grifos nossos).

Em relação à indicação de Ricardo Ceccim para a Comissão Nacional de Residência Médica, Laura Feuerwerker e Ricardo Ceccim salientam o conflito resultante da indicação de Ricardo, que é enfermeiro. Segundo Laura, ele foi interditado e ela seria indicada em seu lugar.

(...) na Residência Médica quando a gente estava no Ministério, primeiro o Ricardo tentou ser representante e foi excluído, daí eu fui ser representante... (LAURA FEUERWERKER).

(...) tinha a Comissão Nacional de Residência Médica, aí quando começou a ficar meio crespo o negócio, aí colocamos a Laura na Comissão Nacional de Residência Médica e eu saí, meu nome seguiu como titular, mas ela que passou a ir pra dar uma acalmada nos ânimos e esperar ver como esse negócio ia andar e se ia se resolver. O Humberto nunca cogitou que não fosse eu. (RICARDO CECCIM).

Ricardo Ceccim fala que os médicos fizeram abaixo-assinado solicitando sua saída da Comissão Nacional de Residência Médica e do DEGEGS, que chegava até o gabinete do Ministro da Saúde, o que ilustra a tensão vivenciada com a corporação médica:

O Conselho Nacional de Saúde era o meu pedaço, a CIRH era meu pedaço, o governo era meu pedaço. Depois teve uma época que eu passei para a Laura,

porque os médicos começaram a questionar demais, os médicos fizeram abaixo-assinado pra eu sair do DEGES, abaixo-assinado pra eu sair da Comissão Nacional de Residência, iam no gabinete do Ministro, que seguiu firme na minha manutenção, sem sequer me conhecer em proximidade pessoal ou política, conhecia a Maria Luiza. (RICARDO CECCIM)

Laura Feuerwerker registra que Gastão Wagner tinha uma posição leniente em relação à corporação médica devido ao poder que esta categoria detinha junto ao Ministério da Saúde:

O assunto era a ampliação da formação médica – tanto na graduação como na Residência. O assunto já era a falta de médicos. Quando começamos a trabalhar nisso, o nível de tensionamento com a categoria médica começou a aumentar. Tínhamos lá uns planos, o Gastão ainda era Secretário Executivo e ele foi num evento e os médicos bateram muito nele.... então ele chamou a gente pra conversar e a gente falou: “Mas olha, tem que mudar a composição da CNRM, tem que trazer a CNRM para o MS, eles não podem ser os donos da Residência, o SUS tem que ser o dono da Residência e etc... e daí ele falou assim: “Nananão, os moços são muito poderosos e nós não vamos brigar com eles” (LAURA FEUERWERKER).

Sobre a posição de divergência entre a SGTES e o MEC apontadas por Gastão, em relação à ordenação da formação em saúde, Maria Luiza Jaeger ratifica que a visão sustentada pela SGTES – e que ela afirmou ser a mesma posição do Ministro Humberto Costa - era a de que toda a parte de formação em saúde estivesse a cargo do Ministério da Saúde, tal qual o modelo adotado em Cuba. Mas ela também ressalta que não era uma intenção de deixar de fazer estas atribuições em conjunto com o MEC, mas sim que a SGTES entendia que o Ministério da Saúde tinha que ter uma posição de maior poder em relação às decisões sobre esta área. Segundo ela, estas negociações que começavam a avançar com o então Ministro da Educação Cristovam Buarque seriam frustradas pela demissão de Cristovam pelo próprio Lula:

Com o Cristovam, no início ele foi absolutamente resistente a qualquer mudança porque **a proposta do Humberto era como é por exemplo em Cuba, toda parte de formação de graduação e ensino técnico, residência e pós-graduação da área da saúde não está no Ministério da Educação, está no Ministério da Saúde.** Então proposta que ele vai, que a gente leva para ele e ele também defende junto ao Cristovam é essa. A gente levou um tempo até isso e **não é que não ia se fazer as coisas em conjunto, mas a definição, a discussão de conteúdo, a discussão de avaliação, a discussão de como se faz a formação no trabalho etc e tal era uma discussão que tinha que ser feita conjuntamente e o papel de dizer “o sim ou o não” tinha que ser compartilhado, mas com uma posição com maior poder do Ministério da Saúde do que do MEC.** Quando a gente consegue fechar uma proposta de Portaria Intermistrial que escreve isso e que ia para o Lula, o Lula demite o Cristovam por telefone (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Ricardo Ceccim, também ressaltou a posição de avanço no diálogo que a SGTES havia consolidado com o Ministro da Educação Cristovam Buarque, que tinha pouco interesse em

conversar com a SGTES sobre Residência ou outras pautas da formação em saúde que não envolvessem a educação básica.

Desde 2003, quando a gente chegou, a gente foi buscar o MEC. Quem estava em 2003 era o Cristovam, Cristovam Buarque que era o Ministro. Para o Cristovam Buarque a tarefa da educação era a escola básica, então ele tinha muito pouco interesse em conversar com a gente sobre outras coisas. Residência médica era uma coisa assim: a Residência médica está aí, não vejo a hora de mandar embora essa coisa aqui do Ministério da Educação. O que isso está fazendo aqui? Isso é uma coisa corporativa. Isso é uma coisa só dos médicos. O que está fazendo aqui na educação? Para ele, era vamos tirar a qualquer momento, quando der tira esse negócio daqui. Mas não tinha outra agenda para os nós políticos que isso representava. **“Tá, vocês podem escrever aí as propostas, trazer pra cá as propostas e vamos levar adiante o que pudermos, porque é mesmo uma tarefa importante para o Ministério da Educação corresponder à área da saúde”.** (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

De fato, Cristovam Buarque queria que o Executivo promovesse o ensino fundamental, conforme nos afirma Frei Betto em seu diário de atuação no governo Lula, contando com a oposição radical de Lula que insistia na ampliação da rede de escolas técnicas (FREI BETTO, p. 297). José Dirceu nos fala da posição do Ministro em relação a esta pauta, que era responsabilidade dos municípios e estados e não contava com a adesão do governo federal por não ter base real no orçamento e nas prioridades do Ministério da Educação. Para Dirceu, Cristovam Buarque deixava a desejar na condição de Ministro da Educação.

Cristovam era um caso à parte. Nosso ex-governador do Distrito Federal, professor e intelectual, não dispunha de nenhum pendor para a gestão. Seus projetos, alguns apresentados ao presidente, não tinham base real no orçamento e nas prioridades do Ministério da Educação, prioridades, não de objetivos, mas das necessidades e demandas da Educação. Isso sem citar o fato de que a educação fundamental e média é de responsabilidade dos municípios e dos estados, cabendo à União apenas o ensino de 3º grau. No governo do Distrito Federal, Cristovam já mostrara essa limitação gestora e administrativa e sua imensa capacidade de lançar ideias inovadoras. Foi um bom governador e Brasília um exemplo em muitos setores como trânsito, educação e combate à pobreza. Porém na condição de ministro deixava a desejar e nada aconteceu (ZÉ DIRCEU, 2018, p. 362)

A priorização dada à educação básica por Cristovam em detrimento da educação superior seria objeto de desgaste para ele, que estava insatisfeito e para Lula, que Dirceu afirma impacientar-se. José Dirceu nos relata que o Ministro chegou a propor a transferência da educação superior para o Ministério de Ciência e Tecnologia, que na ocasião era dirigida pelo Partido Socialista Brasileiro (PSB), aliado político do PT.

Lula se impacientava, mas calava. Não me autorizava a encaminhar as propostas de Cristovam, vetadas pela Fazenda, Planejamento e Junta Orçamentária, por absoluta falta de coerência e concordância com o orçamento e metas do governo e do próprio Ministério. Cristovam se irritava, dando sinais públicos de insatisfação. Propôs transferir as universidades para o Ministério

de Ciência e Tecnologia, ideia aceitável, mas politicamente inconveniente para a comunidade científica e para o PSB, que dirigia o ministério. Mais um problema para mim e para Lula (ZÉ DIRCEU, 2018, p. 362).

Aliados próximos a Lula sabiam da impaciência e desconfiança de Lula ao lidar com o Ministro da Educação Cristovam Buarque. Em seu diário da atuação no governo, no dia 22 de maio de 2003 Frei Betto, assim narraria:

Almocei com Cristovam Buarque, ministro da Educação. Não se sente prestigiado pelo presidente. As audiências são raras e, invariavelmente, Lula o recebe acompanhado de algum assessor, o que impede conversa mais franca. Aliás, vários ministros se queixam de não poder conversar a sós com o presidente. Sugeri que escreva bilhetes e cartas ao nosso chefe, pelo menos terá certeza de uma comunicação direta e documentada (FREI BETTO, 200, p. 129)

Se por um lado, as negociações da SGTES com Cristovam Buarque foram frustradas por ocasião de sua demissão, por outro, com a chegada de Tarso Genro para o MEC, a educação superior adquiriria centralidade com a proposta do Programa Universidade para Todos (PROUNI) e se tornaria efetivamente o carro-chefe da política educacional promovida pelo governo Lula.

Em relação à posição da SGTES em relação à pauta da formação em saúde, Ricardo Ceccim afirma que esta equipe tinha a intenção de responder ao princípio constitucional de ordenar a formação, mas admite que não se tinha acumulação suficiente para essa discussão. Ceccim ressalta questões que permanecem como um grande impasse do trabalho conjunto entre estas duas áreas:

O que a gente queria era ordenar a formação. O que eles apontaram pra gente, eu não entendia o que era, mas de verdade não sei se a gente entendia, não tinha acumulação suficiente, até hoje a gente não tem acumulação suficiente pra gente responder isso. A gente faz a separação. **Na Constituição brasileira inteira, a única área que tem tarefa de educação, de ordenar a formação é a Saúde. Nenhuma outra tem, então é essa tarefa constitucional que a gente tem que responder. Que tem que aprender a responder.** Porque de verdade, até hoje por qual motivo as Residências estão no MEC? Por que não estão no Ministério da Saúde? Por que não? É a qualidade da resposta que vai orientar a ação. Não é um dogma, é uma relação intersetorial inovadora. Qual a tarefa da Educação, qual a tarefa da Saúde? Não precisa fazer sem a Educação. Por que não estarem a Saúde e a Educação juntas em formas inovadoras? A própria lei diz que são acordos com os sistemas de ensino, tudo que a saúde vai fazer são acordos com os sistemas de ensino. É que como o sistema de ensino não tem uma Política, não consegue fazer acordo porque não tem uma proposta. O máximo de acordo que consegue ter é cedendo ou não o lugar da escola? Não tem nem uma política de educação. Qual a política de educação superior para além de quantitativos? Aí o Tarso Genro entra e diz que quer fazer uma Lei Orgânica da Educação Superior, que a gente até ficou concordando porque ia se ter uma Lei Orgânica da Educação Superior. Mas então com Cristovam foi isso, aí o Cristovam saiu, aí veio o Tarso, aí o Tarso fez para o bem e para o mal, porque o Tarso, ao mesmo tempo que designou uma pessoa para esse encontro com a saúde, que foi a Ana Estela, colocou o Antônio Carlos. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Ele nos fala como depois de muitas conversas, este grupo da SGTES desistiria de trazer esta atribuição para o Ministério da Saúde, depois de entender a responsabilidade que o Ministério da Educação também tinha que ter com a formação em saúde:

A gente tentou conversar com um monte de gente, pessoas, autores... eu nem vou lembrar todos os nomes agora, tinha uma mulher bem importante no gabinete da educação na liderança da Educação no Conselho Nacional de Educação, de São Paulo. A gente conversou com essas pessoas e o que eles diziam assim, que a nossa proposta era uma proposta de muito risco, uma proposta equivocada de muito risco, porque naquela linha de que a saúde vai assumir toda a formação de profissionais como ordenador, se vocês levarem tudo isso para saúde, isso vai cair... vai se perder... o conceito de educação que é transversal a todas as profissões, a educação é transversal a todos os campos do conhecimento, não dá para tirar uma área de dentro do campo da educação e levar para outra área específica por que isso é instrumentalizar... Isso ajudou muito a gente a evitar e a combater o conceito de educação corporativa, que era um conceito, por exemplo, do Odorico, ele tinha esse conceito de Universidade corporativa do SUS, Universidade do SUS, o SUS vai assumir a formação e a gente passou a dizer: “Não, é sempre com a Educação. A Educação tem responsabilidade com a Saúde, com a produção do conhecimento, com a Ciência, com as gerações profissionais, com o papel da Universidade. (RICARDO CECCIM)

Essas são algumas questões enunciadas por Gastão Wagner que foram alvo de divergência quanto ao *modus operandi* da Política entre ambos os grupos: o grupo de Maria Luiza Jaeger e o grupo de Gastão Wagner.

Mas Maria Luiza Jaeger afirma que Gastão acumulou conflitos com o conjunto das pessoas, incluindo o próprio Ministro, Humberto Costa. Para ela, Gastão falhou na sua missão de fazer o debate interno ao Ministério da Saúde.

Alcindo Ferla falaria sobre a tensão posta entre Humberto Costa e Gastão Wagner devido a uma grande divergência na condução do Ministério da Saúde.

Desde a transição tinha uma tensão grande, o Gastão e o Humberto foram desde sempre os candidatos mais prováveis para Ministro e quando fez a composição de um ser Ministro e outro ser Secretário Executivo, foi uma composição ruim. Quando tem uma disputa e dividir uma criança ao meio, desde a mitologia grega, não é uma boa escolha. Então foi um período bem tenso no começo do governo porque tinha divergências grandes daí sobre a coisa da condução e depois quando foi dando as crises políticas e o governo foi fazendo composições e composições e enfim... a tensão dos dois foi gerando fragilidade grande no Ministério porque movimentavam-se as forças nordestinas e as forças paulistas e foi uma tensão bem ruim mesmo de... não era uma diferença na condução, era uma divergência grande na condução e na composição de grupos de apoio, essas coisas que acontecem... em época de céu de brigadeiro vai bem, mas na hora que começa a tensão... o principal recurso que acaba aparecendo é a culpabilização, então como diz uma amiga: “Tem uma galera que tem mais vontade de ter razão do que de resolver o problema”, aí é que dá a encrenca e aí teve uma tensão bem grande (ALCINDO FERLA).

Emerson Merhy também nos fala das intenções de Gastão Wagner em governar o Ministério da Saúde a partir da Secretaria Executiva, situação que aprofundaria as tensões e a fragmentação interna do Ministério da Saúde de Lula:

(...) na época tinha muito o grupo do Gastão encastelado na Secretaria Executiva do Ministério e não quero analisar esse momento, mas era conflitante, porque havia um conflito inclusive do próprio Gastão querendo governar o Ministério através da Secretaria Executiva e o Ministro governando o Ministério através das outras coisas e isso aí era uma coisa tensa, profundamente tensa dentro do Ministério (EMERSON MERHY).

Laura Feuerwerker nos afirma que Maria Luiza tomara para si a tarefa de estabelecer o diálogo dentro do Ministério da Saúde, no esforço em construir o “Ministério Único da Saúde”, situação que ilustra a falta de diálogo e colaboração entre as Secretarias, mais preocupadas com suas próprias agendas:

A Maria Luiza... era muito difícil, ela tentou ser a Secretária que mediava as brigas dentro do Ministério, então ela se ocupava muito mais da vida do Ministério do que da SGTES, então era bem difícil porque ela não tinha tempo, ela se ocupava de outra coisa, ela estava mediando o Solla com não quem, com não sei o que lá... e realmente ela era única pessoa que tinha possibilidade de fazer isso, é verdade! Ela era a única pessoa que tentava criar um Ministério Único da Saúde, os outros todos queriam criar seu Ministério próprio e ela fazia isso e ela gastava muito tempo nessa agenda entendeu? (LAURA FEUERWERKER).

José Ivo Pedrosa também vai falar do chamado “Ministério Único da Saúde” expressão utilizada por Maria Luiza Jaeger para evidenciar o esforço de superação das disputas internas ao Ministério da Saúde:

(...) me lembro muito da Maria Luiza dizendo que a gente deveria transformar o MS em MUS (Ministério Único da Saúde) - não sei se você já ouviu essa expressão -, e não só o Sistema Único porque o Ministério às vezes nem sempre todas as ações elas caminham juntas na busca da potencialização, há a disputa também (ZÉ IVO).

Mas o próprio Gastão Wagner menciona o “Ministério Único da Saúde”, afirmando que esse era o objetivo posto por sua gestão logo que chegou ao Ministério como Secretário Executivo. Gastão afirma que apesar da reforma administrativa realizada internamente ao Ministério, as Secretarias e áreas do Ministério eram separadas, não se integravam e tinham uma estrutura verticalizada e centralizada:

Eu como Secretário Executivo, a gestão, a integração das Secretarias estava sob minha responsabilidade e a gente fez um diagnóstico logo que chegou que a gente tinha que criar um Ministério Único da Saúde. Apesar da reforma administrativa a gente tinha vários Ministérios, a Vigilância em Saúde era separada da gestão de hospitais que era separada da Atenção Primária, que era separada da Saúde Mental, que era separada da AIDS... era uma estrutura verticalizada, sabe? E muito centralizada, porque ela é verticalizada e ficava centralizada (GASTÃO WAGNER).

Ele afirma que a existência de conflitos internos no Ministério da Saúde impediu a unificação do Ministério da Saúde na prática para além da reforma administrativa realizada.

Para Gastão, esta dificuldade de unificação interna do Ministério da Saúde entre as Secretarias que o compunham também refletiria numa postura de não integração com estados e municípios:

(...) conflitos internos muito ruins, tivemos pouca capacidade de... apesar de eu falar muito em cogestão, obvio que eu sou corresponsável, essa coisa nunca é unilateral, é bi, trilateral se desenvolve com vários atores, mas eu acho que nós trabalhamos muito mal nessa coisa de unificar o Ministério (...) de unificar na prática, além da reforma administrativa, de ter um Ministério mais unificado, mais integrado e isso repetia com os estados e municípios (GASTÃO WAGNER).

Assim, na avaliação do próprio Gastão, ele não conseguiu alcançar uma coordenação única das ações em sua gestão e admite que sua saída do Ministério da Saúde arrefeceria a tensão posta naquele Ministério. Entretanto ressalta as políticas exitosas feitas durante o tempo em que esteve no Ministério da Saúde, colocando entre estas a Política Nacional de Educação Permanente:

A gente não conseguia, sabe? Não conseguimos. Depois que eu saí diminuiu a tensão, eu acho. Porque quando eu saí, muita gente saiu, e aí ficou a gestão mais... assim muita coisa boa aconteceu, o SAMU, a própria educação permanente eu falei que foi um fator de força, não saiu política de pessoal, mas saiu educação permanente que mudou o SUS, mudou a cultura do SUS, é uma coisa muito importante... (GASTÃO WAGNER, grifos nossos).

Para Maria Luiza, havia uma divergência de ação e de avaliação de Gastão Wagner com a SGTES e outras Secretarias do Ministério da Saúde que teria a ver em grande parte com a sua origem acadêmica e a sua suposta dificuldade de lidar com a prática. Ela afirma citando o exemplo de Campinas, quando a pressão do Movimento Sanitário por meio de um abaixo-assinado confirmaria Gastão como Secretário de Saúde daquela cidade, mas segundo Luiza, ele contaria com problemas em colocar a “teoria na prática”.

Daí a gente fez um abaixo-assinado aqui e esse abaixo-assinado circulou no país inteiro e é assinado pelo Arouca, assinado pelo Nelsão, assinado pelo Gilson... a gente que andou atrás, a gente que... então ele foi Secretário de Saúde Campinas porque a gente botou o abaixo-assinado pra ele ser e acho que tinha que ser naquele momento. **Só que ele não segurou a Secretaria, o Gastão na hora de botar o pé no barco a coisa fica... quando a teoria não acontece na prática aí a coisa complica e eu acho que o povo que conviveu com ele em Campinas sabe disso e a gente viveu isso no Ministério** (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

No campo das ideias, da construção conceitual, Gastão Wagner disputou conceito com a equipe do DEGES. Pelo menos é isso o que nos narra Ricardo Ceccim, ao relatar que a Política de Humanização que contaria o esforço de criação e estruturação de Gastão Wagner e sua equipe na Secretaria Executiva, disputava conceito e lugar com a Política desenvolvida no âmbito do DEGES.

Quem disputou lugar, quem disputou conceito foi o Gastão porque o Humberto não disputava conceito, então isso não era um problema. O Gastão disputava conceito, mas ele é também professor e pesquisador, queria um lugar de gestão que não fosse apenas gerencial, então a Secretaria Executiva liderou o projeto HumanizaSUS como política de intervenção em redes, políticas, ações e serviços. A Humanização era gestão e atenção e a Educação era gestão, atenção, formação e participação. A Educação tinha quatro eixos, a Humanização tinha dois. Educação e Humanização se tornaram duas áreas de intervenção estratégica da política nacional de saúde. Agora, é claro que não tinha Humanização sem formação, as coisas estariam ligadas. Como estavam, gerava animosidade real ou velada. Um projeto na Secretaria Executiva tinha que emplacar país a fora, era uma política de ação, não de financiamento. A SGTES tinha de emplacar país a fora, era uma secretaria finalística. O que mais funcionou no HumnizaSUS foi o componente formativo, era uma estratégia de educação permanente em saúde. Só que não conectada com a Política de Educação Permanente em Saúde. A plataforma HumanizaSUS, que não era do Ministério e que eu acho super legal, teve e tem uma força muito grande, independente do Ministério. O Ricardo Teixeira e outros envolvidos com aquela plataforma ou com a política, como o Eduardo Passos ou a Regina Benevides, nos primórdios, são professores e pesquisadores admiráveis. Considero esse segmento do HumanizaSUS, a rede de comunicação digital, uma plataforma estilo rede social, é uma rede social que funcionou, que pegou, que produziu gente, produziu conversas, produziu muitos conceitos, mesmo sem apoio do Ministério, é uma rede viva. (RICARDO CECCIM)

Laura Feuerwerker também confirmaria a disputa colocada entre as duas Políticas que nasceram na mesma época no interior do Ministério da Saúde:

As duas nasceram ao mesmo tempo e tinham objetos próximos – mudar o modo de construir e governar o SUS. Mas nunca tinha conversa e aí eu tenho que falar que eu e o Ricardo fizemos o maior esforço para fazer conexões com a Política de Humanização, mas o Gastão não deixava... o Gastão na Secretaria Executiva fez um Ministério da Saúde paralelo, então a Política de Humanização era pra disputar com a Educação Permanente e o Departamento de Apoio à Descentralização era para disputar com a SAS, ele fez um Ministério paralelo mas eu brinco que ele usou a “humanização” não é porque ele gosta dessa palavra, essa palavra carrega muitas coisas ruins mas era uma política que tinha lá, que dava pra ele entrar e fazer o suas apostas acontecerem... (LAURA FEUERWERKER).

Na visão de Emerson Merhy, estas seriam as duas Políticas forjadas no interior do Ministério da Saúde de Lula que tinham capacidade de inovação e de promover tensões dentro e fora do Ministério. Para ele, este Ministério não conseguiu superar em algumas áreas a dinâmica posta desde antes com o INAMPS, permanecendo com uma baixa capacidade de mudança.

A “inampisação” que teve na experiência, persistiu na experiência do governo Lula em várias Secretarias e em especial na SAS, os mecanismos de financiamento eram praticamente os mesmos e a timidez em aprofundar o SUS naquilo que deveria ser aprofundado... você vê que a gente não conseguiu mudar substancialmente padrão de financiamento, no governo Lula nos dois primeiros anos a gente não mudou o padrão de financiamento, é só olhar isso lá, então é muito difícil você entrar com uma proposta muito nova, **por isso que a Humanização de um lado e a EP do outro provocavam tensões.**

Porque eram, no meu ponto de vista, as melhores propostas em termos de inovação, tanto a Humanização quanto a Educação Permanente eram as inovações e criava muita tensão porque se você for para dentro dos outros setores, não tem inovação nenhuma não (EMERSON MERHY, grifos nossos).

Segundo Laura, ela e Ricardo faziam o esforço de produzir interlocução e canais de conexão entre as duas Políticas, mas não seriam correspondidos por Gastão Wagner.

Merhy também atesta essa visão, considerando que enquanto Gastão ocupou a Secretaria Executiva, a Política de Humanização teria sido propriedade do domínio exclusivo da Secretaria Executiva:

A Humanização que deveria ser uma proposta transversalizadora, era do domínio exclusivo da Secretaria Executiva, então ela também virou uma propriedade. Mas tinha coisas muito interessantes na Humanização tanto que depois que muda a direção da Humanização e vai passando por outros coordenadores... a minha relação com a Humanização amplia muito, o próprio grupo da Humanização hoje utiliza muito material meu hoje, em outras épocas depois do Gastão utiliza muito o material que eu produzi, na época do Gastão não, era meio interditado, mas isso mudou, muda pela experiência das pessoas... (EMERSON MERHY, grifos nossos).

José Ivo Pedrosa afirma que uma das maneiras encontradas para a superação das divergências que existiam no interior do Ministério da Saúde foi a formação de comitês para a organização e gestão das políticas, formados por todas as Secretarias do Ministério da Saúde. Ele afirma ter sido este o caso da Política de Humanização que tinha um comitê gestor, do qual participavam integrantes da SGTES:

O Comitê gestor da Política de Humanização tinha gente da SGTES que participava, então a maneira de superar essas divergências que sempre existem porque são divergências que as vezes são políticas, ideológicas e não adianta você camuflar porque elas existem... foi exatamente organizar e gerir políticas através de comitês por todas as Secretarias do Ministério (ZÉ IVO).

Para Ceccim, a dificuldade de relação com Gastão Wagner vinha sobretudo de uma “autonomia teórica” que ele e sua equipe tiveram em relação à Gastão no esforço de elaboração conceitual da proposta de Política em torno da educação permanente em saúde e nas agendas mais gerais do DEGES.

Mas eu acho que ele se ressentia por não ser nosso guru intelectual, não era. Porque a gente não o estava seguindo mesmo, ao contrário, a gente até já tinha rompido com alguns conceitos. (RICARDO CECCIM)

Não tínhamos uma boa relação com o Gastão porque o Gastão disputava por outros (ou os seus) conceitos (e modelo de práticas), então se nós chamássemos o Gastão para nos orientar, estava tudo certo, mas deixaria de ser a nossa proposta. Nós éramos outra Secretaria, nosso objeto era específico e finalístico. Se a gente não chamasse o Gastão para nos orientar, ele também não iria nos apoiar. Ele apoiou mais as coisas que eram relacionados à Residência e mais no primeiro ano, ele achava que eu e Laura éramos pessoas super filiadas a ele

porque ele já tinha sido referência para a gente em tantas coisas, aí quando a gente parou de se referir a ele, sentar com ele para encaminhar ações, ele achou então que a gente tinha rompido. A gente não se reportava a ele, estávamos em outro setor. Trouxemos o Emerson de consultor porque era e seguiria sendo de fora, não havia nenhuma relação de modelo gerencial, mas pode ter ficado estranho, decerto. (RICARDO CECCIM)

Ricardo Ceccim irá trazer alguns elementos para exemplificar o rompimento conceitual do DEGES em relação à Gastão Wagner. Seu grupo romperia com a ideia de co-gestão elaborada por Gastão, preferindo utilizar ideias que falassem mais da radicalidade democrática que queriam estimular com a Política, trariam elementos mais afeitos à Análise Institucional. Ademais a ideia de clínica ampliada seria superada pela ideia de uma “clínica da integralidade”:

A gente é claro que era leitor dele, a gente usou suas referências e palavras, mas não era uma filiação. A gente nunca falou de Paidéia, a gente falou de rodas, a gente começou falando de cogestão, foi abrindo mão da cogestão porque a gente preferia que tivesse mais processo de autogestão dos grupos que se encontram entre si, a gente entendia que os grupos tinham muito mais formulação e que o gestor não tem que estar em todas as coisas, que a cogestão significava a liderança do gestor, então a palavra cogestão era para assegurar que o gestor fizesse parte da decisão e, para nós, a gente preferia que movimentos de autogestão ganhassem força suficiente para convencer, por exemplo, o gestor e não necessariamente fazer uma cogestão com o gestor. A Universidade vai fazer cogestão com o gestor ou fazer pactuação? A Universidade não vai fazer cogestão com gestor, a Universidade não vai fazer Sistema de Saúde, a Universidade vai formar pessoas em uma pactuação com a gestão. Então esse conceito de cogestão começou a ficar fraco para a gente. A gente foi saindo dessa noção e parando de usar essa palavra. Uma vez eu falei que a nossa política de educação popular em saúde portava em projeto de desenvolvimento da gestão social, ele quase enlouqueceu: o que é isso!

(...)

A gente sempre trabalhou com campo e núcleo, embora a gente, eu acho, foi bem mais adiante no conceito de campo e núcleo do que ele afirmou. Nas palavras que a gente usava estava multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, não campo e núcleo. Clínica ampliada não usávamos, não tinha clínica ampliada em nada, não era um conceito para nós, usávamos clínica da integralidade ou clínica da amplitude, do entrar em contato como o desejo. Clínica Ampliada esteve em algum ou alguns documentos, mas não no conceito de Educação Permanente em Saúde. Contudo havia muitos eixos de pensamento do Gastão que estavam conosco, em nosso fazer e em nosso ensinar, claro. (RICARDO CECCIM)

Gastão Wagner confirmou que existiam diferenças nos termos utilizados e conceitos postos entre as duas Políticas. Ele cita justamente como exemplo de um lado, a utilização do conceito de “clínica ampliada” para a Política de Humanização – que ele acha um uso mais realista do conceito, e de outro a utilização da “integralidade” na Política de Educação Permanente. Mas para ele não se tratava de divergência no conteúdo das Políticas, posto que as concepções de ambas tinham semelhanças.

Eu acho que tinha mais identidade do que diferença. A gente queria trabalhar com as equipes, trabalhar com as bases... eu uso os conceitos da educação

permanente, sempre fui “Paulo Freireano”, acho que a raiz é Vygotsky e Paulo Freire né. A gente inventou pouco, a gente adaptou essas coisas à saúde, então... **eles falavam muito em “integralidade” e eu falava em “clínica ampliada e compartilhada”, mas uso integralidade, acho que são conceitos assemelhados.** Eu não ia tirar a espada se você falar integralidade... abordagem integral ou abordagem ampliada, eu acho a abordagem ampliada mais realista até hoje, “integral” é tudo e não existe. E “ampliada” é um conceito gramsciano. No ampliado, o velho está dentro do novo... a gente não muda tudo, a gente acaba... então pra mim a Biomedicina e a Bioenfermagem está dentro da clínica, o que a gente não pode deixar é fazer sozinho, definir sozinho o que que é doença, mas não tem jeito de não usar “vacina”, “insulina”, “fisioterapia”, “tal procedimento em fisioterapia”... o problema é que não pode ficar só e sem sujeito, sem pessoa... então tem essa discussão. O HumanizaSUS problematizava mais, mas a gente usava integralidade, usava educação permanente... eu acho que é mais de procedimento do que... (GASTÃO WAGNER, grifos nossos).

Mas apesar de afirmar uma concordância do ponto de vista conceitual com a Política de Educação Permanente, Gastão Wagner se opôs à forma de operacionalização desta Política pela SGTES. Para ele, esta Política valorizou muito a educação no trabalho em detrimento dos cursos de especialização e formação à distância, rotulados por Laura Feuerwerker e Ricardo Ceccim de forma pejorativa como “educação continuada”:

A gente usava nomes para fenômenos, para estratégias muito parecidas. Se você pegar a proposta Paidéia é educação permanente, sabe? **Agora tinha diferenças, por exemplo, a educação permanente valorizou muito a educação no trabalho e desvalorizou, que eu era contrário, os cursos formais de especialização, cursos à distância e depois retomaram e sobrava orçamento e orçamento não era gasto. Eu era a favor de encher de cursos de especialização de vigilância à saúde, de território, de educação em saúde e a interpretação do Ricardo Ceccim e da Laura, conceitual, era que isso era ruim, que isso era educação continuada** (GASTÃO WAGNER, grifos nossos).

Para Gastão, a divergência com a SGTES era sobretudo procedimental, de compreensão relação à forma de executar a Política. Na sua concepção, o grupo da SGTES, assim como outros segmentos do PT, tinha uma visão instrumental e pragmática da Política, em uma postura a seu ver excessivamente estratégica, que eventualmente sacrificava relações horizontais e, no seu entendimento, mais democráticas.

Então eu acho que as nossas divergências eram mais essas de procedimentos, de compreensão, e algumas coisas eu acho que eu estava certo e outras eu estava errado (GASTÃO WAGNER).

Para garantir a sustentabilidade da Política Nacional de Humanização (PNH), Laura Feuerwerker afirma que quando o Ministério da Saúde foi para o comando do PMDB, como desdobramento do escândalo do mensalão, as conexões políticas de Gastão Wagner com figuras do ex-PCB, de onde ele também vinha, parecem ter servido para garantir a continuidade desta

Política que havia contado com seu esforço de elaboração, situação que não houve no caso da PNEPS:

Quando o Humberto caiu e o Ministério foi para o PMDB e depois, na sequência, té o Padilha, o Gastão nunca deixou de ter um pé dentro do Ministério, por suas conexões ex-PCB, Esse também foi um dos jeitos de sustentar a PNH ao longo de todos esses anos, coisa que a Educação Permanente não teve (LAURA FEUERWERKER).

Assim, apesar da proximidade conceitual, havia uma série de divergências postas entre ambos os grupos, diríamos que mais de prática política e menos conceitual (embora como vimos também estas estejam presentes), situação que impediu a articulação entre as Políticas de Educação Permanente e de Humanização que se propunham transversais em seu escopo de atuação.

5.6.11 A visão anti e pró-Saúde da Família no primeiro governo Lula

No início do primeiro governo de Lula apresentava-se uma posição de conflito em relação à Saúde da Família. Esta posição dividia os sanitaristas no interior do Ministério da Saúde e também no governo de modo geral.

Como mostramos anteriormente, havia uma posição de apoio ao Programa Saúde da Família antes da composição do Ministério, encabeçadas sobretudo por Eduardo Jorge e Gastão Wagner. Gastão era o coordenador de uma Comissão Nacional composta por oito pessoas, o “grupo dos oito” como ele refere, que escreveram a seção referente à Saúde do Programa de Governo de Lula para as eleições de 2002. Gastão nos fala sobre como teve de convencer Antonio Palocci, que havia assumido a coordenação do Programa de Governo de Lula, de que era importante colocar a Saúde da Família naquele Programa de Governo, a despeito das posições contrárias à Saúde da Família no interior daquele grupo de sanitaristas petistas:

(...) aí eu entreguei (o Programa) pro Palocci e ele assessorou um monte de coisa à comissão nacional. A gente intercedeu junto ao Lula, voltamos a colocar algumas coisas, por exemplo, **o Palocci era contra a gente priorizar a ESF ele dizia que era um programa tucano, do Banco Mundial, que não funcionou, que ele tentou fazer isso em Ribeirão Preto como prefeito e não conseguiu, então assim: a gente tinha polêmicas muito fortes, bastante fortes. Aqui em Campinas tinha uma parte do pessoal da equipe que eu trabalhava e tinha isso também de dizer a ESF era coisa do Banco Mundial, que não tinha que priorizar, aí conversamos com o Lula bastante e com a coordenação nacional e o Palocci perdeu... ficou no programa do Lula e lá Manguiera ele fez um discurso baseado no Programa que a gente tinha feito**, ele falou muito do SUS, porque nosso programa era fortalecer o SUS e implementar o SUS e era orçamento, mas não era só orçamento era gestão, era participação e a Atenção Básica era fundamental e se comprometia

a estender isso pra maior parte da população brasileira, fazer progressivamente e só em quatro anos não ia dar pra chegar em 80%, mas a gente ia chegar a 80% das pessoas inscritas (GASTÃO WAGNER, grifos nossos).

Gastão neste registro nos relata a divergência que havia entre quadros políticos do PT e mesmo entre os quadros da área da Saúde em relação à opinião sobre o Programa Saúde da Família. Maria Luiza Jaeger nos fala sobre essa divergência entre os sanitaristas do PT na discussão do Programa de Governo de Lula:

(...) então há toda uma discussão que vinha acontecendo em vários lugares do que que era esse fazer de mudança e de como é que a gente ia mudar, é feito esse documento e há uma grande discussão sobre o jeito e a forma do documento, principalmente em relação à Saúde da Família porque havia uma grande crítica de uma parte... que era a maioria... de que o jeito que estava sendo feito o Saúde da Família era extremamente problemático que não tem formação pra botar as pessoas e fazer de conta que está dando atenção e etc e tal (MARIA LUIZA JAEGER).

Gastão Wagner nos relata sua decepção ao participar de uma reunião do Ministério de Lula em que Gushiken na presença de Lula, Palocci e José Dirceu falaria que a Saúde da Família não era prioridade para o governo Lula, por se tratar de proposta vinda do governo de Fernando Henrique Cardoso:

Eu sei que quando a gente chegou no Ministério eu descobri no primeiro mês para o segundo que a Política do Ministério não era a que estava no programa do Lula, por exemplo, a Atenção Básica, a ESF não era prioridade. Eu fui representar o Humberto... isso dentro do Ministério e também no governo Lula, eu fui representar o Humberto.... o Lula fazia muitas reuniões ministeriais, de todos os ministros e roda lá, uma rodona grande e sei que o Humberto não pode ir e sei que no dia cada ministro (e eu fui representando o Humberto) apresentaria em dez minutos as prioridades, eu falei quatro prioridades e uma era o SAMU, a outra era ESF esticar a cobertura e na época era 20 ou 30% e a gente queria esticar pra 70%, dava o custo de onde ia tirar o dinheiro e como é que ia fazer isso; Farmácia Popular que o Lula queria ampliar o acesso, e eu botei a ESF e acabei de apresentar na roda... na roda ficava o Lula, o Gushiken, o Zé Dirceu e o Palocci na ponta da mesa... e eu acabei de falar e o Gushiken falou: “Saúde da Família não é nossa prioridade, pode tirar daí, isso é proposta do governo anterior, não é nossa prioridade, pode reformular”, e não tem discussão, acabou e toca pra frente, então eu fiquei muito decepcionado (GASTÃO WAGNER).

A Saúde da Família parecia não estar associada à marca de novidade que aquele governo do Partido dos Trabalhadores gostaria de deixar. De um lado, colava-se à imagem do governo FHC que havia colocado desde 1995 o PSF como projeto prioritário de governo, de outro atrelava-se à proposta defendida pelo Banco Mundial de provimento de “cestas básicas” de serviços de saúde, um conjunto mínimo de ações e serviços de saúde e, portanto, seletivos - e focalizados na população mais pobre que não poderia arcar com os custos de saúde, posição esta que ia de encontro ao ideal de universalidade proposto pelo SUS.

Essa proposta surgia no bojo de uma proposta de reforma do estado efetivamente posta em execução no Brasil pós-1995 e levada a cabo pelo Ministro da Administração e Reforma do Estado Luiz Carlos Bresser-Pereira. Em publicação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), no caderno de nº 13 intitulado: “A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde”, encontramos a Saúde da Família como um dos três eixos da reforma do setor saúde:

A partir desse diagnóstico sumário e destas diretrizes gerais, o governo Fernando Henrique Cardoso, por intermédio de seu Ministério da Saúde, com o apoio técnico do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, está desenvolvendo uma proposta de reforma administrativa na área da compra ou demanda de serviços hospitalares e ambulatoriais, que dará uma nova vida e força aos propósitos de descentralização, integralidade, equidade e eficiência do SUS. O que se está procurando, por meio desta reforma, não é abranger todo o SUS, mas uma das partes fundamentais do mesmo - e certamente a mais cara - : a assistência ambulatorial e hospitalar. A reforma estará baseada em três ideias básicas. Em primeiro lugar, implantar-se-á um processo decisivo e rápido de descentralização, através do qual a responsabilidade da Prefeitura, do Governo do Estado e do Governo Federal fiquem claramente definidas. Hoje, na maioria das cidades brasileiras, o cidadão entende que a autoridade responsável pela sua saúde é o Ministério da Saúde. É preciso mudar essa percepção, dando poder ao Governador e ao Prefeito, e aos Conselhos Municipais de Saúde, assim levando o cidadão a também atribuir-lhes a responsabilidade pelo atendimento de saúde que o SUS lhe garante. Conforme observam Dilulio e Nathan (1994), a maioria das atuais reformas dos serviços de saúde nos países desenvolvidos estão baseadas na descentralização para entidades regionais. Continuarão a ser utilizadas as quatro categorias atuais de descentralização: centralizado, descentralização incipiente, descentralização parcial e descentralização semi-plena, com as modificações que forem necessárias. O objetivo será colocar, em um primeiro momento, um grande número de municípios, na administração descentralizada parcial, caminhando-se em seguida para a semi-plena. **Em segundo lugar, cada município deverá montar um Sistema de Atendimento de Saúde, integrado, hierarquizado e regionalizado, para seus cidadãos, a partir da base municipal. Desse sistema fará parte o Subsistema de Entrada e Controle, constituído de Unidades ou Postos de Saúde Municipais e/ou de Médicos de Saúde da Família (médicos clínicos gerais), que estarão diretamente subordinados à autoridade de saúde municipal,** e de um Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar formado por ambulatorios e hospitais credenciados, que poderão ser estatais, públicos não-estatais (filantrópicos) ou privados, e que poderão estar dentro do município ou muito freqüentemente fora dele. Separar-se-ão, assim, com clareza, os dois Subsistemas, permitindo-se o controle do segundo pelo primeiro e, sempre que possível, o surgimento de um mecanismo de competição administrada entre os supridores de serviços de saúde. Em terceiro lugar será montado um Sistema de Informações Gerenciais em Saúde que colocará à disposição das autoridades de saúde e dos usuários, relatórios referentes ao uso de verbas, aos dados epidemiológicos e de desempenho dos serviços de saúde, capazes de gerarem indicadores de custos, de demanda atendida e de resultados referentes aos dois subsistemas mencionados. O gerenciamento, no âmbito do SUS, caberá a DATASUS (BRASIL, 1998c, p. 14-15, grifos nossos).

É interessante observar que José Serra, que havia sido o principal adversário político de Lula nas eleições de 2002, também havia estabelecido no seu mandato como Ministro da Saúde

de FHC a priorização da Saúde da Família em sua plataforma de governo. Em seu discurso na posse como Ministro, Serra falaria:

(...) vou citar aqui dois exemplos de prioridades, integradas nessa perspectiva: o atendimento direto à família e o atendimento integral à saúde da mulher. O primeiro consiste na formação de equipes de saúde da família compostas por um médico, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes municipais de saúde, com vistas a atenderem mais ou menos mil famílias cada. Já temos no Brasil 1.600 equipes. Pretendemos triplicá-las no prazo de um ano, atingindo perto de 20 milhões de pessoas. Não tenho dúvida de que a descentralização, consubstanciada no PAB - Piso de Atenção Básica no Programa de Saúde da Família na gestão plena dos sistemas estaduais e municipais, serão a espinha dorsal da mudança do quadro da saúde no Brasil (JOSÉ SERRA in BRASIL, 1998c).

Correia (2005) em sua tese de doutorado irá apontar a existência de dois documentos do Banco Mundial que sintetizariam um conjunto de propostas deste órgão para a área da saúde no Brasil: o primeiro do ano de 1991 intitulado: “Brasil: novo desafio à saúde do adulto”, que rebateria os avanços logrados pela Reforma Sanitária e sugeriria a seletividade do acesso como proposta à quebra da universalidade e o segundo de 1995 que, se propõe a definir uma agenda da saúde para os anos 90: “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, que continha uma série de recomendações e estratégias de curto e médio prazo, tendo como eixo a lógica do mercado e do custo/benefício, a ampliação do setor privado, a descentralização da operacionalização dos serviços para a sociedade como meio de desresponsabilização do Estado.

Como síntese e símbolo da adesão do Ministério da Saúde e do Ministério da Administração e Reforma do Estado a essas recomendações do Banco Mundial, são elaborados os documentos: “Sistema de Atendimento de Saúde do SUS”, que sintetiza a proposta de reforma para este setor e o “Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil”, apresentado na reunião especial sobre Reforma Sectorial en Salud, promovida pela OPAS, BID e Banco Mundial, em setembro de 1995, no qual o Ministério da Saúde se comprometia a modificar as bases organizacionais do sistema de saúde. Ambos os documentos se colocam em consonância com as orientações postas nas publicações do Banco Mundial (CORREIA, 2005).

É interessante observar o estudo de Fagnani (2011) que afirma que nos primeiros anos do governo Lula havia uma dominância do debate sobre uma disputa entre “focalização” e “universalização” (paradigmas presentes e em tensão desde 1990) na estratégia social do governo, determinada sobretudo por uma agenda de “um ajuste macroeconômico de longo prazo” levada a cabo pelo Ministério da Fazenda. Para Fagnani no período de 2003 a 2005 há uma ambiguidade entre mudança e continuidade, especialmente porque conviviam no governo tanto defensores do estado mínimo quanto aqueles que defendiam direitos universais.

O grupo vinculado à Maria Luiza Jaeger na SGTES tinha uma compreensão de que a Saúde da Família se reduzia a pacotes de ações e serviços de saúde, vinculada à compreensão posta pelos documentos do Banco Mundial. Ademais, como registra a fala de Ricardo Ceccim, a discussão posta em relação “ao Saúde da Família” havia hegemonizado a pauta em detrimento dos modos de fazer dos locais. Em relação à pauta da educação, estava posto o “Introdutório”, um curso para ser realizado pelos profissionais da Saúde da Família que era tida por este grupo como um “adestramento” dos trabalhadores da saúde.

O Jorge Solla querendo manter vivo aquele Polo de Saúde da Família, o Jorge Solla que era consultor da Saúde da Família, era Secretário da SAS e vinha pra falar da Saúde da Família e **a gente não queria saber de Saúde da Família porque Saúde da Família era um pacote, era uma ação.** Óbvio que ela é uma ação de território, mas Saúde da Família se é de território, cada município tem que fazer do seu jeito. Tem gente que fez de tanto jeito criativo a ponto de que nós chegamos em tanto com a defesa, por exemplo, do “Saúde em Defesa da Vida”, “Saúde e Território”, essas coisas não eram Saúde da Família, essa estratégia estava ali. E a “Saúde da Família” na verdade ela vem e vira tudo com esse nome. A gente falava de “Saúde Comunitária”, falava de várias outras palavras e tudo virou “Saúde da Família” e para mim ainda era aquela coisa irritante porque era aquele “o” Saúde da Família”, era “o” não era nem “a” era “O Saúde da Família”, então era o Programa Saúde da Família. **Porque não deixar os sistemas locais desenharem o seu jeito de fazer? Mas vamos trabalhar o jeito de se encontrar com a população, vamos trabalhar com integralidade, vamos trabalhar com que é sistema local, desenhar o que é trabalhar com redes locais e na hora que eu tenho um programa que não preciso discutir mais nada disso...** Eu odiava aquela linguagem: “Introdutório... Introdutório...” era adestrar para fazer, adestrar para fazer para depois o gestor dela dizer que não concorda com aquilo... e era só o médico e enfermeiro... não dava desse jeito. E a Universidade do jeito que ela está e aí mete o curso na universidade, desse jeito não vai funcionar. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Estava posta como demanda de articulação entre a Secretaria de Atenção à Saúde e a SGTES a reorganização dos “Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família” para a oferta dos cursos introdutórios para as equipes de Saúde da Família (ESF) e para o acompanhamento, avaliação e formação permanente destes profissionais. Apesar da posição de divergência, a SGTES teria de mediar com a contradição interna posta, tendo em vista que a “Saúde da Família” efetivamente ganhava a pauta do Ministério da Saúde.

5.6.12 Os Pólos de Educação Permanente em Saúde

“O Pólo de Capacitação em Saúde da Família entrou em devir”, foi esta a expressão utilizada por Ricardo Ceccim para designar a ruptura de concepção e a operacionalização que

se fez ao se inventar os “Pólos de Educação Permanente em Saúde” (PEPS) como instrumento para a gestão da educação permanente em saúde. O nome veio a partir dos “Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família” que já existiam, mas não guardava nenhuma relação com estes:

No meio disso: “Vamos fazer o seguinte, vamos pegar essa palavra “permanente”, porque essa palavra já tá aí, essa palavra a OPAS já fala, essa palavra já está naqueles “Pólos de Saúde da Família”, que tem lá no final que ninguém sabe o que diz, está lá no final “Permanente em Saúde da Família” e vamos trabalhar com isso”. Daí a gente manteve a palavra “Pólo” e a gente escolheu a palavra “permanente”. Com essas duas palavras a gente disse: “Agora nós vamos fazer”, então tá: vai ser a “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” que o pilar estratégico são os Pólos de Educação Permanente em Saúde. Então sobreviveu os pólos, mas não era mais “Saúde da Família” e não era “educação na saúde” por que ia aparecer que era um treco assim que ninguém sabe o que que é, então vamos falar de “educação permanente em saúde” porque aí fica claro que é para botar uma coisa que se segue, que é transversal ao ensino em serviço, ser transversal... então a gente tentou explicar o que que era permanente. É permanente porque é com base local, é permanente porque é transversal, é permanente porque não está perguntando o que que é escola, o que que é serviço... é na escola, no serviço... tanto faz... **Não tem nada a ver com seguir aquilo, tem a ver com dar destino com aquilo que estava sendo feito lá nesse lugar, mas só que agora com outros autores, com outras redes, com uma visão ampliada, com uma visão mais consistente, com a visão mais estratégica do ponto de vista de Sistema... então, vá lá... se perguntar: tem a ver com a Saúde da Família? Tem. É dizer que eles morreram e não morreram (risos). Quer dizer que acabou, que se transformou, entrou em devir... o Pólo de Saúde da Família entrou em devir, ele está lá, existe, mas ele entrou em devir da saúde em defesa da vida.** (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Como vimos anteriormente, havia um desejo sobretudo de Jorge Solla no reestabelecimento dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, desejo este não compartilhado pelo grupo do DEGES. Aproveitando parte do nome dos antigos “Pólos de Formação, Capacitação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família”, os novos “Pólos de Educação Permanente em Saúde” se propunham a ampliar as práticas desenvolvidas naquele lugar, sustentando-as com outro entendimento e com outros autores e redes.

A iniciativa nasceu do aprendizado com a experiência dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, mas destoou de forma significativa do seu projeto de ações, condução e implementação. Serviram de base à conformação sugerida aos atuais Pólos de Educação Permanente em Saúde um processo de interpretação dos resultados anteriores e a acumulação de recomendações provenientes de um roteiro de oficinas realizadas com as coordenações de projetos (BRASIL, 2004c, p.10).

Como já apontamos neste trabalho, esse esforço fazia parte de uma estratégia de produzir mediações com as iniciativas postas em execução até ali e não passar uma imagem de

“rompimento” explícito com estas iniciativas. Mas Ricardo Ceccim teve de ser convencido, como nos aponta Maria Luiza Jaeger:

Aquela portaria eu acho que ela foi reescrita eu tenho todas as versões... umas vinte vezes porque eu pegava e começava a botar as coisas “porque a partir dos Pólos de Saúde da Família” **de não desmanchar o que foi feito e dialeticamente estar mudando** e o Ricardo batia em tudo e o Ricardo tentou eu acho que umas quinze vezes até que ele desistiu e a gente caminhou, mas eu participei de todos os Seminários, eu viajei por todo país (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

No documento intitulado: “A Educação Permanente entra na Roda”, publicado pelo DEGES em 2005 partia-se da constatação de que o governo havia elegido a Saúde da Família como prioridade, mas considerava-se o suposto de que essa estratégia se faria de formas diferentes nos lugares, a partir das realidades e necessidades locais. Da mesma forma se faria com as ações de educação permanente, que deveriam contar espaços de planejamento, gerenciamento e apoio – os Pólos de Educação Permanente em Saúde - que teriam a tarefa de acolher e transformar as diretrizes gerais da política de educação na saúde em estratégias e ações práticas considerando a realidade local:

O governo elegeu a Saúde da Família como prioridade para a organização da rede de atenção à saúde. Essa é a diretriz geral da política de saúde para melhorar o Sistema como um todo. Só que de nada adiantaria se a Saúde da Família fosse uma estratégia igual em todo o País, pois todos nós sabemos que em cada lugar as pessoas têm necessidades de saúde diferentes. Então, a composição e o modo de operar e organizar a atenção têm que ser diferentes, de acordo com as necessidades locais. É exatamente dessa forma que devemos pensar quando planejamos as ações de educação permanente – produzindo estratégias de acordo com a diversidade local. Podemos, então, dizer que os Pólos são espaços de planejamento, gerenciamento e apoio, cujo papel é transformar as diretrizes gerais da política de educação na saúde em iniciativas práticas que retratem a realidade local (BRASIL, 2005d, p. 26).

Os Pólos funcionariam como “instâncias” para a gestão da educação permanente em saúde e ao mesmo tempo como “dispositivos” do SUS para a mudança nas práticas de saúde e de formação em saúde. Eles deveriam funcionar como “rodas de co-gestão” nascidas da articulação entre instituições formadoras, gestores do SUS, serviços, instâncias do controle social e representações estudantis.

Para a gestão da educação permanente em saúde, propomos a criação de instâncias de articulação entre instituições formadoras, gestores do SUS, serviços (principalmente serviços que se instituíram como serviços-escola), instâncias do controle social e representações estudantis, a funcionar como **rodas de co-gestão**. Essas instâncias de articulação serão espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação (como nas mesas de negociação) entre as ações e serviços do SUS e as instituições formadoras; serão o lócus (como nos comitês, conselhos e grupos de trabalho) para a identificação de necessidades e a construção de estratégias e políticas no campo da formação e

desenvolvimento - sempre na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no Sistema. Serão dispositivos do Sistema Único de Saúde para a mudança nas práticas de saúde e mudança nas práticas de formação em saúde como grupos de debate e construção coletiva (Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde) (BRASIL, 2003b, p.4, grifos nossos).

Note-se aqui o uso do termo “roda de co-gestão” no documento para qualificar os Pólos de Educação Permanente em Saúde. O termo faz alusão ao conceito de co-gestão formulado por Gastão Wagner de Sousa Campos na sua produção: “Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda” (CAMPOS, 2000).

A menção a este termo foi encontrada no documento: “Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde”, publicado em 2003 e submetido à apreciação do Conselho Nacional de Saúde em setembro daquele ano. Esta referência às “rodas de co-gestão” desaparece nos documentos subsequentes da Política.

Laura Feuerwerker nos afirma que a menção a este termo se devia à tentativa de uma costura para aproximar o Secretário Executivo do Ministério da Saúde Gastão Wagner, que segundo Laura reitera, era contra e disputava terreno com a Política de Educação Permanente no Ministério da Saúde:

A gente não concordava em nada com o Método da Roda, mas falar “roda” era uma tentativa de trazer o Gastão pra ser um pouquinho mais empático com a nossa Política. Ele não era nada a favor, ele era completamente contra, ele foi errado com a gente na prática, ele estava fazendo um outro negócio... o Gastão na Secretaria Executiva produziu um Ministério da Saúde paralelo, então a Política de Educação Permanente vai disputar o mesmo o lugar que a Política de Humanização... ele vai fazer isso em vários lugares...**mas era uma disputa muito acirrada e tentar botar a roda dentro fazia parte disso**, embora existisse um acordo muito prévio e outros acordos que eram muito mais importantes, mas que na disputa de poder que existia no Ministério era completamente relegados (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Ademais, como mencionamos anteriormente, o grupo do DEGES havia rompido com a noção de “co-gestão” proposto por Gastão Wagner, que eles entendiam limitada por ainda trazer uma ideia de liderança do gestor nos processos. De fato, nos Pólos o papel do gestor foi reconfigurado, de modo que estes passaram de uma posição de liderança a uma posição de se colocar em roda com o conjunto dos atores. Por isso, o grupo do DEGES preferiria adotar o conceito de “autogestão”, que vinha da Análise Institucional.

Ceccim fala que a noção de “rodas” foi trazida da contribuição teórica de outros autores, como Sebastião Rocha que trabalhava com o conceito de rodas na Educação e mesmo dos “círculos de cultura” de Paulo Freire:

As rodas, pra gente usar as rodas, a gente se encontrou com tanta gente que fala de roda, a gente se encontrou com o Sebastião Rocha que é o cara que trabalha com as rodas na educação, a gente se encontrou com círculos de cultura de Paulo Freire, que são círculos, portanto são rodas, a gente foi encontrando com tantas rodas e círculos. Então também não era mais aquela. Tanto que a gente nunca falou do livro “Método da Roda”, a gente nunca citou, a gente falava de rodas e de círculos em rede, não tinha essa referência toda com a produção dele, tinha afinidade aqui e ali. (RICARDO CECCIM).

A partir da proposição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, pretendia-se superar o que era qualificado como uma “verticalidade única e hierarquizada nos fluxos organizativos” fundamentada na racionalidade gerencial hegemônica. Esta gestão colegiada tinha a pretensão de instituir novidade aos Pólos de Capacitação em Saúde da Família.

Com uma articulação interinstitucional para a educação permanente, com sua gestão colegiada, **com a quebra da regra da verticalidade única e hierarquizada nos fluxos organizativos, pretende-se superar a racionalidade gerencial hegemônica. A gestão colegiada, a roda de co-gestão da educação permanente em saúde, instituirá novidade aos atuais Pólos de Capacitação em Saúde da Família**, viabilizando novos arranjos e novas estruturas organizativas, fortemente comprometidas com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2003b, p.11, grifos nossos).

A ideia é que os Pólos de Educação Permanente em Saúde sejam rodas para a gestão da Educação Permanente em Saúde. **Não haverá um comando vertical e obrigatório, já que na roda todos podem influir e provocar movimento.** Nessas rodas, pessoas que realizam as ações e os serviços do SUS e pessoas que pensam a formação em saúde dialogam livremente. Todos juntos, interagindo, identificam as necessidades e constroem as estratégias e as políticas no campo da formação e do desenvolvimento, sempre buscando melhorar a qualidade da gestão, aperfeiçoar a atenção integral à saúde, popularizar o conceito ampliado de saúde e fortalecer o controle social (BRASIL, 2005d, p.16-17, grifos nossos).

Por isso, propunha-se a adoção da roda no lugar da verticalidade única e hierarquizada para fazer valer a adoção da “cadeia de cuidados progressivos à saúde”, mas essa mudança de imagem pretendia ser mais que uma mudança de estrutura. Os autores dessa proposta, fortemente atravessados pelo ideal de democracia participativa, acreditavam poder forjar um ambiente em que todos os atores envolvidos pudessem ter poder igual. Uma aposta, portanto, na “distribuição do poder” fundamentada em um ideal de democracia radical com vistas a uma mudança da condução do SUS:

É importante destacar que este desafio da roda em lugar da verticalidade, como nos organogramas de hierarquia, impõe não apenas a mudança na estrutura, mas na imagem/concepção do sistema e de sua condução. A concepção padrão é a da pirâmide, tanto na imagem conhecida da relação entre hospitais e serviços de atenção básica, quanto na visibilidade dos chamados

níveis centrais. A idéia e imagem do “nível” revelam subordinação, atentam contra o princípio do Estado configurado em entes federados que se comunicam sem hierarquia (negociam e pactuam). Por isso, a importância de propor outra relação, que possibilite produzir outra imagem. Com essa nova imagem espera-se nova aprendizagem sobre o Estado brasileiro, sobre a capacidade da interinstitucionalidade e sobre a potência da intersectorialidade (...) A mudança somente repercutirá na formação e na atenção quando todas as instâncias estiverem centralmente comprometidas. **Entretanto, dentro de um colegiado todas as instituições têm poder igual e, assim, as instâncias de gestão exercem sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e horizontal.** A roda a ser caracterizada para a gestão colegiada tem natureza política e crítico-reflexiva. Os executores das ações serão cada instituição ou arranjos entre instituições conforme debate na “roda” (BRASIL, 2003b, p.12-13, grifos nossos).

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde funcionariam, portanto como rodas “autogestionadas” de debate e de construção coletiva entre os atores que o compunham. Os PEPS pensados como “instância” e “dispositivo” (CECCIM, 2005a) interinstitucional e locorregional deveriam funcionar para o estabelecimento diálogo e negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras; para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento que levassem em conta a ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS (BRASIL, 2003c; BRASIL, 2004b).

Convocava-se aos Pólos o desafio de produzir integralidade nas práticas de saúde e de ensino em saúde. De modo que o convite feito a estes dispositivos foi o de trabalhar com a seguinte pergunta: “Quais são os problemas que afastam a locorregião da atenção integral à saúde?” (CECCIM, 2005a).

Segundo o previsto na portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor saúde, caberia aos Pólos de Educação Permanente em Saúde:

- I. identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- II. mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
- III. propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- IV. articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a

implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;

V. formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base local/regional;

VI. estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde; VII. estabelecer relações cooperativas com as outras articulações local/regionais nos estados e no País (BRASIL, 2004a, p. 2).

Compunham os Pólos de Educação Permanente em Saúde um conjunto de atores que tinham a tarefa de desenvolver novas propostas de ensino e aprendizagem para ajudar na reorganização dos serviços, de modo que estes serviços funcionassem como espaços de aprendizagem e de produção e disseminação do conhecimento e não apenas de atendimento (BRASIL, 2005d, p.26).

De acordo com o previsto na Portaria nº 198/2004 poderiam compor os Pólos:

- I - gestores estaduais e municipais de saúde e de educação;
- II - instituições de ensino com cursos na área da saúde;
- III - escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde;
- IV - núcleos de saúde coletiva;
- V - hospitais de ensino e serviços de saúde;
- VI - estudantes da área de saúde;
- VII - trabalhadores de saúde;
- VIII - conselhos municipais e estaduais de saúde; e
- IX - movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004a, p.3).

A portaria ainda previa a possibilidade de integração de outros atores, cabendo o encaminhamento das inclusões serem feitas pelo Colegiado de Gestão (BRASIL, 2004a).

Esta composição vinha ao encontro da ideia do “quadrilátero” de atores (ensino, gestão, atenção e controle social), uma ideia-síntese elaborada pelos autores desta proposta de Política, forjada para marcar posição e demarcar diferença em relação aos modelos tradicionais. O quadrilátero buscava integrar os mundos do ensino, gestão, atenção e controle social reunindo estudantes, gestores, trabalhadores e usuários para o centro do debate da educação permanente em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Este conceito foi sintetizado a partir de uma situação bastante inusitada, por uma brincadeira de José Ivo Pedrosa, como nos relata Ricardo Ceccim:

Então como as coisas são muito em hiato, de verdade tudo é assim né, a ciência, tem um tanto do acaso, tem um tanto das circunstâncias, tem um tanto de uma tentativa de desenhar as conexões que as coisas tinham, então eu tinha vontade de explicar, de montar slide para a apresentação e numa dessas tentativas eu faço um desenho no slide e coloco esses quatro elementos no slide para uma fala relativa à educação permanente em saúde, tentando explicar por que eu chamava de permanente, por que que não eram aqueles fragmentos, porque que

não eram aqueles recortes, de como essas coisas estavam assim porque era uma coisa integrada. Aí quando eu fiz esse desenho, teve um evento, sei lá o que era aquilo que teve, a gente fazia umas coisas estranhas lá no DEGES, a gente fazia umas festas de corredor. Era muita gente e a gente queria também brincar um pouco e eu montei acho que foi um painel, sei lá... que eu botei no corredor, a gente resolveu chamar atenção do que a gente era e botou umas coisas no corredor e um dos painéis tinha esse slide, tinha essa figura dos quatro e o Zé Ivo disse: “Ó o quadrilátero do Ricardo, o quadrilátero do Ceccim”, sei lá qual foi a brincadeira assim que ele fez. O quadrilátero como nome, pode ser um nome que funcione. Porque eu dizer cada um e ter que projetar uma figura dá mais trabalho do que dizer “o quadrilátero”. Eles são quatro, quais são as partes do quadrilátero? E aí eu comecei a trabalhar com a noção de que haveria o quadrilátero da formação porque tinha essa designação: “o quadrilátero”. E foi assim, de verdade foi assim! (RICARDO CECCIM)

Além do colegiado de gestão formado pelo conjunto dos atores do Pólo de Educação Permanente em Saúde, a portaria previa a possibilidade de cada Pólo contar com um Conselho Gestor, formado por “representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (COSEMS), do gestor do município sede do Pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do respectivo Conselho Estadual de Saúde” (BRASIL, 2004a, p.3).

Além disso, previa-se a formação de uma “Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS”, composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Ministério da Educação (MEC), dos estudantes universitários e das associações de ensino das profissões da saúde, sob a responsabilidade da SGTES. O papel desta Comissão seria o de formular critérios para o acompanhamento e a ressignificação dos projetos existentes, análise dos novos projetos, avaliação e acompanhamento a serem pactuados em torno das diretrizes políticas gerais (BRASIL, 2004b).

Finalmente, nas orientações e diretrizes para a operacionalização da PNEPS e para a constituição dos Pólos, abria-se ainda a possibilidade de cada Pólo contar com uma Secretaria Executiva que teria o papel de implementar e agilizar os encaminhamentos do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor e seria composta por no mínimo docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde e de Comitês Temáticos, de caráter interinstitucional em relação aos aportes de conhecimento e da condução das ações, que seriam espaços de tematização dos Pólos para discussão de áreas eleitas como prioridade locorregional. Esses comitês deveriam compartilhar o máximo de ações e abordagens e estipular um caráter matricial no planejamento, execução e avaliação de suas atividades com o Colegiado de Gestão (BRASIL, 2004b).

Em relação ao financiamento, os recursos do Ministério da Saúde seriam transferidos às instituições executoras, depois de terem suas propostas apreciadas e aprovadas nos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Como os PEPS não exerciam função executora (ao contrário dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família), houve a necessidade de pactuação de critérios de alocação dos recursos entre os estados da federação e sua alocação interna aos estados para contemplar seus territórios de abrangência (BRASIL, 2004a).

A portaria nº 198 previa a primeira distribuição de recursos federais de acordo com os critérios e a tabela de “Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde”, dispostas em anexo no documento da política (anexo I) e pactuados pela CIT em 23 de outubro de 2003. Essa tabela previa a distribuição de acordo com os seguintes critérios: população dos municípios em gestão plena no Estado; número de equipes de Saúde da Família; número de conselheiros de Saúde; inverso da capacidade docente universitária e técnica instalada; número de Unidades Básicas de Saúde; população total do Estado e número de cursos universitários na área da Saúde (BRASIL, 2004a).

É importante apontar, entretanto, conforme o disposto na portaria, que a principal mobilização de recursos deveria ser para a implantação dos Polos de EPS.

Caberia ao Ministério da Saúde apenas a habilitação legal das instituições para receber recursos públicos e atestar a coerência dos projetos a serem executados com o referencial pedagógico e institucional da educação permanente em saúde:

Passou a caber ao gestor federal, após este trâmite, apenas a apreciação analítica de duas naturezas: habilitação legal das instituições para receber recursos públicos e coerência com o referencial pedagógico e institucional da educação permanente em saúde, checando o cumprimento dos passos pactuados (CECCIM, 2005a, p.982).

Ainda sobre o tema do financiamento dos Pólos de EPS, Laura Feuerwerker afirmaria que este foi um ponto de dificuldade central para a equipe do DEGES, porque dizia respeito à operacionalização de uma Política por meio de projetos, destoando, portanto, do restante do SUS, cujo sistema de transferência se dava por repasse fundo-a-fundo:

Esse, o do financiamento, foi um problema que persistiu enquanto estivemos lá (LAURA FEUERWERKER).

A aposta na criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, como “instâncias-dispositivos” que se propunham a ser radicalmente democráticos na sua composição e condução vinha de um processo de acumulação de uma prática política que acompanha o grupo de Maria Luiza Jaeger desde as gestões municipal e estadual de Saúde no governo Olívio Dutra no Rio

Grande do Sul. Ela reitera a resistência de Ricardo Ceccim em nomear essa “instância-dispositivo” de “Pólo”. É ela mesma que nos fala:

Daí a Secretaria monta a Política e começa a briga por fazer ela acontecer, a gente monta a proposta dos “Pólos” que na realidade tem a mesma concepção que a gente fez da Municipalização Solidária, os polos deviam reunir toda a parte de atenção, de formação, de representação popular, os estudantes daquela região e discutir naquela região como mexer na formação, tanto na formação do ensino formal quanto na formação... e estabeleceu-se repasse de recurso que os polos de onde... **aqui há uma grande resistência do Ricardo em chamar isso de polo porque existiam os benditos polos de saúde da família antes disso...** (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Segundo Maria Luiza Jaeger, os Pólos tinham a mesma concepção que a proposta de Municipalização Solidária levada a cabo na sua gestão à frente da Secretaria de estado da Saúde do Rio Grande do Sul na gestão de Olívio Dutra do Partido dos Trabalhadores. Assim como nos Pólos e na Política de EPS, que faziam a crítica à “política de balcão” e objetivavam um redirecionamento do financiamento da educação permanente em saúde a partir da negociação entre os atores para a identificação e proposição de estratégias outras para o campo da formação e desenvolvimento; também a Municipalização solidária visava a um redirecionamento do financiamento que conseqüentemente daria lugar a uma reorganização da atenção. Maria Luiza Jaeger aponta as semelhanças nas concepções postas entre ambas as iniciativas, que visavam à descentralização e à construção e fortalecimento dos processos locais:

A gente vinha de uma prática de descentralização desde a época da Secretaria municipal porque a gente aqui tinha Conselhos Regionais de Saúde dentro de Porto Alegre, então a gente descentralizou tudo pros caras no sentido de eles discutirem na região. A gente ia na hora das brigas na hora do “pega pra capar” a mesma coisa a gente tentou fazer com os Pólos, mas a gente montou... tinha um acompanhamento, eu acho que eram três pessoas por Pólo, dos Pólos por gente do Ministério, mas era acompanhamento, não era pra dizer o que fazer. Era dizer: “Olha, a Política é essa”, era um pouco pra acompanhar, era um pouco de “preciso de ajuda” pra mais gente (MARIA LUIZA JAEGER).

Ela nos afirma que assim como na Municipalização Solidária, os Pólos tinham processos de discussão e definição locais, mas contavam com um “acompanhamento” da equipe do Ministério.

A Municipalização Solidária consistia em um projeto de cooperação técnica e financeira instituído em 1999 pela Secretaria de estado de Saúde do Rio Grande do Sul que previa o repasse regular de recursos financeiros do estado aos municípios a partir de um conjunto de critérios técnicos definidos horizontalmente entre os municípios e aprovado pelos conselhos municipais respectivos.

Mattos e Costa (2003) apontam que o governo do Rio Grande do Sul ao propor um processo de “orçamento participativo” na saúde ao estabelecer que os municípios definissem

suas prioridades e com isso, passassem a receber determinada fração de recursos, tirariam proveito do tipo de indução proposta pela NOB 96 que efetivamente promoveria um avanço no processo de descentralização ao criar novas condições de gestão para estados e municípios e ao redefinir suas competências.

Alcindo Ferla nos fala de como a invenção inovadora dessa forma de repasse financeiro para os municípios causaria deslocamentos e tensões – entre os Conselhos Municipais de Saúde, Secretários e Prefeitos, que começavam a ter questionamentos nos índices de saúde dos municípios; dos deputados estaduais que não dispunham mais de emendas parlamentares para fazer política, já que o recurso proveniente do repasse do estado viria dessas emendas e finalmente do próprio Secretário de Fazenda de Olívio Dutra, Arno Augustin.

Quando nós implementamos a Municipalização Solidária não tinha orçamento pois o estado estava em crise, e o que nós fizemos foi somar a quantidade de emendas parlamentares da área da saúde e usou esse volume de recursos que era a média histórica - e nada nos permitia supor que essa média histórica ia mudar muito -, a gente mandou um projeto de lei pra Assembleia onde a previsão para recursos para emendas parlamentares era substituída por um repasse regular com base em critérios que os municípios recebiam fundo a fundo e tinha um plano de aplicação que tinha que prestar conta com o Conselho, claro que quando descentraliza aumenta muito o conflito porque aí o Conselho briga com o Secretário... cria uma rede de tensões, mas essa rede de tensões é o que o usuário passa quando ele tenta ser atendido no lugar que não tem regra, então dava trabalho na Secretaria. Eu me lembro que eu inventei a maldita fórmula de Municipalização Solidária, que eu tinha levado muito a sério as minhas aulas de economia da saúde, tinha que ter uma fórmula simples, pois tinha que ter alguma consistência com a política de saúde e 50% estava lá no artigo 35 que tem que ser populacional mas a gente tinha visto que os municípios muito pequenos concentravam criança e idoso e lembro que na fase produtiva os caras iam para os municípios grandes, então inventei uma fórmula que rapidinho dava 30% per capita bruto, 10% criança, 10% idoso e isso concentrava nos pequenos municípios, a mortalidade infantil aqui era um problema tecnológico porque a gente estava no neonatal precoce que era o principal componente que não descia porque não tinha UTI, então colocava isso, a mortalidade infantil. E aí os Conselhos começavam a querer entender porque que tinha mortalidade infantil e aí a oposição ficava dizendo que a gente estava premiando as mortes, e aí quando as pessoas se deram conta de quais eram as mortes dava a maior confusão, mas os prefeitos vieram... quando os deputados se deram conta de que eles não iam mais ter emenda parlamentar na saúde resolveram que não iam aprovar o projeto de lei do Olívio e em abril do primeiro ano de governo e julho juntou prefeito da direita, da esquerda do mais ou menos pra dizer que é evidente que interessava mais o repasse regular automático e os deputados ficaram de mal conosco e sobretudo o Secretário da Fazenda (ALCINDO FERLA).

O decreto nº 39.582, de 10 de junho de 1999 instituiu a Municipalização Solidária da Saúde, dispondo sobre o repasse regular e automático de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde (ALERGS, 1999). Essa iniciativa foi premiada no Concurso Nacional de Experiências Inovadoras do SUS, realizada pelo Ministério da Saúde no ano 2000.

No âmbito da Escola de Saúde Pública sob a gestão de Ricardo Ceccim, na vigência do mandato de Maria Luiza Jaeger na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, também se criariam “Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva”

Cria-se Núcleos de Saúde Coletiva em todas as regionais, reforça o papel das regionais e através desses Núcleos, a gente discutiu em cada região no conjunto das Universidades, dos municípios, dos Conselhos Municipais de Saúde, aqui existe uma coisa chamada Conselho Regional de Desenvolvimento, as necessidades de formação na região e como é que a gente ia cobrir isso e resolver essas questões... e isso era discutido em cada região que a gente criou com essa coisa... era um estado com quase 500 e pouco municípios, a proposta era que cada Coordenadoria regional - que antes se chamavam delegacias e a gente mudou pra Coordenação -, tivesse um papel como se fosse uma Secretaria naquela região (MARIA LUIZA JAEGER).

Como aponta Ceccim (2002) o papel desses Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva era o de desencadear uma política de formação e de educação continuada junto aos municípios em cada Coordenadoria Regional de Saúde e articular os órgãos formadores, organizações não-governamentais (ONGs) e movimentos sociais no âmbito regional no âmbito regional para o debate das políticas públicas em saúde e construção dos sistemas regional e municipal de saúde. Tratavam-se de estruturas responsáveis por descentralizar a formação e capacitação dos trabalhadores da saúde, através da “educação continuada” no intuito de construir coletivamente a integralidade das ações em saúde.

Simone Chaves aponta as semelhanças entre esses Núcleos de Saúde Coletiva e os Pólos de Educação Permanente em Saúde:

A gente tinha o que a gente chamava de NURESC eram os Núcleos de Educação em Saúde Coletiva que era um pouco do desenho dos Pólos da gente articular mais essa discussão no âmbito estadual. Isso passou pela Escola de Saúde Pública, estava na Coordenação da Escola de Saúde Pública (SIMONE CHAVES).

Além dos Núcleos, foi criado o Pólo de Educação em Saúde Coletiva, que reunia 22 instituições de ensino superior e tinha a meta de “regionalizar a educação continuada e as capacitações para o ordenamento da atenção à saúde, segundo as diretrizes fundamentais do SUS (descentralização da gestão, integralidade da atenção e participação popular); o estreitamento dos vínculos entre órgãos formadores, Coordenadorias Regionais de Saúde e Municípios, sendo essa a estratégia política de viabilização da integração formadores-gestores-control social, necessária tanto às instituições de ensino, quanto ao SUS” (CECCIM, 2002, p. 387-388).

Vê-se na tríade “formadores-gestores-control social” o início da ideia que dará lugar à imagem do quadrilátero.

Laura Feuerwerker aponta que Ricardo Ceccim tinha a intenção de reproduzir no Ministério da Saúde a conformação dos Pólos de Educação em Saúde Coletiva. Segundo Laura, a designação “Pólo de Educação em Saúde Coletiva” tinha a ver com a disputa que Ricardo Ceccim e o grupo de Maria Luiza Jaeger faziam em relação à Saúde da Família. Ricardo seria então convencido por Laura que a disputa da Política de Educação Permanente se faria não em relação à Saúde da Família, mas sim por outro modo de construção do SUS:

No Ministério a ideia que o Ricardo tinha era fazer aquela coisa que ele iniciou que era os Pólos de Saúde Coletiva que ele tinha feito no Rio Grande do Sul. Por que se chamava Pólo de Saúde Coletiva? Era uma contraposição à Saúde da Família, porque eles não reconheciam a Estratégia Saúde da Família como uma aposta pra mudança de nada, nem de organização da Atenção Básica, então a aposta era o Pólo de Saúde Coletiva. Então o Ricardo queria fazer o Pólo de Saúde Coletiva e eu disse: “Não!” Porque o nosso negócio não é só disputar com a Saúde Coletiva, é disputar a construção do SUS como um todo, vamos ampliar o negócio e aí vamos dizer que a Rede Unida vinha com esse negócio da educação permanente faz tempo... (LAURA FEUERWERKER).

Como vimos, a formação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, além de produzir um espaço institucional que visava à democratização do SUS, procurou seguir uma metodologia de definição local das prioridades de educação na saúde junto aos municípios.

Entretanto, essa nova proposta inovadora de condução do SUS acumulava resistências, sobretudo dos gestores.

Na edição de outubro a dezembro de 2004 da Revista Olho Mágico da Universidade Estadual de Londrina, o Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia, Minas Gerais, Flávio de Andrade Goulart publicaria o ensaio intitulado: “Pólos de Educação Permanente em Saúde: desvios e ilusões do que poderia ter sido uma boa ideia”, no qual expressaria seu incômodo com o modo de funcionamento dos Pólos.

O autor associava o projeto de andamento dos Pólos na sua tentativa de fazer o casamento entre a Academia e os órgãos gestores do SUS às seguintes características: burocracia, morosidade, voluntarismo, auto-suficiência e ignorância quanto à realidade:

O andamento do projeto dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, lançado com estardalhaço pelo Ministério da Saúde há alguns meses, corre um risco semelhante. Ao tentar fazer o casamento historicamente desejável entre quem prepara as pessoas para o trabalho – a Academia – e quem os emprega – os órgãos gestores do SUS – parece associar o que há de pior nos dois lados: burocracia, morosidade, voluntarismo, auto-suficiência, ignorância quanto à realidade – para dizer o mínimo! (GOULART, 2004, p. 12).

Ele vai elencar uma série de situações que considera “verdadeiras ilusões do jogo” ao comparar “o pessoal da Esplanada” - numa alusão ao grupo do DEGES - a pequenos jogadores

em torno de um tabuleiro de gamão ou de corridas com dados, que passam mais tempo discutindo as regras do jogo do que efetivamente jogando.

Goulart (2004) começa a enumerar estas “ilusões do jogo” pelo modo de condução do Pólos, que para ele, tornava as decisões “extremamente difíceis”, uma vez que muitas pessoas teriam que viajar para se encontrar no mínimo uma vez por mês para realizar a “gestão cotidiana desse empreendimento”. Goulart expressa seu incômodo na forma de indagação sobre o porquê de a gestão dos Pólos não ser feita pelos órgãos de gestão do SUS:

Ilusão primeira é o modo de condução dos Pólos que nos foi outorgado. Um belo colegiado local, outro regional e mais um terceiro estadual. Até aí, tudo bem. O problema é que as decisões se tornam extremamente difíceis. Com efeito, um monte de gente tem que viajar por léguas, em estradas cujas condições todos conhecemos, para realizar a gestão cotidiana do empreendimento. E isso tem que ser feito no mínimo uma vez por mês! Mas pergunto (e se a pergunta for impertinente, desculpem-me): já não existem os órgãos de gestão do SUS? E se eles existem, por que não lhes entregam a gestão dos Pólos? Poder-se-ia pensar até mesmo em uma alternância nessa gestão, assumida ora pela instância regional da SES, ora pelo Gestor do município-sede. Parece bastante simples, não? (GOULART, 2004, p. 13).

Depois, Goulart enumera o que para ele é outro problema nos Pólos: “uma ilusão quantitativista”, uma vez que considera que os Pólos partiam do pressuposto falso de que “quanto mais participação, melhor”. Para o autor, seria preciso avaliar o tipo de decisões a serem tomadas por este grande grupo, de modo que esta tomada de decisão pudesse ser compatível ao caráter ampliado deste grupo.

Colegiados gestores nos moldes desenhados no projeto dos Pólos padecem de um outro tipo de problema: o viés quantitativo. Isso significa que partiu-se do pressuposto (falso) que em matéria de participação, quanto mais, melhor. O problema é, entretanto, de essência qualitativa e não apenas quantitativa. Com efeito, é preciso verificar se o tipo de decisões a ser tomado é compatível com um grande grupo, que não tem e nem pode ter condições de toma-las a todo momento. Uma ilusão quantitativista, portanto (GOULART, 2004, p. 13).

Ele também vai criticar os mecanismos de intergestão presentes na composição dos Pólos, que deveria contar com a composição paritária dos representantes dos diversos gestores municipais e do gestor estadual. Para o autor, estes mecanismos já encontrar-se-iam testados e efetivados nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e por essa lógica “seriam recriadas” na estrutura dos Pólos, conformando uma duplicidade de atuação.

Outro complicador diz respeito aos mecanismos de intergestão. Eles têm sido testados e efetivados nas CIB (Comissões Intergestores Bipartite) e na CIT (Comissões Intergestores Tripartite), mas determinou-se que estivessem presentes também dentro dos Pólos. Isso significa que o tal colegiado gestor deve ter composição paritária dos representantes dos diversos gestores municipais da área de abrangência e mais do gestor estadual, além dos demais

componentes. Em outras palavras, não basta ter apenas as CIB e CIT operantes e tomando até mesmo decisões referentes aos Pólos. Manda a lógica presente que tais comissões sejam recriadas dentro da estrutura dos Pólos. Complicado, não? (GOULART, 2004, p.13).

Para o autor, em igual medida o controle social que estaria na constituição dos conselhos municipais de saúde também seria duplicado na dos Pólos, conformando o que ele vai designar de “ilusões participacionistas ou pseudo-participacionistas”:

O controle social, uma das marcas mais fortes do SUS, é também duplicado na estrutura dos Pólos. Não basta que cada gestor municipal seja acompanhado e fiscalizado, no seu dia a dia, pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde. Cada Pólo passa a ter também seus representantes comunitários – e tome viagens nas tais estradas desmazeladas deste País. Mais ilusões, essas agora de natureza participacionistas. Ou pseudo-participacionistas! (GOULART, 2004, p. 13).

A presença de estudantes dos primeiros anos dos cursos de graduação em saúde nas deliberações e sugestões sobre conteúdos e estratégias para a capacitação no sistema de saúde também é um fator de crítica trazida pelo autor. Para ele, isso conforma uma “ilusão de natureza isonomista”:

O projeto dos Pólos parece inovar muito quando prescreve a presença de alunos nos colegiados. Mas quem seriam esses alunos? Aquelas pessoas que estão matriculadas nas atividades de capacitação desenvolvidas pelos Pólos? Calma! Os Pólos ainda não capacitaram quase ninguém. Ainda falta muito para acabar a discussão das regras do jogo! Os alunos presentes são aqueles das universidades, geralmente engajados no movimento estudantil. Nada contra, estudantes sempre representarão um fator de inovação e mudança em qualquer estrutura. Mas, venhamos e convenhamos, não são os meninos e as meninas dos cursos de graduação em saúde, geralmente dos primeiros anos (quando a disposição de militar costuma ser maior), que terão condições de deliberar e sugerir conteúdos e estratégias para a capacitação no sistema de saúde. A pergunta que não quer calar é: onde estão os alunos dos cursos que os Pólos (um dia) oferecerão? Não seriam esses últimos aqueles cuja participação se daria de forma mais adequada e produtiva? Mais uma ilusão, esta de natureza isonomista (GOULART, 2004, p. 13).

Ele também afirma a necessidade de relativização da participação dos gestores municipais na definição dos conteúdos de capacitação, uma vez que algumas necessidades temáticas de capacitação já seriam largamente conhecidas pelos levantamentos realizados por CONASS e CONASEMS e mais ou menos uniformes nas regiões. Ele ressalta a necessidade de ouvir tais gestores municipais, uma vez que admite que efetivamente, no passado, os órgãos formadores impuseram demandas de capacitação alheias às realidades e interesses locais. O autor salienta, contudo, que este processo de definição das temáticas de capacitação baseadas no princípio da autonomia não deveria ser tomado ao pé da letra sob o risco de pulverização das demandas. Este processo o autor designaria como “uma certa ilusão paroquialista”:

Há um bom princípio enunciado nos documentos divulgados pelo MS, o de que gestores municipais devem ter participação efetiva e dianteira na definição dos conteúdos de capacitação. É positiva a disposição, mas sua aplicação tem que ser relativizada. Alguém tem dúvidas que temas como gestão financeira, humanização, regulação assistencial, gestão das emergências, para tomar alguns exemplos, não devam fazer parte da primeira linha de capacitação, em qualquer órgão gestor (ou na maioria deles), em qualquer porte de municípios, em qualquer rincão do Brasil? Além disso, diversos levantamentos realizados pelo CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e mesmo pelo MS (Ministério da Saúde) tem demonstrado sobejamente que necessidades temáticas de capacitação são muito bem conhecidas e praticamente uniformes. É preciso, portanto – não seria demais insistir – relativizar o princípio citado acima. Os gestores municipais devem ser ouvidos sempre, ninguém discorda disso. O princípio torna-se mais relevante diante do fato histórico de que, no passado, foram os órgãos formadores (e também os gestores centrais) que impuseram demandas de capacitação, algumas realmente alheias e até avessas aos interesses locais. Mas levar o princípio da autonomia da escolha temática ao pé da letra, como alguns radicais defendem, pode significar perda de qualidade e substância nas capacitações, pelo evidente risco de pulverização de demandas que carrega consigo. Estamos diante de uma certa ilusão paroquialista, com certeza (GOULART, 2004, p.13-14).

Cita ainda “a ilusão da transparência” quando se refere ao processo seletivo de tutores para os Pólos, ressaltando dúvidas em relação a tal processo e citando como teria ocorrido o processo seletivo de sua própria cidade.

O processo seletivo de tutores para os Pólos, realizado recentemente pelo MS com apoio da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública) encheu de esperanças aqueles (como eu) que gostariam de ver as coisas acontecerem. Mesmo sobre este processo pairam dúvidas. O que mais se ouve em toda parte é a necessidade de maiores esclarecimentos e transparência sobre tal processo seletivo. Em minha cidade, por exemplo, foi selecionada uma pessoa estranha aos quadros da saúde e preteridas outras ligadas não só ao setor como ao próprio processo de formação do Pólo loco-regional. O que parecia um bom começo pode se tornar em mais uma cria do casamento entre a burrice e a feiúra. Seria esta uma ilusão de transparência? (GOULART, 2004, p. 14).

Depois, Flávio Goulart relaciona a liberação dos recursos para as capacitações ao processo de eleições nos estados e no governo federal e conclui ao enunciar o que ele considera a maior ilusão – a ilusão de promessa de mudança:

Essa talvez seja a maior ilusão, a gente achava que a mudança prometida era pra valer... Não sou de perder as esperanças. Gestores municipais, se um dia perderem a esperança, melhor fazem se desistirem de tudo. Mas com relação a este projeto de Pólos de Educação Permanente em Saúde, o sentimento que nos perpassa a todos é aquele transmitido pela tabuleta da porta do Inferno, segundo Dante: “abandonai toda esperança, ó vós que aqui entráis” (GOULART, 2004, p. 14).

Encontramos o texto intitulado: “Conversando sobre os Pólos de Educação Permanente em Saúde” publicado pelo DEGES. Ricardo Ceccim, afirmaria que o texto foi réplica de sua

autoria em resposta ao texto de Flávio Goulart, também publicado na Revista Olho Mágico. Nele, Ceccim responde ponto a ponto as pontuações feitas por Goulart:

O debate é saudável e indispensável. O enfrentamento dos problemas, com o compromisso efetivo de todas as instâncias do SUS, também. **Faz pouco, o texto de um secretário de saúde de um dos municípios mineiros apontava problemas, embora ironizando as características da política de educação permanente em saúde proposta e em implantação pelo Ministério da Saúde.** O Ministério da Saúde já vinha construindo alternativas às várias das situações críticas comentadas. De outra parte, como a construção democrática de políticas se faz com a circulação de saberes, a desacomodação de idéias e com bom humor para o debate, queremos conversar com todos os secretários municipais de saúde, tantos recém-empossados, e, junto com estes, conversar com os estudantes universitários, tantos calouros nesta época do ano, com os secretários estaduais de saúde, alguns novos e todos ocupados em encontros com os novos prefeitos ou mandatos municipais, e com os movimentos sociais, intensamente mobilizados com mais um Fórum Social Mundial, assim como com os docentes e trabalhadores do setor da saúde (BRASIL, 2005e, p. 1, grifos nossos).

Ceccim ironiza os apontamentos postos no texto de Goulart e ressalta o caráter de novidade trazido pela Política de Educação Permanente em Saúde que inverteu a lógica vigente de compra de serviços educacionais pelas Universidades que implementavam pacotes de cursos ineficientes na mudança de orientação dos cursos de graduação e na elevação do compromisso da Universidade com a sociedade. Note-se que com isto, Ceccim admite o que para ele seria objeto da educação permanente: mudar a orientação dos cursos de graduação e promover o compromisso da Universidade com a sociedade:

A Portaria que criou os Pólos foi lançada, sem o estardalhaço que, sabemos agora, mesmo não tendo sido provocado foi sentido por alguns atores históricos do SUS. Talvez pelo impacto de inovação que representou ou pela coragem de inverter a lógica de um Ministério que, em termos de formação e desenvolvimento, acostumou-se a enviar pacotes de cursos aos estados para que indicassem alunos e distribuíssem cotas para seus municípios, estes indicassem seus trabalhadores e estes, então “treinados” (“iluminados pelo saber inteligentemente selecionado para a sua reciclagem”), pudessem repassá-los aos movimentos sociais ou usuários sob a forma de assistência ou educação para a saúde. **Outra atitude da política de educação permanente em saúde também causadora de arrepio (estardalhaço foi a palavra proposta) foi interromper a compra de serviços educacionais das universidades para implementar os pacotes de cursos, pois, “doce ilusão”, nunca mudaram a orientação dos cursos de graduação e seus alunos nem sabiam que tais cursos estavam existindo. Faz tempo que estudamos e sabemos como se faz para mudar a graduação das profissões de saúde e elevar o compromisso da universidade com a sociedade e a forma da compra de serviços sempre atestou o contrário** (BRASIL, 2005e, p. 1, grifos nossos).

Mas ao longo do texto, ele fazia algumas autocríticas: a primeira delas refere-se à demora na instalação da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde, prevista na Portaria nº 198 que instituiu a Política. Ele aproveita para rebater a crítica de Goulart em relação ao porquê de a gestão dos Pólos não ser feita pelos órgãos

de gestão do SUS e sobre a duplicação das instâncias de gestão e de controle social nos Pólos. Segundo Ceccim, nas instâncias de gestão faltam trabalhadores, estudantes, docentes e movimentos sociais e nas instâncias de controle social faltam estudantes e docentes, indicando a importância destes atores para o grupo do DEGEGS:

Política do SUS tem responsabilidade compartilhada de condução e de acompanhamento. **E aqui uma forte autocrítica, é a demora para a instalação da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde, que está dificultado a condução e o acompanhamento compartilhado desse processo, principalmente porque das instâncias de gestão (CIB/CIT) não fazem parte trabalhadores, estudantes, docentes e movimentos sociais e das instâncias de controle social não fazem parte estudantes e docentes** (exceto nas vagas previstas para os segmentos oficiais: gestores, usuários, trabalhadores e prestadores) (BRASIL, 2005e, p.1-2).

Ceccim afirma que a Política de Educação Permanente em Saúde de caráter intersetorial e em interface com outras políticas precisa ser produzida com este mesmo caráter – de maneira intersetorial e em interface, apontando para a insuficiência da pactuação nas instâncias já constituídas de gestão e participação:

Uma política intersetorial e de interface tem que ser produzida de maneira intersetorial e em interface, por isso as instâncias constituídas do SUS (comissões intergestores e conselhos) não são suficientes como palco de pactuação para as políticas de educação na saúde (BRASIL, 2005e, p. 3-4).

Além disso, ele apontava o que era uma especificidade de Minas Gerais, a ser resolvida pelos atores mineiros, em relação à multiplicidade de instâncias neste estado -, que contava com um Fórum Estadual de Formação e Educação Permanente do SUS, cuja apreciação de propostas na área de educação na saúde antecederia a apreciação pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de Saúde (CES) - e a existência das CIBs regionais por onde também deveriam ser apreciadas ações e propostas da política de educação (BRASIL, 2005e).

Em relação ao financiamento, Ceccim admitiria a morosidade deste processo, atribuindo esta questão à forma de repasse de recursos feita por convênios intermediados pelo Fundo Nacional de Saúde ou pela OPAS e UNESCO. Para ele, era tarefa inadiável e fundamental do Ministério da Saúde definir novos processos administrativos, que permitissem combinar diferentes modalidades de transferência de recursos, incluindo o repasse Fundo-a-Fundo. Como vimos anteriormente, o financiamento era questão sensível desde o início da elaboração dos Pólos, pela dificuldade de viabilização do financiamento de projetos.

Se há um aspecto que deve ser criticado em relação à política de educação permanente em saúde é o do financiamento, mas esta crítica deve ser tomada como uma questão à gestão pública e à invenção do SUS, não pode ser reduzida, ainda que deva ser tomada por seus fatores imediatos para as soluções imediatas. Os mecanismos atualmente existentes (convênios

intermediados pelo Fundo Nacional de Saúde ou convênios intermediados pela Opas e pela Unesco) são claramente insuficientes para assegurar a agilidade necessária. Convênios com valores superiores a 50 ou 100 mil dólares que envolvem os organismos internacionais têm de ser apreciados pelas instituições parceiras em Washington ou Paris, levando meses para retornar ao Brasil. Convênios via Fundo enfrentam - há muitos anos - problemas para o pagamento de horas-aula - equacionados, por hora, pela interpretação da Instrução Normativa das Diretrizes Orçamentárias da União. Os trâmites são igualmente complexos para projetos de 10 mil ou de um milhão de reais. A demora nas pactuações e nas revisões dos projetos em todos os âmbitos também têm sido uma constante. Para efetivar as ações da política de educação permanente em saúde é fundamental definir novos processos administrativos, que combinem diferentes modalidades de transferência de recursos, incluindo o Fundo-a-Fundo, como já começamos a fazer com a formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Essa é uma tarefa inadiável do Ministério da Saúde. No entanto, apesar dessa reconhecida morosidade, 70% dos recursos previstos para os Pólos já foram repassados e estão em execução em todo o país (BRASIL, 2005e, p. 2).

Em relação ao que Goulart vai denominar de “ilusão participacionista”, Ceccim retruca, citando o próprio processo de construção das instâncias de participação legais do SUS, que os executores das políticas de formação e das políticas intersectoriais de educação permanente em saúde precisam estar entre os atores de negociação, pactuação e aprovação destas políticas, não devendo este trâmite ficar restrito apenas ao gestor do SUS. Ele reitera a necessidade de inclusão ampliada de outros atores, não devendo esta inclusão ser submetida a atropelos ou à burocracia.

Pactuação ampliada e o envolvimento de atores de outro setor são temas e práticas de grande complexidade. Sempre foram. Nem por isso devem ser eliminadas em nome da agilidade e da rapidez. Lembrar da estranheza e complicação que provocaram a proposta das Comissões Interinstitucionais de Saúde no início da construção do SUS nos ajuda a lubrificar as reflexões atuais sobre os Pólos. Das CIS e suas CLIS saíram os CMS, os CES e o novo e ímpar CNS, mas foi preciso, na seqüência, criar as CIB e a CIT como instâncias de pactuação do SUS entre aqueles que executam as políticas. **Quem executa as políticas de formação e as políticas intersectoriais de educação permanente em saúde não é e não pode ser apenas o gestor do SUS. Quem participa da execução das políticas de formação e das políticas intersectoriais de educação permanente em saúde precisa estar entre os atores da negociação, da pactuação e da aprovação, mas hoje não estão.** Falta um pouco mais a ser criado e um pouco mais de inclusões a serem feitas, sempre em luta pela politização, responsabilização e ampliação da participação não pelo atropelo ou pela burocratização (BRASIL, 2005e, p. 3, grifos nossos).

O que se buscava com a Política de Educação Permanente em Saúde e com os Pólos, segundo ele, eram duas coisas que deveriam ser feitas conjuntamente: a transformação das práticas de saúde e a transformação da formação profissional. Partia-se do reconhecimento que o SUS sozinho não teria capacidade de formação para dar conta do desenvolvimento dos profissionais de saúde, tampouco as instituições de ensino se transformariam fora do contato com a realidade da construção do SUS (BRASIL, 2005e).

Temos enormes dificuldades para transformar as práticas de saúde. A integralidade e a intersetorialidade têm enorme dificuldade de sair do papel, envolvem pensamento, saberes e práticas no ensino, na gestão, no controle social e na atuação profissional. Os gestores do SUS que querem transformar as práticas reclamam que os profissionais vêm para o SUS com formação inadequada, que os estudantes não são expostos às melhores aprendizagens e que as universidades não têm compromisso com o SUS. Os docentes e as escolas que querem mudar a formação reclamam que as unidades de saúde não praticam a integralidade, não trabalham com equipes multiprofissionais, são difíceis campos de prática e que os gestores são hostis em produção de pactos de reciprocidade. As duas reclamações são verdadeiras: por isso é que a transformação das práticas de saúde e a transformação da formação profissional em saúde têm que ser produzidas de conjunto. Por mais trabalhoso que seja (BRASIL, 2005e, p. 4).

Ceccim também rebate a crítica quanto à participação dos estudantes e movimentos populares nos Pólos. Para ele, era preciso o SUS e seus atores encararem a disputa ideológica posta durante o processo de formação e participação, atores que pelo seu quantitativo e dispersão precisariam “construir e terem construídos canais de comunicação com a produção de conhecimento, a gestão do SUS e o controle social em saúde”:

Sobre a presença dos estudantes e dos movimentos populares neste processo consideramos que está na hora de o SUS e seus atores entrarem francamente na disputa ideológica que acontece durante o processo de formação e participação, não temos visões iguais quando está em disputa o modelo tecnicista e centrado na doença ou a abordagem integral e humanística, centrada nas necessidades de saúde. Estudantes no SUS por meio do VER-SUS, da política para a mudança na graduação, nos Pólos e na Aneps são muito bem-vindos e aliados para uma formação em saúde voltada às necessidades da população brasileira! Movimentos populares por meio da Aneps, da política de formação para a gestão social de políticas públicas de saúde, nos Pólos e no VER-SUS são muito bem-vindos e aliados para uma atenção e gestão da saúde voltada às necessidades da população brasileira. Estudantes e movimentos populares por sua dispersão e profusão precisam construir e terem construídos canais de comunicação com a produção de conhecimento, a gestão do SUS e o controle social em saúde (BRASIL, 2005e, p.6).

Finalmente, ele admitiria a complexidade do cenário ressaltando que a equipe do DEGES estaria em processo de aprendizado no processo de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde e se colocava para o desenvolvimento de estratégias específicas para cada situação.

O Ministério da Saúde não pode se limitar a observar essa situação. Precisa desenvolver estratégias específicas para cada situação. Precisa mobilizar os demais gestores do SUS para novos momentos de pactuação. Em algumas situações fomos acusados de intromissão, em outras de omissão. Em muitos casos os atores achavam que as ações das equipes matriciais de apoio do Ministério à política de educação para o SUS favoreciam ora um, ora outro grupo de atores institucionais. Provavelmente ocorreu de tudo um pouco. Estamos nós também aprendendo, nesse cenário complexo, a apoiar a implementação de uma política descentralizadora e inovadora. Se não há acumulação entre os diferentes atores para haver agilidade de proposição e pactuação, cabe ao Ministério diversificar e multiplicar estratégias para agilizar o processo (BRASIL, 2005e, p. 4).

A tarefa posta para este grupo seria a de diversificar e multiplicar estratégias para agilizar a acumulação dos diferentes atores no processo de proposição e pactuação no âmbito dos Pólos. É neste contexto que ele irá ressaltar a experiência de Formação de Tutores e Facilitadores de Educação Permanente em Saúde na ampliação da massa crítica nesse campo de atuação.

5.6.13 Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde

Como apontamos, parecia haver um conjunto de dificuldades postas à efetiva operacionalização dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Com os Pólos, havia uma aposta na democratização do SUS, mas se a aposta inicial era a de deflagrar um papel de protagonismo a ser exercido pelos diferentes atores nos municípios, esse espaço logo foi sendo apropriado pelas Secretarias estaduais e pelas Universidades. É o que afirma Laura Feuerwerker, ao apontar a criação de muitas estratégias dentro da Política - “fortalecer a movimentação autônoma dos diferentes”, ou seja, forjar atores e atrizes que estivessem apropriados da proposta da educação permanente em saúde e pudessem movimentar-se por si mesmos, o que em última análise, ajudaria nos processos de encaminhamento junto aos Pólos de EPS:

Porque daí eu ia vendo as pessoas que iam para os lugares... a gente tinha idealizado os atores sociais e a gente achava que os municípios iam ter um papel, mas não tinham um papel, as Secretarias estaduais tomaram conta, as Universidade queriam fazer balcão e como a gente vai virar esse negócio em outra coisa? Daí vamos inventar uma coisa pra fortalecer a movimentação autônoma dos diferentes e a gente foi tendo ideia... a formação de facilitadores de EPS foi uma delas, os municípios colaboradores da EPS, outra, o FNEPAS, outra etc (LAURA FEUERWERKER).

Laura relata como se construiu a proposta da formação de facilitadores a partir da sua convicção de que era preciso disseminar a proposta da educação permanente em saúde -, de modo que esta pudesse ser compreendida e apropriada pelo conjunto dos atores e viabilizada por uma agenda de interlocuções que ela faria:

Eu tinha essa ideia achava que tinha de capilarizar a educação permanente e comecei a articular com um bando de gente que tinha: Inácio, Eliana Cláudia, que tinha as meninas... a Cinira e a Silvia que hoje em dia são da USP de Ribeirão... a Ângela Capozzolo, a gente foi chamando... o Túlio, enfim... a gente foi começando a bolar um troço que deu na formação dos facilitadores de educação permanente e eu comecei a formar, fui construindo e não sei o quê, chamei o povo ENSP porque eu via que precisava ter uma coisa da

educação distância e ia precisar ter um apoio disso, embora eu não quisesse tudo a educação a distância, mas eu preferia falar com o povo da ENSP do que com aquela galera que era dona da máquina do PROFAE, era tudo terreno pantanoso e mesmo na ENSP... era claramente um terreno pantanoso mas dava pra conversar com os caras, então eu fui pondo e fazendo um negócio que era uma salada, não faz mal. Na hora que a gente faz os grupos e começa a construir um material e aí o Ricardo veio, não foi antes. A gente já estava com os Pólos andando e não sei o que lá andando, enfim, tinham várias conclusões e aí você pode falar “Ah Laura você é muito megalomaniaca!” mas não é... (LAURA FEUERWERKER).

Merhy ao falar do processo de interrupção institucional quando da recomposição da SGTES após 2005, reitera que esta iniciativa de formação de facilitadores se dava a partir da constatação de que era preciso construir estratégias de atuação. Depreende-se da fala de Merhy que se buscavam alternativas que em certa medida superassem a institucionalidade frágil – tanto pelo conflito institucional deflagrado no interior do Ministério da Saúde quanto pela resistência aos Pólos posta entre os gestores do SUS - para fortalecer a ideia da educação permanente em saúde entre os diversos atores da Política.

(...) e aí a gente percebe que não tinha mais a capacidade de intervir institucionalmente do jeito que era necessário, mas esse era um problema que a gente enunciava: nós precisamos construir estratégias. Tanto que depois nós vamos ter aqueles cursos de facilitadores, de formação, que era o curso inicialmente de sensibilização e depois o curso de formação de facilitadores que atingiram 6000 pessoas no Brasil (EMERSON MERHY).

Parecia haver a intenção de formação dos atores para deflagrar um processo de “experimentação de um consenso por baixo”, por fora ou para além da institucionalidade – não rejeitando, mas utilizando-a - com atores historicamente alheios ao andamento, negociação, pactuação das políticas de saúde.

Laura Feuwerker afirma a intenção de formação de pessoas “em larga escala” que pudessem pensar sobre processo de trabalho:

Daí a gente organizou um processo de formação de facilitadores de educação permanente que era num primeiro momento para 12 mil pessoas no Brasil. E qual era a ideia? O Luiz Cecílio falou assim “ A gente está querendo formar apoiadores pelo Brasil afora e pode ser qualquer um” era mais ou menos isso, não chamava apoiador se chamava “facilitador”, **mas era gente pra pensar sobre processo de trabalho, a gente queria formar gente de balde no Brasil inteiro, era isso mesmo, essa era a ideia mesmo.** E esse material é um material que tem dois cadernos particularmente que até hoje eu uso porque tem coisas bem legais, bem interessantes (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Cecim no texto: “Conversando sobre os Pólos de Educação Permanente em Saúde” afirma a intenção de ampliação da “massa crítica” para a implementação da EPS posta na

intenção da iniciativa de formação de facilitadores de EPS, que ele ressalta ter sido apreciada de maneira bastante positiva:

Para a educação permanente em saúde ser implementada amplamente, precisamos ampliar a massa crítica nesse campo e a formação de tutores e facilitadores de educação permanente veio como uma estratégia indispensável. Apesar dos percalços (reais), a seleção dos tutores ocorreu de forma satisfatória (refletindo, em boa medida, o grau de articulação dos Pólos em cada localidade) e a formação dos tutores foi apreciada de maneira bastante positiva (BRASIL, 2005e, p. 5).

Merhy vai afirmar que a iniciativa de formação de facilitadores era a experimentação da produção de conhecimento a partir da “nova política cognitiva” posta pela educação permanente em saúde, que partia da produção de conhecimento a partir da experiência vivida no mundo do trabalho:

(...) então a nova política cognitiva ela tinha que ser experimentada, então a ideia do curso era botar milhares de pessoas experimentando produção de conhecimento a partir dessa nova política cognitiva e entender que isso que era educação permanente, essa era a ideia do processo formativo (EMERSON MERHY).

Assim, procurava-se disseminar a proposta de EPS de modo a tornar esta compreensão de educação permanente em saúde ressignificada pelo DEGES um consenso entre os mais variados atores e atrizes. Com isso, mirava-se na aposta de efetivar a operacionalização dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

6 PERÍODO LULA II (PÓS-MENSALÃO)

Como já explicitamos, para fins de análise e argumentação, consideramos os governos Lula divididos em dois períodos. Essa divisão, entretanto, não obedece ao marco eleitoral usual, linear e mais comumente utilizado na sua divisão em dois mandatos ou dois governos. Aqui adotamos como marco de divisão aquela que é considerada a mais grave crise vivenciada nos governos Lula: a “crise do mensalão”, que exercerá influência sobre o PT enquanto partido político e sobre o rumo institucional dos governos Lula, ainda no primeiro mandato. Mas é importante destacar que esta divisão que aqui adotamos, não diz respeito a apenas um artefato analítico-argumentativo, veremos nas narrativas que seguem que as características decorrentes das opções políticas do período pós-mensalão acompanharão a consolidação de um novo modo de encarar a institucionalidade que seguem no segundo governo de Lula.

A compreensão deste segundo período passa, contudo, pela compreensão da relevância do PMDB como sujeito político naquela conjuntura. Por isso, antes de adentrarmos na análise propriamente dita deste segundo período Lula, apresentaremos alguns elementos relativos a um primeiro movimento de aproximação com o PMDB, ainda no início do primeiro governo Lula.

6.1 A composição com o PMDB

Como vimos anteriormente, na distribuição dos Ministérios no governo Lula, a maioria coube ao Partido dos Trabalhadores. Tentava-se assim buscar a unidade e o apoio dos diferentes grupos e correntes internas do PT, o que ocasionou, por outro lado, uma composição extremamente fragmentada entre diferentes grupos, vindos de diferentes lugares do país – tal qual a composição refletida nas Secretarias do Ministério da Saúde. Entretanto, ainda no início do governo Lula, crescia o entendimento de que se precisava do apoio do PMDB para governar. Como vimos, a ideia de uma aliança com o PMDB era alvo de dissenso entre os grupos que compunham o PT.

Mas o próprio Lula acabaria por se convencer da necessidade de composição com o PMDB. Foi nesse contexto que se viu a necessidade de uma reacomodação das forças políticas do governo, o que desdobraria na realização de uma primeira reforma ministerial.

6.2 Primeira Reforma Ministerial

Para construir maioria na Câmara e Senado Federal, Lula precisava do apoio do PMDB. Por isso não desistira da ideia de ter o PMDB no primeiro escalão de seu governo. Logo no início de 2004, ainda em 23 de janeiro, Lula fez sua primeira reforma ministerial, visando a uma reacomodação das forças políticas no governo. O apoio do PMDB seria importante na batalha legislativa que seria travada para a aprovação das Reformas da Previdência e Tributária junto ao Congresso Nacional.

Porém não se tratava apenas de garantir maioria no Congresso Nacional para a aprovação das reformas, mas ainda de costurar uma maior base de sustentação ao governo. Pouco antes do anúncio da reforma ministerial, o PT sofria sua primeira crise política, antes mesmo do mensalão. Em 13 de fevereiro de 2004, a revista *Época* publicava uma reportagem-denúncia que trazia a divulgação de uma gravação ocorrida em 2002, em que se levantava a acusação de extorsão do empresário Carlos Augusto Ramos, o Carlinhos Cachoeira, empresário dos bingos, por Waldomiro Diniz, que no governo Lula havia assumido o cargo de subchefe de Assuntos Parlamentares da Presidência da República, na assessoria do então Ministro-Chefe da Casa Civil José Dirceu. Na gravação da conversa, ocorrida em 2002, Waldomiro, que na ocasião era presidente da Loteria do Estado do Rio de Janeiro (LOTERJ) mencionou que Cachoeira teria financiado as campanhas políticas de Benedita da Silva e Geraldo Magela, ambos do PT, e de Rosinha Matheus, então do PSB. O “escândalo dos bingos”, como ficou conhecido, veio à tona no mesmo dia da comemoração oficial do aniversário do Partido dos Trabalhadores naquele ano e era a primeira vez que se associava o governo Lula a um escândalo de corrupção. Waldomiro Diniz foi exonerado e Lula editou uma Medida Provisória que fechou todos os bingos do país, mas o caso indubitavelmente enfraqueceu o governo e contribuiu para o esvaziamento político de José Dirceu.

Nesse contexto realizava-se a primeira reforma ministerial do governo Lula. Na ocasião, dois Ministérios seriam cedidos ao PMDB: o Ministério das Comunicações que estava sob comando de Miro Teixeira, deputado federal vindo do PDT para o PT do Rio de Janeiro, iria para o então deputado e empresário do setor agropecuário, Eunício Oliveira e o Ministério da Previdência Social que estava sob o comando do deputado do PT de São Paulo Ricardo Berzoini iria para o comando do então advogado e senador pelo PMDB, Amir Lando. Em consequência, alguns remanejamentos foram feitos: Berzoini ocuparia o lugar de Jaques Wagner no Ministério do Trabalho. Jaques Wagner, do PT baiano por sua vez ocuparia o lugar

de Tarso Genro do PT do Rio Grande do Sul na Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Social.

Tarso Genro deixaria a Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Social para ocupar o lugar que pertencia à Cristovam Buarque, como Ministro da Educação. Lula demitiria Cristovam Buarque por telefone naquele dia 23 de janeiro de 2004.

Outra pasta seria cedida para um aliado político: foi criada a Secretaria de Coordenação Política e Assuntos Institucionais, com status ministerial, para acomodar Aldo Rebelo do PCdoB que dividiria funções com a Casa Civil. Houve ainda a substituição de Roberto Amaral por Eduardo Campos, ambos do Partido Socialista Brasileiro (PSB) no Ministério de Ciência e Tecnologia.

Além disso, profundas mudanças na área social do governo seriam feitas. Naquela ocasião, Lula retiraria Benedita da Silva do comando da Secretaria de Assistência e Promoção Social que deixaria o governo sob polêmica após usar recursos públicos em um evento religioso na Argentina. Lula então criaria o “Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome” a partir da fusão da Secretaria de Assistência e Promoção Social que estava sob comando de Benedita da Silva e do Ministério Extraordinário de Secretaria de Segurança Alimentar e Combate à Fome, sob o comando de José Graziano Filho, que sairia do governo por não conseguir fazer deslanchar o Programa Fome Zero, considerado até então carro-chefe da eleição de Lula. José Graziano iria para a diretoria da América Latina e Caribe da FAO (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura), cargo em que permaneceu até 31 de julho de 2019. Ao novo Ministério seria acoplada a antiga Secretaria executiva do Bolsa-Família, tendo cinco Secretarias em sua constituição: Segurança Alimentar e Nutricional, Assistência Social, Renda de Cidadania, Avaliação e Gestão da Informação e Articulação Institucional e Parcerias. O MDS ficaria a cargo do então deputado petista mineiro Patrus Ananias e da pesquisadora Ana Fonseca na Secretaria executiva, que havia sido ex-Secretária executiva do Bolsa-Família.

Emília Fernandes, do PT do Rio Grande do Sul, que havia sido nomeada para a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher criada no ano de 2002 e vinculada ao Ministério da Justiça, também sairia do governo no final de janeiro de 2004. Esta Secretaria seria transformada em Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e denominada como órgão integrante da Presidência da República por meio da Lei nº 10.683 de 28 de maio de 2003. Com a saída de Benedita da Silva, o PT do Rio de Janeiro precisaria ser reacomodado. Nilcéa Freire, médica, pesquisadora e ex-reitora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) então assumiria a SPM em janeiro de 2004 e ficaria até janeiro de 2011 no cargo.

Outra reorganização substantiva da estrutura ministerial do governo somente seria feita em junho de 2005 quando veio à tona a maior crise institucional vivida nos governos Lula e que ficou conhecida como a “crise do mensalão”.

6.3 A crise do mensalão

Nas edições de 6 e 12 de junho de 2005, em entrevista à Folha de São Paulo, o deputado federal Roberto Jefferson do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) acusou o governo de Luís Inácio da Silva de pagar “mesadas” a deputados em troca de apoio para projetos de lei que interessavam ao governo. Este fato marca o início do que vai se configurar como a “crise do mensalão” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2005a; 2005b).

Como registramos anteriormente, o mensalão não foi a primeira crise do governo Lula, mas foi considerada a mais grave. A crise do mensalão foi caracterizada por Dirceu (2018) como “o começo do fim” e o “início de um novo golpe”, em alusão ao golpe jurídico-parlamentar que depôs a Presidenta eleita Dilma Rousseff no ano de 2016.

Lula, também no ano de 2018, falaria sobre o escândalo do mensalão, ressaltando o clima pesado vivenciado por seu governo naquele momento, que ele acreditava ser um clima de iminência para um golpe de estado. Ele afirma que contra isso, ele procurava “ganhar na rua” ao procurar garantir as condições para a sua governabilidade junto ao povo:

Se vocês quiserem saber o que eu penso, acho que eles não tentaram fazer o impeachment em 2005 [na época do Mensalão] por medo. Medo das ruas. O que aconteceu em 2005? O clima estava muito pesado. Eu fui a um encontro do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social e disse o seguinte: “Vocês estão acompanhando a imprensa e conhecem a história do Brasil. A elite brasileira levou um presidente a dar um tiro no coração por causa de denúncias. A elite brasileira não queria que o Juscelino concorresse, não queria que ele tomasse posse e tentou dar três golpes no JK, depois, deram um golpe para ele não se candidatar à reeleição em 1965. A elite brasileira obrigou o João Goulart a aceitar uma tese parlamentarista e, mesmo assim, não deixaram ele governar”. Eu disse isso tudo na reunião. E falei: “Deixa dizer uma coisa pra vocês: não tenho vocação para me matar, não tenho vocação para sair do Brasil e não tenho vocação para receber golpe. Então, é o seguinte, só existe um jeito de fazer isso, que é ganhar na rua”. E o que eu fiz? Logo a seguir, fui a Garanhuns lançar o Plano Safra [de Agricultura Familiar] e, a partir daí, não saí mais da rua. Se quisessem brigar, iam brigar com gente na rua, que era a única saída que eu tinha. O que eles pensaram? “Em vez de a gente violentar com o impeachment, ele está sangrando demais, ele não vai sequer...” Eu me lembro de uma reunião com a turminha da Globo que no começo de 2006, na casa do Carlinhos Drummond, que era representante da Globo em Brasília; quando eu fui embora – fiquei sabendo porque uma jornalista que estava lá depois me contou -, o João Roberto falou assim: “Puxa, mas o presidente tá bem, tá animado”. Aí o Merval: “Ele tá é fazendo tipo, ele tá morto, não será candidato à reeleição. Posso dizer a vocês que ele não será candidato à

reeleição”. Eles imaginaram que eu ia perder a eleição... (LULA, 2018, posição 1842-1853).

A Resolução aprovada no 3º Congresso Nacional do Partido dos Trabalhadores realizado entre os dias 31 de agosto e 2 de setembro de 2007 na cidade de São Paulo, considerava a “crise do mensalão” como a mais grave crise vivida pelo PT, pela sua natureza e dimensão. Não se tratava deste episódio como uma crise apenas do governo, a crise era atribuída ao próprio PT que, enquanto Partido, buscava fazer uma autocrítica e analisar as causas que motivariam esta crise. Assim, algumas opções do Partido foram objeto de autocrítica e apontadas como causas da crise: o crescente acesso a mandatos, o distanciamento das lutas sociais e a nebulização do projeto estratégico do PT:

Ao longo de seus 27 anos, o PT viveu várias crises e soube enfrentá-las e superá-las. A mais grave, pela sua natureza e dimensão, foi a de 2005. Essa crise, que é do sistema político brasileiro, que enfraquece programas e partidos, personaliza o debate e privatiza os interesses, também é uma crise do PT, decorrente de opções feitas pelo partido, do crescente acesso a mandatos, do distanciamento das lutas sociais e da nebulização de nosso projeto estratégico (CONGRESSO NACIONAL DO PT, 2007, p. 103).

Apontava-se também o que seria um “inadequado entendimento entre Partido e Governo”, cujas posições se confundiam já no início da gestão Lula. O PT entendia como inadequada a postura de colocar-se como “correia de transmissão” das posições do governo, deixando de assumir uma posição de autonomia e abdicando da tarefa de “formulação de propostas e da disputa de posições sobre os rumos do governo” junto a outras forças políticas da base de sustentação do governo, tarefa que, segundo registra a Resolução, procurava ser levada a cabo no segundo mandato de Lula.

Parte da crise se deveu a um processo de entendimento inadequado da relação partido e governo já no início da gestão Lula. O PT deixou de assumir uma posição de autonomia, portando-se quase como “correia de transmissão” das posições do governo junto à sociedade e à nossa base social. Não se trata de questionar a necessidade de apoio integral do partido ao governo, mas de entender que teria sido mais adequado se tivéssemos trabalhado na formulação de propostas e na disputa de posições com outras forças políticas da nossa base de sustentação sobre os rumos do governo, como temos feito neste segundo mandato (CONGRESSO NACIONAL DO PT, 2007, p. 103).

Também era entendido como erro “dar ao Partido a responsabilidade de compor politicamente o governo”. A tarefa de composição política do governo era entendida como tarefa do próprio governo, uma vez afirmava-se que os interesses do Partido e da administração nem sempre confluíam:

Outro erro foi dar ao partido a responsabilidade de compor politicamente o governo, preenchendo com outros partidos os cargos da administração pública.

A responsabilidade pela composição política de um governo deve ser do próprio governo, pois nem sempre os interesses do partido coincidem com os da administração (CONGRESSO NACIONAL DO PT, 2007, p. 103).

O PT na Resolução afirmava que havia buscado apenas a governabilidade institucional, deixando secundarizada a sustentação do governo pelos movimentos sociais. Esse argumento era utilizado para afirmar que já nos primeiros anos do governo, abriam-se fissuras do Partido na sua relação com a base social, o que em consequência, fragilizava o governo.

Infelizmente, a governabilidade institucional foi a única que buscamos, relegando a segundo plano a sustentação pelos movimentos e por outros atores sociais. O PT errou ao conferir, a partir de 2003, certa exclusividade para as tarefas governamentais e institucionais, sem combinar com as tarefas de organização do movimento social e da militância, abrindo fissuras na relação com sua base social nos primeiros anos do governo Lula (CONGRESSO NACIONAL DO PT, 2007, p. 104).

Como resposta direta às causas do escândalo do mensalão, defendia-se a aprovação da reforma política e com ela a bandeira do financiamento público das campanhas políticas, sem as quais o escândalo do mensalão era previsível:

Outro sério equívoco que cometemos foi a não priorização da aprovação da reforma política já em 2003. Apesar do enorme capital político de que dispunham Lula e o governo, ficamos reféns de pequenos partidos de nossa base de sustentação parlamentar que a ela se opunham, particularmente ao item do financiamento público de campanhas eleitorais. Sem a adoção do financiamento público, situações como as que vivemos em 2005 seriam absolutamente previsíveis. O distanciamento do partido em relação à sua base e o funcionamento de núcleos de poder paralelos à direção partidária (ainda que formados por integrantes dessa mesma direção) terminaram também por contribuir com a crise. O PT errou, também, ao envolver-se, sem o devido debate interno, com o financiamento de campanhas de aliados e assumir riscos graves em relação às finanças do partido. Um ambicioso projeto de poder político para as eleições de 2004, que incluía a tentativa de eleger centenas de prefeitos em todo o país, e, conseqüentemente, a necessidade de fundos para a sua concretização, contribuíram para o esforço temerário de buscar recursos de forma diferente daquela que o partido tradicionalmente utilizou. O padrão das campanhas eleitorais em 2004, em todo o país, ampliou a necessidade de recursos financeiros ao mesmo tempo em que a mobilização da militância foi deixada em segundo plano. Sobre todas essas questões, as responsabilidades devem ser apuradas, assim como problemas estruturais devem ser examinados a fundo, com o acompanhamento de um processo de reflexão que, por um lado, preserve nossas conquistas e, por outro, elimine as nossas fragilidades (CONGRESSO NACIONAL DO PT, 2007, p. 104).

Finalmente, o PT assumia publicamente que havia errado na forma de consolidação de sua base de sustentação político-parlamentar, ao não estabelecer desde o início um governo de coalizão que tivesse o PMDB como um de seus principais integrantes. No segundo mandato de Lula, tentava-se acertar o passo de uma composição institucional mais ampla do governo, com o estabelecimento de alianças com partidos maiores, tal qual o PMDB, em torno de um programa mínimo:

Erramos também na forma de consolidação da nossa base de sustentação político-parlamentar. Já em 2003 se apresentava a necessidade do estabelecimento de um governo de coalizão, que tivesse o PMDB como um de seus principais integrantes. Ao invés disso, optamos por alianças congressuais com pequenos partidos, de ampla diversidade ideológica e forte heterogeneidade. Além disso, os fundamentos dessas alianças se davam em bases tradicionais, sem a referência de um programa mínimo, como feito agora, e muito marcadas por interesses em cargos, emendas orçamentárias ou, ainda, de apoio ao financiamento de campanhas eleitorais (CONGRESSO NACIONAL DO PT, 2007, p. 104).

O mensalão promovia assim uma reavaliação do próprio PT na sua relação com o governo, o que entre outras coisas contribuiria para deflagrar um processo de mudança de rumo institucional do próprio governo Lula, que pouco a pouco acomodava-se à institucionalidade, acentuando uma delimitação mais clara entre partido, movimento e governo.

Por tudo isto, não se pode ignorar a influência que a “crise do mensalão” exerceu sobre o PT, que conforme aponta Amaral (2010) acelerou o processo de flexibilização de seu programa e da política de alianças iniciado nos anos 1990 e de adoção de uma posição menos intransigente em relação à composição do governo, tornando-se mais inclusivo em sua estratégia de coalizão e menos monopolístico. Ademais, esta crise também teria efeitos sobre próprio governo Lula, ainda no primeiro mandato, que passaria por significativas mudanças, nesta que seria sua “segunda reforma ministerial”.

6.4 Os desdobramentos da crise do mensalão: segunda reforma ministerial

Com a necessidade de maior sustentação política posta pela crise do mensalão, põe-se em execução uma reorganização interna do Partido dos Trabalhadores (PT) e do governo Lula. Além disso, ampliam-se as alianças por parte do governo federal e alguns Ministérios passam para o comando de partidos aliados ao governo, dentre os quais estava o maior partido da base aliada: o PMDB.

Assim, haveria uma “dança das cadeiras” no PT e no governo. No PT, José Genoíno, então presidente do Partido, após denúncias de suposto envolvimento no escândalo do mensalão, deixou a Presidência do PT, sendo substituído pelo então Ministro da Educação, Tarso Genro, que por sua vez foi substituído no comando do MEC por Fernando Haddad (antigo Secretário Executivo do Ministério da Educação). Além de Tarso, iriam para a composição da direção do PT, o Ministro do Trabalho e Emprego Ricardo Berzoini, alocado na Secretaria-Geral do Partido, o deputado federal José Pimentel que foi para a tesouraria e o então Ministro

da Saúde Humberto Costa que foi para a Secretaria de Comunicação (FOLHA DE SÃO PAULO, 2005b).

No governo também foram feitas mudanças. Deixavam o governo o Ministro da Coordenação Política Aldo Rebelo, o Ministro de Ciência e Tecnologia Eduardo Campos, o Ministro da Previdência Social Romero Jucá (após acusações de fraude) e o Ministro de Direitos Humanos Nilmário Miranda para retornarem aos seus mandatos no Congresso Nacional (FOLHA DE SÃO PAULO, 2005c).

A Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica (SECOM), comandada por Luiz Gushiken, passou a ser subordinada à Casa Civil e o Ministério de Direitos voltou a ser ligada ao Ministério da Justiça, ambos perdendo o status de Ministério. As Secretarias de Coordenação Política e Assuntos Institucionais e do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social que também tinham status ministerial foram fundidas em uma nova Secretaria: a Secretaria do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social e de Relações Institucionais, passando a ser comandada por Jaques Wagner do PT da Bahia que assumiu a tarefa de articulação política do governo (FOLHA DE SÃO PAULO, 2005c).

Na nova conformação do governo, Olívio Dutra, então Ministro das Cidades de Lula deixaria o governo. É o próprio Olívio que nos afirma que uma maioria do Congresso Nacional passou a pressionar e exigir seus representantes nos Ministérios em troca de diálogo com o governo nos dando uma clara dimensão da turbulência política vivida à época. Um conjunto de Ministérios de Lula seriam cedidos como moeda de troca desse diálogo com outras siglas partidárias, entre os quais o Ministério das Cidades que foi para o comando do Partido Progressista (PP):

(...) e claro evidentemente, o governo estava enfrentando uma situação que o Congresso tinha elegido uma maioria, o povo brasileiro tinha elegido para o Congresso Nacional uma maioria que não tinha nada a ver com o projeto do governo representado pelo Lula, pelos Ministérios que estavam sob orientação não só do PT, mas de um conjunto de partidos do campo democrático-popular. **Então essa maioria passou evidentemente a criar problemas e a exigir um diálogo e a moeda de troca para o diálogo seria colocar alguns dos seus representantes em Ministérios x e y. E eu não sei quem decidiu que o Ministério das Cidades teria de ser deles, como teve outros Ministérios.** Mas enfim, o Ministério das Cidades era uma ponta importante para se estabelecer uma relação diferenciada com o município no Brasil, que é a base do exercício da cidadania. Acabou sendo uma prática nada diferenciada das práticas tradicionais, políticas. Depois no Congresso perdemos também a questão de o orçamento ser retaliado, estilhaçado em emendas parlamentares e isso tudo fez com que os Ministérios e particularmente o Ministério das Cidades fosse de alguém que tivesse que estar se angariando emendas para executar tal projeto (OLÍVIO DUTRA, grifos nossos).

Nas Cidades, Olívio Dutra foi substituído por Márcio Fortes de Almeida, indicado pelo Partido Progressista.

Três Ministérios ficaram sob o comando do PMDB: manteve-se o Ministério das Comunicações, que passou a ser assumido por Hélio Costa do PMDB de Minas Gerais (indicado da Câmara dos Deputados) e foram indicados Silas Rondeau do PMDB do Amapá (afilhado político de José Sarney) para o Ministério de Minas e Energia e José Saraiva Felipe do PMDB de Minas Gerais que assumiu o comando do Ministério da Saúde.

A julgar pelas falas de Laura Feuerwerker e Ricardo Ceccim, era mais ou menos esperada a cessão do Ministério da Saúde ao PMDB, já que este Ministério contava com um grande orçamento, mas não era prioritário para o governo. Além disso, como afirmam, o Ministro Humberto Costa não contava com prestígio político junto à Lula, já que como mostramos, Humberto não pertencia à cota de Lula, tendo sido o terceiro nome a ser levantado para o comando desse Ministério:

Era muito difícil, nada emplacava, ele não era um Ministro prestigiado pelo Lula, não era a aposta principal do Lula. A Saúde não ocupava um lugar nobre no coração do Lula, entendeu? Era bem difícil, tudo que a gente precisava que precisava da Casa Civil não conseguia... era tudo assim, entendeu? Então o Lula tinha esses projetos que ele queria e o resto do Ministério da Saúde não era prioritário. Então não tinha dinheiro, tinha que brigar com o Guido Mantega, era tudo difícil, não era nada fácil entendeu? A vida de Ministro da Saúde ali no começo do governo Lula era muito difícil, não tô nem falando do problema da pessoa física do Humberto Costa. É um problema de que lugar isso daí ocupava na agenda, entendeu? E aí, se era assim, o tempo todo podia ser trocado, essa sensação era o tempo inteiro. Então quando trocou, quando teve mensalão, aí ficou na cara... que aí pra sustentabilidade aumentar ia o Ministério pro PMDB e o Lula nem pensou. Ele nunca daria o da Educação, mas o da Saúde ele deu sem nem piscar (LAURA FEUERWERKER).

Era um desequilíbrio no governo todo tempo, a relação com o Congresso era uma relação muito ruim, a gente não achava que o Lula tinha muita prioridade com a saúde e nem achava que o Lula apostou alguma vez no Humberto. Humberto era um quadro para fazer transição e aí virou Ministro, ele não era um quadro que nasceu Ministro, ele virou Ministro. Como o Humberto coordenou a transição, teve muita pressão para que fosse ele, ele coordenou a área social da transição: saúde, assistência social e não sei o que mais estava junto, e pareceu interessante ficar com o Humberto. Ele não era um quadro nem de assim: “o Lula banca Humberto ou o Humberto vai ficar porque esse é um quadro do Lula”. Não, não era um quadro do Lula e **o Ministério da Saúde é um Ministério com muito dinheiro, então Saúde e Educação eram sempre Ministérios que seriam possíveis de rifar. Porque o Ministério das Cidades é que não deveria ter sido rifado, era o Olívio, o Olívio sim era amigo do Lula. O Ministério das Cidades foi pra rifa, então o Ministério da Saúde nem se fala... então foi ruim, mas também a gente nem imaginava que ia ser muito diferente.** (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Na Saúde, Humberto Costa deixava a gestão do Ministério da Saúde para integrar a direção do PT, com a promessa de ser candidato a governador do estado de Pernambuco no ano

de 2006. Naquele ano, entretanto, Humberto perdeu a eleição para o ex-ministro de Ciência e Tecnologia de Lula e seu aliado político, Eduardo Campos, de quem foi posteriormente Secretário das Cidades, cargo que ocupou até 2010 quando se elegeu Senador da República.

6.5 O Ministério da Saúde Peemedebista

O nome de José Saraiva Felipe foi escolhido para o comando do Ministério da Saúde. Médico sanitarista vindo do Projeto Montes Claros, Saraiva Felipe foi um dos nomes que compôs a Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Ex-membro do Partidão, do grupo dos reformistas da Previdência, desde 1994, Saraiva tinha mandato como deputado federal pelo PMDB.

Saraiva Felipe elenca três fatores responsáveis pelas articulações em torno do seu nome na sucessão de Humberto Costa. O primeiro fator, segundo o mesmo, devia-se ao desgaste de Humberto na intervenção realizada pelo Ministério da Saúde no Rio de Janeiro:

Primeiro o seguinte, o Ministério estava vivendo uma crise, aquela questão da intervenção no Rio, uma briga mortal com o César Maia, é ... eu não vou entrar no mérito se devia ter feito ou não a intervenção, mas o certo é que não funcionou. O Ministério na época era bastante criticado embora a equipe que tivesse lá era ótima, é a mesma equipe. Aqui da UFMG estava cheio de gente lá, do NESCON, desses núcleos, então... então esse foi um problema, então é um pouco assim quando dá uma crise... num time de futebol você troca o técnico, quando dá algum tipo de ruído, dificuldade, troca-se o Ministro (SARAIVA FELIPE).

Maria Luiza Jaeger compôs a equipe que acompanhou a intervenção federal nos hospitais do Rio de Janeiro tem uma visão oposta. Em contraposição à visão explicitada por Saraiva, ela afirma que Humberto Costa saiu fortalecido da intervenção federal no Rio de Janeiro:

Mas o Humberto daquele processo ele sai fortalecido e eu me lembro de a gente discutir com o André Singer o que que significava para o governo e para a saúde fazer a intervenção no Rio. Então a gente avaliou e decidiu junto o que ia fazer e o André disse depois “Gente, nós conseguimos! ”. Tanto é que o sujeito desapareceu e nem se candidata a nada entende? (MARIA LUIZA JAEGER).

No ano de 2005, o município do Rio de Janeiro passou por um processo de intervenção federal sobre seis unidades hospitalares, sendo quatro hospitais federais: Hospital da Lagoa; Hospital Municipal do Andaraí; Hospital Geral de Jacarepaguá (Hospital Cardoso Fontes);

Hospital Geral de Ipanema e dois hospitais municipais: Hospital Municipal Souza Aguiar e Hospital Municipal Miguel Couto.

O processo de intervenção federal começava oficialmente com a promulgação em 10 de março de 2005 do Decreto nº 5.392 que declarou estado de calamidade pública o setor hospitalar do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. Para respaldar a intervenção, conforme consta no decreto, alegava-se “a deficiência das ações e serviços de saúde e a situação dramática a que se chegou, com notório prejuízo do atendimento na rede hospitalar e das unidades do serviço de saúde, com grave risco para a própria preservação da vida humana” (BRASIL, 2005f, p.1).

Este período ficou marcado por um severo embate político entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura do Rio de Janeiro. Maria Luiza Jaeger compôs a equipe do Ministério da Saúde que foi destacada para acompanhar este processo de intervenção federal, deixando em seu lugar na SGTES Odete Gialdi, que havia composto sua equipe de saúde no Rio Grande do Sul.

Mas Saraiva Felipe ainda elencaria mais dois outros fatores determinantes para sua escolha como Ministro da Saúde de Lula.

A segunda razão para a escolha de Saraiva Felipe, segundo ele mesmo afirma, devia-se à sua relação pessoal com o presidente Lula e a terceira deviam-se às articulações feitas em torno do seu nome pelo Senado Federal, sob as bênçãos do ex-presidente e então presidente do Senado Federal José Sarney e Renan Calheiros, respectivamente. O próprio Saraiva Felipe nos fala como se deu a articulação pelo seu nome:

Segundo é o seguinte, eu já tinha uma relação com o Lula, porque todas as eleições minhas, independentemente de o PMDB ter candidato ou não, eu apoiei o Lula. Então eu tenho uma foto-biografia andando com ele aqui no estado, então ele me conhecia. E a terceira coisa importante foi uma articulação do MDB sobretudo do Senado, aí entrou Sarney que eu conhecia desde que eu trabalhava no governo dele na Previdência, é... eu acho que o próprio Renan Calheiros, foi uma mobilização do MDB que apoiava o Lula. **Você tinha o MDB do Senado que apoiava o Lula e o MDB da Câmara que era contra o Lula. Tinha indicado inclusive a candidata a vice que foi a Rita Camata na chapa do Serra. Então já tinha uma briga interna, sabe. Nessa briga interna eu era mais chegado a esse grupo do Senado que apoiava o Lula.** Então eu acabei entrando no lugar do Humberto Costa e depois eu não fiquei muito tempo, eu entrei em 2005 e saí em 2006 porque eu não queria ficar no Ministério sem mandato, sabe. **Então foi uma negociação feita com o Lula.** “Ai eu não quero mudar a equipe”, “mas não precisa mudar”, então aí ele colocou o Agenor que era o meu Secretário executivo e que eu tinha conhecido lá em Montes Claros, quando eu fui para lá (SARAIVA FELIPE, grifos nossos).

A concessão do Ministério da Saúde para o PMDB a partir de julho de 2005 não esteve livre de tensionamentos, pelo contrário, causou enorme resistência interna no Partido dos

Trabalhadores (PT). Exemplo dessa posição de resistência pode ser vista na fala de Maria Luiza Jaeger:

A gente teve todo um projeto que está andando super bem dentro do Ministério a gente está conseguindo ter uma outra... a gente vinha com todo processo de rediscussão com os Hospitais Universitários públicos e já estava começando uma discussão com os hospitais privados e estava fazendo toda uma discussão sobre a reorganização da Saúde da Família etc e tal, estava tudo andando e nós vamos pegar esse Ministério e dar de presente pro PMDB? (MARIA LUIZA JAEGER)

Segundo Saraiva Felipe, a resistência do PT à cessão do Ministério da Saúde para o PMDB chegou a incomodar o próprio Lula:

“Uma vez o Lula falou:
 - Saraiva, vem cá, você está satisfeito lá com o Agenor, com o Temporão?
 - Ô presidente, está ótimo, é como se eu estivesse lá, e ele falou comigo:
 - Por que é que você não ensina isso pro PT? Porque quando eu nomeio um, é uma briga que eu não consigo fechar, tem vários Ministérios aqui...
 - Pelo menos nesse grupo de vocês aí quem eu ponho responde pelo Ministério e ninguém vem me encher o saco” (SARAIVA FELIPE).

Saraiva afirma que viveria algumas dificuldades junto ao Ministério da Saúde. Ele elenca como exemplo o fato de a gestão de Humberto Costa ter empenhado todos os recursos daquele ano, comprometendo sua capacidade operativa:

Porque no PT é muito... tem mais fricção. Então foi um pouco difícil. Por exemplo, eu fiz uma coisa de muita coragem: eu cheguei lá eu não tinha orçamento para nada, a gestão anterior tinha comprometido todos os recursos daquele ano estavam empenhados, eu não tinha como me mover, eu não tive dúvida: eu cancelei no atacado todos os empenhos. Estão cancelados. Foi uma guerra. Mas eu superei. É porque eu não tinha o que fazer, entendeu? Eu não podia dar 100 mil reais pra Fiocruz, eu não tinha, estava tudo comprometido. E achavam que isso ia passar. Isso foi naquele período da saída do Humberto e a escolha do novo Ministro. Eu cancelei de ofício todos os empenhos e pude fazer uma gestão (SARAIVA FELIPE).

Tendo seu nome citado no “escândalo dos sanguessugas”, conhecido também como a máfia das ambulâncias, em março de 2006, Saraiva Felipe deixaria o comando do Ministério da Saúde para concorrer novamente à eleição da Câmara Federal. Assume em seu lugar na ocasião o então Secretário executivo de sua gestão, José Agenor Álvares da Silva que permaneceu no cargo até março de 2007. Em 2007, no início do segundo governo de Lula, o nome escolhido pelo PMDB para a pasta é do médico sanitarista do Rio de Janeiro: José Gomes Temporão.

Temporão havia assumido a direção do Instituto Nacional do Câncer (INCA) no lugar de Jamil Haddad em meio a uma grave crise institucional, permanecendo no período entre 2003 a 2005. Pela sua habilidade na resolução da crise à frente do INCA, Temporão foi chamado por Saraiva Felipe para compor sua nova equipe na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) em julho

de 2005. No ano seguinte, filiou-se ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Reportagens de jornais da época ressaltam as articulações feitas entre Saraiva Felipe e o então governador do Rio de Janeiro Sérgio Cabral Filho para a indicação de José Gomes Temporão ao cargo de Ministro da Saúde do segundo mandato de Lula no lugar de Agenor Álvares, em março de 2007 (O NORTE DE MINAS, 2007). O Jornal O Globo em março de 2007 chegou a afirmar que Cabral teria filiado Temporão ao PMDB por sugestão de Lula (O GLOBO, 2007).

Temporão havia sido filiado ao PCB e também havia integrado a estrutura do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) no período de 1985 a 1988, quando fora Secretário Nacional de Planejamento. Era identificado, assim como Saraiva Felipe, ao grupo dos chamados “reformistas da previdência”. Meses depois de deixar o governo, em setembro de 2011, Temporão deixou o PMDB e se filiou ao Partido Socialista Brasileiro (PSB).

6.6 A “transição”: de Maria Luiza Jaeger a Francisco Campos

“Transição” foi um termo que causou reações diversas nas entrevistas realizadas com os atores e atrizes. De modo geral, estes sujeitos dos dois grupos em estudo nesse trabalho, não escondem os conflitos produzidos a partir das duas ocupações da SGTES nos governos Lula. Este conflito se acirra de modo particular no período de transição entre as duas gestões da SGTES.

Maria Helena Machado afirma que não tem dúvida de que houve conflitos e tensões na SGTES, mas estes, segundo narra, não passariam por ela, porque ela pessoalmente não teria conflito na troca dos Secretários, de Maria Luiza Jaeger a Francisco Campos:

Eu digo que teve momentos de conflitos e tensões na SGTES, eu não tenho dúvida que teve, tem a gestão da Maria Luiza e a gestão do Francisco Campos, a troca de diretores, isso produziu efeitos fortes dentro da SGTES, eu posso falar isso porque eu estive lá o tempo todo e eu não tive conflito nenhum na troca de Maria Luiza para Francisco Campos (MARIA HELENA MACHADO, grifos nossos).

Entre os Secretários, uma fala de Maria Luiza Jaeger denuncia o conflito aberto entre os grupos nesse momento:

(...) mas eu tentei passar para o Chico o que a gente tinha feito na Secretaria e o Chico não queria conversar comigo (MARIA LUIZA JAEGER).

Francisco Campos, ao falar sobre esse período de transição, refere a existência de conflitos, mas se detém ao conflito político-partidário no nível mais macro a nível ministerial

com a passagem da gestão da saúde do PT para o PMDB. Ele fornece um bom relato das narrativas produzidas no período com a cessão do Ministério da Saúde ao PMDB, afirmando que as acusações imputadas à Lula eram de que ele estava entregando a Saúde. Entretanto, ele afirma que para a SGTES foi a oportunidade de equacionar algumas questões da pauta específica desta Secretaria, por meio de dispositivos inventados como o Pró-Saúde:

O que é que acontece? No momento posterior... quer dizer, não foi fácil essa transição porque na verdade o que... sendo o Ministro Saraiva uma pessoa vinculada a um partido conservador que naquele momento era o PMDB e de muita cobrança de que “o Lula estava entregando”, que “Saúde não tem preço”, que “Saúde não é...”, mas eu acredito que pelo menos no que diz respeito a SGTES foi um momento bem interessante em termos de equacionar essas questões, por exemplo, de mexer com a graduação através do Pró-saúde (...) (FRANCISCO CAMPOS).

Francisco Campos parece querer enfatizar que o conflito aberto entre os grupos da SGTES se dava em razão da disputa entre as siglas partidárias e refere especificamente Ricardo Ceccim, que segundo afirma, teria se sentido pouco à vontade com a troca dos partidos e por essa razão teria saído da SGTES:

Evidente que a indicação do Saraiva para Ministro da Saúde com a consequente saída do Humberto Costa de Ministro levam uma tensão muito grande, **é só você acompanhar o que está escrito naquele momento nos boletins da Rede Unida...** você vê que tem de fato a hipótese que se tinha entregado o poder, mas não... eu vejo isso com tanta tranquilidade, sabe por quê? E te digo com toda tranquilidade, eu fui chamado pra ser Secretário, eu não tive nenhuma imposição sobre ter que trabalhar com fulano, tanto é que a Maria Helena Machado que era do governo anterior ficou lá e o Pedro Miguel que era do governo anterior filiado ao PT ficou lá, quem se sentiu pouco à vontade como o Ricardo Ceccim especificamente, saiu. Mas eu sempre tive diálogo com as pessoas e te digo que é muito tranquilo e eu pensava o seguinte: “Você tem que fazer composição no governo mesmo! ”. Você pensa o seguinte: “Quem foi o primeiro Secretário de Ciência e Tecnologia do Humberto Costa? Foi uma pessoa que claramente... saiu depois... era uma pessoa do PP, que na verdade... ou seja, coalizão é isso mesmo (FRANCISCO CAMPOS, grifos nossos).

Francisco Campos refere-se na fala acima ao movimento político de contestação à cessão do Ministério da Saúde ao PMDB realizado na cena do VI Congresso Nacional da Rede Unida em julho de 2005 na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Efetivamente na Carta de Belo Horizonte, documento final deste Congresso, pode-se ver em tom de denúncia a manifestação dessa entidade que classificava a cessão do Ministério da Saúde como uma prática que atendia a “interesses político-partidários menores, em detrimento das reais necessidades de saúde da população”. Na Carta também podemos ver a reivindicação pela continuidade das políticas públicas do SUS e da área de gestão do trabalho e educação na saúde:

A Rede UNIDA e os participantes do seu VI Congresso, com firmeza e de forma inequívoca, reivindicam de que seja assegurada a continuidade das políticas públicas do SUS, destacando a relevância da área de gestão no trabalho e de educação em Saúde. Expressam e materializam muitos anos de construção coletiva dessas políticas pactuadas com a sociedade brasileira, legitimadas e aprovadas pela população. Tais políticas foram assumidas como compromissos de campanha e fortalecidas nesses dois anos e meio do atual governo. A Rede UNIDA sempre se posicionou diante de governos que ameaçaram ou realizaram ações nefastas para a Saúde do povo brasileiro. Mais uma vez, pretende se posicionar, caso perceba que as políticas de Saúde e de Educação na Saúde poderão correr o risco de ser interrompidas ou mesmo de sofrer retrocessos. É inadmissível que a sociedade continue arcando com as consequências de interesses político-partidários menores, em detrimento das reais necessidades de saúde da população. A saúde é um bem público e um direito de todo cidadão brasileiro. A saúde não é – e não pode vir a ser, – moeda de troca (CARTA DE BELO HORIZONTE, 2005).

Em outro techo desta Carta também convocava-se à mobilização para participação na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde:

Nos próximos meses, o movimento sanitário deverá se mobilizar na organização da III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, em que poderá ser atualizada a pauta de prioridades no campo do trabalho em Saúde e redefinida uma agenda estratégica para o futuro, que alcance as questões ligadas à Educação Permanente e à Saúde do Trabalhador (CARTA DE BELO HORIZONTE, 2005).

Laura Feuerwerker afirma que não houve transição na SGTES a despeito das outras áreas do Ministério da Saúde. Segundo narra, pela primeira vez um Ministro da Saúde demitia diretamente um coordenador e diretor, em alusão à demissão dela mesma e de Ricardo Ceccim:

Não teve transição, a gente ficou esperando os caras... o Ministério inteiro teve reunião de transição, o Chico Gordo não pisou lá enquanto a gente estava lá, não teve nenhuma conversa, zero transição. A gente foi a única Secretaria... a primeira vez na história do Ministério da Saúde que o coordenador e o diretor foram demitidos diretamente pelo Ministro na primeira semana, porque sempre é assim: o cara nomeia os Secretários e os Secretários trocam os caras... ele demitiu a gente, o Ministro demitiu a gente, entende? Era muita raiva (LAURA FEUERWERKER).

Ricardo Ceccim ratifica que o grupo do DEGEGS foi demitido pelo próprio Ministro da Saúde que chegava. Segundo nos narra, não houve nenhum ato formal, apenas uma folha de exoneração de cada um dos ocupantes do DEGEGS. Ele reitera que não houve transição, embora ele tenha procurado posteriormente Célia Pierantoni, que entrava para o comando do DEGEGS, para uma “conversa de transição”, que seria feita não por ela, mas entre Ceccim e um funcionário do DEGERTS:

É... a gente só é exonerado pelo Ministro novo, a gente nem pediu o afastamento, nem essas coisas porque pra nós era assim: nós fomos convidados pelo governo Lula, então não é a troca do presidente, é a troca do Ministro, não é a troca do programa até que nos provem o contrário. Então, ou nos mandam embora ou vamos ver a negociação que esse Ministro que chega quer. Mas

além de pensar, a gente fazia, claro que a gente não é bobo de não cogitar ser mandado embora. Então esvaziamos as gavetas, mas a gente se apresenta no trabalho, só que a gente chega cedinho, às 8h da manhã e tem uma folha em cima da mesa com a publicação da exoneração, um xerox da folha do Diário Oficial, a folha de exoneração de cada um, na mesa de cada um. A gente já tinha esvaziado as gavetas mesmo, então era pegar a folha dobrar em três e voltar para casa. **A gente foi demitido assim, não foi nem sequer uma conversa do tipo transição, quem é o próximo que vem, quais são os problemas acumulados. Maria Helena era nossa colega, ficaria, poderia ter a tarefa de um papinho de amizade respeitosa, cordial, ia ficar, podia até driblar com um “mais adiante restabelecemos os laços”.** Eu cheguei a mandar uma mensagem para quem ficou no meu lugar, que foi a Célia Pierantoni, eu disse: “Oh Célia, a gente trabalhou junto em outros momentos, compartilhamos um monte de coisas, tinha tanta coisa que seria legal se continuasse, se quiser conversar comigo, eu estou às ordens” e ela: “Ah claro! Desculpa não ter te chamado antes, é claro que eu ia te chamar, a gente ia conversar” e aí mandou uma mensagem para eu ir conversar com ela, eu cheguei, ela me recebeu na sala e disse: “Aí o Chico está me chamando, eu volto daqui a pouco”, aí nunca mais que voltava, então mandou um funcionário da Maria Helena Machado, de outro Departamento, para conversar comigo, nunca mais voltou, terminou o dia e eu peguei o voo de volta. Ganhei uma passagem de ida e volta pra ver a redecoreação da sala, achei sem graça. (RICARDO CECCIM, grifos nossos)

Simone Chaves que também compunha o DEGEGS não foi exonerada pelo Ministro da Saúde Saraiva Felipe como aconteceu a Laura Feuerwerker e Ricardo Ceccim. Simone nos narra que seria sondada por Maria Helena Machado sobre o interesse em permanecer na Coordenação Geral de Ações Técnicas, mas recusou a oferta por divergências de concepção com a nova equipe de ocupação da SGTES e pediu exoneração. Ela também afirma que não houve transição e que Laura e Ricardo teriam sido “escorraçados” e impedidos de pegar suas coisas quando da demissão da SGTES:

Não, não teve transição, não teve período de convivência, nós fomos escorraçados de lá, entende? Eu ainda mesmo, porque eu pedi pra sair porque o Ricardo foi exonerado sem nem poder subir no... o Ricardo e a Laura não puderam nem subir para pegar as coisas deles e saiu a notificação de exoneração no diário oficial e foram embora. Eu ainda não fui exonerada e até a Maria Helena que coordenava o DEGERTS me chamou perguntando se eu tinha interesse em continuar e evidentemente que não, até porque eu morava em Porto Alegre e todo um trabalho e uma concepção que eu acreditava... não me interessava mais ficar lá e aí eu pedi a minha exoneração acho que um mês depois, eu não lembro exatamente, nem sei se chegou um mês depois. Mas não teve transição, não teve absolutamente nada. Acho que a gente preparou quando a gente soube que ia sair, a gente preparou um relatório, mas não teve uma reunião de transição sobre: “Vamos fazer as coisas com tranquilidade e dar continuidade na Política”. Não teve! A palavra é bem essa mesma. Algumas pessoas foram escorraçadas, não puderam nem juntar suas coisas só puderam subir pra pegar coisas particulares e ir embora. Foi um horror! (SIMONE CHAVES).

Célia Pierantoni, que assumiu o comando do DEGEGS no segundo momento político de ocupação da SGTES, por sua vez, também nos afirma que não houve transição. Segundo relata,

ao chegar no DEGES, Célia encontrou os computadores vazios porque, segundo ela, Ricardo Ceccim havia apagado deliberadamente. Célia fala da dificuldade que tiveram ao assumir a SGTES, uma vez que eram acusados por alguns técnicos de quererem destruir tudo o que havia sido feito no âmbito da SGTES:

Que nada, que transição tranquila?! Os computadores estavam apagados quando eu entrei, não tinha nada, o Ceccim não deixou nada, foi muito difícil no começo, mas foi horrível... você encontrava gente a favor dizendo: “Ainda bem que vocês vieram” mais ou menos isso e gente contra: “Vocês vão destruir tudo que foi feito”, foi muito difícil, muito difícil e digamos que Chico também não é muito fácil de lidar, pra trabalhar com ele é muito difícil, é uma das pessoas mais brilhantes que eu conheço, mas ele não tem essa paciência pra conversa o Chico não tem muita não. Mas foi difícil, foi difícil, no começo...a chegada foi muito complicada. Eu me arrependi muitas vezes de ter ido até porque eu não queria isso pra mim, eu não cheguei lá pra destruir nada que alguém construiu nem pra outra coisa, mas também não precisava encontrar um computador vazio! (CÉLIA PIERANTONI).

Ela fala que as pessoas do grupo anterior do DEGES ficaram muito “enraivecidas de terem saído” do governo e atribui a raiva deste grupo à cessão do Ministério da Saúde ao PMDB que teria como consequência a troca da equipe da SGTES. Para Célia, isso dificultava o próprio andamento das pautas da Secretaria, já que dificultava a decisão desta equipe em fortalecer e dar continuidade a alguns processos que estavam seguindo e descontinuar outros:

Eu acho que a perspectiva... eu não sei se eles achavam que ficariam. Não sei se a coisa do PMDB, pelo visto né! Eu não sei, a própria raiva de ter saído né, eu não sei... eles ficaram muito enraivecidos de terem saído, muita raiva mesmo e foi muito difícil **e também muito difícil compatibilizar, quer dizer, dar força para o que a gente acreditava que estava dando certo e ao mesmo tempo dizer: “Por aqui não vai dar mais...”** (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

Célia nos afirma que bancaria algumas mudanças na SGTES e dentre essas, mudar o fato de haver presença de estudantes na administração central do Ministério da Saúde:

Uma das coisas que eu tive que bancar e você vai entender... eu não me lembro qual era o projeto que tinha estudante lá na administração central no Ministério que tinha um monte de estudante, eu não sou contra estudante não, mas não dá pra eu chegar e encontrar o estudante sentado na minha cadeira usando meu computador (risos). Era uma confusão muito grande, entendeu?! Muito grande e não pode ser assim, você não é igual a mim, se fosse não estava me entrevistando pra fazer uma tese de doutorado, nós não somos diferentes, mas eu tenho anos a mais que você, tenho uma bagagem a mais que você e que você está adquirindo conversando comigo, então você não é melhor nem pior, tem uma hierarquia, que até que não seja, ela é digamos etária, no mínimo... (CÉLIA PIERANTONI)

Mas a troca de Secretários da SGTES e da equipe do DEGES também refletiu no estabelecimento de uma relação conflituosa entre a nova equipe da SGTES e a equipe de técnicos desta Secretaria. É a própria Célia Pierantoni que nos fala sobre as resistências de

alguns técnicos, que estavam mais identificados ao grupo anterior do DEGES e dificultavam os trâmites burocráticos no interior da SGTES:

(...) e foi muito difícil porque... as meninas fizeram de tudo, esconderam processo nas gavetas e aí vinha a pessoa procurar processo e não achava nada, olha foi um inferno! A parte burocrática foi infernal! Até que a gente foi... algumas pessoas continuaram trabalhando comigo e eu me dou com elas até hoje, tenho o maior carinho e outras não adianta. E eu falei: “Se não gosta de mim pede transferência, eu boto aonde você quiser, mas porque que vai ficar infeliz aqui comigo?” Outros não, tem gente que está na Bahia, tem gente espetacular! Agora foi uma época muito rica pra mim também, pessoalmente (CÉLIA PIERANTONI).

Ana Estela Haddad, que assumiu inicialmente a Coordenação Geral de Ações Estratégicas, também menciona que vivenciou uma forte resistência posta pela equipe de técnicos da SGTES:

(...) e isso foi muito difícil porque nós chegamos na SGTES de uma forma bem um pouco complicada porque saiu a equipe que estava e a equipe que ficou tinha sido montada pela equipe que saiu então eles de certa maneira se colocavam com muita resistência pra quem estava chegando... a equipe de técnicos teve muita resistência à equipe que estava chegando, então a gente... não foi nada fácil meu trabalho lá, assim... eu fiquei sete anos lá, mas no começo foi muito duro (ANA ESTELA HADDAD).

Gustavo Gusso, que foi chamado para substituir Ana Estela Haddad na Coordenação Geral de Ações Estratégicas também fala sobre as resistências que esta equipe da SGTES enfrentaria com o corpo técnico da Secretaria. Para ele, essa resistência era localizada em um grupo pequeno de técnicos da Secretaria ligados à equipe anterior da SGTES que “tinham saído do Ministério chateados”, mas não se refletia em uma resistência dos locais:

Fora do Ministério tinha algumas resistências, mas no geral não foi tão problemático, o problema maior eu acho que foi... eram grupos muitos específicos de resistência, eu acho e muito focados no Ministério anterior na minha opinião era isso a resistência, era um grupo pequeno e focado nisso... tinham saído do Ministério chateados e ficavam resistindo, na minha opinião era um grupo muito focado e quando você ia nos estados e apresentava a Política... porque as políticas do ministério com as pactuações, a tripartite e etc, quando elas são publicadas já tem uma negociação. Então assim, não tem porque a política, se ela é negociada, se ela é pactuada, ela pode ter resistências, mas é difícil que a resistência seja o *mainstream* da política. As políticas grandes no Ministério elas tem que fazer algum sentido hoje em dia, elas têm uma certa proteção de qualquer coisa que seja *topdown*, era uma política que fazia sentido que os estados entendiam e tentavam superar as resistências da política dos Pólos e eu não sinto que teve uma resistência geral. **Eu sinto que a resistência foi muito focada especialmente em quem tinha saído, era nesse sentido, não era uma resistência dos locais** (GUSTAVO GUSSO, grifos nossos).

Ele afirma que era uma resistência “mais emotiva que racional”, uma vez que a nova equipe do DEGES era acusada por estes de destruir os dispositivos da Política anterior, como é o caso da Residência Multiprofissional em Saúde:

Tinha alguns focos de resistência dentro da Secretaria por serem muito ligados ao Ministério anterior, na minha opinião era uma coisa mais coisa emotiva do que racional, mas eram focos pequenos e pontuais de uma resistência muito focada assim: “Ah a política anterior era melhor” e muitas coisas não foram opostas, foram consequências da política anterior, então não tinha muito porque ser assim. Basicamente técnicos. Mas eram quatro ou cinco de um grupo de cem. Eles queriam: “Ah Residência Multi! Vocês não gostam de nutricionista, vocês só gostam de médico e dentista” coisas assim, que não era o sentido, tanto que a gente financiou Residências Multiprofissionais e queríamos financiar. Se eu não me engano, as bolsas aumentaram ou pelo menos permaneceram. O que a gente não tinha condições era de fornecer o CLT do tutor, o carro, o motorista, as outras coisas da Residência. Era no sentido de fazer a política da Residência Multiprofissional ser uma política mais voltada para o estilo do ensino e não do serviço porque a gente não tinha como organizar. Então, tinha um, dois e três ali que era difícil convencer com argumentos mais racionais, mas era muito pouco, muito focado (GUSTAVO GUSSO).

Assim, o processo de “transição” entre as duas ocupações da SGTES havia escancarado os conflitos postos quanto às divergências nos modos de fazer Política postos em ação pelos atores e atrizes destas duas conformações, reunidos em dois grupos: o grupo mais vinculado à Maria Luiza Jaeger e o grupo dos recursos humanos em saúde.

Efetivamente, com a cessão do Ministério da Saúde ao PMDB e a mudança da direção da SGTES, abria-se a possibilidade de retorno do “grupo dos recursos humanos” ao Ministério da Saúde. Nas linhas que seguem falamos mais detidamente sobre este grupo:

6.7 O Grupo dos Recursos Humanos em Saúde

Nascido na proximidade, como um “subgrupo do movimento sanitário” ou “da esquerda sanitária”, reunia-se um conjunto de intelectuais identificados à perspectiva de pensar o campo de desenvolvimento dos “recursos humanos em saúde” gestado no interior da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Organizados pelo Movimento Sanitário mais ligado ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), este grupo contaria com a presença de várias personalidades que irão planejar e executar a ideia de levar para o Ministério da Saúde a problemática de recursos humanos, desde a década de 1970, orientados a partir da ideia de que era necessário um acúmulo de forças nos espaços institucionais a partir da ocupação da administração federal.

Conforme Saraiva Felipe, a discussão referente aos recursos humanos em saúde sempre foi candente, afirmando que existia no Ministério da Saúde uma área sofisticada de discussão da qual faziam parte: Francisco Campos, Roberto Passos Nogueira, José Paranaguá e outros:

Essa foi sempre uma discussão candente, essa de recursos humanos. Eu até tinha uma crítica porque o Ministério mesmo tinha uma área de recursos humanos sofisticada, muita discussão, a questão da força de trabalho em saúde, tinham amigos brilhantes discutindo isso, o próprio Francisco Campos, o próprio Roberto Passos Nogueira, muita gente discutindo, o Paranaguá, discutindo essa questão dos recursos humanos (SARAIVA FELIPE).

Ena Galvão vai afirmar que este grupo era composto por pessoas que compunham o Partidão, identificando a si, Izabel Santos, José Paranaguá e Francisco Campos como participantes deste grupo:

Era Paranaguá, Izabel, eu, Sergio Arouca, era todo mundo do Partidão. Era tudo comuna. Não podia falar, mas era Partidão! O Chico é muito habilidoso né, ele também era do grupo (ENA GALVÃO).

Célia Pierantoni também identifica a si mesma como participante deste grupo, que ela afirma ser composto por pessoas de todos os partidos políticos, ressaltando o caráter de pluralidade do grupo:

Eu fazia parte desse grupo, mas digamos... o contato que eu tive com o Zé Roberto não tive tanto quanto o Chico, não tive tanto quanto outras pessoas, mas **eu era deste grupo, que tinha todos os partidos políticos, cores e dores, é isso que eu quero dizer**. É muito interessante porque tinha e como continua tendo, você não tem... apesar de tudo, essas coisas você não desmonta, não vai desmontar (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

Maria Helena Machado também nos fala sobre a composição deste “grupo dos recursos humanos” e ressalta a importância de José Roberto Ferreira que estava na OPAS de Washington e liderava o grupo:

Era o André Medici, Roberto Nogueira, Francisco Eduardo Campos e inicialmente era esse grupo e depois ele amplia... O José Roberto Ferreira óbvio que era o mais importante de todos em Washington, nosso grande mentor da área. E esse grupo vai crescendo e logo surge a Celia Pierantoni, Pedro Miguel Santos, Sábado Girardi e outras pessoas, são pessoas que passam a ter uma importância nacional muito grande (MARIA HELENA MACHADO).

José Roberto Ferreira foi um médico brasileiro, formado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil em 1957, ingressou na OPAS no ano de 1964, mesmo ano em que a OPAS instalou sua sede na cidade do Rio de Janeiro. Nesse ano ele assumiria também a Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM). Ele havia sido assessor da Divisão de Ensino Superior do Ministério de Educação e Cultura, havia coordenado a Comissão de Formação de Médicos do Ministério da Educação e foi diretor adjunto da Federação Pan-

Americana de Associações de Faculdades e de Escolas de Medicina (FEPAFEM). Em 1975, foi nomeado para o cargo de diretor do Departamento de Recursos Humanos da Oficina Central da OPAS em Washington, onde permaneceu até 1996 (CASTRO, 2008, p. 119; FERREIRA, 2005). Exerceu até seu falecimento, em dezembro de 2019, a função de coordenador técnico do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Cris/Fiocruz).

Quando interrogada se fazia parte deste grupo, Maria Helena Machado nos afirma que havia sido contatada por este grupo na década de 1980 por causa dos seus estudos nesta área para auxiliar na tarefa de dar um status acadêmico à área de recursos humanos em saúde, mas ressalta que o movimento era muito anterior. Maria Helena construiria sua trajetória intelectual com proximidade e colaboração às discussões elaboradas por este grupo dos recursos humanos no campo da Saúde.

Esse grupo era anterior eu apareço depois quando surge a necessidade ainda na década de 1980 de fazer estudos para subsidiar um monte de coisa, então eu entro em cena, eu e mais gente (...) eu fui contatada pelo grupo por causa da minha inserção, primeiro sindical, dos primeiros estudos que eu fiz, da minha dissertação de Mestrado. Eu só fui ter acesso a esse pessoal na metade da década de 1980 em diante, mas antes não conhecia, o movimento é muito anterior (MARIA HELENA MACHADO).

Ela vai afirmar que a história deste grupo – no qual se inclui – teria muito a ver com a origem da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:

A origem da SGTES tem muito a ver com toda essa minha história, não é eu, a minha História, mas a História de um grupo, que inclui Célia, Sábado, Pedro Miguel, Francisco Campos, Roberto Nogueira e tantos outros (MARIA HELENA MACHADO).

Esta iniciativa de buscar dar um status acadêmico área de Recursos Humanos em Saúde fazia parte de uma tentativa deste grupo de disseminar sua atuação para além das instâncias de governo. Na busca de espriar suas ações, procurava-se conformar alguns polos de estudo sobre esse tema ao redor do país, estruturas que estariam intrinsecamente ligadas e retroalimentadas pelas estruturas de governo. É nesse intuito que na Fiocruz procura-se consolidar um campo de estudos sobre “recursos humanos em saúde”, projeto que se inicia pelo convite feito à pesquisadora Maria Helena Machado.

A área começa a estruturar como uma área acadêmica. Na verdade, quando me convidaram para vir para o Rio e para a ENSP na Fiocruz foi com perspectiva de buscar dar status, construir o *status* de acadêmico da área que hoje você faz tese, entendeu? A origem é essa. Então assim...a gente tinha uma ou outra pessoa que escrevia e que fez tese sobre esse assunto, mas não tinha uma área constituída, isso é muito recente, e essa área ela se construiu pelo menos na ENSP e como a ENSP sempre teve uma missão muito propagadora de ideias e de bases para um monte de coisas para o país... então o fato da gente ter começado a ter disciplina na pós-graduação e falávamos “Olha a nossa área não é só DP e RH!”, como se falava. “Nossa área é uma área que pode ter uma

visão acadêmica e nós somos acadêmicos”, mas não falávamos assim, mas era isso que queríamos expressar. Então a partir daí começa a ter disciplina, a preocupação de fazer uma disciplina voltada para era essa área para fazer uma reflexão sobre mercado de trabalho, sobre o próprio setor saúde, sobre recursos humanos que até então era assim que chamávamos, mas hoje não se fala mais assim e sim trabalhadores e profissionais de saúde. E um pouquinho depois a gente vai a ABRASCO e diz o seguinte “Olha agora nós queremos ter status acadêmico, então nós vamos ter um Grupo de Trabalho dentro da ABRASCO” e aí foi criado (MARIA HELENA MACHADO).

Ela nos fala que essa preocupação em conferir um lugar acadêmico à área de recursos humanos em saúde daria origem ao Grupo de Trabalho de Recursos Humanos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) criado em 1994 no Congresso da ABRASCO em Recife. Maria Helena Machado torna-se a primeira coordenadora desse Grupo de Trabalho. Em 2007, este GT da ABRASCO passa a se denominar “Trabalho e Educação na Saúde”.

Contudo, esta preocupação com a inserção acadêmica da área de recursos humanos não era nova. O Núcleo de Educação em Saúde Coletiva e Nutrição (NESCON), que teve Francisco Campos a sua frente, órgão complementar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais era um polo de estudos na área de recursos humanos em saúde. O NESCON, anterior ao SUS, formou-se inicialmente com verba vinda do CNPq e montava cursos descentralizados com o intuito de responder à formação de recursos humanos para a área da saúde. Ganharia solidez com o aporte financeiro vindo do INAMPS, que tinha Hésio Cordeiro a sua frente.

Faz parte também desse esforço a instituição da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde através da Portaria nº 26 de 21 de setembro de 1999, revogada pela Portaria nº 01 de 11 de março de 2004 que dispunha sobre o funcionamento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde.

Além do mais, como vimos anteriormente, o grupo dos recursos humanos esteve à frente da área encarregada pelos “recursos humanos em saúde” junto ao Ministério da Saúde desde a sua criação.

Assim, combinavam-se para os componentes deste grupo tanto uma atuação acadêmica quanto política institucional nesta área temática.

6.8 A recomposição da SGTES

Com a articulação para a indicação de Saraiva Felipe ao Ministério da Saúde de Lula no pós-mensalão, haveria uma reorganização da composição da Secretaria de Gestão do Trabalho

e da Educação na Saúde. Saraiva indicaria seu amigo pessoal Francisco Eduardo de Campos para o comando da SGTES. Ele afirma que conhecia “Chico” desde 1973, desde a época do movimento estudantil de Medicina junto à Universidade Federal de Minas Gerais e que depois seriam colegas de Departamento nesta Universidade. Segundo afirma Saraiva, Chico tinha se dedicado desde sempre às questões referentes à educação médica, ampliando seu escopo de atuação para a área de “educação para a saúde”:

O Chico é meu colega de Departamento. O Chico ele formou um pouco antes de mim, mas eu o conheço desde o movimento estudantil em 1973. Eu via nele a pessoa talhada pra ... ele sempre se dedicou a essa questão de educação para a saúde, educação médica, mas ampliou. Depois foi Secretário executivo do UNASUS. Realmente é uma pessoa que estuda e essa é a área dele e acho que fez um bom trabalho aí que precisa ser retomado (SARAIVA FELIPE).

Francisco Campos nos fala que sua relação com Saraiva Felipe vinha desde o Projeto Montes Claros, quando Saraiva era diretor e Francisco, já professor da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) levaria os alunos para fazer internato em Montes Claros. Francisco Campos nos fala que os dois fariam um acordo para poder integrar a atuação da docência com o serviço de saúde em Montes Claros: Francisco Campos seria contratado com carga horária de 20h para a Secretaria de Saúde e em troca contrataria Saraiva Felipe com carga horária de 20h para a UFMG:

(...) mas aí então Saraiva Felipe é chamado para ser Ministro da Saúde e ele me pede especificamente com base em uma relação de Montes Claros, ele era diretor de Montes Claros quando a gente levou os alunos para o internato lá e a gente fez e bolou um negócio que... hoje talvez não precisasse disso, mas era assim: eu era 40 horas aqui na UFMG e ele me contratou 20 horas na Secretaria de Saúde, mas não é “toma lá dá cá” não, e nós contratamos ele 20 horas. Por que que era isso? Porque se eu chegasse como professor da UFMG numa Unidade, eu supervisionava o trabalho do aluno até onde pudesse, mas na hora que eu falasse o seguinte: “E essa vacina aqui? E essa cadeia de frio?” Eu não podia, eu não tinha nenhuma governabilidade sobre isso, como ele poderia como diretor do Centro regional de saúde ir discutir a cadeia de frio, mas eu não podia falar com o aluno: “Você está fazendo errado, vamos aqui discutir...”, então foi a forma que nós tivemos em termos de... do conceito que nós só tivemos na América Latina e no mundo inteiro não tem isso, de integração docente-assistencial e de ter uma proposta... (FRANCISCO CAMPOS).

Como citou Saraiva Felipe na fala anterior, Francisco Campos se engajaria ativamente e constituiria sua trajetória na área de atuação dos movimentos de mudança da educação médica.

Francisco Eduardo de Campos formou-se em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 1974. Ele cita duas experiências que o marcaram na graduação em Medicina: a primeira diz respeito à realização de uma reforma curricular na Faculdade de

Medicina da UFMG neste mesmo ano de 1974 que, na sua visão, tinha alcançado duas inovações principais: buscar diluir a lógica de um ensino centrado em disciplinas fragmentadas para disciplinas maiores que congregassem áreas maiores para alcançar um currículo mais integrado e a proposição e implantação de um internato rural:

Eu me formei na UFMG em 1974, foi um ano importante, porque foi um ano onde se fez uma reforma curricular aqui na Faculdade de Medicina, que foi uma reforma curricular que eu acredito que talvez tenha sido uma das discussões mais consistentes e mais longevas que nós tivemos na formação de pessoal no Brasil. Dois exemplos que são muito claros: naquele momento não se pôde integrar ciclo básico com ciclo clínico, porque a Reforma Universitária recém tinha estruturado isso e nós mexemos bastante a partir do terceiro ano, colocamos disciplinas integradoras no primeiro e no segundo, coisa que praticamente escola nenhuma no Brasil tinha e **teve uma coisa que é muito ousada... que é diluir o ensino por disciplina na graduação, então, quer dizer, até a reforma você fazia Cardiologia, Nefrologia, Pneumologia... e a partir daí você começa a ver disciplinas grandes, que se chama Medicina geral de adulto, Medicina geral de criança, Obstetrícia...** e eu acho que isso aí é de uma coragem... em uma Faculdade de Medicina... muito grande! Porque você tem micro poderes acumulados dentro de uma estrutura onde o professor diz, o professor manda... então... quer dizer, essa foi a primeira inovação, você fazer um currículo bastante integrado. Então bom, essa é a primeira inovação. **Acho que uma segunda inovação que foi muito grande foi a implantação do internato rural (...)** as disciplinas, ou seja, a grade curricular da medicina ela é extremamente disputada, então você ter conseguido que todos os estudantes de medicina fossem pra área rural durante três meses do sexto ano foi uma vitória muito grande. É verdade que essa vitória foi dada pelo fato de que o currículo daqui que era de cinco anos, tinha sido uma autorização especial do MEC, passou pra seis anos e você tinha um ano adicional para acrescentar ao currículo, com isso não havia muita disputa... e foi a primeira experiência, assim, pra todo mundo, quer dizer, universalizou pra todo mundo o internato rural... Evidente que tinha problema, que era assim, gente que era casado, mãe de filhos, ir lá pra roça, para algum lugar que tá a doze horas era meio complicado, na verdade teve algumas pessoas que fizeram, que se chamou naquele momento internato metropolitano, mas 90% dos alunos iam pra área rural, então, esse é o primeiro acontecimento que **eu acho que é uma experiência muito grande pra mim, trabalhar nessa questão da reforma curricular** (FRANCISCO CAMPOS, grifos nossos).

A segunda experiência que marcaria a trajetória de Francisco Campos, como ele mesmo refere, diz respeito à experiência de realização da 1ª Semana de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC) em Belo Horizonte, da qual participou como organizador na condição de estudante.

Conforma consta na dissertação de Daniela Sophia (2005), a 1ª SESAC foi realizada conjuntamente pelo CEBES em parceria com a UFMG entre os dias 21 a 27 de julho de 1974 por iniciativa de alguns estudantes de medicina da UFMG que se organizaram, através do Diretório Acadêmico Alfredo Balena, na fundação de um Centro de Estudos de Saúde e promoveram desde então várias discussões acerca da medicina comunitária. Desta iniciativa surge a ideia de organização por parte dos estudantes, com o apoio de alguns professores, da 1ª Semana de Estudos sobre Saúde da Comunidade.

Como nos narra, Francisco Campos, participaram da 1ª SESAC algumas personalidades do campo da saúde, entre as quais: Sérgio Arouca, Guilherme Rodrigues da Silva, Cecília Donnangelo, Ana Tambellini. Nessas discussões em torno da medicina comunitária discutia-se algumas experiências de mudanças curriculares no Brasil (a exemplo das experiências da UNB e da USP) e América Latina (a exemplo das experiências da Guatemala e México):

Uma segunda menção que eu posso fazer ainda em 1974 é o que nós chamamos de Semana de Estudos de Saúde Comunitária, quer dizer SESAC, eu organizei a primeira aqui em Belo Horizonte, teve participação de pessoas bastante importantes como o Arouca, o professor Guilherme Rodrigues da Silva, que era digamos assim, o decano dos preventivistas do Brasil, professor da USP, professora Cecília Donnangelo, que foi a pessoa que começou o estudo de Sociologia das Profissões no Brasil, enfim... a Ana Tambellini que era lá do Rio que estava em Campinas naquele momento ainda... foi um movimento muito grande para você começar a pensar essa história de Saúde Comunitária, como é que você podia fazer uma Medicina não hospitalar, como é que... a gente reviu experiências, por exemplo, a experiência pujante que tinha no Brasil era lá da Universidade de Brasília que tinha um currículo novo baseado nas ideias de Darcy Ribeiro né... então, tudo que era inovação a gente estava pensando nisso, a Universidade de São Carlos na Guatemala com Ronaldo Luna, a Universidade do México, Xochimilco que estava sendo lançada naquele momento, não a nacional mas a metropolitana que tinha... nacional é muito tradicional... a metropolitana teve... mas ainda assim Nacional teve um currículo paralelo importante que chamou A-36, como a USP aqui de certa maneira tinha tido também o currículo experimental, ou seja... você pensa que não vai mudar o currículo como um todo, porque é difícil porque as forças são muito conservadoras dentro de uma Faculdade, mas você faz uma turma de 10% e 20% que vai fazer um curso separado e depois compara os dois, esse da USP se chamou Curso experimental, lá no México chamou A-36. Então, já estava nesse embalo todo de reforma de currículo, Medicina Social, Medicina Comunitária... (FRANCISCO CAMPOS, grifos nossos).

Estes encontros para discussão do movimento em torno da medicina comunitária no Brasil contavam com a assessoria da Organização Panamericana de Saúde, representada pelos técnicos Juan César García e Carlos Vidal.

Depois de formado em Medicina, Francisco Campos adentraria na Residência Médica em Campinas com Sérgio Arouca. Ele cita a implosão da Residência em Campinas pela reitoria da Unicamp. De fato, a movimentação política de Arouca na Unicamp teria desagradado o reitor Zeferino Vaz, que se sentia ameaçado. Com isso, o chamado “grupo de Campinas” acabaria optando pela mudança para o Rio de Janeiro, num processo que ficou conhecido como uma “cassação branca” de Arouca e deste grupo na Unicamp no ano de 1975 (ABREU; FRANCO NETTO, 2005):

Eu fui fazer Residência Médica em Campinas com Sergio Arouca que era um dos departamentos que tinha naquele momento, tentei na UERJ também, mas na UERJ eu tinha muita amizade com Hésio Cordeiro que tinha vindo para essa SESAC aqui...enfim, não vou adentrar nas razões... nós não tínhamos internato, então muitas residências exigiam internato, então eu fui pra Campinas... Campinas em pouco tempo a Residência implodiu porque,

segundo a visão da reitoria, era um grupo de comunistas que estava fazendo... e acabou, enfim... eu acabei especificamente indo pro Rio e nesse momento a reforma curricular aqui ela começou a ser aplicada em 1975 (FRANCISCO CAMPOS).

Mas, logo Francisco Campos retornaria à Minas Gerais, chamado a coordenar o internato rural que ele mesmo havia proposto enquanto estudante, resultado da mudança curricular realizada junto à Faculdade de Medicina da UFMG. Ele menciona que conversaria com Arouca sobre o convite feito pelo professor da Faculdade de Medicina da UFMG Benedictus Philadelpho de Siqueira e afirma o que na sua avaliação teria sido uma certa preocupação de Sérgio Arouca em expandir a influência e a atuação de pessoas ligadas a ele para outros lugares do país além do Rio de Janeiro, onde tinha se fixado:

A gente tinha proposto lá como estudante em 1974 o internato Rural, aí o diretor da Faculdade de Medicina daqui, o professor Philadelpho, que também foi presidente da ABRASCO, Presidente da ABEM, pessoa bem conhecida no meio da Saúde Pública nacional, me procurou e me disse isso: “Vocês propuseram internato rural e eu não sei como fazer isso, então nós vamos”... aí eu conversei com Arouca, acho que Arouca teve também uma visão de que não podia ficar os filhotinhos dele todos centrados lá no Rio de Janeiro, **então ele próprio Arouca teve uma ideia de que a gente se espalhasse e então eu vim pra aqui**, coordenei o internato rural (FRANCISCO CAMPOS, grifos nossos).

Já referimos anteriormente que tanto Sérgio Arouca quanto Francisco Campos estavam ligados à tradição do Partidão. Foi por meio dessa aproximação e da sua vivência junto ao “grupo da esquerda sanitária” que Francisco Campos seria indicado para o cargo de Secretário de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, em 1985, na Nova República. Francisco Campos fala que houve ainda convite de Hésio Cordeiro para ele ir para o Rio de Janeiro (e para onde iria José Paranaguá), mas eles fariam uma composição de modo que Campos iria para Brasília e Paranaguá para o Rio de Janeiro. Com isso, Francisco reitera mais uma vez a prática corrente entre aqueles ligados ao Partidão na sua distribuição entre os espaços institucionais e confirma o alinhamento político entre Ministério da Saúde e INAMPS durante a gestão de Carlos Santana, na pasta da Saúde:

Na Nova República eu fui convidado para ser o Secretário de Recursos Humanos do Ministério da Saúde que era a maior autoridade do Ministério da Saúde que havia em termos de em termos de... nessa área... de Recursos Humanos. Fui convidado especificamente por Eleutério Rodrigues Neto, que era o Secretário Executivo do Ministério da Saúde. Eu poderia ter também... tinha também o convite do Hésio Cordeiro para ir pro Rio, aí todo mundo achava que era mais próximo do Hésio Cordeiro do que do Eleutério e de fato eu era, mas houve um arranjo, uma discussão... o José Paranaguá Santana, que era uma pessoa da OPAS aqui no Brasil foi para o Rio e eu fui para Brasília, poderia ter sido ao contrário, não fazia muita diferença porque a gente sempre... porque nós criamos uma prática de trabalhar muito em conjunto. Tudo que a gente fez no Ministério da Saúde foi em conjunto com o INAMPS naquele

momento. Então, isso dura durante o governo Carlos Santana (FRANCISCO CAMPOS).

Tendo participado ativamente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Francisco Campos foi escolhido como coordenador do Grupo de Trabalho de Recursos Humanos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) constituído por Francisco Lopes, Joana Azevedo da Silva, Francisco Nogueira, Marcelo Torres Teixeira Leite, Maria Cristina Fekete, Maria José Rossi e Sábado Nicolau Girardi.

Campos ficaria pouco tempo na Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, sendo substituído por Tânia Celeste Matos Nunes. Retornando mais uma vez à Minas Gerais, Francisco Campos se tornaria coordenador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) no período de 1986 a 1989. Foi na gestão de Francisco Campos junto ao NESCON que este órgão ganharia sustentabilidade e robustez financeira a partir da parceria firmada com o INAMPS.

Francisco Campos nos fala que ao se ratificar a eleição de Fernando Collor no Brasil, decidiria por aceitar um convite feito para trabalhar na Organização Panamericana de Saúde em Washington:

A gente fica nessa construção e quando chega em 1990, em 1989... nuvens negras se formavam no céu desse país com o anúncio de uma possível vitória de Fernando Collor e a decisão que eu tomei naquele momento, em termos pessoais, mas era uma decisão puramente levada por uma certa decepção do que estava pra vir aqui no Brasil, eu tomo a decisão de aceitar um convite da Organização Panamericana de Saúde para trabalhar lá em Washington nessa área de recursos humanos (FRANCISCO CAMPOS).

O convite feito à Campos para a OPAS de Washington partia de José Roberto Ferreira, médico brasileiro, que era conhecido por ser a grande liderança do grupo dos recursos humanos em saúde no Brasil.

Eu entrei na OPAS em 1989 convidado por Zé Roberto Ferreira que foi... através de concurso, fui para lá e fiquei sete anos (FRANCISCO CAMPOS).

Ele nos fala que sua visão da OPAS era um sonho porque estava vinculada à imagem do argentino Juan César García, que o tinha convidado, ainda enquanto estudante, para ir para a OPAS de Washington. Como registramos anteriormente, Juan César García acompanhava pela OPAS o movimento da medicina comunitária no Brasil e a iniciativa das Semanas de Estudos de Saúde Comunitária (SESACs), que contavam em Minas Gerais com a participação e protagonismo de Francisco Campos:

Mas a OPAS naquele momento era pra mim, era um sonho, né. Era um sonho porque eu conhecia a OPAS de Juan César García, que tinha se tornado... ele chegou a me chamar pra ir a Washington ainda como estudante, acabou que

não deu certo porque no Brasil você tinha que ter visto de saída e eu sei que complicou no final das contas. Ele tinha acabado de publicar o livro dele que é “La educación médica en América Latina” e eu tive uma amizade... quer dizer, na verdade, amizade assim, no conhecimento... não ia na casa dele... conheci a Carlota, mas o Juan César era muito amigo do Domingos Gandra que foi um professor aqui da Faculdade de Medicina e se você fazer uma genealogia você vai ver assim “Juan Cesar Garcia é o ‘pai’ e você é a bisneta!” (FRANCISCO CAMPOS)

Além de Juan César, Francisco Campos cita outras grandes figuras a quem devotava admiração e que estavam àquela altura na OPAS: José Roberto Ferreira, Maria Isabel Rodrigues, Carlos Vidal, Hésio Cordeiro. A presença destas pessoas pesava a favor na sua decisão em integrar a Organização:

Para mim a OPAS era o Juan César Garcia, era o José Roberto Ferreira... Maria Isabel Rodrigues que foi durante os últimos oito anos Ministra de Saúde e assessora presidencial lá de El Salvador no momento em que Farabundo estava no poder e ela foi anteriormente Reitora da Universidade de El Salvador, antes disso ela tinha sido consultora da OPAS e era minha vizinha de porta lá na OPAS... então quer dizer, na verdade o próprio Juan Cesar Garcia tratava ela como mestra e como uma pessoa muito importante, e na verdade a OPAS para mim era isso.... era Carlos Vidal que foi ministro de saúde no Peru, era Maria Isabel Rodrigues e eu tinha aquela admiração muito grande porque se você pensar bem, tipo assim... o Hésio Cordeiro... uma daquelas coisas que a gente ficava ouvindo na mesa de boteco... e às vezes ele contava quando ele ia na OPAS, quando ele tinha uma reunião na OPAS, o Arouca contava também e o Granda contava também, **então a OPAS para mim era isso, ser consultor da OPAS era uma coisa extraordinariamente grande por essas pessoas** (FRANCISCO CAMPOS, grifos nossos).

Francisco Campos trabalhou na OPAS numa proposta de planejamento de recursos humanos a partir de sistemas de informação na área da saúde, depois Campos se inseria na área de “educação médica”, a mesma área de atuação de José Roberto Ferreira e ainda na área de “educação de saúde pública”, permanecendo por pouco tempo nesta terceira. Campos comenta que José Roberto Ferreira era criticado pela priorização dada à educação médica em detrimento das outras áreas, mas ele fala que as áreas de educação de nível técnico e educação contínua (reorientada e substituída posteriormente pela “educação permanente”) eram restritas, tinham pouca expressão na OPAS. Francisco Campos comenta ainda que foi nesta experiência de trabalho junto à OPAS que pela primeira vez entraria em contato com o conceito de “educação permanente”:

Na OPAS talvez foi a primeira vez que eu tive a interação com esse contato do que que é “educação permanente”, quer dizer... eu estava em “educação médica” que era o campo de preferência do José Roberto Ferreira, que sempre pensou em educação médica e o pessoal até dizia de certa maneira, os críticos dele, que ele meio que desprezava as outras... tinha uma assessora enfermeira mas o pessoal dizia assim: “Educação médica repete ou rebate pra educação em enfermagem”, mas as outras áreas tinha pouco... educação de nível técnico lá com o Jorge Haddad, educação que era contínua e que virou permanente... um conceito muito restrito né (FRANCISCO CAMPOS).

Estando na OPAS de 1989 a 1996, Francisco Campos sairia junto com José Roberto Ferreira por divergências no modo de condução da OPAS adotado por George Alleyne, que havia sido eleito diretor da OPAS em sucessão ao médico piauiense Carlyle Guerra de Macedo. Alleyne ficou à frente da OPAS entre os anos de 1995 a 2003 e em sua gestão seria fechada a revista “Educación médica y salud”. Segundo Francisco Campos afirma, esse diretor restringiu a atuação da OPAS nos países às demandas imediatistas requisitadas pelos Ministros da Saúde, o que significava em última análise na área de recursos humanos a realização de treinamentos em vez de uma atuação mais global e ampliada desta Organização:

Então eu fui de 1989 a 1996, em 1996 eu resolvi voltar porque a OPAS perdeu essa compreensão que ela tinha... a OPAS teve um grande diretor que foi Carlyle Guerra de Macedo que é um brasileiro, piauiense que foi uma pessoa que certamente tinha uma visão muito descortinada do que que era saúde e ele cria... super criativo, por exemplo, todo aquele movimento: “Saúde, uma ponte para a paz”, a América Central em guerra ainda e ele quem lança... ele era... quer dizer, a questão de ligar Saúde e Desenvolvimento, para esse diretor era muito claro. Em seguida por razões que não vale a pena discutir, o Carlyle lança como sucessor dele uma pessoa notória na área dele como pesquisador que se chama George Alleyne, que é um cidadão de Barbados e que ele tem uma visão muito técnica das coisas, então o Alleyne era o seguinte: “Quem constitui a OPAS são os Ministérios da Saúde, portanto nosso mandato é dado pelo Ministério da Saúde”. Por exemplo, o Carlyle entrava muito na história de saúde e desenvolvimento, e o que é que tem a ver? “Ah, não tem nada a ver porque o Ministro da Saúde manda a gente fazer vacina”, então de certa maneira o Alleyne restringiu esse tipo de coisa. E aí o Zé Roberto saiu também, então na área de recursos humanos, o pensamento do Alleyne é isso: “O que nós vamos fazer é o que os Ministros da Saúde requisitam”, na visão deles muito imediatista porque todos têm que salvar suas cabeças no dia a dia em cada um dos seus quarenta países. Então foi assim. “Na verdade, o que que você está conversando com sindicato, com universidade? Isso não é mandato nosso! O mandato nosso, de novo, treinar pessoas para aplicar bem a vacina! Você ficar discutindo se tem carreira médica, se a educação deve ser assim ou assado, isso não é assunto meu, isso é assunto de outras pessoas”. Ele tomou aquela decisão a meu ver equivocada, ele chama um lema que é o seguinte “One Organization, one journal”, então fechou todos os jornais, “Educación Médica y Salud” rodou nessa aí... quer dizer deixou de ter a relevância que tinha, de conversar... nem com a Universidade ele queria conversar porque ele achava que isso não era um mandato... porque o mandato dele é um mandato dado pelos Ministros da Saúde e os Ministros da Saúde querem treinamento... (FRANCISCO CAMPOS).

Depois de se desligar da OPAS, Francisco Campos retornaria à Minas Gerais, onde assumia pela segunda vez o cargo de coordenador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) durante a gestão de 1996 a 2005.

Em julho de 2005, como já referimos, Saraiva Felipe indicava Francisco Campos ao cargo de Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Também já afirmamos que Saraiva Felipe e Francisco Campos forjariam suas trajetórias no campo de atuação política do Movimento Sanitário mais vinculado ao Partidão. Mario Rovere nos afirma que a chegada de Francisco Campos à SGTES recuperava um pouco a expectativa do “Partido Sanitário”, que ocupava a administração federal na área referente aos “recursos humanos em saúde” desde a sua criação. Para Rovere, a indicação de Francisco Campos para o comando da SGTES era vista como um retorno do Partido Sanitário a este campo de atuação no nível federal de governo, como uma continuidade:

Eu acho que Francisco Campos, ele recuperou um pouco a expectativa do Partido Sanitário, então ficou como uma continuidade, e imagino que essa briga já desapareceu, é uma situação já passada (MARIO ROVERE).

Um indício interessante dessa visão de “continuidade” ou “retomada” deste campo de atuação pelo Partido Sanitário, pode ser vista na fala de Francisco Campos, ao falar sobre sua indicação à SGTES ao designar-se como o segundo “Secretário de Recursos Humanos”, posição que ele havia assumido no governo federal desde a Nova República, pelas relações com o antigo Partidão:

(...) então no governo Lula eu sou chamado para ser o segundo Secretário de Recursos Humanos, na primeira parte do governo Lula quando o Humberto Costa foi Ministro a Maria Luiza Jaeger foi a Secretária (FRANCISCO CAMPOS).

Este uso do termo, proposital ou não, serve para contar uma história linear, sem inflexões nem conflitos, deste campo de atuação. Mas, como vimos, a criação da SGTES por Maria Luiza Jaeger se faria em cima do rompimento no plano conceitual e político com o campo de desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, operando uma transição paradigmática para a “gestão do trabalho e educação na saúde”.

É interessante observar que Maria Helena Machado, uma socióloga petista, valida a visão de que a Reforma Sanitária Brasileira não foi feita pelo PT e sim pela esquerda vinda do “Movimento Sanitário”, reiterando a narrativa contada por Sarah Escorel de um movimento sanitário “nitidamente vinculado ao PCB”, posição contrária à de sua colega socióloga também do PT, Maria Luiza Jaeger, que se contrapõe à narrativa única contada pelo Partidão e vai buscar visibilizar outras histórias, como já abordado neste trabalho. Maria Helena Machado nessa análise afirmaria que, em parte por isso, o momento da crise política do mensalão foi crítico, pela cessão do Ministério da Saúde que estava com o PT para o PMDB de Saraiva Felipe, que também vinha do Partidão. No entanto, ela ressalta que mesmo na gestão de Humberto Costa, nem todos os Secretários eram petistas, a exemplo de Sérgio Arouca, que vinha do Partidão e havia migrado para o Partido Popular Socialista (PPS). Com a chegada de Saraiva Felipe do

PMDB ao Ministério da Saúde, ele faria uma mudança e Maria Helena destaca especificamente a mudança feita na SGTES, que passaria para o comando de Francisco Campos:

Foi um momento crítico, extremamente crítico e muito duro porque o PT que para mim, acho que essa coisa... antes do PT era o grande líder da saúde, e **a gente sabe que a Reforma Sanitária não foi feita pelo PT e sim pela esquerda, pelo Movimento Sanitário**, então isso já é um corte complicado, essa coisa que só... apesar que a primeira parte do governo até 2005, não, até 2004 porque em 2005 a reforma já estava em andamento, o Humberto por exemplo tinha Secretários de... não eram só todos petistas, não eram, todo mundo sabe que não era. O próprio Arouca fazia parte, mas quando o PT sai há uma troca de pasta que a gente pode usar esse termo e o PMDB assume, o ministro Saraiva assume e ele faz uma mudança com o Francisco Campos, que morava em Belo Horizonte como eu, depois eu vim para o Rio, e as primeiras pesquisas – com Donnangelo - que eu fiz, como te falei, foi no mesmo departamento que ele trabalhava e ele já era professor da Universidade e eu era uma pessoa que recebia pelo trabalho e pelo projeto de pesquisa e nada além disso. **E aí eu acho que essa minha aproximação com ele facilitou o nível de confiança ser muito grande entre eu e ele, e o Chico tem uma forma de trabalhar muito interessante, ele dava muita autonomia e aí surge uma aliança grande e tudo no departamento de gestão do trabalho se manteve, ou seja, não teve nenhuma alteração, tanto no caso o Ministro Saraiva e depois com o Ministro Temporão que é meu colega de departamento lá na ENSP, tudo fluiu bem e permitindo avançar (MARIA HELENA MACHADO, grifos nossos).**

Na narrativa de Maria Helena Machado, ela destaca sua aproximação e a criação de uma relação de confiança com Francisco Campos desde as primeiras pesquisas com Cecília Donnangelo em Minas Gerais, onde residia antes de ser convidada para o Rio de Janeiro. Ponto importante é o destaque que ela faz à autonomia dada por Francisco Campos a ela, uma característica, segundo ela mesma afirma, da “forma de trabalhar” de Francisco, o que contribuiria para o que ela designa da “formação de uma aliança” entre os dois. Vale lembrar que Maria Luiza Jaeger havia restringido a atuação de Maria Helena Machado na primeira conformação da SGTES (com a indicação de Lica à Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS), devido às diferenças de posição entre as duas no encaminhamento das pautas relativas ao trabalho em saúde.

Como o próprio Francisco Campos relata, Maria Helena Machado permaneceu no comando do DEGERTS. Ao nos narrar isto, ele faz questão de ressaltar a experiência adquirida por ela em Minas Gerais no campo de estudo da Sociologia das profissões. Como vimos anteriormente, Francisco Campos atribui a si o encontro entre Maria Helena Machado e Cecília Donnangelo, que teria apresentado as duas, encontro que marcaria em definitivo o ingresso de Maria Helena neste campo de estudos do setor saúde:

(...) na verdade no trabalho...no Departamento da Gestão (DEGERTS) com uma pessoa que era altamente experiente e que vinha da época da Maria Luiza que é a Maria Helena Machado, a Maria Helena certamente desde a experiência daqui de Minas já tinha uma experiência muito grande do que que é gestão, o

que que são profissões, como é que você conversa com as profissões...
(FRANCISCO CAMPOS).

Quando questionado se havia sido ele quem tinha convidado Maria Helena Machado a permanecer, Francisco afirma que não, que Maria Helena Machado já vinha desde a gestão de Maria Luiza Jaeger. Ao falar isso, Francisco Campos nos fornece indício para afirmar que a continuidade de Maria Helena Machado no DEGERTS não passaria por ele, mas sim, teria a ver com a trajetória partidária de Maria Helena junto ao PT:

Não, a Maria Helena já estava lá com a Maria Luiza Jaeger. A Maria Helena é uma pessoa que é uma militante partidária e isso ela não nega pra ninguém porque tem a ficha pública do PT e quando a Maria Luiza foi ser Secretária a Maria Helena foi convidada pra ser diretora desse departamento que é o DEGERTS (FRANCISCO CAMPOS).

Assim, mesmo mudando o comando da SGTES, que havia ficado na divisão relativa à sua primeira conformação com o grupo do Rio Grande do Sul (ligado à Olívio Dutra, que também saía do governo no pós-mensalão), Maria Helena Machado, que havia sido indicada na cota do PT pelo próprio Ministro Humberto Costa, permaneceria no governo Lula. Este fato, por outro lado, é ilustrativo de que alguns grupos do PT ficaram no governo e outros saíram depois da crise do mensalão. Com base exatamente em quê se daria a decisão de quem deveria ficar ou sair do governo?

De fato, quando indagada quem a convidaria a permanecer no governo, Maria Helena Machado responderia que haviam sido os mesmos atores que possibilitaram sua indicação a este lugar: o PT e o Movimento Sindical do Rio de Janeiro. Ela afirma que aguardou até ser definida a mudança da pasta, mas viu que o “grupo” que entraria nesta nova conformação do governo não era “nenhum inimigo”, mas sim pessoas em quem se podia confiar, o que a deu segurança de permanecer no cargo, que ela considera ter sido um acerto:

O Partido, porque o governo continuava Lula... o Movimento Sindical, o pessoal aqui do Rio, toda a estrutura e até já naquela perspectiva que assumiria um grupo que não era nenhum inimigo nosso que estava entrando no governo, então eu aguardei e quando eu vi que quem estava entrando eram pessoas que eu podia confiar, eu acabei ficando, e até porque o governo é Lula e não me arrependo nenhum minuto de ter feito isso, foi a coisa mais correta que eu fiz se eu tivesse saído eu teria cometido um grande erro, um estúpido erro! Que bom que eu fiquei! (MARIA HELENA MACHADO, grifos nossos).

Assim, por definição do PT e do Movimento Sindical, o DEGERTS permanecia a cargo de Maria Helena Machado, que contava com a grande autonomia conferida por Francisco Campos.

Com a definição de que o DEGERTS ficaria a cargo de Maria Helena, Francisco Campos procuraria incidir sua atuação no Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). Para o comando do DEGES seria convidada Célia Pierantoni, professora do Instituto de Medicina Social da UERJ. Ela nos fala que o convite foi feito por Francisco Campos em um Congresso da Rede Unida no Paraná. Ao nos narrar como se deu o convite, ela afirma que ela e Sábado Girardi seriam chamados por Francisco Campos, mas ela inicialmente recusaria por ser casada e morar no Rio de Janeiro de onde não gostaria de sair, entretanto seria incentivada pelo esposo a aceitar o convite:

O Chico, ele quando foi convidado para assumir a SGTES sem ter assumido ainda, a gente estava no congresso da Rede Unida em Santa Catarina, eu me lembro como se fosse hoje, eu não tinha a menor ideia, não tinha vontade, não tinha nada... O Chico me chamou e disse que estava sendo cogitado pra ir pro Ministério e chamou eu e Sabinho que era do PT, e estava o Paranaguá nessa conversa, se eu não queria ir pra área de educação, eu disse pra ele que não, mas... eu era casada, o marido jornalista e eu não queria sair daqui do Rio, não tinha a menor vontade, eu não tinha vontade mesmo sabe, do cargo, eu preferia... mas aí o Jaguar estava comigo lá e foi quando eu contei pra ele: "Pois é, não aceitei não. Eu disse que você jamais mudaria para Brasília" e aí ele falou "Por que não?" e ele falou com o Chico na época "Por mim a senhora pode ir" e foi e nos mudamos para Brasília e ele ficou lá se divertindo... foi muito divertido pra ele, fez vários amigos, enfim... (CÉLIA PIERANTONI).

Célia Regina Pierantoni, formada em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), trabalhou como clínica e foi docente da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ na área de Diabetes e Metabologia, fez Mestrado em Endocrinologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC RJ) em 1979 e Doutorado em Saúde Coletiva pela UERJ EM 2000. Depois de 1985, Célia foi convidada para trabalhar na Superintendência de Recursos Humanos do Rio de Janeiro ligada ao INAMPS, onde foi convidada para coordenar a área de formação em saúde de nível superior e médio, ficando a cargo da implementação do Projeto de Formação em Larga Escala no estado do Rio de Janeiro:

Depois de 1985 eu fui convidada, eu era clínica trabalhava como clínica e era professora da UERJ da Faculdade de Medicina na área de diabetes e metabologia, e aí eu sou convidada para ir para Superintendência de Recursos Humanos do Rio de Janeiro pra cuidar de toda parte de coordenação dos processos de formação. Eu sou convidada pela coordenadora da época, a Virgínia... na época o Secretário era o Francisco Barbosa e aí a Virgínia assumiu e me convida para ocupar uma área da formação de nível superior e de nível médio, era uma área que coordenava tudo e com isso na época no INAMPS isso significava que eu coordenava toda a área da Residência, quer dizer tudo, estágios curriculares de nível superior, todos, e a formação de nível médio essencialmente naquela época se chamava o Projeto de formação em Larga Escala, então eu participei da implementação do projeto no âmbito do estado do Rio de Janeiro (CÉLIA PIERANTONI).

Entretanto, com o avanço da discussão sobre a agenda de reformas na década de 1980 na área da saúde que mobilizaram a criação do SUS, o INAMPS seria esvaziado de suas competências que passariam a ser executadas pelas instâncias federal, estadual e municipal do Sistema de Saúde. Célia afirma que a intenção de Hésio Cordeiro do Instituto de Medicina Social da UERJ, que estava à frente do INAMPS era justamente desmontar essa estrutura para descentralizar suas funções e preparar terreno para a construção do SUS:

Isso tudo foi durante a gestão do Hésio no INAMPS, teve um período que o Arouca entrou na Secretaria, ou seja, isso tudo foi um período... qual era a política na época? Era desmontar o INAMPS como estrutura pra se descentralizar e fazer o SUS, inicialmente SUDS, era essa a lógica, não sei se alguém já te falou isso, a lógica era essa de desmontar, e efetivamente a função do Hésio foi essa, desmontar o INAMPS. Às vezes as pessoas dizem... mas ele foi e teve um papel muito importante... ele desmontou no bom sentido a estrutura pesada do INAMPS, para o bem ou para o mal, mas na época era... Hésio era o presidente do INAMPS, na época era presidente, e então qual era a ideia? A ideia era desmontar o INAMPS para que as funções do INAMPS fossem articuladas para montar o SUS, ou seja, descentralizar a estrutura do INAMPS que era centralizada (CÉLIA PIERANTONI).

Assim, Célia Pierantoni se engajaria na montagem de uma estrutura que desse conta da agenda dos “recursos humanos em saúde” junto à Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro: a “Superintendência de Desenvolvimento e Administração de Recursos Humanos em Saúde”, que seria criada pela extinção de um antigo “Departamento de Programas Especiais”:

Quando se montou a reestruturação... isso já final de 1980 e pouco, quando se montou a reestruturação da Secretaria de Estado de Saúde, eu sou convidada para ir para um lugar que não tinha ainda estrutura pra montar a estrutura da Secretaria na área de recursos humanos... e aí eu vou coordenar uma coisa que eu montei na época junto com o Chorny, com quem estava lá... a gente montou a estrutura para o SUS, porque antes eu entrei no SUDS, e aí a gente monta essa estrutura que teve um nome comprido: “Superintendência de Desenvolvimento e Administração de Recursos Humanos em Saúde”, esse nome foi dado desse jeito grandão pra... porque foi uma mudança muito grande na estrutura da Secretaria porque a origem dessa estrutura é um tal de “Departamento de Programas Especiais”, quer dizer, eu ocupei o cargo de diretora desse departamento porém dessa foi uma coisa pequena porque logo a gente transformou essa Superintendência com esse nome grandão... (CÉLIA PIERANTONI).

A mudança operada a partir da saída de Hésio Cordeiro do INAMPS e da sua reestruturação reverberaria em uma mudança inclusive das instalações físicas das antigas estruturas daquele órgão. Célia nos narra ter sido este o caso de sua área relativa aos recursos humanos do antigo INAMPS:

A minha área fez uma mudança física, entendeu? Foi muito interessante, mudou com os móveis de um dia para o outro, quando o Hésio foi demitido do INAMPS, no dia seguinte nós fizemos uma mudança... mudança física mesmo, tiramos os móveis, sabe?! A Superintendência... na época não era... eu sentada nessas cadeiras no meio da rua esperando um caminhão pra levar pra não voltar pra trás... foi muito interessante, foi um período muito... vou te dizer uma coisa:

foi um dos períodos mais criativos em termos de você ter uma determinação política e você ter uma operacionalização dessa política, eu acho, que foi um dos mais criativos que nós tivemos... (CÉLIA PIERANTONI).

Célia nos afirma que permaneceria na Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria de estado do Rio de Janeiro - criada por ela - por algum tempo, até ser exonerada por questões políticas e substituída por Mario Dal Poz. Retornando à Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, Célia pediria transferência para o Instituto de Medicina Social, onde passou a atuar como pesquisadora:

A gente monta essa Secretaria e eu devo ter ficado nessa Secretaria mais algum tempo, tá! E logo depois, por questão política, eu sou exonerada e sou substituída pelo Mario Dal Poz aqui no Rio de Janeiro. Bom, nisso eu saio de lá e volto para a UERJ, mas já querendo me transferir para o IMS, fiquei aqui um período de guerra dentro da UERJ para sair da Faculdade de Medicina e vim para o Instituto... (CÉLIA PIERANTONI).

Pertencente ao “grupo dos recursos humanos em saúde”, no Instituto de Medicina Social da UERJ, Célia Pierantoni se engajará no esforço de consolidação desta área acadêmica ligada aos RHS e na montagem do Observatório de Recursos Humanos do IMS/UERJ.

Célia nos afirma que era simpatizante do Partidão, frequentava as reuniões, mas não se filiaria por causa de seu pai, que era imigrante italiano e havia fugido do fascismo e tinha medo de filiação política:

Eu era digamos... simpatizante, eu nunca fui filiada do Partidão, mas eu frequentava. Não me filei por um motivo simples: porque meu pai veio imigrante da Itália fugindo do fascismo e ele morria de medo de qualquer filiação política, filiação mesmo, o rótulo, quer dizer, a família dele, ele veio pequeno da Itália, então foi sempre uma coisa difícil. Para você ter uma ideia, na época da ditadura meu pai ficava bravo, eu fui daqui da UERJ e meu pai vinha para o estacionamento vigiar quando tinha o carro do DOPS, não era polícia, era DOPS mesmo, ele saía pra me tirar da sala e avisava pra todo mundo que tinha DOPS rondando, de tal medo que meu pai tinha, meu pai morria de medo e então eu tive essa minha... digamos que sou simpatizante, filiação eu nunca tive (CÉLIA PIERANTONI).

Já no DEGES, Célia Pierantoni trabalharia junto à Francisco Campos na sua reestruturação e na definição dos nomes para a ocupação das Coordenações deste Departamento.

Na montagem de sua equipe no DEGES, Célia convidaria Ana Estela Haddad, que estava saindo do Ministério da Educação (uma vez que seu esposo havia sido indicado para Ministro da pasta) e detinha a função de interlocutora desse Ministério com a SGTES. Francisco Campos narra isto, ao ressaltar a sagacidade de Célia na proposição do nome de Ana Estela Haddad para compor a Coordenação Geral de Ações Estratégicas, que cuidava das questões referentes à educação superior no interior do DEGES:

Até que quando eu vou pra SGTES eu tive um auxílio muito grande de uma pessoa que é muito clarividente, uma das pessoas mais inteligentes que eu conheço no Brasil que se chama Célia Perantoni, que foi uma pessoa que colaborou no primeiro tempo em que estive lá e a Célia é muito sagaz, se você me perguntar uma palavra para ela seria sagacidade, ela tem uma visão muito boa das coisas, ela tem esperteza e tino pra entender das coisas e por felicidade a Célia naquele momento consegue pegar uma pessoa que está no MEC e que não pode ficar no MEC mais e não pode ficar por questão hierárquica que é a Ana Estela Haddad que já tinha um trabalho muito grande no MEC e a Célia convida ela pra ser da educação superior... (FRANCISCO CAMPOS).

Ana Estela Haddad, odontóloga de formação, especialista na área de Odontopediatria, construiu carreira como odontóloga clínica na área de crescimento e desenvolvimento infantil, fez mestrado e doutorado na Universidade de São Paulo (USP) onde mais tarde prestaria concurso para docente. Depois do doutorado, Ana Estela Haddad ingressou como docente da Universidade de São Paulo:

Então em um determinado ponto da minha carreira eu prestei depois do doutorado o concurso na USP e acabei conseguindo me tornar docente na USP, isso envolveu também uma escolha pessoal difícil que foi largar a vida clínica que eu sempre gostei porque aí o regime de trabalho já passou a ser de dedicação exclusiva que por causa da avaliação da CAPES já não se abria mais vagas na minha área em tempo parcial, então eu fiz essa escolha... (ANA ESTELA HADDAD).

Iniciando carreira acadêmica como docente da USP, Ana Estela seria atravessada, entretanto por um acontecimento familiar: seu esposo, Fernando Haddad seria chamado para compor a equipe de trabalho do Ministro do Planejamento do governo Lula, Guido Mantega. Ela nos narra a insistência de seu esposo para tentar convencê-la a mudar-se para Brasília, contando com resistência de sua parte:

(...) e aí eu prestei mas eu não consegui comemorar porque não era meu perfil, eu falava: “mas esse perfil é pra quem é pesquisador, é tempo integral e vai pro laboratório e não é meu perfil”. Bom, eu levei seis meses para tomar posse porquê.... eu tomei posse no último dia e se eu não tomasse posse eu perdia o concurso de tanto que eu tinha dificuldade de largar o Consultório, mas tomei. E aí comecei a me envolver com a pesquisa. **Bom aí eu tinha meus filhos e minha filha era pequena, tinha dois anos de idade e aí meu marido recebeu um convite para ir para Brasília, ele foi trabalhar com o Guido Mantega no Ministério do Planejamento e eu fiquei. Bom aí no começo aí ele vinha e ele sempre falava que não queria ficar longe da gente, da família e que a gente devia ir para lá...** E aí eu estava resistindo porque eu estava recém contratada e fazendo minha carreira, levei vinte anos quase pra prestar o concurso e pra passar no concurso e estava cuidando da minha vida né! E aí... “não, vai pra UNB”, eu cheguei a conversar com a UNB mas eu olhava pra UNB e via o que eles estavam fazendo lá e o que eu estava fazendo aqui e eu falei: “Não vou sair daqui pra ir pra UNB e assim botar tudo a perder” (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

Mas sua resistência a ir para Brasília não durou muito. Como ela nos afirma, mesmo contando com a sua oposição, Fernando Haddad, seu esposo, distribuiria seu currículo e a partir

disso viria o convite feito à Ana Estela para trabalhar no Ministério da Educação de Lula, que tinha Cristovam Buarque à sua frente:

Bom, aí vai e vem e vai vem e aí ele foi mandando meu currículo mesmo sem eu querer e aí acabou vindo um convite para eu trabalhar no Ministério da Educação e quando veio o convite para eu trabalhar no Ministério da Educação, claro que tinha a questão pessoal e meus filhos eram pequenos... e aí eu falei: “Puxa vida né! Eu tô fazendo uma carreira acadêmica na Universidade pública e conhecer mais de perto a política educacional do país pode ser uma coisa importante para a minha carreira também!” Então eu acabei considerando a possibilidade e fui. Meu começo na gestão pública foi no Ministério da Educação e na época o Fernando trabalhava no Ministério do Planejamento e eu achei que ia trabalhar ou na CAPES ou no INEP e no fim eu fui cair no gabinete do Ministro e na época era o Ministro Cristovam Buarque (ANA ESTELA HADDAD).

Ana Estela Haddad passou a trabalhar como assessora junto à equipe de gabinete do então Ministro da Educação Cristovam Buarque. Vinda da Academia, Ana Estela relata que sentiria dificuldades por conta de sua falta de experiência na gestão, mas procuraria estudar e conhecer as políticas na área de educação levadas a cabo pelo MEC:

Eu me senti, logo que eu cheguei, defasada em termos assim de gestão, eu não tinha experiência na gestão, então eu fiz um mergulho e fui assim... eu usava todo o tempo que eu tinha pra estudar, pra conhecer todas as políticas que o Ministério oferecia, acompanhava a mídia de ponta a ponta da Educação, tudo que saía e todo lugar que eu podia, enfim eu fiz uma imersão, sei lá, eu acho que um doutorado em seis meses mais ou menos assim, porque o ritmo que você tem que fazer de buscar informação e aprendizado é muito grande quando você está na gestão, não é o ritmo da Academia, é outro! (ANA ESTELA HADDAD)

No MEC, logo quando chegou, coube à Ana Estela Haddad algumas tarefas de cunho administrativo, ela mesma nos relata:

Bom e aí eu ia assumindo as tarefas que me davam. Eu estava no gabinete como assessora do Ministro e tentando aprender com tudo, com os outros assessores, com o chefe do gabinete que era com quem eu despachava, até com o pessoal do apoio administrativo que você começa com ofício, memorando, lei, portaria, decreto e tem mil... o legislativo, o executivo, o judiciário, como é que se relacionam, é um aprendizado... (ANA ESTELA HADDAD).

Nesse trabalho administrativo, Ana Estela acumulava expertise na elaboração e negociação de documentos. Ela fala como trabalharia na escrita e nas negociações internas das 27 versões da Lei do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior:

Eu me atraía mais pelas questões do ensino superior, eu estudava tudo, estudava educação básica também, mas me atraía o ensino superior e comecei a estudar e bem naquela época a gente estava escrevendo a lei do SINAES, do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior que teve 27 versões até chegar na versão final da lei e eu acompanhei de perto, eu que fazia as correções e mediava as partes do INEP, com a SESU, com a Casa Civil e trabalhava todo aquele processo e foi um aprendizado imenso pra mim de entender como é que o sistema da educação superior no Brasil funcionava e entender o patrimônio que a gente tem no setor público. A gente tem um

sistema de avaliação, a gente tem um sistema de regulação da educação que bem ou mal funciona em um país continental e foi um aprendizado muito importante (ANA ESTELA HADDAD).

Na gestão de Cristovam Buarque, uma das tarefas de Ana Estela consistia em responder cartas que chegavam ao Presidente Lula, que correspondiam ao setor educacional e que iam para serem respondidas pelo MEC pelo fato de terem relação com as discussões de responsabilidade deste Ministério. Nessa tarefa de responder às cartas que chegavam à Presidência da República, Ana Estela Haddad se deparava com a demanda que parecia ser mais evidente: a falta de acesso dos jovens à educação superior:

E aí a minha primeira vivência que mudou a minha vida e me fez amar e gostar de políticas públicas, que mudou minha carreira acadêmica inclusive, porque eu não voltei pro mesmo lugar de onde eu saí foi a seguinte vivência: eu tinha que responder cartas, uma das minhas tarefas era responder cartas, eram cartas que iam para o Centro de Documentação da Presidência da República e as cartas de educação vinham para o Ministério da Educação, tinha um setor que respondia com cartas-padrão e as mais complicadas que não cabiam nas cartas-padrão vinham para minha caixa de e-mail, então eu tinha um panorama dos principais problemas que a população reclamava porque o presidente Lula era um presidente muito popular e as pessoas escreviam cartas pessoais e amorosas pra ele, esperançosas de que ele ia resolver todos os problemas e a gente tinha que buscar um resposta da forma mais acolhedora possível e a gente acaba se sensibilizando. Então assim, 70, 80% das cartas que eu respondia eram jovens ou mães e pais que tinham contraído o financiamento estudantil, o FIES e não conseguiam pagar esse FIES depois que os alunos se formavam. Então era o sonho da educação superior. E eu fui vasculhar e perceber que o MEC não tinha um programa de bolsa, não existia ainda, só tinha o FIES e o FIES era um problema e nem o fiador... tinha a questão do fiador, por quê? Eu recebi uma carta e essa carta foi uma carta decisiva pra mim, era uma mãe que foi fiadora do filho, o filho se formou em Engenharia e seis meses depois de se formar ele morreu e ela ia todo mês quitar esse financiamento e reviver o luto, o sonho interrompido e pagar o financiamento do filho. “Como é que pode um negócio desse?” E uma mãe também que eu recebi que ela era professora de Educação Física e a filha dela entrou em Nutrição em uma instituição privada e ela não podia pagar, ela também não se enquadrava no FIES e ela chorava na minha sala dizendo: “Como é que eu fiz educação superior e não posso dar educação superior pra minha filha? ”, aí eu fui olhar os dados do censo da educação superior e aí eu vi que 10% dos jovens de 18 a 24 anos chegavam no ensino superior, 80% do ensino superior era privado e 40% desse ensino superior privado estava ocioso porque os jovens não tinham como pagar. Quando eu olhei pra esse quadro todo eu falei: "Como é que nós não temos um programa de bolsas?" e aí eu juntei duas coisas...eu tô te falando um pouco como é que as políticas públicas às vezes funcionam, tá? (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos)

Na tentativa de responder a essa demanda evidente de falta de acesso ao ensino superior, Ana Estela Haddad montou uma proposta inspirada de um lado em uma iniciativa da Prefeitura de São Paulo da gestão de Marta Suplicy, que trocou dívidas de Instituições de Ensino Superior (IES) privadas por vagas para formação de graduação de professores da educação básica e de outro, pelo próprio exemplo da Instituição privada que havia sido docente, a Universidade de

Guarulhos, cujas ações filantrópicas não se revertiam em vagas para os estudantes. Pelas mãos de Ana Estela Haddad nascia o Programa Universidade para Todos (PROUNI), que estabelecia isenção de impostos federais para instituições privadas de ensino superior em troca de bolsas de estudo integrais e parciais em cursos de graduação:

Quando o Fernando trabalhou aqui na Prefeitura de São Paulo com a Marta Suplicy, ele era Subsecretário de Finanças e às vezes ele me contava algumas ações que eles faziam e eu prestava atenção e uma das coisas que eles fizeram que me chamou a atenção muito positivamente, porque eu achei engenhoso e achei uma boa ideia, é que eles tinham professores da educação básica, do ensino fundamental que ainda não tinham Faculdade, não tinham feito ensino superior e precisavam fazer uma meta do Plano Nacional de Educação e aí tinha uma série de instituições privadas que ofereciam cursos de pedagogia e que deviam pra prefeitura um imposto municipal que era o ISS. O que eles fizeram com essas Instituições? Trocaram o imposto que essas instituições deviam para a Prefeitura por vagas para formar esses professores e eu achei a ideia ótima e ficou na minha cabeça. Nessa ocasião eu lembrei e lembrei que eu tinha dado aula na Universidade de Guarulhos que se registrava como filantrópica, sem fins lucrativos, só que ela computava como fins lucrativos (e eu sempre achei isso estranho), a gente fazia atendimento odontológico, fazia atendimento jurídico, atendimento de fisioterapia pra população mas com fins didáticos para os alunos e isso era computado como filantropia pela Instituição, então ela tinha uma isenção por isso de impostos federais, mas ela não estava revertendo isso em vagas, então aí eu juntei as coisas e conversando com o Fernando muito, ele tinha mais experiência de gestão, ele estava no Planejamento e eu estava na Educação e eu falei: “Olha, aquela ideia que vocês fizeram com a Prefeitura eu acho que dá pra fazer aqui no governo federal, trocar os impostos federais que essas instituições filantrópicas deixam de pagar por vagas pros estudantes! Você já tem uma capacidade instalada e 40% de ociosidade e isso tem que se transformar em vaga!” E assim nasceu o PROUNI, o nome foi eu que dei, foi eu que batizei porque como o governo era “Um País de Todos”, então eu falei que o Programa tem que se chamar: “Universidade Para Todos” (ANA ESTELA HADDAD).

Apesar de ser assessora do Ministro da Educação, Ana Estela, ao que tudo indica, não cuidava diretamente das questões políticas do MEC, além de ter dificuldade no acesso ao Ministro Cristovam Buarque. Ela fala da dificuldade em apresentar a proposta do PROUNI à Cristovam Buarque e quando conseguiu isto, parece não ter havido interesse em tocar a proposta:

(...) eu não despachava com ele (Cristovam Buarque), eu despachava com o chefe de gabinete e eu mostrei... por seis meses eu passei mostrando o Projeto para o chefe de gabinete, pedindo para ele mostrar para o Ministro e eu percebi que ele não mostrava. Aí um dia eu furei o bloqueio e pedi para o segurança deixar eu falar com o Ministro e fui mostrar para ele diretamente e mostrei. Ele achou muito legal e ele falou: “Olha você leva para o Secretário de Políticas ver” e eu levei para o Secretário de Políticas e ele: “Ah legal” e nada acontecia. E eu com aquilo angustiada... “Como é que eu vou fazer? Como é que eu vou sair disso?” (ANA ESTELA HADDAD)

Um fato político, entretanto, mudaria o cenário do MEC àquela altura: a demissão de Cristovam Buarque. Lula o demitiria por telefone no dia 23 de janeiro de 2004 quando o Ministro estava de férias em Portugal:

Bom, aí... na verdade o Cristovam estava viajando para Portugal e de Portugal ele dando uma entrevista, ele soube que... a gente estava no MEC assistindo e ele foi demitido por telefone e isso também foi ruim... (ANA ESTELA HADDAD).

Com a chegada de Tarso Genro ao Ministério da Educação para substituir Cristovam Buarque, Fernando Haddad seria trazido para a Secretaria Executiva do MEC. Foi no período em que Haddad era Secretário Executivo que ele e sua esposa Ana Estela Haddad apresentaram à Tarso Genro a proposta do Programa Universidade para Todos (PROUNI). Tarso, por sua vez, bancou a proposta que seria finalmente concretizada:

Aí com isso, o Tarso veio para o MEC e trouxe o Fernando para a Secretaria Executiva. E aí eu e o Fernando, foi a primeira coisa que a gente mostrou pra ele e eu estava com o projeto (do PROUNI) na mão pronto e a gente foi mostrar para ele, eu mostrei o projeto para ele, explicamos o projeto pra ele e em menos de uma semana ele pôs na rua, ele anunciou. E aí eu falei: “Nossa! ” Porque teve alguém que politicamente entendeu e bancou a ideia (ANA ESTELA HADDAD).

Indubitavelmente o PROUNI tornou-se o carro-chefe da política de democratização da educação superior no governo Lula.

Contando com uma maior autonomia na gestão Tarso Genro, a quem tinha acesso (diferentemente de Cristovam Buarque), Ana Estela Haddad deixaria de exercer um papel estritamente administrativo-burocrático no MEC quando Tarso Genro lhe confiaria a tarefa de ser interlocutora do MEC nas pautas relativas ao setor de saúde, o que incluía a interlocução direta com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES):

(...) o Tarso quando estava no Ministério (da Educação) todos os assuntos de Saúde ele me dava pra tratar, então a interface do Ministério da Saúde quem fazia era eu, Residências, tudo... mais pelo lado do MEC, a mediação com a Comissão Nacional de Residência Médica, o Programa Saúde na Escola, tudo que tinha a ver com Saúde ele concentrava comigo... porque eu era da saúde e do gabinete dele (ANA ESTELA HADDAD).

Permitam-nos aqui uma breve nota. Já referimos anteriormente as dificuldades de diálogo de Maria Luiza Jaeger e sua equipe com o Ministério da Educação na gestão de Tarso Genro (que no Rio Grande do Sul havia disputado com Olívio Dutra), tendo sido este momento do MEC considerado de dificuldades e recuos em relação aos diálogos que tinham sido travados anteriormente na gestão de Cristovam Buarque. É importante mencionar que também havia divergências postas com o então Secretário Executivo do MEC Fernando Haddad, sobretudo

em relação à educação superior e o papel das Universidades em relação à formação em saúde, como registra Maria Luiza Jaeger:

(...) quem é Secretário Executivo do Ministério se chama Fernando Haddad, que é um professor da USP antes de qualquer coisa, aquela figura uspiana, tinha um bate-boca no gabinete do Tarso...

O Haddad defendia a autonomia universitária como: “Nós não podemos discutir o que está sendo a formação, o conteúdo curricular de Medicina, isso as Universidades tem autonomia” e eu digo: “Olha Haddad eu sou mais velhinha do que tu e eu fiz o movimento estudantil na época que se defendeu a autonomia universitária e que depois passa a ser um texto constitucional e a defesa da autonomia da Universidade não tem nada a ver com o que tu está falando”, o que a gente defendeu de autonomia era primeiro: dentro das Universidades tem que se discutir qualquer posição política que tenha, tem que dar liberdade de expressão, de opinião e de acesso do Hitler ao Marx, é isso tá!? Acesso ao texto... e a outra coisa é o compromisso da Universidade e a autonomia da Universidade e o compromisso que ela tem que ter com a população e não com o governo de plantão, então se isso é autonomia da Universidade, claro que nós temos o poder de mexer e claro que nós vamos mexer junto com os caras mas não esse troço: “Não, não podemos mexer!” (MARIA LUIZA JAEGER).

Para além das divergências de visão quanto ao nível de interferência na formação universitária em saúde, a fala de Jaeger aponta para as resistências postas pelas categorias profissionais (note-se o exemplo dado em relação à Medicina) às mudanças no âmbito das Universidades e currículos.

Maria Luiza Jaeger também nos afirma que, apesar da divergência com Fernando Haddad, considerava Ana Estela Haddad menos resistente que ele:

A Ana Estela era assessora direta do Tarso, mas ela era menos resistente do que o Haddad, ela é professora da USP também, da Odonto da USP (MARIA LUIZA JAEGER).

Ana Estela Haddad desempenhou a função de interlocutora do MEC nos assuntos de saúde até a segunda reforma ministerial realizada como desdobramento do escândalo do mensalão, quando seu esposo, Fernando Haddad (que na ocasião já era Secretário Executivo do MEC) foi designado para o Ministério da Educação em substituição à Tarso Genro, que iria por sua vez para a presidência do PT.

O processo que deu possibilidade à indicação de Ana Estela Haddad para a SGTES é tratado em separado, no relato que segue:

6.9 O ingresso de Ana Estela Haddad na SGTES e no Campo de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde

A indicação de Ana Estela Haddad marca o que designamos neste estudo como a primeira etapa de ocupação da Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Esta indicação é relatada pelos sujeitos deste estudo de modo diverso, de modo que cada um atribui a si a responsabilidade por esta indicação, o que efetivamente criaria um consenso em torno de seu nome.

Maria Luiza Jaeger afirma que sugeriu a um assessor do Ministro da Saúde Saraiva Felipe, com quem sentou para repassar o panorama geral das agendas da SGTES, a possibilidade de eles contarem com o auxílio de Ana Estela Haddad, que estava acompanhando pelo MEC o processo de interlocução com a SGTES, mas que não conseguiria se sustentar no MEC, devido à indicação de Fernando Haddad para Ministro da Educação. Segundo Luiza, isto foi acatado e Francisco Campos a chamaria:

Porque eu tentei... e quem tentou basicamente na realidade foi o Saraiva Felipe, mas eu tentei passar para o Chico o que a gente tinha feito na Secretaria e o Chico não queria conversar comigo. E eu consegui, vi uma das pessoas que era assessor do Saraiva para que a gente sentasse pra eu passar as coisas para ele, e botei tudo no computador, todas propostas para explicar pra ele o que que era e como é que era e eu disse **“Olha tem uma pessoa no MEC que é a mulher do Haddad que era assessora direta do Tarso e não sei pra onde ela vai, eu acho que ela não vai conseguir ficar no MEC e é uma pessoa que participou desse processo durante o Tarso no Ministério, então eu acho que é uma pessoa que pode ser contada”** e daí ele chamou a Ana... (MARIA LUIZA JAEGER, grifos nossos).

Célia Pierantoni, por outro lado, atribui a si a indicação de Ana Estela Haddad. Célia nos relata que com apenas uma semana no comando do DEGES, quando estava “remontando a área de educação superior” ela teve um “insight”: o de convidar Ana Estela Haddad para compor esta área no DEGES, compondo, portanto, sua equipe de trabalho. Ela relata que Ana Estela foi ao Ministério da Saúde para se despedir, uma vez estava deixando o Ministério da Educação (e por consequência também o papel de interlocutora desse Ministério junto ao DEGES) devido à indicação de seu esposo para Ministro da pasta, o que impossibilitava, portanto, sua permanência no MEC.

Ana Estela nos relata este episódio dos desdobramentos do mensalão, que acabariam deslocando Tarso Genro para a presidência do PT e Fernando Haddad para o comando do MEC. Ela acabaria então por pedir à Tarso Genro sua exoneração e tinha a intenção de voltar para a USP, de onde vinha. Mas faria uma agenda final com a nova equipe da SGTES:

(...) aí veio a crise do mensalão e com a crise do mensalão o Tarso resolveu assumir a Presidência do PT e o Fernando foi indicado pra ser Ministro da Educação e aí eu fiquei contente pelo Fernando, mas muito triste comigo... E aí ele se tornou Ministro da Educação e quando ele foi confirmado eu pedi pro Tarso me exonerar e eu falei: “Olha, eu saio junto com você e vou voltar pra USP”. Aí o Fernando estava assumindo o Ministério da Educação e na Saúde também o Humberto Costa saiu e estava assumindo o Saraiva Felipe, então as equipes estavam mudando e aí eu fui para uma reunião com a nova equipe da SGTES (ANA ESTELA HADDAD).

Segundo Célia, esta agenda era uma reunião entre os dois Ministérios para discutir a integração entre as áreas da saúde e educação. Após a reunião, já no hotel, ela teria o “insight” de convidar Ana Estela Haddad para a nova equipe da SGTES e proporia isto à Francisco Campos, sugerindo uma consulta jurídica para atestar essa possibilidade:

(...) aí nessa época fui convidada pelo Chico, que estava montando, então foi Chico, Maria Helena continuava e a gente remontou a área de educação superior... foi um *insight*... olha como é que as coisas são! Teve uma reunião quando eu já estava lá, uma semaninha, teve uma reunião com um grupo que vinha do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação que estava cuidando da integração das duas áreas, grupo este em que trabalhava a Ana Estela Haddad, mulher do Fernando Haddad. Nisso a Ana vem para se despedir do Ministério dizendo que estava entregando a Coordenação porque ela não poderia continuar nesse tal negócio porque o marido dela estava cotado para ser o Ministro da Educação. Eu vou para casa, no caso para o hotel, e fico pensando e falei: “Será que ela não toparia vir pra área de nível superior da gente? ”, pessoa ligada à Academia, à USP, conhece o Ministério da Educação, seria tudo de bom pra gente montar as estruturas... e não deu outra... E aí foi isso, quem me convidou foi o Chico e eu estava nesse Congresso e eu aceitei. E eu estava há uma semana na área de nível superior e a Ana Estela aceitou. Eu gostei dela, mas não era porque ela ia ser a mulher do Ministro, eu não conhecia a Ana Estela, mas era por causa do perfil dela, porque ela estava voltando pra São Paulo, eu perguntei a ela. E eu pensei: “Ela vai voltar pra São Paulo para assumir uma função lá” e aí eu falei: “Pô, Chico será que a Ana não topa? É outro Ministério, faz uma consulta jurídica para ver se tem algum problema” e foi espetacular, somos amigas até hoje! (CÉLIA PIERANTONI)

Ana Estela Haddad atesta o relato de Célia, ao contar a partir de seu ponto de vista sobre como se deu o convite para compor a SGTES, que ela afirma ter sido logo depois de uma reunião entre MEC e MS, mas que tinha como pauta a Residência Multiprofissional em Saúde. Nesta reunião, ela teria notado um olhar diferente de Célia dirigido a ela, o que a intrigou. Após a reunião com a SGTES, ela seria interpelada por Francisco Campos em relação a uma pauta do MEC, ao que retrucaria, informando de que estava saindo do MEC. Ela afirma que no mesmo dia, no fim da tarde, ela receberia um telefonema de Francisco Campos, solicitando sua presença na SGTES. Foi neste encontro que seria convidada por ele a compor a equipe que se estruturava na SGTES. As razões desse convite são elencadas por Chico: o fato de não ser médica e pertencer a outra categoria profissional de saúde (uma vez que ele mesmo e Célia Pierantoni eram médicos), o que facilitaria o diálogo entre as outras profissões da saúde; a sua

inserção na Universidade (uma vez que Ana Estela vinha da docência na USP), o que facilitaria o diálogo com as Universidades – que esta equipe indicava como necessário e a sua experiência de interlocução no Ministério da Educação – com quem a SGTES necessariamente precisaria dialogar, fato que poderia facilitar o andamento das pautas desta Secretaria, em ação conjunta com o MEC. Ela também nos confirma que não pertencia à área de recursos humanos em saúde, vindo a ingressar nestas discussões a partir dessa contingência:

(...) e aí eu fui pra essa reunião que era uma reunião sobre a Residência Multiprofissional e aí estava... então aí estava assumindo o Francisco Campos, a professora Célia Pierantoni como diretora, lá do IMS e aí era uma reunião sobre a Residência Multiprofissional, estava com os dois e estava com outras pessoas que agora não me lembro muito bem quem eram e aí todo mundo foi se apresentando na reunião: “Eu sou médico... eu sou médico...e tal” e chegou na minha vez e eu disse: “Eu não sou médica, eu sou dentista” e aí falei o que era que eu trabalhava no MEC e eu estava cuidando desse assunto e que eu era professora da USP e tal e aí percebi que a Célia ficou olhando assim e eu pensei: “Será que eu falei alguma coisa errada?” e fui embora (...) aí na hora que eu estava saindo o Chico me perguntou alguma coisa e gente não se conhecia nos conhecemos ali... **eu não conhecia ninguém, eu não era da área de recursos humanos em saúde, eu vinha de uma outra discussão, de um outro lugar...** e aí ele me perguntou alguma coisa e eu falei: “Olha eu não sei como é que isso vai ficar porque eu tô saindo do MEC, então não sei como isso vai ficar, depois vocês vão ter que conversar com quem vai entrar conforme as decisões que forem ser tomadas”. No mesmo dia... isso foi de manhã... no mesmo dia no fim da tarde chega um telefonema, um recado pra eu voltar lá porque o Chico queria conversar comigo e eu fui e chego lá e ele ficou me contando sobre o SUS, sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais e etc... e eu ouvindo aquilo, música para os ouvidos e “Por que que ele tá me contando tudo isso?”, aí ele virou pra mim e disse assim: “Você veio na reunião e eu e a Célia estamos montando a equipe e as pessoas que a gente conhece da área de recursos humanos agora não podem vir trabalhar com a gente e a gente pensou em um perfil para compor a equipe conosco e a gente queria alguém da saúde que não fosse médico porque já tem eu e ela de médicos e a gente precisa falar com as outras profissões da saúde e a gente precisa de alguém que consiga conversar com a Universidade e você é professora da USP que é uma Universidade super respeitada e de quebra você traz uma experiência do Ministério da Educação que é com quem a gente vai precisar interagir, você quer vir trabalhar com a gente?” e foi assim que eu cheguei na SGTES. **E aí eu fui começar tudo de novo, já tinha aprendido da Educação e aí eu fui aprender tudo da Saúde Pública e da área de recursos humanos em saúde porque eu não era originalmente dessa área** e bom aí a gente chegou lá e tinha os Pólos de Educação Permanente, tinha o VER-SUS, tinha o AprenderSUS, tinha o Curso de Facilitadores e Ativadores de Educação Permanente... (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

Antes de tudo, a fala de Francisco Campos registrada por Ana Estela Haddad, faz-nos pensar que o DEGES e sobretudo a Coordenação de Ações Estratégicas se estruturaria de modo a responder à demanda de colocar em execução a Residência em Área Profissional de Saúde, instituída legalmente em junho de 2005 e que seria mais “legitimamente tocada por um profissional não médico”, caso de Ana Estela Haddad, que ainda por cima contaria com o saldo

positivo de ter sido interlocutora do MEC na gestão anterior e de seu esposo estar assumindo o comando desse Ministério.

Como registrado por Ana Estela Haddad, assim como fez ao ser indicada para o Ministério da Educação - a partir de seu convite para a SGTES, ela procuraria estudar e se apropriar das discussões do campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde e nisto seria orientada por Francisco Campos e Célia Pierantoni, que pertenciam ao “grupo dos recursos humanos em saúde”. Ela mesma nos afirma isto, ressaltando que não era uma estudiosa da área e nem acompanhava a “Política de Recursos Humanos”, mas conhecia alguns projetos da SGTES pela interlocução que ela fazia pelo MEC:

Eu conhecia alguns projetos. A Residência, eu interagia muito com a Residência Multiprofissional e um pouco com a Residência Médica, as diretrizes curriculares eu conhecia por amor ao ensino e ao SUS e tinha tudo isso, **mas eu não era uma pessoa estudiosa e nem acompanhava a Política de Recursos Humanos**. Agora como eu interagia com o Ricardo e com a Laura, eu conhecia porque essas políticas precisaram do Ministério da Educação para serem implantadas e na Educação quem fazia a interface era eu, então eu conhecia por esse lado, mas é diferente conhecer por dentro né, **então eu fui me apropriar e me aprofundar muito mais e aí foi um aprendizado muito grande com a Célia e com o Chico porque eles eram estudiosos da área...** (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

Ana Estela ressalta que logo criaria uma amizade com Célia Pierantoni e ressalta a autonomia conferida a ela por Francisco Campos no processo de trabalho:

Bom... eu aprendi muito com a Célia, trabalhando com ela, a gente é amiga até hoje e eu admiro ela, admiro o Chico, assim, a forma como... ele me apoiou muito, me deu carta branca pra muita coisa que eu pude fazer, que eu pude realizar (ANA ESTELA HADDAD).

Ricardo Ceccim ao falar sobre o papel de interlocução de Ana Estela Haddad quando ela estava no MEC, afirma que Ana Estela não possuía nenhuma bagagem na área da gestão da educação na saúde e que quando este grupo do DEGES falava sobre a “mudança na graduação da saúde”, ela traduzia como colocar “estágio na Atenção Básica”. No entanto, segundo Ceccim, ela “entenderia lentamente” sobre a pauta nas conversas com este grupo. A partir de seu relato, Ceccim nos dá a entender que a discussão sobre a gestão da educação feita neste grupo do DEGES servia de referência à Ana Estela Haddad. Ele vai nos relatar um fato interessante para respaldar seu ponto de vista: um telefonema de Ana Estela dirigido a ele, ocorrido segundo afirma, logo depois da conversa entre ela e Francisco Campos. Neste telefonema Ceccim seria chamado por Ana Estela a ajudá-la na gestão da Coordenação Geral de Ações Estratégicas do DEGES, que ela assumiria. No entanto, depois desse telefonema, não haveria mais nenhum contato dela, o que para Ceccim indicava a descoberta por parte dela do

conflito de relações estabelecido entre Francisco Campos e seu grupo em relação a ele próprio, Maria Luiza e Laura Feuerwerker:

A Ana Estela era a mediação. Qual é a bagagem que a Ana Estela tinha? Nenhuma! Ana Estela era de uma área da Odontologia, Odontopediatria, completamente especializada, tem uma escolha partidária pelo PT, mas era isso. Na política, veio do PT, tinha uma visão de mundo socialista, mas, na saúde, qual a acumulação? Aí a gente falava em mudança na graduação e para ela era botar estágio na Atenção Básica. Não era botar estágio na Atenção Básica, era mudar a graduação inteira. Ela foi entendendo lentamente isso, à base de conversa com a gente, a tal ponto que o dia que o Chico Campos, já Secretário a convidou, ela, no mesmo dia, me ligou: “Ricardo, fui convidada pelo Chico para assumir a Coordenação de Ações Estratégicas da Saúde, eu conto contigo, você pode colaborar, ajudar?” Eu respondi “é claro”, com alegria. Foi a única ligação que existiu. Porque depois disso ela descobriu que ele não queria ouvir falar no meu nome e nem de Maria Luiza, nem de Laura. Ela não tinha ideia de que isso existiria, ela não conhecia as pessoas, as relações, nem nada desse campo ou da saúde coletiva. Eu seria o consultor do DEGES caso não fosse o Chico e fosse ela. Assim que ela começou a trabalhar com o Chico, o Chico foi dizendo esses aqui estão fora de qualquer tipo de interlocução ou interação: Laura, Ricardo, Maria Luiza e Alcindo, esses todos passem fora daqui. (RICARDO CECCIM).

Laura ratifica o não entendimento de Ana Estela em relação à pauta da gestão da educação na saúde e afirma que ela aprenderia sobre esses assuntos a partir da ótica de Francisco Campos, que seria “o professor dela”. É interessante notar a afirmação de Laura em relação à Ana Estela, que afirma que esta, depois de ingressar na SGTES, adquiriu “raiva” do grupo anterior do DEGES, ao ilustrar o antagonismo de Ana Estela ao grupo anterior do DEGES:

Ela não entendia, tanto que quando ela foi trabalhar no Ministério da Saúde ela foi aprender sobre esses assuntos e o professor dela foi o Chico Gordo e aí ela vai pelo caminho do Chico Gordo e pronto. Eu não entendo porque ela teve tanta raiva da gente, sinceramente, depois... (LAURA FEUERWERKER).

Quando indagada sobre o porquê de sua afirmação, Laura justificaria indicando a dificuldade de relacionamento com Ana Estela Haddad em alguns espaços, sobretudo na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, em que Ana Estela comporia pelo DEGES e Laura Feuerwerker pelo Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS):

Falo por vários indícios... a convivência difícil com ela (Ana Estela Haddad) na Comissão de Residência Multiprofissional foi difícilíssima... (LAURA FEUERWERKER).

Ana Estela Haddad nos fala que, apesar da afinidade e empatia, acumulava divergências com o grupo anterior do DEGES, pelo modus operandi deste grupo. Na sua avaliação, este grupo tinha dificuldades de ceder posição para construir um caminho de conciliação entre as

duas pastas: Saúde e Educação e procuravam impor do seu jeito sem conhecer como as coisas funcionavam:

Olha, da minha parte eu tentava entender, tentava procurar entender um pouco... como eu era da saúde, eu sentia uma afinidade e uma empatia, digamos assim, com aquilo que se queria implementar, eu achava que fazia sentido. **Por outro lado, muitas vezes a forma de fazer, com o que... impor do seu jeito sem também conhecer como é que era...** porque são dois mundos: a Educação é um mundo e a Saúde é um mundo e se você não conseguir fazer com que cada lado entenda que está em outro mundo e possa ceder um pouquinho e construir uma coisa que chegue no meio de caminho pra conciliar, fica difícil, né (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

Além da divergência em relação ao modus operandi que ela considerava “impositivo” do grupo anterior do DEGES, Ana Estela vai nos falar que existiam diferenças de visão entre este grupo e ela, Francisco Campos e Célia Pierantoni. Uma dessas diferenças é explicitada por Ana Estela em relação à visão posta em relação à Universidade. Segundo nos afirma, o grupo anterior do DEGES tinha a compreensão de que a ordenação da formação dos recursos humanos posta pelo artigo 200 da Constituição Federal, não se faria utilizando-se da Universidade tal qual estava constituída, que estes atores consideravam reacionária e conservadora. Para ela, este grupo “queria jogar fora a Universidade” e “fazer outra Universidade dentro do SUS”, posição que não era acompanhada por ela, nem Francisco Campos e Célia Pierantoni, que assim como Ana Estela, vinham do espaço da Universidade. É precisamente nesta posição que se alinhavam Ana Estela, Francisco Campos e Célia Pierantoni em uma mesma compreensão:

Então por exemplo, eu vou te falar do ponto de vista estrutural o que eu acho que foi uma mudança grande na nossa forma de conceber quando chegamos na Saúde que não estava presente com a equipe anterior e que era de um mesmo governo, mas às vezes a forma de ver mesmo dentro de um governo pode ser diferente... então por exemplo, a ideia era como se: **“Joga fora essa Universidade do jeito que ela está, porque ela é reacionária, ela é conservadora, ela nunca vai formar os profissionais que o SUS precisa e vamos fazer uma outra Universidade dentro do SUS pra formar os trabalhadores do SUS, ordenar a formação de recursos humanos em saúde, cabe ao SUS ordenar a formação dos recursos humanos”** que é esse artigo 200, que está na raiz, no DNA da criação da SGTES. **Quando a gente foi pra Saúde, eu tendo já passado pelo MEC e eu acho que tanto a Célia quanto o Chico sendo pessoas da Universidade tinham essa mesma compreensão que eu tinha e eu acho que a gente se alinhou nisso...** a ideia é...a ideia que a gente construiu com o decreto... (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

Vinda do trabalho junto ao MEC e tendo seu esposo alcançado a condição de Ministro da Educação, em vez de “jogar fora a Universidade”, Ana Estela Haddad procuraria estreitar as relações entre os Ministérios da Saúde e Educação, tornando-se peça-chave dessa articulação interministerial. É desse período que vimos um esforço de elaboração conjunta entre os

Ministérios da Saúde e Educação, de modo que a maior parte das portarias que tratam das pautas da “gestão da educação na saúde” são portarias interministeriais.

Mas a própria Ana Estela Haddad afirma que este período de “uma grande harmonia” entre os Ministérios da Educação e da Saúde se dava em razão da afinidade pessoal entre os dois Ministros: José Gomes Temporão (e também José Agenor) da Saúde e Fernando Haddad da Educação e do alinhamento entre as equipes de ambos os Ministérios:

O período que a gente teve uma grande harmonia com o MEC, porque os dois Ministros tinham uma... pessoalmente assim uma afinidade e tudo que eles... e as equipes estavam muito afinadas, alinhadas e tudo que se propôs a gente conseguia implantar, é a época do decreto, é a época que a gente botou a Residência Médica e expandiu a Residência Médica, fez o Pró-Residências... nós fizemos muita coisa nesse período e foi a época que era o Temporão como Ministro da Saúde e o Fernando no MEC... o Agenor também, foi muito tranquilo (ANA ESTELA HADDAD).

Entretanto, vale afirmar que o esforço de aproximação entre SGTES e MEC vinha de antes, na gestão de Saraiva Felipe como Ministro da Saúde e foi firmada de forma oficial, como se pode notar pela promulgação da Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005, que instituiu parceria entre o Ministério da Educação - por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu), da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP) e o Ministério da Saúde – por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.

Segundo a Portaria, esta integração tinha os seguintes objetivos:

- I - desenvolver projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação superior, visando à formação de recursos humanos em saúde coerente com o Sistema Único de Saúde (SUS), com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES);
- II - produzir, aplicar e disseminar conhecimentos sobre a formação de recursos humanos na área da saúde;
- III - incentivar a constituição de grupos de pesquisa, vinculados às instituições de educação superior, com ênfase em temas relacionados à formação de recursos humanos da área da saúde e sua avaliação;
- IV - incentivar a criação de cursos de especialização em avaliação da educação superior na área da saúde; e
- V - estimular a promoção de eventos para socializar experiências e divulgar estudos e produção técnico-científica relacionados à formação de recursos humanos da área da saúde (BRASIL, 2005g, p.1).

Também previa a constituição de uma “Comissão Técnica Interministerial”, que estava a cargo das seguintes competências:

- I - elaborar plano de trabalho e cronograma que contemplem as temáticas, as linhas de pesquisa, o fomento, as normas e os prazos, a serem apresentados em editais conjuntos MEC e MS;

II - coordenar a cooperação técnica científica entre a SESu, o INEP e a SGTES;
 III - estabelecer as bases dessa cooperação técnica científica, a ser explicitada por meio de Atos Interministeriais celebrados entre as partes envolvidas;
 IV - propor sistemática de orientação e divulgação dos editais junto às instituições de educação superior (IES); e
 V - definir, acompanhar e avaliar o plano de desenvolvimento dos projetos e da produção técnico-científica que derivarem das ações. Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação (BRASIL, 2005g, p. 1-2).

Célia Pierantoni, que estava no comando do DEGEGES, fala sobre essa iniciativa de integração entre a SGTES e o MEC. Ela afirma que a necessidade de se firmar isso em portaria logo no início da sua gestão tinha o objetivo de induzir processos de qualificação dos avaliadores dos cursos de graduação da área da saúde, que estavam ligados ao Ministério da Educação (MEC), mas não sabiam “o que era o SUS”, nem tinham domínio da discussão sobre saúde, condição para uma adequada avaliação dos cursos de graduação nessa área:

Logo no comecinho da gestão, nós fizemos duas coisas importantes: uma portaria conjunta da SGTES com o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, com isso montamos uma estrutura para qualificar os avaliadores do Ministério, da formação do Ministério, se você fizer um conceito mais amplo está a educação permanente não essencialmente ligada à Saúde mas à Educação, então pra qualificar os avaliadores dos cursos de graduação e explicar pra eles o que que é SUS, eles não sabiam “nada” de coisa nenhuma, algumas continuam sem saber, mas de qualquer maneira não tinha nada (CÉLIA PIERANTONI).

Ana Estela Haddad também nos fala da existência de um decreto presidencial firmado por iniciativa dos Ministérios da Saúde e Educação. Trata-se do decreto de 20 de junho de 2007 que instituiu a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Ela ressalta que este decreto foi o único a não ter a Casa Civil como interventora, dando-nos uma pista que revela o nível de articulação alcançada neste período entre os dois Ministérios, viabilizada entre outras coisas pela sua presença na SGTES do Ministério da Saúde e a de seu esposo Fernando Haddad junto ao Ministério da Educação:

Nós fizemos um decreto presidencial que foi o único decreto presidencial que não tinha a Casa Civil como interventora, é um decreto presidencial que foi decidido pelos dois Ministérios que levaram para o presidente e o presidente assinou estabelecendo que pra ordenação dos recursos humanos em saúde tem que juntar os dois Ministérios para fazerem juntos. E por quê? Porque existe... assim como é uma norma constitucional que cabe ao SUS ordenar a formação também é uma norma constitucional que cabe ao MEC avaliar o sistema educacional, seja ele da saúde ou não, então a Saúde vai dizer: qual é o perfil dos profissionais que eu preciso? Qual é a composição da equipe? Qual é a distribuição? Qual é a composição tecnológica? Que órgãos eu vou botar pra avaliar? Mas quem avalia é o MEC! (ANA ESTELA HADDAD).

Segundo o exposto neste decreto, seria competência dessa Comissão Interministerial um conjunto de atribuições referentes a aspectos relativos à ordenação de recursos humanos, como

o subsídio para a definição de diretrizes para a política de formação profissional, tecnológica e superior; critérios para a autorização e reconhecimento de cursos de graduação da saúde e para a expansão da educação profissional, tecnológica e superior; identificar a demanda quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde no âmbito do SUS para auxiliar políticas de incentivo à fixação de profissionais, conforme as necessidades regionais; identificar a capacidade instalada do SUS, para subsidiar a análise de sua utilização no processo de formação de profissionais de saúde e estabelecer diretrizes para a educação na promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde na rede pública de educação básica (BRASIL, 2007a, p. 1).

Ana Estela nos afirma que pela primeira vez se reconhecia um discurso único entre os Ministérios da Saúde e Educação em relação à ordenação de recursos humanos, mesmo na própria Universidade. Na sua fala, ela reitera, fazendo alusão ao grupo do DEGES composto por Laura Feuerwerker e Ricardo Ceccim, que eles propunham um sistema que passava ao largo da institucionalidade. Ela, por outro lado, assumia a posição de construir por dentro dessa institucionalidade, que ela considerava ser um processo mais lento, mais difícil, porém mais sustentável. Ou seja, a própria Ana Estela considera que sua atuação era mais institucional, ao contrário do grupo representado por Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker, que teriam uma atuação extra (ou anti?) institucional:

Teve um reconhecimento na própria Universidade: pela primeira vez os dois Ministérios falavam uma língua em comum. Porque é claro que a Universidade ela vai olhar para política de saúde, quem é da saúde, mas ela vai fazer de acordo coma diretriz do MEC porque ela vai ser avaliada pelo MEC, **então se a gente não mexer com o processo avaliativo regulador, regulatório, não adianta querer dizer que você vai fazer um sistema que passa ao largo da institucionalidade. Você tem que construir isso por dentro da institucionalidade. Vai levar mais tempo, pode ser mais difícil, mas é mais sustentável.** A gente como gestor, a gente tem que entender muitas vezes, que eu acho que as vezes isso falta e quando você está na posição entre aspas “do poder de ter que fazer” e aí a você se sente imbuído de fazer, é quase como se você quisesse que tudo acontecesse enquanto você está lá, você tem que entender que você vai ter um pedacinho, que você está de passagem e enquanto você está lá você vai fazer o melhor que você pode, mas você tem que pensar pra depois de quando você não está. **Porque a Política não é feita só dos atos de forças que a gente faz ela é feita do simbólico que você constrói pela forma que você faz. A forma importa na Política. Não é só o ato e o fim do ato...** (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

Mas o próprio Francisco Campos faz uma reflexão sobre os limites dessa institucionalidade, ao afirmar que por mais que a Comissão Interministerial tenha feito o esforço de capilarização do que se propunha, existiam limites para alcançar quem estava na base do sistema de avaliação da educação na saúde, os docentes:

Existe uma portaria assinada pelo Presidente da República que cria uma Comissão Interministerial da Educação na Saúde... acho que assinado pelo Lula, que seria presidido pelos dois Ministros e com três Secretários de cada

área, mas não adianta, isso daí é muito difícil, você pensar que isso daí capilariza pra baixo, pra chegar no professor que é contratado como avaliador do MEC desse expressar essas diretrizes, por mais que essa Comissão tenha feito isso (FRANCISCO CAMPOS).

Contudo, é interessante notar na fala de Ana Estela uma preocupação com a forma de fazer Política. De novo, ela evoca para o “modo de operar”, afirmando que isto também constitui a Política, não apenas os atos empreendidos e seus fins.

Ela mesma nos fala sobre a forma de operar a Política que defende: intersetorial, dialogada, que busque um espaço de mediação entre os diferentes interesses em jogo:

Eu acho que essa forma ela precisa ser sempre intersetorial, dialogada, entendendo que estão em jogo diferentes sistemas, diferentes olhares, diferentes forças e procurando um espaço de mediação, de construção que possa atender também e muitas vezes diferentes interesses pra que ela tenha equilíbrio e sustentabilidade. Porque quando ela atende um lado só, ela vai ser mais instável (ANA ESTELA HADDAD).

Ela mesma parece se ver como uma “mediadora política” no papel de gestão exercido junto ao DEGES. Ana Estela faz questão de ressaltar a importância deste atributo para os sujeitos ocupantes de “cargos de confiança”:

Quando você está dentro, quando você está no olho do furacão, você vai, você não tem muito como evitar esses processos e a própria... o cargo de confiança, que não é o cargo técnico, mas é o cargo de confiança, ele é um cargo sempre que você vai formular políticas, você vai implementar, tomar decisão, mas em grande medida você também vai fazer mediação política e é o que você mais faz. Esses espaços demandam da gente um processo de mediação política que também é um aprendizado, então quanto melhor você puder fazer essa mediação política, quanto mais você tiver resiliência e flexibilidade pra entender e compreender os processos e poder conduzi-los ou ajudar a conduzi-los mais sucesso você vai conseguir ter (ANA ESTELA HADDAD).

Este segundo período da SGTES será marcado pelos desdobramentos deste modo de fazer Política mais institucional, negociada, buscando mediar com os diferentes interesses, recursos e poderes em jogo, visão esta compartilhada entre os principais atores desta segunda conformação da SGTES: Ana Estela Haddad, Francisco Campos e Célia Pierantoni.

À frente da Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Ana Estela Haddad ao mesmo tempo em que ajudava a conferir um “caráter não médico” ao DEGES, aprenderia do campo de desenvolvimento de recursos humanos. Ademais, é inegável que a indicação de Ana Estela Haddad facilitava a aproximação entre SGTES e MEC, integração almejada desde a criação desta Secretaria na gestão de Maria Luiza Jaeger.

Com pouco tempo à frente da Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Ana Estela Haddad seria indicada para o comando do DEGES, marcando um segundo momento de atuação deste Departamento.

6.10 Reestruturação do DEGES

Neste segundo período da SGTES no governo Lula, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) sofreria mudanças na sua composição interna. Como vimos, este Departamento contava com três coordenações em sua composição: a Coordenação Geral de Ações Estratégicas, que cuidava das questões referentes à educação superior; a Coordenação Geral de Ações Técnicas, responsável pelas questões referentes à educação profissional de nível técnico e a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde, que fazia a interlocução com os movimentos sociais e cuidava das questões referentes à educação popular em saúde.

Entretanto, essa disposição institucional seria modificada pela retirada da “Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde” da estrutura interna do DEGES. Permaneceram a Coordenação Geral de Ações Técnicas e a Coordenação Geral de Ações Estratégicas, que passaria por três etapas distintas de ocupação.

O relato que segue pretende dar conta dos movimentos que se seguiram e influenciaram esta reestruturação do DEGES, sob novo comando, num segundo período de ocupação e atuação da SGTES.

6.10.1 A retirada da “Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde” do DEGES/SGTES

Sob novo comando, o DEGES/SGTES retiraria de sua estrutura institucional a “Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde” que seria realocada junto à estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Na reforma ministerial realizada em julho de 2005 como desdobramento do escândalo do mensalão e que levou à cessão da Saúde ao PMDB, a SGEP tornou-se a única Secretaria do Ministério da Saúde dirigida por um filiado do PT, Antonio Alves (MORAIS; ESCOREL, 2012).

Neste movimento, a “Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde”, seria designada sob novo nome: “Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social” e passaria então a compor a estrutura do Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP) no interior da Secretaria de Gestão Estratégica e

Participativa (SGEP). Diversos movimentos ligados à educação popular em saúde que até então articulavam-se junto ao DEGES e à SGTES, passaram a estabelecer interlocução com a SGEP.

A retirada da “Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde” da estrutura do DEGES/SGTES é justificada por Francisco Campos, que afirma que este “deslocamento” se deu devido à convicção dele e de seu grupo de que a Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde (onde se reunia o Movimento de educação popular) estava mais próxima por afinidade temática e área de atuação da Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) do que do Departamento de Gestão da “educação na saúde” (DEGES), onde estava inserida anteriormente. Entretanto, depois de apresentar essa justificativa, que segundo afirma, dava-se em cima de um marco conceitual, Francisco Campos nos apresenta o motivo político da retirada desta Coordenação do DEGES: conforme ele nos narra, o setor de movimentos sociais ligados à educação popular que se reunia nesta Coordenação de Ações Populares era o que mais atacava o PMDB, que na ocasião assumia o comando do Ministério da Saúde através do Ministro Saraiva Felipe. Em “função de resistências” impostas por esses atores, Francisco Campos e sua equipe tomariam a decisão de deslocar esta Coordenação para a SGEP, que como já afirmamos, era a única Secretaria do Ministério da Saúde dirigida por um filiado do PT. Ele nos afirma que esta saída tinha a intenção de facilitar a operacionalização das agendas sem “criar muitas arestas”. Ao nos confidenciar isto, ele preocupa-se em ressaltar, contudo, que ele e seu grupo não estavam negando espaço a estes atores, uma vez que todos da “esquerda sanitária”, onde se inclui, admiravam autores de referência da educação popular, tais como Hortênsia de Hollanda e Virgínia Shall:

Você tinha no Ministério da Saúde (e já foi extinta já), você tinha tido lá no governo do Humberto Costa a criação da Secretaria da Gestão Participativa...para a qual o Arouca foi indicado, foi uma forma que teve de acomodar também porque queria dar para o Arouca nesse momento e ele era importante, tinha sido da Constituinte... **“Você acha que Educação Popular é mais Gestão Participativa ou é mais Educação?” Nós achamos que era mais Gestão Participativa** e todo o Movimento da Educação Popular no Brasil é muito mais nesse sentido de educação popular como... não sei... se você pegar o papa deles, o meu colega aqui de turma, o Eymard e pergunta pra ele onde é que tá isso, eu acho que a chance dele responder que esteja em Gestão Participativa é maior. **Evidente que você tem ali toda a questão... toda decisão dessa é tomada em cima de um marco conceitual, mas é tomada também em função de resistências, provavelmente era o setor que mais atacava o PMDB dentro do Ministério e você tinha na Gestão Participativa uma Secretaria que foi e se manteve do PT o tempo todo, onde até que eventualmente você tinha mais facilidade de fazer e até de não criar muitas arestas**, então Antônio Alves eu não sei se você conhece? Ele foi durante a gestão do Humberto Costa e foi chefe de gabinete do Humberto Costa quando muda ele vem para a Secretaria de Gestão Participativa na qual teve o Arouca e depois que o Arouca morreu foi a Márgara e aí o Antônio vai pra lá e eu acho que era inclusive muito mais fácil que ele pudesse ter uma... não que ninguém o tivesse negado, pelo contrário, nós todos da chamada esquerda sanitária fãs de Hortênsia de Hollanda que foi

quem nos ensinou a educação popular e se você não fizer com que as pessoas mudem, que sejam participativas... Virgínia Shall... (FRANCISCO CAMPOS, grifos nossos).

É interessante notar, entretanto, que mesmo com as resistências postas por esses atores do movimento de educação popular reunidos nesta Coordenação ao PMDB de Saraiva Felipe, não houve extinção da Coordenação, mas sim, uma “realocação”, o que também evidencia em parte o peso político destes atores, que como vimos, demandaram ao próprio Lula seu espaço quando da formação do novo governo.

Este movimento de retirada da Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde da composição do DEGES é descrito por José Ivo Pedrosa, que esteve no comando desta Coordenação na gestão de Maria Luiza Jaeger e Ricardo Ceccim e continuou no comando da “Coordenação Geral de Educação Popular e Mobilização Social” na SGEP até o final do governo Lula:

E quando houve a negociação para a saída do Ricardo e da Maria Luiza, onde é que fica? Uma das exigências era que a Educação Popular não tinha lugar, pra onde ia a Educação Popular? **Considerando que a SGTES ia se preocupar mais com a formação graduada, pós-graduada e técnica e não mais com essa formação geral da população** e aí houve decisão do próprio Ministério, da equipe do Ministério que disseram: “Não, a educação popular fica! E vai pra Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e vai em blocos, fui eu e a turma toda goela abaixo e aí mudou a perspectiva, **se por um lado, a gente ganhou mais objetividade porque se voltou mais para formação de conselheiros, controle social, políticas de promoção da equidade por outro lado, a gente perdeu essa perspectiva mais ampla de educar para fazer as pessoas se sentirem protagonistas e responsáveis pelo SUS**, a gente passou mais a trabalhar na perspectiva de formar formuladores de políticas, então a educação popular cuidava tanto do controle social como cuidava de promover o diálogo e a articulação entre os novos movimentos sociais chamados de negro, LGBT, população de rua, população cigana, população circense e com essas pessoas a gente trabalhava na perspectiva de formulação compartilhada de políticas específicas na promoção da equidade e daí que se surgiu na arquitetura do ministério um novo “andar”, digamos assim, que foram os comitês que serviam e estrutura... digamos assim... tem as Conferências que saem as deliberações e tem o Ministério que guarda na sua estrutura a inteligência, grana e tecnologia para executar aquilo, mas as vezes as deliberações das conferências não são colocadas em prática, então os comitês tinham esse papel de juntar os movimentos que traziam as demandas e os técnicos o Ministério que teriam possibilidades ou não de dar respostas técnicas ou científicas ou organizacionais a essas demandas. Então esses comitês eu acho importantes surgem como uma estrutura nova dentro de uma perspectiva democrática de formulação compartilhada de políticas (...) quer dizer, já existiam os grupos como grupo da terra, grupo da floresta etc. **Mas foi na SGEP e não na SGTES que esses movimentos se articularam para formular essas políticas. Isso foi bom, por isso que eu digo que houve uma mudança de direção deu uma certa objetividade por um lado e por um outro lado se perdeu essa ideia mais geral de como disciplina em todas as escolas primárias e os meninos apreenderem que moram em um país onde tem um Sistema que protege e etc** (ZÉ IVO, grifos nossos).

Como registrado na narrativa feita por José Ivo Pedrosa, a SGTES mudava seu escopo de atuação para se preocupar mais com a formação graduada, pós-graduada e técnica e não mais com a formação geral da população, como ele compreendia que era feito na gestão de Maria Luiza Jaeger. Entretanto, segundo afirma, haveria um movimento do próprio Ministério da Saúde de encontrar um lugar para a educação popular, já que a SGTES restringia nesta segunda conformação seu foco de atuação.

O que alguns poderiam encarar como um movimento de “retaliação política” do grupo da SGTES aos movimentos sociais e de educação popular reunidos na Coordenação de Ações Populares, devido às críticas e movimentos de resistência feitas por estes atores ao PMDB, é trazido por José Ivo Pedrosa sob outro prisma, a partir de sua análise dos movimentos que sucederam esta realocação da Coordenação. Segundo ele, haviam prós e contras neste movimento.

Na sua visão, também a educação popular mudava de perspectiva quando foi realocada para a SGEP: por um lado, ganhava mais objetividade ao se voltar para a formação de conselheiros, para o controle social e para as políticas da promoção da equidade, ou seja, esta Coordenação passaria a se voltar mais para a formação dos formuladores de políticas junto ao controle social do SUS e na promoção do diálogo e articulação com os novos movimentos sociais (negro, LGBT, população de rua, população cigana, população circense etc), o que ele considera ter sido positivo, já que foi na SGEP e não na SGTES que esses movimentos se articularam para formular políticas. Por outro lado, perdia-se uma visão mais integral de educação, em todos os setores da sociedade, articulada aos movimentos sociais e à sociedade civil como um todo, que o DEGES em sua primeira conformação buscava alcançar. Zé Ivo vai nos exemplificar que uma das perdas deste processo de realocação da Coordenação era a proposta de trabalho com escolares no ensino primário visando à formação de uma consciência sanitária desde os primeiros anos de vida dos indivíduos no ambiente da escola.

O fato é que estes atores e atrizes ligados à educação popular reorganizariam sua atuação no governo Lula, a partir da SGEP, com perdas e ganhos, a partir de um deslocamento (justificado do ponto de vista conceitual e político) que produziu “consequências impremeditadas” como fala Giddens, marcando uma atuação peculiar neste campo.

6.10.2 Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde

Para o comando da Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde nesta segunda conformação da SGTES seria indicada Ena de Araújo Galvão, que compunha o “grupo dos recursos humanos em saúde”. Ena foi indicada pelo próprio Francisco Campos por sugestão de sua amiga, a enfermeira Izabel dos Santos. Segundo narra a própria Ena Galvão, estavam reunidos ela, Francisco Campos, Roberto Nogueira, José Paranaguá e Izabel dos Santos, que acolhia em sua casa o “grupo do Partidão”. Segundo Ena, o que começou em tom de brincadeira acerca da possibilidade de sua indicação, tornou-se um convite. Assim, ela seria transferida da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), onde estava para assumir a Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde:

A gente estava na casa da Izabel e estava Roberto Nogueira, Izabel, Paranaguá, Chico Gordo e eles sempre foram muito... era o grupo do Partidão e eram muito amigos, e como eu também era vivia no bolo e aí estavam discutindo e eu estava na Funasa, estavam discutindo um nome pra ir pra educação técnica, aí a Izabel falou assim “É uma pena porque o melhor quadro pra trabalhar educação técnica, quem mais entende é a Ena pra cuidar da educação técnica”, mas ela está na Funasa e aí o Chico disse: “Mas a gente pode fazer uma proposta” ele estava brincando igual, a gente brinca assim e eu falei: “E se eu aceitar?” e eu lembro direitinho o Chico Gordo dizendo assim: “É muita areia pro meu caminhãozinho, você viria?” e aí fui eu pra educação técnica (ENA GALVÃO, grifos nossos).

Ena faria questão de ressaltar que sua indicação não viria pelo PMDB, mas sim pelo amigo Francisco Campos, que segundo ela, sempre acompanhou seu trabalho. Mas ela fala que também conhecia o Ministro peemedebista Saraiva Felipe desde o projeto Montes Claros:

Mas eu fui convidada não pelo PMDB, fui convidada pelo amigo que conhecia meu trabalho, o Chico sempre acompanhou nosso trabalho e era uma relação diferente, e não foi PMDB, o Saraiva também era um cara meio “porra louca” lá de Montes Claros e eu conhecia ele desde do projeto de Montes Claros (ENA GALVÃO).

Ena Galvão também reitera em sua narrativa uma das características de Francisco Campos: a autonomia conferida por ele para tocar as pautas de seu campo de atuação:

O Chico Gordo foi de Recursos Humanos lá (na OPAS), só que Chico quando esteve aqui na SGTES ela abriu pro pessoal de nível médio e disse “Toca Ena, isso quem sabe é você!” (ENA GALVÃO).

A trajetória de Ena Galvão e seu ingresso no grupo dos recursos humanos em saúde é marcada por uma série de contingências fortuitas.

Ena graduou-se em Pedagogia pela Universidade de Brasília, fez Especialização em Educação Tecnológica e posteriormente Mestrado em Ciências da Saúde. Deixaria Brasília para iniciar sua vida profissional como professora na área do ensino industrial da Escola técnica federal de Goiás, lugar onde seu esposo tinha uma empresa. Retornando à Brasília alguns anos depois, Ena faria um novo concurso, dessa vez na área do ensino agrícola, junto ao Ministério da Educação (MEC).

Ena cairia de paraquedas na área da saúde, em uma situação absolutamente contingencial, quando foi designada por seu chefe para acompanhar uma reunião representando o Ministério da Educação (MEC), onde ela trabalhava. Ena nos narra que seria instruída apenas a estar presente na reunião, e quando chegou em cima da hora, ouviu um dos membros do grupo falando em tom de crítica ao MEC, o que a deixou chateada. Sem identificar-se naquela reunião, ela apenas ouviu e retornou ao MEC com queixas que ela compartilhou com seu chefe sobre o que ela considerava um desrespeito daquele grupo, uma vez que ela que representava o MEC nem sabia do que estavam tratando. A solução encontrada por seu chefe foi designá-la como representante permanente do MEC nas reuniões daquele grupo. Assim, a partir de um grande acaso, Ena se aproximaria das discussões referentes ao campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde:

Eu sou pedagoga e fui parar na saúde porque eu estava no MEC lá no ensino agrícola e fui parar na saúde casualmente quando mandaram que eu fosse para uma reunião de um grupo de um Acordo, mas eu disse: “Do que que se trata, o que é que eu vou fazer lá?” e disseram: “Não, você só tem que estar presente!”, e aí eu fui, quando eu cheguei na reunião, ela já tinha começado, me falaram em cima da hora para eu ir e quando eu cheguei eu escutei um dos membros do grupo dizendo “Ah não, vamos começar a reunião sem o MEC!” - e eu ia representando o MEC - “Porque cada vez eles mandam uma pessoa e chega atrasada, não vem, não dá satisfação, então vamos tocar!” e eu achei aquilo assim... fiquei assustada e sentei e fiquei quieta na reunião e eles discutiram e eu não entendia absolutamente nada do que estavam falando e eles estavam discutindo um estudo da força de trabalho que Roberto Nogueira e Sabado Girardi tinham feito onde identificava que o lócus crucial era o pessoal de nível médio e eles estavam discutindo isso, e de repente... eu não entendia muito o que estavam falando porque eu cheguei lá absolutamente... eu caí de paraquedas, quando foi no final da reunião alguém me perguntou: “E você? Quem é você?” e eu respondi “Sou um óvni e acho que entrei na reunião errada e peço desculpas!” mas eu fiquei o tempo todo na reunião. Olha, eu saí de lá tão chateada que eu cheguei no MEC brigando com o chefe porque eu achava um desrespeito e contei o que eu tinha escutado e que era um desrespeito o que estavam fazendo com a gente, afinal de contas eu não sabia do que é que se tratava e parece que ele não gostou muito e disse: “Pois de agora em diante você vai ser a representante!” e aí eu falei: “Aí já muda” e aí eu fui procurar os membros do Acordo e me esbarrei com Izabel Santos que era a pessoa encarregada da área de nível médio e isso dali era no início dos anos 1980 (ENA GALVÃO).

A reunião de que Ena fala era parte das tratativas referentes ao Acordo Interministerial firmado no ano de 1973 entre os Ministérios da Saúde (MS), da Educação (MEC), da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) para discutir as questões de educação referentes aos recursos humanos em saúde. Ena trabalhava na ocasião na Diretoria do Ensino Supletivo do Ministério da Educação e havia sido designada como especialista da área de educação profissional.

A partir de sua designação para acompanhar os assuntos referentes à área, Ena procuraria Izabel dos Santos, que era a representante do Ministério da Saúde neste Acordo. Este encontro marcaria o início de uma grande e profunda amizade entre as duas:

Izabel era uma pessoa muito lutadora com personalidade e muito forte, uma pessoa muito interessante e muito desafortada, aí eu falei com ela e disse “Ei Isabel, você é tão desafortada!” e ela disse “Ena, eu tenho tudo que a sociedade não gosta, sou mulher, sou enfermeira, mãe solteira, sou negra e pra completar sou comunista!”, porque ela foi do Partido Comunista (ENA GALVÃO).

Logo Ena Galvão era inserida no “grupo dos recursos humanos em saúde” ligado ao Partidão:

Era Paranaguá, Izabel, eu, Sergio Arouca, era todo mundo do Partidão. Era tudo comuna (ENA GALVÃO).

Mais tarde, ela iria para a OPAS emprestada do MEC para trabalhar na área dos recursos humanos em saúde:

Foi aí que eu fiquei responsável no MEC para participar do acordo e fui oficialmente designada e aí fui pra OPAS e o MEC me emprestou e fiquei emprestada e nunca foram me buscar e fiquei como um emprestado dado, nunca me buscaram (ENA GALVÃO).

Em 1981, no interior do INAMPS/MPAS surgiria o Programa de Formação em Larga Escala de pessoal de nível médio e elementar para os serviços básicos de saúde, também conhecido como Projeto Larga Escala (PLE). A proposta do Larga Escala encontra-se condensada no documento: “Recursos Humanos para os Serviços Básicos de Saúde”. Junto de Izabel Santos, precursora e criadora do PLE, Ena Galvão assessoraria o grupo de desenvolvimento deste projeto.

Mais tarde, em 1991, ela junto à Izabel dos Santos, Maria Alice Roschke e Alina Souza construiriam juntas o documento que coube ao Brasil, que seria parte de um esforço de reorientação das práticas educativas e da construção teórico-conceitual em torno de uma “educação permanente em saúde” no interior da OPAS.

Junto ao DEGES, caberia à Ena Galvão como coordenadora de Ações Técnicas, o comando do PROFAE. Por contar com um significativo montante de recursos vindo do

financiamento internacional desse Projeto, esta área ganharia um grande impulso espraiando sua atuação para outras categorias na formação de nível técnico.

Aí você partiu pra construção, pra priorizar e já foi com o Chico como Secretário a política da profissionalização dos demais profissionais da área da saúde, da área de Odontologia, de Vigilância, de Laboratório.... Laboratório então abriu um leque, Análises Clínicas, Radiologia, Citologia, Hematologia, Hemoterapia... tinha uma porção dentro da área de Laboratório e tem livro-texto! Foi contratado grupos de pessoas, o PROFAE tinha dinheiro, quando veio o PROFAE tinha muito dinheiro (ENA GALVÃO).

Ena Galvão ficou à frente da Coordenação de Ações Técnicas da SGTES até 2009, quando saiu por divergências com a então diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Ana Estela Haddad. É o que nos narra a técnica do Ministério da Saúde, Nubia Brelaz, que trabalhou junto de Ena na Coordenação de Ações Técnicas:

A Ena saiu porque ela tinha algumas divergências com a Ana Estela e essas divergências se avolumaram digamos assim com o tempo, eu não sei exatamente se foi alguma coisa específica, foram criando certos arranjos e tal, até o momento em que ela não quis mais e saiu, ela foi embora (NUBIA BRELAZ).

Com a saída de Ena Galvão da Coordenação de Ações Técnicas, a própria Ana Estela Haddad teve de assumir o PROFAE, no último ano de vigência do projeto. Ela mesma nos admite que havia falta de diálogo entre as duas em relação à gestão desse Projeto:

A Ena saiu de 2009 para 2010 e em 2010 foi o ano que eu cuidei (do Profae), que era o ano final e eu passei a cuidar por ela ter saído. Porque na verdade ela já era amiga do Chico há muito tempo e já se conheciam há muito tempo, a Izabel dos Santos... então apesar de ela estar no meu departamento, **como ela fazia gestão independente do PROFAE**, ela tinha uma certa autonomia e independência e **eu procurava acompanhar, mas ela não me passava muitas coisas, então eu não acompanhava muito** e eu fui tomar pé mais do processo, mais de perto, quando eu tive que ficar à frente quando ela saiu e aí junto com a Clarice a gente começou a formular mais (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

Mais tarde, a enfermeira e docente da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, Clarice Aparecida Ferraz, seria indicada por Ana Estela para ocupar o comando da Coordenação de Ações Técnicas da SGTES, permanecendo no cargo até o final do mandato.

Quando a Ena saiu nós convidamos a professora Clarice Ferraz que é da Enfermagem da USP Ribeirão para ocupar o cargo em que estava a Ena, de Ações Estratégicas (ANA ESTELA HADDAD).

6.10.3 As três etapas de ocupação da Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Consideramos que nesta segunda conformação do DEGES no governo Lula, pode-se elencar pelo menos três etapas de ocupação da Coordenação Geral de Ações Estratégicas, que seguiriam momentos de agendas distintas no DEGES (a serem relatadas posteriormente): a primeira etapa de ocupação da Coordenação Geral de Ações Estratégicas iniciou com a indicação de Ana Estela Haddad para seu comando que marca também seu ingresso no campo de discussões dos “recursos humanos em saúde”, a segunda etapa de ocupação desta Coordenação, por sua vez, tem início a partir da indicação de Maria Alice Roschke, consultora da OPAS indicada por Ana Estela (naquela ocasião já alçada ao comando do DEGES) e a terceira ocupação diz respeito à indicação dos médicos Gustavo Gusso seguido por Sigisfredo Luís Brenelli.

Ana Estela Haddad reitera que as distintas ocupações da Coordenação Geral de Ações Estratégicas refletiriam em momentos distintos, ressaltando a influência das pessoas e das suas relações nos micro espaços de poder na construção da Política levada a cabo pelo DEGES:

(...) e bom e aí é claro que a presença das pessoas, as instituições são muito importantes, **mas as pessoas e as relações das pessoas também, os micro espaços de poder de Política... às vezes como um gestor individualmente vê esse espaço e se mexe dentro desse espaço tem influência na construção da Política e não dá pra dizer que não.** Então eu mesma como diretora se eu pensar nos três diferentes coordenadores que eu tive abaixo de mim, trabalhando comigo, foi diferente! Trabalhar com a Maria Alice Roschke, com o Gustavo Gusso e trabalhar com o Brenelli foram momentos distintos que você vai compondo e não tô dizendo que nenhum é melhor ou pior, é diferente. Então as pessoas influenciam. Agora tem as tensões pequenas, as tensões que são relacionadas a como cada um pessoalmente lida com a pressão e a situação de poder e é sempre uma pressão e tem as relações também aí partidárias, identidade ideológica e sem dúvida são forças que vão estar atuando também né... (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

É interessante destacar que estas distintas etapas de ocupação da Coordenação Geral de Ações Estratégicas refletem em grande medida as mudanças ou priorizações de agendas executadas pelo DEGES. Veremos na narrativa que segue que essa Coordenação se estruturaria inicialmente na sua primeira ocupação para responder à demanda colocada de estruturação da recém-criada Residência em Área Profissional de Saúde. Depois, o estabelecimento de novas diretrizes para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde impôs um reposicionamento do conceito de educação permanente em saúde (necessidade que veio a partir da demanda ativa de Ana Estela Haddad) e que contou com a contribuição teórica de Maria

Alice Roschke, a quem se deve a iniciativa de formulação teórica deste conceito na OPAS. Com a saída de Maria Alice e a pressão sobrepujante da categoria médica na pauta das Residências em Saúde, além da centralidade adquirida com a Saúde da Família – transformada em “Estratégia Saúde da Família” neste segundo período do governo Lula, a categoria médica conseguiria indicar representantes para o comando desta Coordenação, sinalizando uma postura da SGTES em evitar desgastes e a intenção em manter boas relações com a corporação médica.

Vale destacar que esta relação simbiótica entre Coordenação de Ações Estratégicas e Departamento de Gestão da Educação na Saúde mostra, por outro lado, a centralidade que a educação superior teria adquirido não só nesta segunda conformação do DEGES, mas de forma geral nos dois períodos da SGTES abordados neste estudo.

Relataremos com maior minúcia essas etapas de ocupação da Coordenação Geral de Ações Estratégicas no contexto mais geral do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que dividimos em dois momentos conforme a narrativa que segue.

6.11 O Primeiro Momento do DEGES na gestão Francisco Campos

Consideramos dois momentos do DEGES nesta conformação no período pós-mensalão. O primeiro momento é caracterizado pela gestão de Célia Pierantoni, pertencente ao “grupo dos recursos humanos”, responsável por traçar as linhas gerais de atuação do DEGES neste segundo período. Neste primeiro momento abordaremos algumas iniciativas: o lançamento da proposta do Pró-Saúde, a realização da 3ª Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (3ª CNGTES) e a proposta de reestruturação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, orientada por uma pesquisa de avaliação da Política de Educação Permanente em Saúde encomendada por Célia à Ana Luiza d’Ávila Viana, docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Entretanto, antes de narrar propriamente sobre as agendas postas em execução nesta segunda ocupação do DEGES neste primeiro momento, precisamos apresentar algumas considerações sobre a centralidade adquirida pela “Saúde da Família” neste segundo período Lula (pós-mensalão). Como já relatamos, desde o início do governo Lula, havia uma pressão para a adoção da Saúde da Família como modelo prioritário de organização do Sistema de Saúde, na Atenção Básica – situação que àquela altura dividia opiniões. Esta pressão terá influência sobre a SGTES, que contava nesta segunda conformação com a liderança de

Francisco Eduardo de Campos, um entusiasta do antigo modelo de “Pólos de Capacitação em Saúde da Família”.

6.11.1 A centralidade adquirida pela “Saúde da Família” na segunda gestão da SGTES

Desde antes da recomposição da SGTES pelo “grupo dos recursos humanos”, havia o entendimento posto de que as políticas de “recursos humanos” ou de “gestão da educação na saúde” deveriam subsidiar as políticas de saúde mais gerais. Portanto, a atuação deste grupo dos recursos humanos desde a década de 1970 seguiu este entendimento de que era preciso qualificar a prática dos profissionais para alcançar uma melhor atenção à saúde junto aos serviços. Como referimos no capítulo sobre “O Campo de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde”, depreende-se a partir da análise das publicações da Coordenação Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (ocupada pelo “grupo dos recursos humanos em saúde”) que o Programa Saúde da Família era visto como a grande janela de oportunidades para a mudança na “educação médica” e a área de recursos humanos deveria atender ao desafio posto pela estratégia da atenção básica como eixo reorganizador do Sistema de Saúde. Por isso mesmo o enfoque deste grupo ao fortalecimento dos “Pólos de Capacitação em Saúde da Família”.

Esta defesa da transformação da educação dos profissionais de saúde a partir do Programa Saúde da Família é claramente expressa em publicação datada do ano de 1998, no número 16 da Revista Olho Mágico, onde Francisco Eduardo de Campos publicaria junto de Rossana Baduy o artigo intitulado: “Programa de Saúde da Família: Oportunidade para a transformação da Educação dos Profissionais de Saúde”. Este artigo apresenta o diagnóstico de que a crescente especialização da prática médica aumentou os custos da atenção à saúde, conseqüentemente pesando mais sobre o orçamento das sociedades. Por outro lado, os autores identificam o que designam como “o sonho do acesso a uma prática especializada” que segundo afirmam, estaria pairando sobre o imaginário coletivo, situação estimulada pelas escolas médicas responsáveis pela continuidade dessa “cadeia de transmissão ideológica” desde pelo menos a reforma flexneriana.

Os autores partiriam da premissa da incompatibilidade entre este modelo de crescente especialização e o desejo de acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Para a superação disto e a concretização destas diretrizes constitucionais do SUS, eles afirmam a posição de que deveria se concretizar na prática o discurso de prevenção de doenças e promoção da saúde de acordo com a proposta da “Saúde da Família” e, portanto, defendiam a formação

de profissionais de acordo com esta proposta, que se formariam com uma “visão holística” dos pacientes e grupos sociais.

Esta modalidade profissional, tão comum e resolutive no passado, passa a ser foco de atenção de quase todos os sistemas de saúde que estejam em processo de reforma. Uma das propostas contidas na proposta de reforma Clinton, nos EUA, era a reconversão profissional de especialistas a práticas gerais, passando por incentivos financeiros a esta modalidade de exercício. **No Brasil o governo federal tem como proposta o incentivo à formação de equipes de saúde da família, exatamente no intento de reverter a atenção hospitalar e especializada para um modelo baseado na comunidade, resolutive e com custos compatíveis com a capacidade de poupança da sociedade brasileira. A proposta de saúde da família possibilita que os profissionais de saúde desenvolvam habilidades na vivência das situações, que envolvem não somente a cura das doenças, mas também a prevenção e a promoção da saúde** (CAMPOS; BADUY, 1998, p. 1, grifos nossos).

Em sequência à discussão, os autores elencam um conjunto de competências profissionais relevantes neste processo, relativas a: capacidade de respeitar culturas diferentes e aprender continuamente na troca de experiências; responsabilidade com a resolução do problema de saúde; trabalho em equipe desenvolvendo a comunicação interpessoal internamente e na relação mais intensa com os cidadãos/usuários sob sua responsabilidade e gerência local e programação das ações, atividades que requererem habilidades para assumir posições de liderança e capacidade de tomar decisões por parte dos profissionais (CAMPOS; BADUY, 1998).

Finalmente, os autores elencam três componentes necessários à consecução dos objetivos propostos: o incentivo à absorção destes profissionais formados sob essa lógica nos serviços locais de saúde, o incentivo ao aparecimento dos pólos de formação das equipes de saúde da família e “uma difusão ideológica do novo modelo ao interior das instituições formadoras”, este terceiro componente é tido como um desafio. De acordo com os autores, as instituições acadêmicas devem “conscientizar-se de que seu papel não se restringe ao currículo inicial de graduação devendo-se estender ao longo de toda a vida profissional”, cabendo a estas instituições acadêmicas levar a cabo processos de educação permanente dos profissionais:

Há por exemplo, um desafio: que as instituições acadêmicas se conscientizem que seu papel não se restringe ao currículo inicial de graduação devendo-se estender ao longo de toda a vida profissional. Isso é particularmente importante numa conjuntura onde houve uma grande expansão do aparato acadêmico, fica, portanto, a questão quantitativa de ser central e especialmente pelo fato de que há uma rápida obsolescência dos conhecimentos, o que torna necessários processos de educação permanente dos profissionais. A participação em tal processo significa, desta forma, uma oportunidade ímpar de estabelecer vínculos entre o processo de ensino e investigação, com o dia-a-dia dos serviços de saúde. Não se pode esquecer que transitam pelo parlamento nacional projetos de autonomia universitária, que necessariamente modificarão o perfil de tais instituições no futuro. Esta é a forma de garantir que a médio prazo não serão necessários

paliativos para o treinamento profissional, à medida que se implemente a nova missão institucional das casas de estudo (CAMPOS; BADUY, 1998, p. 1, grifos nossos).

Vale ressaltar que esta defesa da transformação da educação dos profissionais de saúde sob a orientação estratégica do Programa Saúde da Família vinha ao encontro da priorização dada ao PSF na gestão de Fernando Henrique Cardoso.

Como já apontado anteriormente, este entendimento sobre o papel de subsídio desta área às políticas de (atenção à) saúde não era compartilhado pelo grupo de Maria Luiza Jaeger na primeira ocupação do DEGES, que como vimos, colocava-se contrário a este “lugar secundário ou de retaguarda” da área, buscando um “lugar central, finalístico, às políticas de saúde” (CECCIM, 2005b, p. 163), um “novo modo de produzir o SUS”, como afirmava Laura Feuerwerker.

No entanto, a Saúde da Família que inicialmente dividia opiniões no Ministério da Saúde (visto que contava com o desacordo do grupo de Maria Luiza Jaeger) e no governo Lula em geral (uma vez que, como também relatou Gastão Wagner, os Ministros Antonio Palocci e Luiz Gushiken, próximos à Lula manifestavam-se expressamente contrários ao PSF), progressivamente ia se configurando uma proposta que ganharia hegemonia nos governos Lula. Na gestão do então Ministro da Saúde José Gomes Temporão, em 28 de março de 2006, através da Portaria nº 648, a Saúde da Família era enunciada como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica, ratificando a consolidação e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

É neste contexto de priorização da Estratégia Saúde da Família como organizadora da Atenção Básica e do Sistema de Saúde que se inserem os esforços de formulação de políticas na área de “gestão da educação na saúde” no segundo período da SGTES, onde vimos o surgimento da proposta do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).

6.11.2 O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde I)

Em três de novembro de 2005, através da Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde e Educação nº 2.101 se instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) voltado para os cursos de graduação em Medicina,

Enfermagem e Odontologia. Essa delimitação, conforme o exposto na Portaria, justificava-se pelo fato de esses cursos integrarem a estratégia denominada Programa de Saúde da Família.

De fato, a própria cartilha do Pró-Saúde publicada oficialmente pelo Ministério da Saúde trazia como base para a sua formulação a tentativa de superar as dificuldades de concretização das propostas do Programa Saúde da Família. Procurava-se desse modo induzir uma reorientação da formação dos profissionais em saúde, sobretudo daqueles que compunham a equipe nuclear de saúde da família, para tentar incidir na mudança do modelo de atenção que colocasse a Saúde da Família como estratégia prioritária de organização do Sistema de Saúde:

Para a formulação desse programa, será levada em conta a dificuldade de concretização das propostas do Programa Saúde da Família. Três cursos serão inicialmente contemplados no Pró-Saúde – Medicina, Enfermagem e Odontologia, cujos egressos fazem parte da estratégia do Programa Saúde da Família em todo o Brasil. O programa terá o papel indutor na formação do ensino em saúde no Brasil, tanto para os três tipos de cursos como para todos os outros da área da Saúde, pois, a partir da criação de modelos de reorientação, poder-se-á construir uma nova etapa na formação profissional em saúde (BRASIL, 2005h, p. 11).

Este argumento é reiterado por Ana Estela Haddad que afirma ter sido feita uma encomenda ao DEGES de iniciativas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família, sem deixar claro, no entanto, de onde partia esta encomenda:

A encomenda pra gente inicialmente era o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família (ESF) e eram as três profissões que estavam na ESF e é esse o argumento que a gente usou pra começar com as três (ANA ESTELA HADDAD).

Célia Pierantoni *et al.* (2012) reitera o foco dado pelo Pró-Saúde a uma aproximação entre a formação de graduação e as necessidades da atenção básica no modelo de organização da Saúde da Família:

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) é também uma iniciativa coordenada pelo DEGES que visa à aproximação entre a formação de graduação no Brasil e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela Estratégia Saúde da Família (PIERANTONI *et al.*, 2012, p. 59).

Mas diferente do argumento enunciado por Ana Estela Haddad, Célia afirma que a delimitação nos três cursos (Medicina, Enfermagem e Odontologia) se fez devido à escassez de recursos da SGTES, que impunham a necessidade de delimitação nessas três categorias profissionais:

Porque o dinheiro dava para isso, é bem claro, não é que a gente não quisesse não, só dava para isso o que se tinha de dinheiro. Na verdade, foi o resto... que se optou fazer essas três áreas em vez de fazer só pra Medicina e daí a gente pensou: “Vamos aumentar e a gente faz para as três áreas e o dinheiro dá” (CÉLIA PIERANTONI).

De fato, Ana Estela Haddad afirma que a proposta inicial não incluía Enfermagem e Odontologia, apenas Medicina, como uma reedição do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), tendo sido ela que pressionou para a inclusão destas profissões, com o argumento de que junto da Medicina, estas categorias profissionais compunham a equipe de saúde da família:

Quando eu cheguei tinha tido só o Promed, então a primeira edição do Pró-Saúde fui eu que bati o pé e disse: “Nós vamos incluir a Enfermagem e a Odontologia porque a equipe de saúde da família tem enfermeiro e dentista” e incluí (ANA ESTELA HADDAD).

Efetivamente, a proposta do Pró-Saúde se inspirava na experiência do PROMED. No ano de 2005, a SGTES organizou um evento que seria decisivo na formulação da proposta do Pró-Saúde: um Seminário de Avaliação do Promed, realizado na cidade do Rio de Janeiro, em que participaram representantes das entidades que faziam parte do PROMED:

O Ministério da Saúde, através de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde. **Este programa se inspira na avaliação do Promed**, que foi dirigido às escolas médicas, e incentivou e manteve processos de transformação em 19 escolas médicas brasileiras (BRASIL, 2005i, p. 5, grifos nossos).

Ana Estela Haddad e outros autores (2012) afirmam que o Pró-Saúde foi gestado a partir do acúmulo construído pela experiência do PROMED, com uma ampliação, já que na sua primeira fase, o Pró-Saúde voltou-se para os cursos de Enfermagem e Odontologia, além da Medicina:

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi criado a partir do acúmulo construído, ao longo das décadas anteriores, em experiências de integração ensino-serviço e também a partir da avaliação do Promed, primeira iniciativa governamental voltada para apoiar a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 20 cursos de graduação em Medicina. Na mesma época em que o Pró-Saúde foi instituído, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com o Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) e com docentes e pesquisadores vinculados a universidades das diferentes regiões do País, realizou um estudo sobre a aderência dos cursos de graduação às DCN. O estudo teve um recorte que envolveu os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. **O Promed, que incidira apenas na Medicina, foi ampliado para a Enfermagem e para a Odontologia no Pró-Saúde I em 2006. Eram estas também as profissões inseridas na Estratégia de Saúde da Família** (HADDAD *et al.* 2012, p. 1, grifos nossos).

Mas, além da demanda de ampliação para as categorias profissionais da equipe de saúde da família, a proposta do Pró-Saúde se propunha a superar os limites do Promed. É isso o que nos afirma Ana Estela Haddad, ao indicar que a avaliação feita pela equipe da SGTES ao Promed era a de que este Programa ficou muito centrado nos cursos de graduação, pouco incidindo no serviço de saúde. O desafio posto a esta equipe era com o Pró-Saúde era o de ir mais para o serviço:

E aí o Promed foi pra 20 cursos da Medicina e foi muito... a nossa avaliação é que ele foi muito centrado dentro dos cursos, ele saiu pouco para os serviços, então o nosso desafio era ir mais para o serviço (ANA ESTELA HADDAD).

A proposta do Pró-Saúde também instituiu através da Portaria nº 2.101 uma instância consultiva, denominado “Conselho do Pró-Saúde” que reunia todas as entidades que compunham a Comissão Nacional de Acompanhamento do PROMED e outras entidades. Também se instituiu uma “Comissão Assessora do Pró-Saúde” composta por gestores do SUS e profissionais especializados em Educação Médica, Educação em Enfermagem e Educação em Odontologia, que detinha a função de selecionar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos projetos dos cursos de graduação participantes do Pró-Saúde (BRASIL, 2005h).

Francisco Campos, ao falar sobre a iniciativa do Pró-Saúde, afirma que este era muito baseado no projeto UNI da Fundação Kellogg e usava um modelo que ele, Francisco Campos havia aprendido com Laura Feuerwerker, integrante do grupo anterior do DEGES, que foi coordenadora do projeto UNI:

(...) mas eu acredito que pelo menos no que diz respeito a SGTES foi um momento bem interessante em termos de equacionar essas questões, por exemplo, de mexer com a graduação através do Pró-Saúde que era você dar incentivo para que as pessoas pudessem... **usando um modelo que Laura tinha me ensinado e na verdade o Pró-Saúde é muito baseado no projeto UNI da Fundação Kellogg que eu tinha sido consultor do UNI e a Laura era coordenadora nacional**, quer dizer, embaixo do diretor da região que era o Tancredi e equacionar isso e colocar... descentralizar dinheiro para as instituições (FRANCISCO CAMPOS, grifos nossos).

A proposta do Pró-Saúde configurava-se como o carro-chefe das iniciativas deste segundo período da SGTES, mas seria alvo de muitas críticas, forçando a equipe do DEGES a uma reconfiguração deste Programa.

6.11.3 3ª Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Apesar de ser intitulada “3ª Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde” (3ª CNGTES), esta foi a primeira Conferência que se faria em torno da “gestão do trabalho e da educação na saúde”, marcando a inflexão produzida nesse campo de atuação. As Conferências anteriores (1ª e 2ª), datadas de 1986 e 1993 respectivamente, traziam a designação: “Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde”.

Conforme consta no relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, convocava-se a 3ª Conferência Nacional de Recursos Humanos:

d) Convocar e realizar, em 2001, a 3ª Conferência Nacional de Recursos Humanos (BRASIL, 2001, p. 80).

Sem ter sido realizada em 2001, no relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2003, constava a convocação da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde:

45. Convocar, por meio do Conselho Nacional de Saúde, conferências específicas:
 I. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, no 1º semestre de 2004;
 II. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal;
III. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde;
 IV. 1ª Conferência Nacional de DST/Aids/HCV-Hepatite C;
 V. Conferência Nacional de Atenção Básica em Saúde;
 VI. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena;
 VII. 1ª Conferência Nacional de Educação Popular e Saúde;
 VIII. 1ª Conferência Nacional de Gestão Participativa; IX. 2ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2004d, p. 110, grifos nossos).

Sobre a mudança de denominação desta Conferência, é interessante destacar a matéria feita pela Revista Radis da Fiocruz em edição temática especial à 3ª CNGTES que em seu número 46, publicado em junho de 2006, trazia um box intitulado: “Duas palavras e teoria em excesso”, abordando uma polêmica no âmbito desta Conferência: a utilização do termo “recursos humanos”. É interessante notar na matéria a declaração feita pelo então Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Francisco Campos, em relação ao uso do termo, atribuindo a este a mesma significação produzida por Maria Luiza Jaeger quando esteve à frente da SGTES. O Secretário ainda emendaria ao afirmar a mudança do termo para “gestão do trabalho”, que teria virado o “politicamente correto”:

Duas palavras foram responsáveis por uma das maiores polêmicas da 3ª CNGTES: “recursos humanos”. O secretário Edmundo Costa Nunes recebeu dezenas de perguntas questionando o uso em sua fala desta expressão apagada do dicionário dos trabalhadores da saúde. Edmundo explicou que queria

contrastar a percepção diferente dos gestores em relação aos trabalhadores. A expressão deixou de ser empregada porque houve a compreensão de que “os trabalhadores da saúde não são um insumo adicional que se agrega aos recursos financeiros, tecnológicos e de infra-estrutura para produzir serviços: são os próprios serviços de saúde”, segundo Francisco Eduardo de Campos, secretário de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde e coordenador da conferência. Agora, o politicamente correto é falar “gestão do trabalho” (DOMINGUEZ, 2006, p. 10).

Com o tema central: “Trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação”, esta Conferência havia sido deflagrada ainda na gestão de Maria Luiza Jaeger na SGTES, através da Portaria nº 592, de 20 de abril de 2005 e previa realização da etapa nacional no período de 13 a 16 de novembro de 2005, precedida da etapa municipal a ser realizada até 15 de agosto de 2005 e da etapa estadual a ser realizada até 30 de setembro. Entretanto, teve de ser alterada pela Portaria nº 935 de 15 de junho de 2005, que estabelecia a realização da etapa nacional no período de 15 a 18 de março de 2006, mas que só aconteceria efetivamente alguns dias depois, entre os dias 27 e 30 de março de 2006 em Brasília, contando com a participação de 1.371 delegados (BRASIL, 2007b).

Até 14 de outubro de 2005, a Comissão executiva desta Conferência era formada pela Coordenadora Geral Maria Luiza Jaeger; Coordenadores Gerais Adjuntos: Ricardo Burg Ceccim e Ana Estela Haddad; com Secretária Geral de Maria Helena Machado e Secretária Adjunta de Hilbert David de Oliveira Sousa; Relatoria Geral de Maria Natividade G.S.T. Santana e Relatoria Adjunta de Gyselle Saddi Tannous.

A partir de 14 de outubro de 2005, esta Comissão sofria alterações, para acomodar a nova equipe da SGTES. Assim, o Coordenador Geral passaria a ser Francisco Eduardo de Campos, seguido das Coordenadoras Adjuntas: Célia Regina Pierantoni e Samara Rachel Vieira Nitão; permanecendo Maria Helena Machado como Secretária Geral junto do novo Secretário Geral Adjunto: Henrique Antunes Vitalino, além da permanência na função de Relatoria Geral de Maria Natividade Santana e Relatoria Adjunta de Gyselle Saddi Tannous. Ana Estela Haddad seria realocada para a Comissão de Comunicação desta Conferência.

O relatório final da 3ª CNGTES foi aprovado na 165ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 08 e 09 de maio de 2006. Nele constam 528 propostas divididas nos quatro eixos temáticos: Gestão Democrática e Participativa do Trabalho em Saúde: Agenda Estratégica e Financiamento; Gestão Democrática e Participativa na Educação em Saúde: Agenda Estratégica e Financiamento; Negociação na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Valorização, Humanização e Saúde do Trabalhador e Controle Social na Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; além de 134 moções divididas entre moções oriundas da etapa nacional e moções oriundas das Conferências Estaduais.

É importante destacar neste relatório final da Conferência a predominância de propostas afinadas à perspectiva de atuação trazida pelo grupo de Maria Luiza Jager à área de gestão de educação na saúde ao modelo de operacionalização desta instituído pela Portaria nº 198/2004 que estabeleceu os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS).

Assim, um conjunto de propostas citam o fortalecimento dos PEPS, do FNEPAS, das Residências Multiprofissionais e do VER-SUS (BRASIL, 2007b).

Uma dessas propostas chega a citar explicitamente a Portaria nº 198/2004, solicitando sua permanência e atualização, mantendo esta portaria como referência à Política de Educação Permanente em Saúde, articulada por meio dos Pólos e dos Fóruns de Educação Permanente em Saúde:

186) Manter em vigor e promover atualização da Portaria 198 de 13 de fevereiro de 2004 como referência para a Política de Educação Permanente em Saúde em todo o Território Nacional, articulada por meio dos PEPSs e Fóruns de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007b, p. 36).

Também vale destacar posicionamentos explicitamente contrários às iniciativas construídas no segundo período da SGTES, como é o caso do Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais em Saúde, o Pró-Saúde, acusado de não observar os princípios da integralidade, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade e de não respeitar as diferenças locorregionais de saúde, com destaque para o fato de não ter sido construído e pactuado no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. O Pró-Saúde era colocado no mesmo campo do Promed, criado em 2001 e posto em execução em 2002, visando à reorientação da formação de médicos, através do incentivo às mudanças curriculares nos cursos de Medicina.

260) Incentivar as transformações curriculares para todos os cursos de graduação da área da saúde, prezando pela integralidade, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, garantindo a participação dos diversos segmentos na construção e implementação dos projetos, respeitando as diferenças locorregionais de saúde e conforme aprovado no CNS e conferências anteriores, **estando contrários portanto, ao processo de construção de programas como o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares em Medicina – Promed e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional Em Saúde – Pro-Saúde, por não respeitarem tais princípios e não terem sido construídos e pactuados no CNS.** A esse desafio integra-se a indispensável formação, em massa, de professores capacitadores para o novo processo, como é o exemplo do Curso de Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, valorizando a incorporação de conhecimentos oriundos das diretrizes do SUS, formalmente, nas disciplinas de pósgraduação “lato” e “stricto sensu” (BRASIL, 2007b, p. 47, grifos nossos).

Ainda em relação ao Pró-Saúde, também foram aprovadas moções de repúdio que traziam críticas à maneira como foi construída essa iniciativa, de modo centralizado sem privilegiar a construção coletiva em nível local e sem discussão com as entidades da área da

saúde e com o controle social, incluindo o Conselho Nacional de Saúde, além da limitada participação dos cursos da área da saúde e das escolas participantes e da ausência de transparência no processo de escolha e acompanhamento dos projetos:

MOÇÃO Nº 14 - O Plenário da 3ª CNGTES aprova o repúdio à maneira como foi construído o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE pela ausência de discussão com as entidades da área da Saúde, incluindo o próprio CNS, o escasso tempo para discussão e construção das propostas, a limitação quanto ao número de cursos e escolas participantes e, ainda, a ausência total de transparência no processo de escolha e acompanhamento dos projetos (BRASIL, 2007b, p. 93).

MOÇÃO ESTADUAL Nº 88 – DF O Plenário da 3ª CNGTES aprova repúdio à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), por não ter levado ao Controle Social a discussão sobre o Pró-Saúde, e a política do Pró-Saúde, por não contemplar todos os cursos da área da Saúde, por não privilegiar uma construção coletiva em nível local (cada faculdade e universidade) (BRASIL, 2007b, p. 119).

A limitada participação dos cursos de saúde nesta iniciativa, antes restrita aos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, também faria surgir demandas de inclusão, como é explicitada nesta moção estadual solicitando a inclusão do curso de Medicina Veterinária neste Programa:

MOÇÃO ESTADUAL Nº 112 – SP: O Plenário da 3ª CNGTES aprova solicitação de inclusão do curso de medicina veterinária no programa Pró-Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, bem como maior integração do curso com o SUS (BRASIL, 2007b, p. 124).

Laura Feuerwerker afirma que o relatório da 3ª Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde nunca foi publicado porque reafirmava a Política gestada pelo grupo anterior da SGTES e propunha sua continuidade. Para ela, isso se devia à forma de construção ampla que este grupo anterior procurou fazer e que teve expressão na Conferência, mas Francisco Campos enxergaria como interferência deste grupo anterior na Conferência:

Na verdade, eles se consideram donos desse negócio, entendeu? Dessa área, eles se consideram donos, então qualquer deslocamento... e aí eu acho que eles tiveram uma raiva muito grande porque quando teve a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde que foi a terceira porque tinha duas de “Recursos Humanos” e daí a terceira foi organizada como “Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”, **o relatório dessa Conferência nunca foi publicado porquê... a gente nem participou de nada, a gente estava um limbo total, mas acontece que como a Política tinha sido construída amplamente, o amplamente chegou na Conferência e propôs a continuação da Política que a gente fazia.** E o Chico Gordo achava que era teoria conspiratória, que a gente... imagina a gente não tinha poder pra fazer isso, de jeito nenhum, mas é porque a Política não era nossa, só tinha essa construção ampliada e então isso daí apareceu na Conferência e o relatório fala da política anterior, da continuação da política anterior que não era porque eles tinham ódio, eles tinham ódio porque em dois anos e meio a gente virou o mundo de cabeça pra baixo, coisa que em 20 anos eles não tinham feito,

entendeu? É uma coisa de raiva! O Chico Gordo tem ciúme sei lá, patético, enfim... (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

De fato, como mostramos, esta Conferência validou os dispositivos postos em execução pelo grupo de Maria Luiza Jaeger, além de trazer críticas à conformação do Pró-Saúde executado pelo grupo de Francisco Campos.

Vale mencionar que a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde foi a última Conferência temática a ser realizada neste campo de atuação.

6.11.4 A “Reestruturação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde”

Célia Pierantoni nos relata como ao chegarem à SGTES, ela, Francisco Campos e a equipe de trabalho da Secretaria fizeram um plano de trabalho. Ao narrar as principais ações a serem realizadas por este grupo na SGTES, ela afirma que teriam de “reestruturar os Pólos de Educação Permanente em Saúde”, porque, segundo ela, essas estruturas punham em risco o próprio Ministro da Saúde, uma vez que tinham sido idealizados por Ricardo Ceccim como um “poder paralelo” dentro da Secretaria de estado. Ela afirma que haviam críticas aos Pólos feitas pelos Secretários ao Ministro da Saúde, que demandavam sua extinção. Ela, entretanto, afirma que se manteria as bases dos Pólos, sendo apenas rediscutida sua estruturação, de modo a “recosturá-los” localmente.

Aí o negócio é seguinte: a gente montou, logo no começo, a gente fez um plano de trabalho eu e o Chico e todo mundo e tal, com digamos, dia, tempo e programa para começar e para terminar, ou seja, eu coordenaria as coisas até uma determinada base e se fugisse dessa base, até logo, vamos para casa ou se o tempo mudasse volta para casa, entendeu?! Até porque eu não tinha nenhum deputado atrás de mim, coisa nenhuma atrás de mim... No Ministério quais foram as principais ações? **Nós tivemos que reestruturar uma coisa que o Ceccim tinha feito que era uma atrapalho porque senão o Ministro acabava, quando criou os Pólos. Mas o Pólo foi criado... numa coisa bem idealizada pelo Ceccim como um poder paralelo dentro da Secretaria de estado, que era isso que em alguns lugares se transformou, dependendo do porte da Secretaria era um poder paralelo, então quando nós chegamos era uma crítica grande dos Secretários com o Ministro: “Vamos acabar”. E o que que a gente fez? Não acabou, a gente rediscutiu a estruturação dos Pólos mantendo as bases e a gente foi só recosturando essa própria coisa dentro de cada Secretaria, foi um trabalho infernal porque cada Secretaria é uma Secretaria e cada lugar tinha uma correlação de força e de poder...** (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

De fato, segundo Célia, a principal divergência com os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) vinha dos Secretários de Saúde, de modo que no gabinete do Ministro pairava a ideia de que se deveria destruir os Pólos. Mas Célia nos afirma que discordava disso, já que

segundo ela, muitos dos Pólos vinham dos antigos “Pólos de Capacitação em Saúde da Família”. Ela acabaria por convencer Francisco Campos e decidiria por visitar os Pólos para entender seu funcionamento:

A gente encontrou, para você entender, no gabinete do Ministro era assim: “Tem que destruir os Pólos” e eu conversei, falei com o Chico: “Não Chico, não é bem assim” porque muitos dos Pólos vinham dos “Polos de Saúde da Família” para capacitar, entendeu? “Não, vamos dar uma olhada, vamos ver o que que é isso” e aí sai visitando para entender o que era isso. A principal divergência era essa, os Secretários... a coisa do poder paralelo (CÉLIA PIERANTONI).

Célia menciona que Chico falava em “acabar com esses problemas” que existiam nos Pólos, mas que ela e Ana Estela Haddad não tinham a intenção de extinguir os Pólos. Célia afirma que sua posição se dava em razão de serem os Pólos advindos da discussão da regionalização e que alguns Pólos eram pactuações antigas que estavam em funcionamento e funcionavam bem. Por outro lado, para ela, a grande maioria dos Pólos funcionava como um “balcão de projetos” que não conseguia interagir com o serviço para colher suas demandas de capacitação:

A nossa ideia... nunca, veja bem, embora... **O Chico até falava: “Vamos acabar com esses problemas” eu no tempo que eu fiquei e a Ana estava também não fez isso, eu nunca quis acabar com Pólo, até porque os Pólos, alguns deles nasceram na discussão da regionalização** porque tinha Universidade que era regional, não necessariamente local. Então alguns Pólos saem da discussão da regionalização, de uma pactuação interna que já existia e é bobagem você destruir uma pactuação que está feita, porque fazer pactuação é difícil. Então muito dos Pólos... eu não posso te citar local, mas em Minas encontrei muito isso, você tinha Pólos que eram pactuações antigas que estavam funcionando, você chegava lá e olhava e estava funcionando e tão fazendo isso e traz de cá e bota pra lá, pega o buraco de capacitação disso que não tem aqui e bota e consegue planejar um projeto conjunto, **agora a grande maioria que foi criada assim foi um balcão de projetos e não houve esse projeto juntar com o serviço e ver o que precisava pra capacitar e o que que precisa e tal, e isso foi mudando eu acho também por conta da qualificação da gestão** (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

Por isso mesmo, Célia considera que os Pólos de Educação Permanente em Saúde não foram destruídos, mas sim redimensionados na sua proposta de ser um espaço que trabalhava com a ideia de regionalização:

(...) então os Pólos pra mim nunca foram destruídos, eles foram redimensionados, porque tinha município pequeno que não tem nada, ou trabalha com a regionalização coisa que eles bancaram ou não tem como, não tem estrutura, não tem base, não tem como, então a regionalização é um instrumento importante pra trabalhar educação permanente. Então ela ultrapassa a Secretaria estadual, ela ultrapassa o estado, entendeu? Então, os Pólos regionais são uma ideia genial que dão suporte, geralmente tem que ter uma Universidade e quando a Universidade adere é muito melhor pra trabalhar (CÉLIA PIERANTONI).

Ana Estela Haddad também afirma que os Pólos de Educação Permanente em Saúde eram uma ideia boa, mas considera que a forma de execução talvez não tenha sido a melhor. Ela também afirma, assim como Célia, que os Pólos funcionavam quase como um “balcão”, por terem o financiamento centralizado na SGTES e carecerem de uma discussão mais ampla a nível de região de saúde que integrasse um plano de educação permanente:

Então o que que a gente pode observar? Que os Pólos de Educação Permanente eles vieram um pouco em substituição ao que tinha antes que eram os Pólos de Saúde da Família, tornando em uma coisa mais ampla... **a forma, a ideia era boa mas possivelmente a forma execução talvez não tenha sido a melhor, no seguinte sentido: muitas vezes no governo federal, nos governos em geral os mecanismos que você usa para executar o recurso e para as financiar as ações também tem um poder indutório e modelador da política, então por exemplo a execução ela era centralizada, então o financiamento por projeto, então o mesmo Pólo podia apresentar dez, quinze, vinte projetos, todos iam pra SGTES e a SGTES avaliava projeto por projeto pra financiar como um balcão, é quase um balcão.** E aí você não tem uma discussão, uma problematização, uma contextualização pensando por exemplo a região de saúde, pensando qual é o plano municipal de educação que está colocado? Então qual é a educação permanente atrelada a esse plano maior que vai ser...? (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

A menção anterior de Célia Pierantoni à reestruturação dos Pólos de Educação Permanente como principal ação a ser realizada na SGTES, pode ser encarada como um forte indício da centralidade que essa agenda teria no início da ocupação da SGTES pelo grupo de Francisco Eduardo de Campos.

Francisco Campos, a certa altura, utiliza o termo “Pólos de Capacitação” ao se referir aos Pólos de Educação Permanente em Saúde instituídos pelo grupo de Maria Luiza Jaeger. Para ele, Maria Luiza ao criar a SGTES reuniria nesta Secretaria tudo o que fosse relacionado à capacitação no Ministério da Saúde e criaria os “Pólos de Capacitação” centralizando o recurso financeiro que teria seu fim definido a partir de “uma reunião com participação de todo mundo”. Ele ressalta que esse formato de participação e metodologia de definição de recursos para as ações de educação permanente gerou problemas, reforçando a ideia de que havia um problema dos Secretários de Saúde com essa proposta, que os colocava em pé de igualdade de votos com as demais representações do controle social, do ensino e da atenção à saúde. Por fim, ele conclui que esta proposta dos Pólos fracassou:

A Maria Luiza cria a SGTES, ou seja, pega tudo que é de capacitação e coloca em um lugar só, não conseguiu tudo, quer dizer... tem feudos do Ministério da Saúde que você provavelmente jamais conseguirá... você pega a questão farmacêutica... você tem várias áreas que mantiveram muito... mas de qualquer forma faz isso e então de agora “vamos partir de uma maneira diferente e vamos fazer com que...” **então eu acho que é bem intencionada a ideia que especificamente o primeiro grupo da Maria Luiza tem lá no Ministério da Saúde de fazer Pólos de Capacitação que era isso... você pega o dinheiro todo e coloca tudo junto e aí numa reunião com participação de todo**

mundo você decide o que fazer, evidente que isso daí gerou problema porque o Secretário de Saúde daqui de Minas não aceitava sentar e ter o mesmo voto do cara do Movimento comunitário que nem sabia direito... porque ele era uma cara altamente especializado e começou a mandar o vice que começou a mandar não sei quem e no final apareceu, **enfim... fracassa essa política de Pólos...** (FRANCISCO CAMPOS, grifos nossos).

Ao retomar seu raciocínio sobre os Pólos de EPS, chama a atenção o fato de Francisco Campos afirmar que a publicação da portaria que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) na sua “primeira proposta” (formulada na época de Maria Luiza Jaeger), como ele mesmo designa, estava centrada na “capacitação para a Saúde da Família” que estava se expandindo. Ora, como vimos, o grupo de Maria Luiza Jaeger detinha uma forte visão crítica ao Programa Saúde da Família e recusaria restringir esta primeira proposta de política à educação permanente/capacitação das equipes de saúde da família, contrariando as expectativas da Secretaria de Atenção à Saúde e do Ministério para a SGTES àquela altura.

Bom, então o que é que acontece? **Acontece lá que já na época da Maria Luiza se publica a primeira portaria da PNEPS que é a Política Nacional de Educação Permanente já muito centrada na questão da capacitação para a Saúde da Família que estava expandindo naquele momento... a primeira proposta eu te digo que... o problema é que o mundo é hierarquizado e eu acho que as pessoas viam o mundo muito sem hierarquia e é complicado...** na verdade se você for pensar assim... e tem várias entrevistas sobre isso, vários trabalhos... **Quais são os modelos onde os Pólos funcionaram? Praticamente nenhum, é nenhum e por causa disso: porque a pessoa se cansava, chegava lá e aquela reunião maçante, difícil...** então o que que acontecia? Uma regional aqui de Minas juntava lá todo mundo, mas na hora se falava, então tá bom: “O que precisa aqui é que as pessoas aprendam a trabalhar em equipe!” “Quem é que sabe aqui na região do Alto do Mucuri, quem é que sabe como trabalhar em equipe?” e aí um cara falava “Eu preciso capacitar as equipes de Saúde da Família de como trabalhar em equipe!”, a Universidade local fala assim “Não, eu tenho aqui o AIDPI”. No final você fazia assim ou você despedia o sujeito porque você não tem quem te faça aquilo ou você contrata... no final “Ah, tá legal! Tem ali um curso de tuberculose, um de malária”, então acabava contratando isso. **Até que quando eu vou pra SGTES eu tive um auxílio muito grande de uma pessoa que é muito clarividente, uma das pessoas mais inteligentes que eu conheço no Brasil que se chama Célia Perantoni que foi uma pessoa que colaborou no primeiro tempo em que estive lá** (FRANCISCO CAMPOS, grifos nossos).

Em relação aos Pólos de EPS instituídos para a operacionalização da Política, Francisco Campos relata que o problema é “que as pessoas viam o mundo sem hierarquia”, o que segundo ele não correspondia à realidade de um mundo hierarquizado, numa franca crítica aludindo ao grupo de Maria Luiza Jaeger. Por isso, para ele, os Pólos não funcionaram em praticamente nenhum modelo, porque as reuniões eram maçantes e cada sujeito envolvido tinha sua própria compreensão dos problemas e sua própria forma de encaminhar resolução para estes problemas, de modo que sem resolução a este impasse, só restavam duas opções: ou não fazer nada ou

contratar cursos programáticos de capacitação. Na sua narrativa, ele sugere um rompimento a isso, ao relatar na sequência quando ele vai para a SGTES e é auxiliado por Célia Pierantoni, que ele designa como sua colaboradora no “primeiro tempo” desta conformação da SGTES. Note-se aqui que o próprio Francisco Campos alude a um “primeiro tempo” da SGTES, que seria marcado pela colaboração de Célia Pierantoni e pela montagem de uma proposta de reestruturação dos Pólos.

É nesse contexto que Célia Pierantoni encomendaria uma pesquisa à professora Ana Luiza d’Ávila Viana da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com o intuito de “avaliar a Política de Educação Permanente em Saúde no modelo que ela estava sendo construída” até então, como nos afirma Ana Estela Haddad:

(...) e a Célia logo encomendou uma pesquisa com a professora Ana Luiza Viana na Faculdade de Medicina da USP e teve um Doutorado que eu até participei da banca e nós começamos a colocar as coisas em revista principalmente em avaliar a Política de Educação Permanente do jeito que ela estava, no modelo que ela estava construída (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

Esta pesquisa encomendada à Ana Luiza d’Ávila Viana vinha ao encontro do desejo de respaldar a “reestruturação” dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, do qual Célia se referia. Ela reitera que os Pólos funcionavam como um “poder paralelo” porque “tinham dinheiro, autonomia, faziam reunião e exigia tudo” do Secretário de Saúde. Embora ela afirme novamente que os Pólos não acabaram e que teria havido uma “certa mediação”, em alguns lugares, segundo o que afirma, os Pólos funcionavam como um “balcãozasso” com dinheiro e poder e que eles teriam trabalho de “desmontar” isso:

Poder paralelo, e era. Porque tinha dinheiro, tinha autonomia, fazia reunião, exigia tudo do Secretário, entendeu? E tem mais uma coisa, dependendo do local as instituições universitárias são muito poderosas, a Universidade é muito poderosa dependendo do local. Então essa articulação com a Universidade dava muito poder para esse polo e aí você tem que ver quando você faz uma política, você tem que ver quem é na região que detém o poder político na área, então como tinha muitos universitários, as Universidades às vezes eram o poder político da área, não o Secretário, e com essa puxada era uma encrenca, encrenca mesmo. Dependendo do lugar, da Universidade, da fortaleza da Universidade, a Universidade é um poder político importante, é um ator e tem poder importante nessa coisa e foi, embora não soubesse gastar, não soubesse nada disso, não sei se você está entendendo. **Mas os Pólos não foram destruídos, não acabaram, então teve uma certa mediação grande e era aquela história de ter que comer pelas beiradas e fazer quase que um treinamento “não é bem assim, não é bem assado”, a gente teve a favor uma coisa porque a gente conseguiu realizar e fazer administração financeira do dinheiro que tinha “vai ficar com dinheiro mas não vai gastar?” “Ah mais não tem rubrica!” “então pra criar rubrica não adianta brigar com o Secretário” “Ah vocês não criam...” Não, a gente não cria rubrica do Ministério da Saúde, quem cria é o Ministério lá de administração na época eu nem sei qual era, mas aquele superministério que era origem do Bresser... ou seja, isso aí é a reforma administrativa que cria e vocês tem que propor a utilização, e vocês tem que**

sentar com a Secretaria para propor as capacitações nos Pólos porque eles faziam um programa de educação permanente da cabeça deles, do balcão, o Secretário não era ouvido e às vezes não tinha nada pra dizer... Fazia lá... era uma “balcãozasso” com dinheiro e com isso poder, dinheiro, Universidade e poder em alguns lugares, **isso daí foi um trabalho de desmontar até porque a gente fez uma pesquisa grande, contratamos uma pesquisadora, a Ana Luiza para avaliar o que que esses Pólos estavam fazendo e parte do que eu estou te dizendo é produto que essa pesquisa avaliou entendeu? E que foi importantíssimo inclusive para a gente... essa pesquisa que ela fez foi importante inclusive pra gente trabalhar demandas...** (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

Nesse intuito de “desmontar” esse “poder paralelo” seria contratada a pesquisadora Ana Luiza Viana para avaliar, nas palavras de Célia, o que os Pólos estavam fazendo. Desta forma, procurava-se entender o cenário ao mesmo tempo em que se buscava a legitimação científica para a reestruturação pretendida dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

6.11.5 A pesquisa de avaliação da Faculdade de Medicina da USP

Como registrado, Célia Pierantoni, a quem cabia o comando do DEGES, encomendou à docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ana Luiza d’Ávila Viana, uma pesquisa para avaliação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Assim, a partir do convênio assinado entre o Ministério da Saúde através da SGTES e a Fundação Faculdade de Medicina (FFM), pôs-se em execução o projeto de pesquisa: “Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS”.

Esta pesquisa foi realizada no período de janeiro de 2006 a outubro de 2007 e teria por objetivo “o mapeamento e compreensão dos avanços e recuos nos objetivos básicos da política de formação de pessoal para o SUS, após a entrada em vigor da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria 198/04” (VIANA, 2008, p. 3).

De início, o relatório final desta pesquisa, apresentava o que seriam dois momentos distintos do que os pesquisadores denominaram de uma “Política de Capacitação Permanente de Pessoal para a Saúde”: o primeiro momento compreendia uma programação específica para as equipes do Programa Saúde da Família, a partir de 1996, quando saiu o primeiro edital de convocação dos estados para a apresentação de projetos de desenvolvimento de recursos humanos. Neste período seriam criados os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família. O segundo momento para os autores teve início em 2004 quando da publicação da Portaria nº 198 que instituiu a Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde e que criaria os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PEPS), período que seria marcado pela ampliação do público-alvo das atividades de capacitação, que não se voltavam exclusivamente para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, passando a abranger todos os demais integrantes do Sistema de Saúde (VIANA, 2008).

É interessante notar que durante todo o esforço de desenvolvimento desta Pesquisa de avaliação, busca-se contrapor o modelo de política assentado nos “Pólos de Capacitação em Saúde da Família” em relação ao modelo adotado nos “Pólos de Educação Permanente em Saúde”, estabelecendo entre estes modelos uma relação comparativa. Estariam os atores e atrizes do segundo período da SGTES interessados em um retorno ao modelo anterior? Recordemos que o próprio Francisco Campos quando estava no comando da Coordenação Geral de Recursos Humanos colocava-se favorável ao fortalecimento dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, como já mostramos anteriormente ao apresentar as publicações institucionais deste período.

Além de estabelecer uma relação comparativa entre esses dois modelos, esta pesquisa foi desenvolvida em quatro módulos que englobaram os seguintes objetivos: identificar o estágio de desenvolvimento da Política de educação permanente em saúde no que se refere à implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS; atualizar o conhecimento relativo à composição dos Pólos e sua forma de organização e propor mecanismos que permitam incrementar a eficácia da capacitação por meio de uma organização com maior capilaridade; sugerir estratégias e ações de curto e médio prazo voltadas para o fortalecimento da integração entre formação, educação permanente e capacitação e dos elos entre serviços e instituições de ensino e propor indicadores de acompanhamento e avaliação para a política de educação permanente em saúde (VIANA, 2008).

O **primeiro módulo**, desenvolvido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - de onde vinha Francisco Campos - dizia respeito à realização de uma enquete telefônica com profissionais responsáveis pelos Pólos de EPS, que respondiam a um formulário eletrônico contendo questões abertas e fechadas, estruturadas em cinco blocos: identificação do Pólo, perfil do entrevistado, estrutura do Pólo, atividades, manutenção e consolidação. Participaram desse primeiro módulo um total de 58 dos 99 Pólos de Educação Permanente em Saúde existentes na ocasião da pesquisa, correspondendo a porcentagem de 58,5%.

Destacamos dos resultados apontados neste primeiro módulo, o resultado obtido à questão feita aos entrevistados em relação à comparação entre o modelo de “Pólos de

Capacitação em Saúde da Família” e o modelo de “Pólos de Educação Permanente em Saúde”. Entre os que responderam, apontou-se a superioridade dos Pólos de EPS com destaque neste modelo para os aspectos de: conhecimento das necessidades do serviço, abrangência do público-alvo beneficiado, diversificação dos conteúdos da capacitação, integração com instituições dos serviços e do ensino, controle social e participação da comunidade, integração com as UBS, estrutura e organização e aplicabilidade/utilidade da capacitação (VIANA, 2008).

O **segundo módulo** dizia respeito à realização de um Estudo de Caso do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Grande São Paulo visando aprofundar a caracterização de um Pólo considerado emblemático. Este Pólo foi considerado emblemático por reunir um conjunto de características: ter um elevado número de atividades desenvolvidas; devido ao fortalecimento institucional resultante do fato de os cursos financiados por intermédio de outros recursos ter passado por discussões nas instâncias decisórias do Pólo; ter instalado comissões e grupos de discussão temáticos como: Atenção Básica e Controle Social e pela participação das discussões na Bipartite e nas Comissões Intergestoras Regionais (CIRs). Para o estudo de caso foram selecionados três municípios: São Lourenço da Serra, Santa Isabel e Embu-Guaçu, cujos gestores entrevistados responderam a um instrumento de pesquisa semi-estruturado (VIANA, 2008).

O **terceiro módulo** resgatou um estudo anterior do ano 2000 que avaliou os doze primeiros “Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família” implantados em 1997. Foram escolhidos nove antigos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos da Macrorregião Nordeste da Bahia, Fortaleza, Maceió, Região Macrocentro de Minas Gerais, Região do Sudeste Mineiro, Regional Metropolitana de Curitiba, Estado de Santa Catarina, Cuiabá, Brasília) que, após a instituição da Portaria nº 198 tornaram-se “Pólos de Educação Permanente em Saúde”. Foram entrevistados os coordenadores dos Pólos, pessoas identificadas por antigos coordenadores ou outros profissionais dos PEPS, que foram chamados a dar sua opinião em relação ao novo modelo dos Pólos com o objetivo de identificar o impacto das modificações introduzidas e o ganho de eficácia resultante dessa nova estruturação a partir da Portaria nº 198 (VIANA, 2008).

Um conjunto de características são abordadas neste módulo, referentes a vários aspectos de composição e funcionamento dessas instâncias. Reunimos aqui alguns dos principais destaques.

Em relação à composição dos Pólos, a despeito da maior representação das Secretarias Municipais de Saúde e Instituições de Ensino Superior públicas e privadas, além da alta

participação de Conselhos Municipais de Saúde, associações profissionais/sindicatos e estudantes, a pesquisa chama a atenção para a baixa representatividade dos gestores da área da educação e de outros centros formadores de Recursos Humanos. Também se faz menção importante à baixa participação dos gestores municipais de Saúde, embora garantida a representação deste segmento no Colegiado de Gestão de todos os Pólos avaliados. A dificuldade de liberação dos profissionais pelos serviços para as atividades dos Pólos também foi destacada, assim como a alta rotatividade dos participantes nas reuniões dos Pólos foi apontada como ponto gerador de conflitos e do gradativo esvaziamento destes encontros (VIANA, 2008).

Identificava-se em relação à lógica de operação e ao processo decisório que faltava a definição de critérios orientadores quanto à distribuição dos cursos e atividades entre as instituições participantes e a dificuldade de operacionalização dos Pólos, tendo em vista os procedimentos burocráticos e a morosidade na liberação dos recursos financeiros aliada à lentidão para aprovação dos projetos pelo Ministério da Saúde, que também foi apontada no relatório como um dos fatores para o esvaziamento das reuniões. Conforme apontado, estes fatores seriam responsáveis pela não implementação de mais da metade dos projetos encaminhados ao Ministério da Saúde (VIANA, 2008).

Os pesquisadores também apontaram para a dificuldade de avaliar os impactos produzidos pelos Pólos, uma vez que os entrevistados não souberam informar quem e quantos profissionais foram beneficiados com as atividades e tendo ainda em vista a não liberação dos recursos. Entretanto também apontam impactos importantes citados nesta avaliação referentes ao desenvolvimento e melhoria dos serviços e à mudança de atitude nas instituições de ensino, públicas e privadas, alguns encontram-se citados no relatório:

Como impacto da atuação dos Pólos, ainda foram citados: o entendimento de que a prática nos serviços está mais alinhada às diretrizes do SUS e ao papel da SES para a formação de recursos humanos; e o aumento da participação de maior número de atores e de diversos segmentos da sociedade comprometidos com os serviços em relação às atividades específicas de educação permanente. Também foi possível que todos os processos de capacitação estivessem dentro de uma mesma lógica (educação permanente), embora ainda falte muito para alcançar os objetivos propostos no projeto de criação dos PEPS (VIANA, 2008, p. 74).

É interessante notar finalmente que os pesquisadores consideraram como ponto positivo o fato de a maior parte dos projetos realizados se referirem às atividades da Atenção Básica e à estratégia de Saúde da Família seguida da estruturação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde nos estados, nessa ordem de prioridade. Outro ponto que merece ser destacado ainda é o que os pesquisadores indicam como “a existência de conflitos na relação entre ensino e

serviço”, gerados pelos conflitos de percepção entre profissionais de saúde em relação às instituições de ensino e pelo distanciamento entre teoria e prática, apontado como dificultador para a interação entre as instituições de serviço e ensino.

Vale a menção de que este módulo ainda abordou capítulo específico intitulado: “Educação Permanente: compreensão e exercício”. Neste item, procurou-se investigar os níveis de compreensão dos entrevistados acerca da proposta da educação permanente em saúde em seu conteúdo essencial. Para isso, os pesquisadores contrastaram os pressupostos da educação permanente com os pressupostos de modelos educacionais expositivos e descritivos, ou seja, das práticas educativas definidas como “educação continuada” bem solicitaram que os entrevistados identificassem a aplicabilidade dessa proposta da educação permanente à atuação dos Pólos.

Na apresentação dos resultados, os pesquisadores trazem o que seriam diferentes visões sobre o conceito de educação permanente dos sujeitos entrevistados, identificando que poucos deles apontaram para a diferença metodológica trazida por essa proposta em relação à educação continuada e que haviam incompreensões do conceito, embora fosse quase unânime a opinião de que a EPS enquanto estratégia significou um avanço:

A opinião dos entrevistados se divide entre duas assertivas: alguns entendem que a educação permanente é dinâmica, sistemática e relacionada com o exercício profissional, propondo conteúdos a partir da realidade; outros avaliam que ela não se difere da educação continuada, à medida que ambas são ininterruptas e ocorridas em processos duradouros. **Poucos entrevistados apontaram a questão metodológica como um dos importantes diferenciais da estratégia ativa e reflexiva.** Um terceiro conjunto de entrevistados considera que a proposta da educação permanente é bastante avançada, embora haja grande dificuldade de entendimento em relação ao conceito, principalmente pela forma como foi introduzido. **Compreendendo adequadamente o conceito, ou não, é quase unânime a opinião que a estratégia proposta significou um avanço** por pelo menos duas razões: (a) ter ampliado o universo de atores participantes e (b) ter definido os elementos constitutivos do quadrilátero de sustentação da política de EP para o SUS (VIANA, 2008, p. 79, grifos nossos).

No item final deste módulo, os autores trazem os resultados relativos à comparação feita entre o modelo anterior (Pólos de Capacitação em Saúde da Família) e o modelo atual (Pólos de Educação Permanente em Saúde), apresentando “aspectos positivos” e “fragilidades” dos Pólos do PSF e “aspectos positivos” e “dificuldades de operacionalização” dos Pólos de Educação Permanente.

As “dificuldades de operacionalização” dos Pólos de Educação Permanente em Saúde são categorizadas nos seguintes itens: participação, atividades educacionais, lógica de operação e aspectos gerais.

Quanto à **participação** são apontadas as seguintes questões: baixa participação dos gestores municipais; baixa disponibilidade dos participantes para as atividades do Pólo e que a composição do Conselho Gestor não facilita a participação dos municípios.

Quanto às **atividades educacionais** são apontadas a questão da morosidade na implantação das atividades; perda de foco; proposta pedagógica não implantada como previsto e que o objetivo da política de RH para o SUS não estava claro.

Quanto à **lógica de operação** são apontados o excesso de atores no processo decisório; rigidez na forma de implementação da Política de Educação Permanente; baixa integração das Secretarias Estaduais de Saúde.

Relativos aos **aspectos gerais**, finalmente, são trazidos: o processo de trabalho moroso; recursos pulverizados para outros níveis de atenção; o caráter virtual dos Pólos; a transição abrupta, interrompendo as atividades do Pólo PSF e o fortalecimento das IES privadas.

Também são apontadas as dificuldades de operacionalização das diretrizes da Portaria 198/04, conforme o trecho abaixo do relatório:

Diversas dificuldades para a operacionalização das diretrizes da Portaria 198/04 do Ministério da Saúde foram citadas pela maioria dos PEPS visitados, entre elas:

- Inexistência de um espaço físico adequado para o PEPS;
 - Excesso de procedimentos exigidos pelo MS;
 - Desencontro de informações e orientações da equipe central sem fundamentação técnica;
 - Rotatividade dos profissionais do Ministério da Saúde;
 - Burocracia do MS dificultando o processo de organização dos PEPS
- (VIANA, 2008, p. 86).

Na conclusão desse item são trazidas outras críticas apontadas pelas representações dos Pólos: as dificuldades de participação dos atores nos Pólos, seja pela cultura centralizadora em alguns lugares ou pela falta de perfil dos sujeitos participantes, a definição centralizada do financiamento, que acabaria por reproduzir linhas de financiamento tradicionais de cursos de capacitação enfraquecendo a lógica da educação permanente e a falta de flexibilidade, tendo em vista a distância entre o “Pólo ideal e o real”, uma vez que os sujeitos que o compõem trazem para a cena interesses diferentes.

Para outros, a Política de Educação Permanente é muito boa, mas há uma distância entre o discurso e a prática. Deve haver mais flexibilidade: "O Pólo real está distante do ideal, souberam criar espaço mas não souberam fazer a gestão". Foi destacado, ainda, que a composição do Conselho Gestor é um "mix de instituições" com interesses diferentes (Estado, Ensino e Serviço) (VIANA, 2008, p. 86).

O **quarto módulo**, por sua vez, teve por objetivo avaliar oito Pólos de Educação Permanente do Estado de São Paulo. Foram entrevistados coordenadores e/ou informantes-

chave desses Pólos que responderam a entrevistas aplicadas por meio de roteiro semiestruturado, além de analisados dados primários coletados pela pesquisa de avaliação do Programa de Saúde da Família, com 62 municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes. (VIANA, 2008).

A partir desse conjunto de questões apontadas nos quatro módulos, foram formuladas um conjunto de recomendações que visavam ao “aprimoramento” da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (VIANA, 2008).

As seguintes recomendações foram elencadas no relatório final da pesquisa:

- Constituir um Grupo de Trabalho para avaliar e aprovar os projetos ainda não liberados.
- Considerar, na medida do possível: adequação orçamentária; critérios e sistemática de alocação de recursos financeiros; natureza e legitimidade da instituição executora; origem e procedência das demandas;
- Implementar um setor de monitoramento e avaliação das atividades dos Pólos, sediado no órgão central, com interfaces nas Secretarias Estaduais de Saúde e apoiado por um sistema de informações informatizado;
- Simplificar o processo decisório para definição dos projetos a serem submetidos aos organismos financiadores, considerando a introdução de uma “instância de aprovação” entre o Colegiado de Gestão do Pólo e a Secretaria Estadual de Saúde, uma vez que esta última é definida na Portaria 198/04 como a instância de coordenação estadual, quando existir mais de um PEP no Estado;
- Definir um formato consensual para apresentação dos projetos a serem financiados, deixando claros alguns aspectos como, por exemplo:
 - Justificativa e fórum de decisão
 - Instituição responsável pela execução
 - Instituições parceiras com respectivas responsabilidades
 - Local (ou locais) de implementação (claramente localizável)
 - Público-alvo claramente definido e localizável (cadastro de alunos)
 - Mecanismos de acompanhamento e monitoramento
 - Relatório de execução financeira
- **Desenvolver mecanismos de discussão, estudos e compreensão do conceito de “educação permanente”, bem como mecanismos de discussão, estudos e compreensão da abordagem educacional-pedagógica que responde aos preceitos da educação permanente;**
- Aprofundar o conhecimento quanto ao papel das Instituições de Ensino Superior (IES) particulares na Política de Educação Permanente em Saúde para o SUS;
- Agilizar o financiamento dos projetos aprovados nas instâncias estaduais, reforçando o poder de aprovação (ou veto) do Gestor Estadual, tal como previsto na Portaria 198/04;
- Rever a forma de financiamento dos Pólos, incorporando critérios de alocação que considerem a distribuição de recursos humanos em saúde em cada Unidade da Federação, assim como formas de repasse automático e regular de recursos financeiros;
- Considerar a necessidade de infra-estrutura física mínima (instalações, equipamentos) para o adequado funcionamento dos Pólos;
- Criação de fóruns decisórios específicos para participação dos gestores municipais;
- Criação de instrumentos e fluxos para agilizar a formulação, tramitação e aprovação dos projetos;
- Implementação de projetos de capacitação visando à ampliação quantitativa do público-alvo, de forma mais ágil, descentralizada e com controle de resultados;
- Implantação de núcleos de avaliação e monitoramento junto às instâncias regionais das Secretarias Estaduais de Saúde – SES;
- Fortalecimento das capacidades de planejamento municipais no tocante à definição de prioridades para as atividades de capacitação (VIANA, 2008, p. 14-15, grifos nossos).

Essa pesquisa serviria de base para as alterações a serem produzidas em dois âmbitos: na definição de uma nova forma de operacionalização da Política substitutiva aos Pólos de Educação Permanente em Saúde e na busca por resgatar a abordagem educacional-pedagógica do conceito de educação permanente em saúde.

(...)

É importante destacar que houve a realização de outras pesquisas de avaliação sobre a PNEPS.

O relatório: “Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde”, realizado pelo Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde do Observatório dos Técnicos em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) publicado em dezembro de 2006 também pretendeu realizar análise da implantação da PNEPS a partir do mapeamento dos projetos apresentados ao Ministério da Saúde e dos projetos aprovados entre junho de 2004 a junho de 2005.

Este relatório traz o resultado do material empírico da análise dos pareceres técnicos aprovados evidenciando uma predominância das ações relacionadas à Atenção Básica e ao fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, cuja maioria se constituiu de cursos predominantemente de curta duração e de eventos educativos esporádicos. Com base nesse resultado, consta a afirmação do que seria indício do não avanço de um dos principais objetivos da Política Nacional de Educação Permanente: a articulação das iniciativas já existentes e a superação de seu caráter fragmentado. Em relação às instituições proponentes das ações de EPS, a análise parece sugerir a existência de parcerias público-privadas, que levanta o questionamento quanto à influência disso na expectativa posta pela PNEPS de romper com a lógica de compra de produtos e pagamentos por procedimentos educacionais. Um esforço de teorização é feito neste estudo, de modo que a partir dessa discussão apresentada, os autores apresentam alguns “resultados de análise” (FIOCRUZ, 2006).

6.12 O Segundo Momento do DEGES na gestão Francisco Campos

Este segundo momento é marcado pela saída de Célia Pierantoni e a indicação de Ana Estela Haddad ao comando do DEGES, após poucos meses de gestão à frente da Coordenação Geral de Ações Estratégicas:

(...) e a Célia ficou quase um ano... oito meses, um ano... no cargo e depois ela queria voltar pro Rio e aí ela e o Chico acabaram me indicando pra assumir o lugar dela e aí eu fiquei como Diretora de Gestão da Educação e fiquei sete anos Diretora de Gestão da Educação (ANA ESTELA HADDAD).

As razões para a saída de Célia Pierantoni do comando do Departamento de Gestão da Educação na Saúde são relatadas por ela mesma: segundo afirma, seu esposo, Jaguar, havia sido acometido por um problema de saúde e ela decidiria por voltar ao Rio, devido a ter estabelecido nesta cidade uma rede de relações de cuidados de saúde. Ela também aponta que a saída de Saraiva Felipe e a incerteza da reeleição de Lula pesaram na sua decisão de saída da SGTES:

Fico um ano, por que eu saí? Porque o Jaguar teve um problema de saúde, ele teve um diagnóstico que seria um câncer de próstata que no final não foi câncer. E aí eu decidi que não ia ficar lá, que os médicos que eu conhecia estavam no Rio apesar de ele ter sido muito bem tratado, muito bem encaminhado, quando acaba não era câncer... mas eu falei: “Não vou ficar aqui. Eu não sei o que é isso, no que vai dar isso” e no final não foi, mas eu aí resolvi que... e já estava muito difícil, o último período do governo que foi... peguei o último ano do governo, um ano e meio ou um ano e pouco, já estava muito difícil e período eleitoral em Brasília é um inferno gigante... Saraiva tinha saído e aí é aquela história... e o Chico perguntou: “Você fica?” e eu falei: “Não vou ficar, eu já fiz o que tinha que fazer”, “Não sei quem vai ser eleito” e acabou que foi o próprio Lula, mas sei lá... e aí teve esse negócio de saúde e o Jaguar não é jovem e eu falei “Não, está na hora de eu sair” (CÉLIA PIERANTONI).

Em relação à saída de Célia Pierantoni do governo, ela afirma que teria cumprido sua meta junto ao DEGEGES, uma vez que já tinha a intenção de uma passagem temporária no governo. Segundo o que afirma sua meta passaria por encaminhar algumas questões: “não desconstruir a educação permanente”, construir uma articulação entre a formação de nível médio, que estava a cargo da Coordenação Geral de Ações Técnicas com o MEC e fortalecer as Escolas Técnicas do SUS – uma vez que ela afirma que na época de Maria Luiza Jaeger houve um desmonte orçamentário dessa área – e montar a proposta do Telessaúde, que ela afirma ter sido um desdobramento da tese de doutorado de Romulo Maciel Filho (MACIEL FILHO, 2007), sob sua orientação:

Eu estabeleci uma meta pra mim, eu não queria ficar eterna lá, eu estabeleci uma meta e eu praticamente tinha encaminhado tudo que eu imaginava: eu não desconstruí a educação permanente, construí uma articulação e a articulação com o MEC estava montada pra coisa da formação e a coisa do nível médio que tinha sido mais ou menos desmontado na época da Maria Luiza, ela desmontou orçamentariamente... “Esperta e não foi pouco não!”, pois é... e aí consegui remontar, dar uma força para as Escolas Técnicas, porque isso é uma coisa: as Escolas Técnicas criadas elas nunca morreram, o Projeto de Formação em Larga Escala e depois o PROFABE pra área de Enfermagem deram um *up* inacreditável, entendeu? A Enfermagem que se apropriou, aí eu digo que é para o mal, eu falo para elas mesmo e se hipertrofiou demais no sentido de... espalhou escola demais sem capacidade para formar, para dar uma formação legal, entendeu? Mas isso é uma outra conversa. Mas de qualquer maneira foi muito importante e a coisa do Telessaúde que isso era uma coisa que desde a

tese do Rominho eu tinha na cabeça, tem que ser um negócio a distância (CÉLIA PIERANTONI).

Mas note-se que, ao falar sobre essa meta, Célia adota uma postura defensiva ao afirmar que “não desconstruiu a educação permanente”. Possivelmente esta postura defensiva de Célia Pierantoni deve-se ao fato de que pesa em algumas narrativas de atores a acusação feita a este grupo do DEGES em “desmontar a Política de Educação Permanente em Saúde”.

Como vimos, foi iniciativa de Célia Pierantoni a encomenda de avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que apontaria a necessidade de um “aprimoramento” desta Política. Um dos apontamentos da pesquisa da FMUSP indicava a necessidade de “desenvolver mecanismos de discussão, estudos e compreensão da abordagem educacional-pedagógica da educação permanente”, sugerindo, portanto, a incompreensão (ou a má interpretação) deste conceito entre os entrevistados:

Desenvolver mecanismos de discussão, estudos e compreensão do conceito de “educação permanente”, bem como mecanismos de discussão, estudos e compreensão da abordagem educacional-pedagógica que responde aos preceitos da educação permanente (VIANA, 2008, p. 14-15).

É com base nisto que Ana Estela Haddad desenvolverá esforços para um reposicionamento do conceito de educação permanente em saúde. Esse esforço culminaria na proposta colocada pela Portaria nº 1996/2007 que definiu novas diretrizes e estratégias para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Ana Estela Haddad ao falar da Portaria nº 1996/2007 afirma que essa Portaria mudou não só a lógica de financiamento, mas toda a lógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Mudar a lógica da PNEPS parecia ser questão de primeira ordem para este grupo do DEGES.

E aí são da minha época a Portaria 1996 que mudou toda a lógica de financiamento, não só de financiamento, **mas a lógica da Política Nacional de Educação Permanente, a gente mudou... era um tabu no começo, mas a gente conseguiu aprovar no Conselho Nacional de Saúde e na CIRH por unanimidade, a gente foi construindo coletivamente o processo, fizemos pesquisa de avaliação, pactuamos, várias oficinas, enfim...** (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

De fato, Ana Estela Haddad envidará esforços para um reposicionamento do conceito de educação permanente em saúde e para uma “mudança de lógica da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Além disso, ela elenca outros dispositivos criados na sua gestão, neste que consideramos o “segundo momento do DEGES”. Ela elenca algumas políticas desenvolvidas na sua gestão

como diretora do DEGES: a ampliação da iniciativa do Pró-Saúde para as outras profissões de saúde, a criação da proposta do PET-Saúde, a formação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, a criação da proposta do Telessaúde Brasil e a implantação de um projeto de Francisco Campos, a Universidade Aberta do SUS, inspirada na proposta da Universidade Aberta do Brasil (UAB) do Ministério da Educação.

(...) o Pró-Saúde nas várias edições, o PET-Saúde foi uma ideia minha e depois pactuada com diferentes atores, foi uma construção coletiva, mas quem começou o processo fui eu. A implantação da Comissão, a formação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional também foi da minha gestão, o Revalida, o Telessaúde Brasil e Universidade Aberta do SUS que era muito um projeto do Chico, mas que a gente ajudou muito, principalmente no olhar e na parte voltada pro espelhamento do lado da educação porque tinha uma inspiração muito grande na Universidade Aberta do Brasil na UAB que é uma política do MEC (ANA ESTELA HADDAD).

Entretanto, devemos destacar que este segundo momento do DEGES na gestão Francisco Campos seria atravessado pelo lançamento do Pacto pela Saúde.

6.12.1 O Pacto pela Saúde

Lima e Queiroz (2012) ao falarem sobre o processo que deu origem à formulação do Pacto pela Saúde afirmam que durante a primeira gestão ministerial da saúde do governo Lula, de 2003 a meados de 2005, já se discutia a necessidade de substituição dos processos e instrumentos adotados na habilitação aos municípios por outras práticas capazes de induzir a uma maior coordenação e cooperação entre os entes federados. As autoras vão identificar as principais dificuldades vivenciadas que em grande medida contribuíram para a formulação dessa proposta: a necessidade de adotar critérios mais justos de repartição entre os entes federados e formular modalidades inovadoras para as transferências dos recursos financeiros; a formulação de metas e objetivos sanitários para a regulação e a avaliação das ações de saúde oferecidas pelo SUS; a formulação de estratégias para a organização da gestão regional do sistema e a definição de uma proposta de organização para as redes de atenção à saúde que tivesse a Atenção Primária como ordenadora.

Buscava-se com essa proposta fortalecer a gestão descentralizada do Sistema de Saúde através da redefinição das responsabilidades a serem assumidas pelos três entes federados, estabelecidas por meio de negociação e pactuação intergovenamental, por meio da adesão a um Termo de Compromisso de Gestão, a ser renovado anualmente.

O Pacto pela Saúde apresentava-se dividido em três componentes: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida definia uma série de prioridades traduzidas em metas a serem alcançadas para a melhoria das condições de vida da população. Naquela ocasião eram pactuadas seis prioridades: Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.

O Pacto em Defesa do SUS, por sua vez, buscava comprometer os gestores com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, de modo a assegurar o SUS como política pública. As iniciativas firmadas neste Pacto buscavam alcançar a repolitização da saúde, a promoção da cidadania e a garantia de financiamento das ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades do Sistema (BRASIL, 2006a).

Finalmente, o Pacto de Gestão trazia alguns elementos novos à cena ao estabelecer diretrizes para o aprimoramento da gestão do SUS: descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI); regulação; participação e controle social; gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006a).

A lógica estabelecida no Pacto pela Saúde almejava a institucionalização de uma relação formal a ser estabelecida entre municípios, estados e a União, que estaria associada a incentivos financeiros. Se de um lado, o Pacto organizava e induzia a cooperação entre estes entes federados, por outro lado, engessava-se (ou limitava-se) a relação estabelecida entre estes entes federados a este lugar de pactuação formal. Aos poucos, este modelo mais institucionalizado e pactuado de gestão tornava-se lugar comum hegemônico para a operacionalização das políticas propostas no âmbito do Ministério da Saúde.

Assim, estabelecia-se um modelo de “responsabilidades” previstas para cada um dos entes federativos, de modo que estas são organizadas em sete eixos prioritários: responsabilidades gerais de gestão do SUS; responsabilidades sobre a regionalização; responsabilidades sobre o planejamento e a programação; responsabilidades de regulação, controle, avaliação e auditoria; responsabilidades sobre a participação e o controle social; responsabilidades sobre a gestão do trabalho e responsabilidades na educação na saúde (BRASIL, 2006a).

Vale destacar ainda na proposta do Pacto pela Saúde a novidade posta na criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). Tais colegiados foram identificados como espaços de decisão para a “identificação de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de

uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva” (BRASIL, 2006a).

Em relação aos mecanismos de financiamento, o Pacto alterava a forma de transferência dos recursos da União para estados e municípios, que passou a ser integrada em cinco grandes blocos: Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Na “Gestão do SUS” estavam previstos alguns sub-blocos, dentre os quais estavam a “gestão do trabalho” e “educação em saúde”: Regulação, controle, avaliação e auditoria; Planejamento e Orçamento; Programação; Regionalização; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde; Incentivo à Implementação de políticas específicas (BRASIL, 2006a).

Estas diretrizes do Pacto pela Saúde foram aprovadas na reunião da Comissão Intergestores Tripartite no dia 26 de janeiro de 2006 e na reunião do Conselho Nacional de Saúde no dia nove de fevereiro de 2006 e posteriormente ratificadas pela publicação da Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a).

A inclusão da área da “gestão do trabalho” e da “educação na saúde” na proposta do Pacto pela Saúde deve ser entendida como fruto da ação política ativa dos atores da SGTES na sua intenção de acomodar a área a esta lógica institucional de gestão do SUS. Efetivamente, seria a primeira vez que, formalmente, se asseguravam recursos para essas duas áreas de atuação. Os mecanismos de gestão postos com o Pacto pela Saúde seriam responsáveis por pavimentar a construção de uma proposta de revisão da Portaria nº 198/2004 que, por sua vez, daria as bases para outro modo de operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

6.12.2 A Portaria nº 1996/2007

O conjunto de críticas ao funcionamento dos Polos de Educação Permanente em Saúde, sobretudo em relação ao seu financiamento centralizado, vindas deste segundo grupo que passou a ocupar a SGTES e respaldadas cientificamente pela pesquisa de avaliação da USP, deflagraria um processo de revisão da Portaria nº 198/2004 e culminaria na elaboração de uma nova Portaria no interior da SGTES a fim de mudar as diretrizes e estratégias para a execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Publicamente, o grupo do DEGES utilizava dois argumentos para justificar a necessidade de revisão da Portaria nº 198/2004: os resultados da pesquisa de avaliação

empreendida por Ana Luiza Viana na Faculdade de Medicina da USP e a adequação desta proposta ao Pacto pela Saúde.

Em 01 de agosto de 2007, Ana Estela Haddad encaminhava à então Coordenadora da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CIRH/CNS) e diretora do DEGERTS Maria Helena Machado dois documentos: um relatório da reunião da CIRH datado de 11 de junho de 2007 intitulado: “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Histórico da Revisão da Portaria 198” e a minuta da reformulação da Portaria nº 198/2004, solicitando distribuição entre os membros da CIRH.

Os primeiros passos desta revisão foram dados no ano de 2006, no âmbito da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), onde o DEGES iniciava um processo de revisão da Portaria nº 198/2004. Através do relatório da CIRH temos ciência da realização de duas oficinas ampliadas com a participação do CONASS e CONASEMS, a primeira destas sendo realizada nos dias 23 e 24 novembro de 2006. Como demonstrado pela pesquisa da Faculdade de Medicina da USP a cargo de Ana Luiza d’Ávila Viana, havia uma insatisfação manifesta dos gestores, sobretudo Secretários de Saúde, em relação ao modo de funcionamento “horizontal” dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. O grupo desta nova conformação do DEGES procuraria aproximar, portanto, os órgãos representantes da gestão, afim de formular uma proposta sob novas bases de operacionalização para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Por isso mesmo o esforço de construção de uma proposta junto à Câmara Técnica da CIT e do esforço de diálogo com o CONASS e CONASEMS.

Da Oficina Tripartite realizada em novembro de 2006, apresentavam-se os seguintes pontos, considerados no relatório da CIRH como uma evolução positiva para a proposta de educação permanente em saúde:

- Ênfase na descentralização do processo de aprovação da política, assim como na execução e principalmente no seu financiamento;
- Institucionalização da política, uma vez que fortalece as instâncias gestoras e de controle social;
- Empoderamento dos atores locais de forma a garantir a gestão participativa das decisões e ações da educação na saúde;
- Maior foco nas reais questões locais e regionais, guardando suas especificidades e necessidades regionais;
- Fortalecimento do papel da instância estadual de gestão e acompanhamento da política (RELATÓRIO CIRH, 2007).

Nos meses de fevereiro, março e abril de 2007 foram realizadas mais três reuniões da Câmara Técnica de Recursos Humanos da CIT com representantes do CONASS e CONASEMS para trabalhar os encaminhamentos desta Oficina Tripartite a fim de apontar os

pontos de consenso e os que necessitariam de maior discussão em relação à revisão da Portaria (CNS, 2007).

A Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) apresentaria então à CIRH a proposta de revisão da Portaria nº 198/2004 em formato de minuta que, por sua vez, deflagrou a criação de um Grupo de Trabalho para análise desta proposta e dos resultados da pesquisa de avaliação da Faculdade de Medicina da USP.

O GT de Educação Permanente da CIRH, formado em novembro de 2006, efetivamente debruçou-se sobre a análise destes dois documentos para a composição de seu relatório: os resultados da pesquisa da Faculdade de Medicina da USP e a proposta de revisão da Portaria apresentada pela Câmara Técnica da CIT.

Comparamos a minuta da Portaria de revisão encaminhada aos membros da CIRH com a Portaria nº 1996/2007, publicada posteriormente. Há apenas um aspecto de diferença na comparação entre as duas redações, que efetivamente merece ser destacado: a minuta da portaria de revisão traria a seguinte na disposição de seu objeto:

revoga a Portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004, e dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pela portaria revogada (RELATÓRIO CIRH, 2007, p.1, grifos nossos).

Este indício confirma, portanto, a intenção de revogação da Portaria nº 198/2004 pelo segundo grupo de ocupação do DEGEGES. Intenção que acabou por não se efetivar na redação final da Portaria nº 1996/2007, que se dispôs a apenas definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS:

Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências (BRASIL, 2007c, p. 7).

Ricardo Ceccim observa que o grupo que passou a ocupar o DEGEGES desistiria da ideia da revogação da Portaria nº 198, uma vez que nem os gestores, nem as Universidades e mesmo as pesquisas de avaliação realizadas não recomendavam a revogação da Portaria, apenas a revisão de questões a serem melhoradas:

Em vez de ser revogada/extinta, foi feita outra (revogada/alterada), mas é porque ninguém era a favor de revogar, nem gestores, nem as Universidades, nem ninguém. Todas as reuniões foram feitas e mesmo essas avaliações que foram feitas, a avaliação da Ana Luiza, a avaliação da UERJ, a avaliação da UFMG e a avaliação da USP. Essas avaliações, elas diziam dos problemas, mas elas não diziam de revogar, parar, terminar, não ter mais. Todas elas diziam: “Ela é boa, tem esse nó, superando este nó, só vai melhorar”. Não era algo como “tem que parar e tem que interromper”. Então ia usar avaliação para dizer que temos que parar, a avaliação não diz que é para parar, a avaliação diz que é para arrumar onde tem nó. Então o CONASS e o CONASEMS queriam

que continuasse e dissesse que deveria continuar e ajudou na avaliação dizendo: “Esses são os nós a serem superados”, não é para ser cancelado, então por isso que seguiu. (RICARDO CECCIM)

Sobre isso, Laura Feuerwerker vai afirmar que, embora não revogada legalmente, a Portaria nº 198/2004 seria revogada na prática, uma vez que deixava de ocupar um lugar central na agenda das políticas de saúde:

A Política de Educação Permanente nunca foi revogada formalmente, mas ela foi revogada na prática, como política nacional, porque ela... enfim revogada na prática do ponto de vista do lugar que ela ocupava na agenda, porque ela no nosso... ela ocupava lugar central, nunca mais ocupou o lugar central e nunca mais mesmo (LAURA FEUERWERKER).

Ricardo Ceccim acredita, por outro lado, que na prática não se revogou a proposta da Portaria nº 198 porque ela continuou na escrita e prática dos atores, na prática dos lugares e continuou sendo financiada pelo Ministério da Saúde:

Eu acho que ela continuou porque é só ver o quanto se continua escrevendo sobre isso, se continua dando curso sobre isso, quando não é o Ministério é a sociedade dando curso, escrevendo sobre isso. Tem município defendendo isso, contando sobre isso e narrando hoje práticas educativas no SUS, a educação permanente que nós fazemos. Quando veio agora o desafio de vamos fazer uma coisa nova, veio o Pró-EPS/SUS. Os lugares retomaram a EPS que nunca acabou, nunca foi bloqueada, nunca foi interrompida, nunca parou. Pode-se falar de qual a velocidade que teve, do impacto que teve, mas nunca que parou e nunca foi interrompida como produção intelectual, como prática de município e como financiamento, inclusive do Ministério. Cá entre nós, até o texto da Portaria nova ajudei a escrever, pois os técnicos do Ministério confiavam a nós a experiência da formulação. (RICARDO CECCIM)

Possivelmente, a desistência do segundo grupo do DEGES em revogar a Portaria nº 198/2004 se deveu à resistência imposta ao processo de revisão que se fez da Política.

É o próprio Francisco Campos que nos fala dessa resistência quanto à aprovação de uma nova proposta de Portaria nº 1996. Ele cita especificamente a resistência posta pelo Conselho Nacional de Saúde e pela CIRH e afirma que as representações dos trabalhadores queriam a persistência do modelo de Pólos de Educação Permanente em Saúde, demandando da equipe da SGTES, o que nas suas palavras foram “árduas negociações”:

(...) e até que no final das contas em 2007 a gente consegue depois de árduas negociações lá no Conselho Nacional de Saúde, com a CIRH que é a Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos, consegue-se no final publicar a portaria 1.996 que eu acho que é o marco que tem dessa história... você então faz um processo de descentralização e pega o conjunto dos recursos e coloca critério para utilização disso pelos estados (...) Porque é evidente que o município queria mais, o estado queria isso e os trabalhadores... quer dizer... as representações dos trabalhadores queriam a persistência do modelo de Pólos, foi muito difícil! (FRANCISCO CAMPOS, grifos nossos).

Francisco Campos dá a entender que a proposta de Portaria nº 1996 passaria pela CIRH/CNS para “evitar brigas”, mas que este trâmite não era obrigatório:

Na verdade, uma portaria é assinada pelo Ministro da Saúde, mas você pode aprovar uma portaria sem passar na CIRH, mas isso aí vai ser objeto de uma briga o tempo todo (FRANCISCO CAMPOS).

Ana Estela Haddad, encarregada da negociação com a CIRH, reitera que havia resistências, ao afirmar que a impressão que ela teve, era de que era “quase um dogma” questionar a Portaria nº 198 e os Pólos de Educação Permanente em Saúde.

(...) a impressão que dava, a sensação que eu tinha, porque eu cheguei com uma coisa dada, eu não tenho todos os elementos para avaliar tudo que estava envolvido, não conheço a história toda, mas daonde eu pude observar era como uma coisa meio dogmática assim... era um dogma era uma coisa, era um pecado questionar a Portaria 198, questionar os Pólos de Educação Permanente, era como se aquilo tivesse vindo pra salvar o mundo e aí qualquer coisa que se falasse contra aquilo era um pecado (ANA ESTELA HADDAD).

Mas ela trataria de estudar para entender o cenário, já que como ela mesma afirma, vinha de fora, não tinha acompanhado a construção da Política e ao chegar na SGTES se deparava “com uma coisa dada”. Ela fala da dificuldade que passaria ao chegar na SGTES, onde seria convidada para espaços de debate com Laura Feuerwerker, que compôs o grupo anterior do DEGES e era convidada a falar da experiência dos Pólos de Educação Permanente em Saúde. Ana Estela ressalta a importância da avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde realizada pela Faculdade de Medicina da USP, que respaldou o processo de revisão que seria feito em relação ao modus operandi desta Política. Para Ana Estela, se o grupo anterior do DEGES tivesse permanecido, não haveria avaliação da Política e em consequência, não se chegaria à indução pretendida com esse processo:

E aí eu fui estudar, eu fui entender... “Eu preciso entender o que que está acontecendo”, então aí por sorte teve a pesquisa e teve as idas para trabalho de campo, a gente era convidado muitas vezes pra falar. Eu me lembro que eu estava recém-chegada na SGTES e às vezes eu era convidada pra ir pro Mato Grosso e Campo Grande com platéia de mil pessoas e eles convidavam a Laura pra falar dos Pólos de Educação Permanente e alguém da SGTES pra falar... nossa, era difícil... ela já tinha feito, ela sabia do que estava falando, eu estava chegando e era complexo o processo, então nos exigiu a gente se apropriar e aí eu tive a sorte que teve a pesquisa que eu acho que ajudou muito e aí foi tendo os elementos, as informações que a gente não tinha, então a minha impressão é que tinha um dogma. **Então eu acho que se continuasse a mesma equipe eles não iam avaliar porque eles iam achar que era aquilo que tinha que ser, então eu acho que o fato de ter tido uma avaliação mudou a direção por que... não que a intenção não fosse a melhor possível, mas talvez a forma como estava sendo implementada não ia chegar à indução que se queria**, pelo menos a impressão que eu tive foi essa (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

As críticas de Ana Estela Haddad e deste segundo grupo da SGTES à Portaria nº 198 que instituiu os Pólos de Educação Permanente em Saúde, referiam-se sobretudo a uma não homogeneidade de atuação, à baixa institucionalidade e uma falta de conexão com o resto da política de saúde na proposta dos Pólos, por isso estes atores se engajariam no esforço de formulação de uma proposta que se pretendia mais institucional e sustentável e mais conectada com as necessidades do serviço:

Era muito desigual em diferentes regiões... não tinha uma homogeneidade, cada lugar tinha um problema que dependia muito das pessoas que estava envolvidas e às vezes a gente sentia uma certa baixa institucionalidade do processo e uma coisa que não estava muito colada e conectada com o resto da política de saúde, faltava um pouco mais de liga, era uma coisa que corria meio que por fora e paralelo e cada Universidade que conseguisse se colocar mais, que conseguisse brigar mais, ia lá e implementava seus projetos, e muitas vezes eram projetos que eram da Universidade e não estava dialogado exatamente com a necessidade do serviço. Então quando você exige um Plano municipal de educação permanente aprovado na CIB, você exige que os gestores do SUS aprovelem aquele plano, quando você fala de integração ensino-serviço não é a Universidade produzir só o que ela quer produzir, mas ela refazer as suas perguntas de pesquisa e refazer os seus cursos na medida da necessidade de quem está encomendando o que precisa (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

Para Gustavo Gusso, a proposta nascida neste segundo período da SGTES trouxe mais consistência à Política, diferentemente dos Pólos de Educação Permanente em Saúde que existiam anteriormente, que na sua avaliação, eram muito soltos:

Os Pólos eram muito soltos e muito pouco consistentes e essa Política trouxe mais consistência tanto que ela sobreviveu até hoje, na minha opinião foi uma forma acertada que deu esses frutos até hoje (GUSTAVO GUSSO).

Francisco Campos afirma que a mudança instituída pelo segundo grupo da SGTES, que o tinha à frente, dizia respeito a uma mudança de pensamento. Para ele, tratava-se de admitir que o mundo tinha hierarquia (ao contrário do que ele considera que estava posto com a proposta dos Pólos de EPS) e a partir disso, estabelecer a possibilidade da conversa. Ele cita como exemplo o Conselho Nacional de Saúde, que é empoderado, mas algumas vezes é quase esquecido, uma vez que o Ministro da Saúde é que detém o poder da tomada de decisão:

Quais são as mudanças? São mudanças de pensamentos, de você por exemplo... pra mim pra você pensar que você vai reunir numa assembleia o Secretário de estado da Saúde, o reitor da universidade e um representante da comunidade que vai votar... em igualdade é muito difícil de pensar nisso. Na verdade, as nossas relações são hierarquizadas mesmo e você tem que pensar como é que você resolve isso dentro da possibilidade, porque o que que aconteceu nesse caso específico? Simplesmente o reitor não foi, o Secretário não foi... é melhor você ter o sub-sub-sub-sub representante ou é melhor você enfrentar isso e dizer: “Olha, o mundo tem hierarquia e a gente tem que conversar”? Com toda a defesa e recomendação que nós temos que a grande mudança que você tem no Brasil com o SUS é a participação do controle social, a participação da população, não tenho dúvida nenhuma disso, mas o que

acontece é isso... é que você de repente... você já viu, o Conselho Nacional de Saúde às vezes é muito empoderado e às vezes é quase que esquecido e as pessoas vão lá dizem alguma coisa, mas no final das contas... o que é que importa? O Ministro tem que sancionar e ele pode enrolar e não sancionar. Então se você tiver uma negociação melhor ele vai sancionar e então vai ser mais efetivo... (FRANCISCO CAMPOS).

Como parte dos esforços de revisão da PNEPS, instituía-se um novo lócus institucional em substituição aos Pólos de Educação Permanente em Saúde: as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Ana Estela Haddad nos fala que a criação das CIES que estavam previstas na Lei Orgânica da Saúde e ressalta o processo de discussão deflagrado por ela na CIRH, na CIT e no plenário do Conselho Nacional de Saúde. Ela ressalta que as CIES estavam atreladas às instâncias gestoras do SUS, buscando integrar, portanto, a área da gestão da educação na saúde nas demais ações do SUS:

(...) e nós criamos também uma instância que estava prevista na lei 8080 que até então não tinha sido... foi uma coisa que eu pessoalmente fui ler a lei 8080, fui encontrar e fui discutir primeiro na CIRH, na Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde, e consegui aprovar na CIRH e depois foi pro Conselho Nacional e foi pra CIT também, então nós temos CIES que estava prevista já: a Comissão de Integração Ensino e Serviço. Então ela estava atrelada às instâncias gestoras do SUS e às demais instâncias pra que a Saúde e Educação fizessem parte das demais ações do SUS e não que fosse uma caixinha em paralelo, separada de tudo aquilo (ANA ESTELA HADDAD).

De acordo com o relatório da CIRH, foi a representação dos gestores que apresentou a proposta da mudança dos Pólos de Educação Permanente em Saúde pelas CIES. Esta mudança acompanhava o que estava disposto no artigo 14 da lei 8.080/90 e visava garantir a implementação dessa instância prevista em lei e sua consolidação:

Deverão ser criadas Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (BRASIL, 1990, p.4)

Caberia às CIES, como instâncias intersetoriais e interinstitucionais, a formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007).

Ricardo Ceccim afirma que a “CIES” deveria ter existido desde o início, porque era assim como estava na Lei Orgânica da Saúde. Ele afirma que a gestão anterior do DEGES manteria a palavra “pólos”, por causa dos antigos “Pólos de Capacitação em Saúde da Família”, que já vinham de antes e o grupo anterior do DEGES acabaria por preferir manter a designação:

De verdade, deveria ter sido sempre uma CIES, é o que diz a lei, na Lei Orgânica da Saúde diz exatamente isso: comissões permanentes de integração ensino e serviço de saúde, uma CIES. É porque tinha os Pólos que a gente manteve a palavra que vinha existindo, para as pessoas não acharem assim que

“a gente estava nesse Pólo, agora onde é que a gente tá?” (RICARDO CECCIM).

Conforme o exposto no relatório da CIRH, as CIES também estavam previstas no documento “Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS” - NOB/RH SUS na seguinte redação:

estabelecer mecanismos de negociação intersetorial – saúde/educação – com os respectivos gestores da educação ou dirigentes de escola, para um progressivo entendimento, com vistas a uma ação integrada e cooperativa que busque ajustar, qualitativa e quantitativamente, a instituição formadora às demandas e necessidades do SUS em âmbito dos sistemas municipais, estaduais e federal de saúde com o estabelecimento e a definição de responsabilidades conjuntas (BRASIL, 2003a, p. 55).

Com a CIES, como o próprio nome indicaria, voltava-se à ênfase a uma integração marcada pela dualidade ensino-serviço, contrapondo-se à integração ampliada do “quadrilátero” de atores da proposta anterior. Sinal visível da redução do escopo de atores alcançado pelas CIES, pode ser visto quando se compara a composição das CIES em relação aos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

As CIES, além de preverem a participação de gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal, seriam compostas pelos seguintes atores:

- I – Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes;
- II – Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas;
- III – Instituições de ensino com cursos na área da Saúde, por meio de seus distintos segmentos;
- IV – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (BRASIL, 2007c, pag. 10).

Já os Pólos de Educação Permanente em Saúde, tinham a seguinte composição:

- I. gestores estaduais e municipais de saúde e de educação;
 - II. instituições de ensino com cursos na área da saúde;
 - III. escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde;**
 - IV. núcleos de saúde coletiva;**
 - V. hospitais de ensino e serviços de saúde;**
 - VI. estudantes da área de saúde;**
 - VII. trabalhadores de saúde;
 - VIII. conselhos municipais e estaduais de saúde;**
 - IX. movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.
- (BRASIL, 2004b, p.46, grifos nossos)

Conforme demonstramos em estudo anterior (MATIAS, 2016), com as CIES, limitava-se a participação dos distintos atores envolvidos na construção do SUS, procurando enfatizar-se, por outro lado, um caráter executor com a presença de atores que se entendia estarem diretamente ligados à operacionalização da Política. Assim, somem as representações dos

“estudantes da área da saúde”; “escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde”; “núcleos de saúde coletiva”; “hospitais de ensino e serviços de saúde”. Já os “conselhos municipais e estaduais de saúde” foram agrupados na categoria: “movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS”.

Ao buscar integrar a nova proposta de operacionalização da PNEPS aos processos e instrumentos de gestão estabelecidos pelo Pacto pela Saúde, a proposta de revisão da Portaria nº 198 definiu que a condução regional da PNEPS devia estar a cargo dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) criados a partir do Pacto pela Saúde. O planejamento regional da educação permanente se daria por meio da elaboração de um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), coerente por sua vez, com os Planos estadual e municipais. Às CIES caberia o apoio e cooperação técnica aos CGR para a construção dos PAREPS (BRASIL, 2007c).

Dos Colegiados de Gestão Regional, os PAREPS seriam submetidos para homologação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A CIB por sua vez deveria contar com o apoio de uma CIES formada por representantes das CIES no estado; gestores e técnicos indicados pela CIB e um representante de cada segmento componente das CIES. Esta CIES assessora da CIB seria responsável pela assessoria na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente, além de contribuir com seu acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação e de ser responsável por empreender esforços para a compatibilização e integração das iniciativas estaduais de educação na saúde (BRASIL, 2007c).

Assim, a operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deveria estar a cargo dos espaços de gestão já constituídos do SUS (regionalmente nos Colegiados de Gestão Regional instituídos pelo Pacto e no estado através da Comissão Intergestores Bipartite), ou seja, deveria ser uma responsabilidade tripartite com compromissos firmados em todas as esferas de gestão e contaria com o apoio e assessoria técnica das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).

Também se definia o papel do Conselho Estadual de Saúde no âmbito da educação permanente em saúde: o de definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de EPS; aprovar esta Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e acompanhar e avaliar a execução deste Plano de EPS (BRASIL, 2007c).

O Grupo de Trabalho de Educação Permanente da CIRH montou um fluxograma para ilustrar o processo de operacionalização da PNEPS entre os distintos atores institucionais envolvidos neste processo:

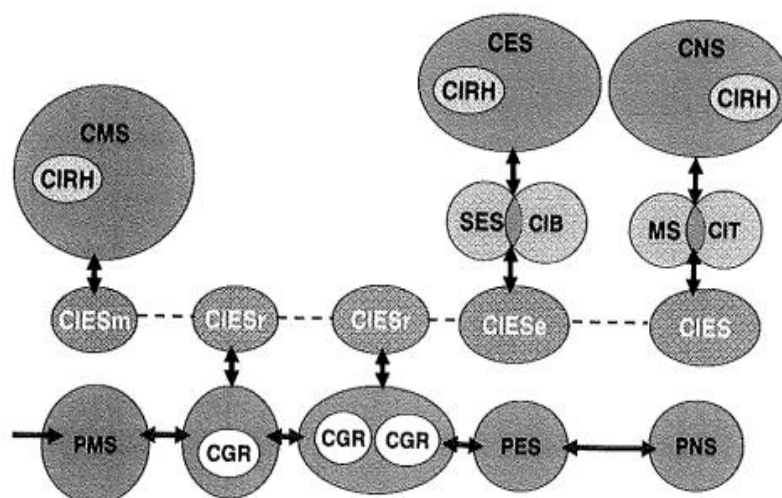


Figura 1. Fluxograma construído pelo GT de Educação Permanente da CIRH

Na base, consta a preocupação de que os Colegiados de Gestão Regional (CGR) estejam articulados aos Planos Municipais (PMS), Estadual (PES) e Nacional de Saúde (PNS) para a elaboração dos Planos Regionais e Estadual de Educação Permanente em Saúde. No nível regional, a elaboração do PAREPS contaria com a colaboração das Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço Regional (CIESr). Esta CIES regional, por sua vez, deveria estar interligada às Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço Municipais (CIESm). No âmbito estadual, a CIB deveria contar com a colaboração da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço Estadual (CIESe) e da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Após pactuação na CIB, deveria ser encaminhado à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para homologação.

O controle social, conforme ilustrado, deveria se fazer presente nas três esferas de pactuação, através dos Conselhos Municipais (CMS), Estaduais (CES) e Nacional de Saúde (CNS) - responsáveis pela aprovação da Política e do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal - e das Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos (CIRH) municipais, estaduais e nacional.

Na redação da proposta de portaria, é interessante destacar ainda que o acompanhamento da PNEPS se abria à lógica posta pela pactuação, uma vez que se conferia a possibilidade de a SGTES propor indicadores para este processo dentro do Processo da Pactuação Unificada de

Indicadores, que seriam dessa forma integrados aos indicadores do Pacto pela Saúde, após sua pactuação tripartite (BRASIL, 2007c).

A garantia do repasse dos recursos financeiros para a execução das ações de educação permanente em saúde deveriam ser feitos mediante as assinaturas dos Termos de Compromisso de Gestão, estabelecido no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007c). Além do mais, o documento da política trazia um conjunto de critérios divididos em três grupos para a forma de alocação orçamentária referente à PNEPS (BRASIL, 2009a).

Ana Estela Haddad afirma que a principal mudança posta pela Portaria nº 1996/2007 referia-se à mudança no modelo de financiamento, que passou a funcionar via repasse fundo a fundo, mediante a apresentação de um plano integrado de educação permanente. Isso serviria para descentralizar o processo de operacionalização da PNEPS, dando liberdade de execução nas regiões:

Então nesse processo, uma das principais mudanças que a gente fez e a primeira coisa no lugar dos Pólos de Educação Permanente... quando a gente refez a Portaria 1996... **a principal mudança foi mudar o modelo de financiamento, então a gente passou a fazer o repasse fundo a fundo pros estados e municípios mediante a apresentação de um plano integrado de educação permanente dos trabalhadores do SUS** seja do município, seja da região de saúde ou seja do estado e isso pactuado nas instâncias do SUS, então tinha que pactuar na CIB pra chegar na CIT e vir o recurso. E ao mesmo tempos nós fizemos indicadores com relação ao número de trabalhadores... uma série de indicadores pra estabelecer o montante de recursos que ia pra cada local e aí em cada região havia uma liberdade, uma certa liberdade de execução e acordo com as suas necessidades, então isso descentralizou e desanuviou um pouco o federal (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

Por fim, estabelecia-se a garantia de cooperação e assessoramento técnicos por parte do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde e reativava-se a Comissão Nacional de Acompanhamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com nova constituição de gestores das três esferas de governo, atores do controle social, das instituições de ensino, de trabalhadores e dos serviços (BRASIL, 2007).

Em 21 de junho de 2007, na 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) seria apreciada e aprovada a proposta de revisão da Portaria nº 198. Nesta reunião, conforme registrado no resumo executivo publicizado, Francisco Campos enfatizava ser esta uma proposta que não excluía a ideia da educação permanente e reafirmava a institucionalidade do SUS sem causar a anulação das institucionalidades existentes e ao lado destas, promover a descentralização:

Inicia-se um trabalho conjunto entre o Conass e o Conasems, ou seja, a revisão da portaria é fruto da nova pactuação, um realinhamento das ações segundo o Pacto. **É importante citar que não a proposta não exclui a idéia da Educação Permanente. Essa nova portaria reafirma a institucionalidade**

do SUS, sem que haja anulação das institucionalidades existentes, e juntamente com as CIB e CIT, promover a descentralização. O mesmo reafirma a manutenção da idéia de uma educação com conceito avançado, cada dia mais totalizador, e através disso marchar para um arranjo da Comissão Regional de Integração de Ensino e Serviço, dentro dos marcos legais que orientam o dia-a-dia do SUS (FRANCISCO CAMPOS, 2007, grifos nossos).

Depois de passar na CIRH, a proposta de revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde era apresentada pela diretora do DEGES Ana Estela Haddad ao plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na sua 174ª Reunião Ordinária realizada nos dias 12, 13 e 14 de junho de 2007. Como encaminhamento, o plenário do CNS deliberou por pautar em sua próxima reunião o debate da minuta de revisão da Portaria nº 198/2004. Na sua 176ª Reunião Ordinária realizada nos dias 08 e 09 de agosto de 2007, contando com a presença do Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde Francisco Campos e a diretora do DEGES Ana Estela Haddad, o Conselho Nacional de Saúde aprovou por unanimidade a minuta de revisão da Portaria nº 198/2004.

Em 20 de agosto de 2007, finalmente publicava-se a Portaria nº 1996 que estabeleceu novas diretrizes para a PNEPS. No ano de 2009, publicava-se o documento intitulado: “Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” no volume nove da Série “Pactos pela Saúde” contendo a Portaria nº 1996 e seus anexos acrescida de um capítulo denominado: “Diretrizes sobre as Responsabilidades do Pacto de Gestão para a Área de Educação na Saúde” e um texto de autoria de Maria Cristina Davini, intitulado: “Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde”.

6.12.3 O reposicionamento do conceito de Educação Permanente em Saúde ou: Qual a Educação Permanente em Saúde verdadeira?

Ana Estela Haddad junto ao DEGES procuraria recuperar o sentido originalmente posto pela Organização Panamericana de Saúde em relação à Educação Permanente em Saúde. Assim, para ocupar aquele que havia sido o seu lugar, Ana Estela Haddad indicaria Maria Alice Roschke para o comando da Coordenação Geral de Ações Estratégicas, marcando a segunda etapa de ocupação dessa Coordenação. Esta indicação pode ser entendida como parte de seu esforço para “aprender” mais do campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Mas também tinha outra motivação: Ana Estela nos revela que havia uma incompreensão por parte dos técnicos da SGTES em relação ao conceito de educação permanente em saúde, que

nas suas palavras: “achavam que a educação permanente era tudo, inclusive graduação”. Dessa forma, ao trazer Maria Alice Roschke para o DEGES, Ana Estela Haddad procurava afirmar um certo sentido da EPS, mais coadunado às formulações da OPAS, que se direcionava especificamente à reflexão sobre o processo de trabalho deste setor:

E a outra coisa que a gente rediscutiu foi trazer por exemplo uma das coordenadoras da época que eu era diretora que eu convidei foi a Profa. Maria Alice Roschke e ela está na origem do conceito de educação permanente, ela e a Cristina Davini. Tanto que se você pegar aquele livrinho que eu te recomendo muito que é o roxinho, o lilás do Pacto... você vai ver lá que nas organizações é da minha época. E o que nós fizemos? Nós temos a Portaria lá, nós temos as diretrizes pra cada um, pra como fazer o Plano de Educação Permanente também e no final tem o quê? Tem o texto da Maria Cristina Davini. Porque nós tivemos que rediscutir com nossos técnicos na SGTES, porque no começo eles iam contra a gente e achavam que educação permanente era tudo, inclusive graduação. E a gente dizia: “Graduação não é educação permanente! A educação permanente ela nasce, ela emana do trabalho, do processo de trabalho, de uma análise situacional e do diagnóstico de necessidades. Um curso não necessariamente é uma educação permanente! Um curso nem sempre muda o processo de trabalho e educação permanente é rever e mudar a ação-reflexão-ação no processo de trabalho. O curso pode ajudar a mudar, mas o curso por si só não vai mudar”, e aí tudo isso a gente foi trazendo devagar e reconstruindo e reconstituindo junto muito com a Maria Alice, foi um período maravilhoso com ela lá... (ANA ESTELA HADDAD).

Para Ana Estela, a proposta de educação permanente em saúde vinda da Portaria nº 198/2004 era influenciada pela ideia de “transformar o SUS na Universidade”, por isso mesmo a visão que ela atribui ser “totalizante” deste conceito, ou seja, transformava tudo em educação permanente. Para ela, ao adotar esta concepção, desconsiderava-se a institucionalidade do setor “educação” nesta área. Ao falar isto, Ana Estela, revela sua preocupação com esta “ideia totalizante da EPS” ganhar espaço, representando possivelmente uma ameaça ao próprio Ministério da Educação nessa área de atuação, lugar de onde vinha anteriormente e naquela ocasião, comandado por seu esposo, Fernando Haddad. Por isso mesmo o sentido que atribui ao esforço de desmontar essa concepção que ela afirmava ter “mal-entendidos”:

Eu acho que ela era influenciada por essa proposta de transformar o SUS na Universidade, na escola... então por isso “tudo é educação permanente”, entende? Tudo é uma coisa só. E é de certa maneira desconsiderar a institucionalidade do setor Educação já constituída (ANA ESTELA HADDAD).

É interessante ainda ver as diferenças de concepção de educação permanente enunciadas por Gustavo Gusso, que assumiria posteriormente a Coordenação Geral de Ações Estratégicas junto à SGTES. Gusso afirma que o grupo vinculado à Maria Luiza Jaeger tinha a expectativa de que “a educação iria estimular o serviço” e por isso, com a educação permanente em saúde criavam-se demandas para serem absorvidas e sanadas pelos serviços de saúde. Seria esta uma

oposição à ideia de educação como mobilizadora de mudança das práticas de atenção e de gestão? Para Gustavo Gusso, esta concepção era irreal e o que deveria ser feito na verdade era formar para atender às necessidades postas pelos serviços de saúde, ou seja, o serviço deveria estimular a educação e não o contrário:

Eu acho que a diferença era essa, a principal, no nível macro era essa que as pessoas tinham essa expectativa de que a educação iria estimular o serviço que eu acho que é uma concepção irreal e é o serviço que estimula a educação, infelizmente. E isso não é uma questão de eu querer ou não querer, mas é assim que é (GUSTAVO GUSSO).

(...) de formar para o serviço, o que já está acontecendo e não de formar pessoas para elas pressionarem o gestor as contratarem. Eu não acredito que é possível você formar um mar de pessoas e depois esperar que elas vão pressionar para que sejam contratadas, isso acaba não acontecendo. Por exemplo na política multiprofissional que estava começando como é que ia ser? Ia ser mais nutrição? Mais fonoaudiologia? Mais fisioterapia? Mais psicologia? Depende da demanda (GUSTAVO GUSSO).

A concepção enunciada por Gusso em relação ao grupo anterior do DEGES vai ao encontro do entendimento destes atores sobre o papel da Política de Educação Permanente em Saúde: funcionar como um dispositivo de gestão do SUS.

Ana Estela afirmava que no documento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, publicado em 2009, ela havia tido a iniciativa de colocar junto à Portaria nº 1996/2007, o texto de Maria Cristina Davini, intitulado: “Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde”, porque, segundo ela, havia alguns mal-entendidos em relação ao conceito de EPS e o texto serviria para dissipar isto, facilitando o entendimento do conceito:

A gente entendia que havia alguns mal-entendidos de conceito também pelo o que a gente percebia. Então a gente foi buscar a fonte e os textos e por isso que a gente fez questão de colocar o texto da Cristina Davini junto com a Portaria, pra que se entendesse (ANA ESTELA HADDAD).

Ana Estela Haddad ao afirmar o entendimento sustentado por ela sobre educação permanente em saúde, contrapõe este conceito à educação continuada. Para Ana Estela, enquanto a educação continuada corresponderia a um processo de aprendizado individual, como “aprender a tocar um instrumento”, a educação permanente pode ser comparada a “tocar numa orquestra”, situação que requereria um processo de organização coletiva num contexto que necessariamente deve ser favorável a mudanças organizacionais, condições imprescindíveis para a mudança do processo de trabalho:

Até hoje quando eu dou aula disso pros meus alunos e quando eu estou falando desses assuntos, às vezes os alunos na Faculdade e na pós-graduação tem uma certa dificuldade de entender quando a gente fala “educação permanente”, não tem nada a ver com educação continuada e nem com educação ao longo da

vida, não é isso, é uma outra coisa, é um outro conceito, vem de um outro espaço e vem de uma outra construção. E aí eu falo assim um pouco entre as diferenças, é assim: a educação continuada é como você aprende a tocar um instrumento sozinho, você pega um piano e um violão e você aprende a tocar isso é educação continuada, você vai aplicar, tocar, você vai cantar e você vai trabalhar pra atender no seu serviço individualmente, **a educação permanente é quando você aprende a tocar numa orquestra e você precisa... ela tem um nível de aprendizado organizacional... não se pode fazer educação permanente sozinho, individualmente. Existe um processo coletivo da organização, aprofundado e que só isso pode mudar o processo de trabalho.** Então o indivíduo sozinho ele pode no curso aprender, mas se o contexto onde ele está fazendo o trabalho dele, o serviço dele, não oportunizar as mudanças que aquele ali estão compostas como nó crítico necessário para aperfeiçoar os processos e melhorar a atenção prestada, aquela educação continuada vai morrer no vazio. **Então a educação permanente ela acontece no serviço mesmo e acontece em ação e no coletivo, no nível organizacional, no nível da gestão e no nível da atenção consequentemente** (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

No texto de Maria Cristina Davini, também há um esforço de diferenciação entre educação continuada e educação permanente. A autora vai vincular a educação continuada a quatro características principais: a continuidade do modelo escolar ou acadêmico centralizado na atualização de conhecimentos com em sua maioria com enfoque disciplinar; a uma conceituação técnica da prática como campo de aplicação de conhecimentos especializados, que se daria após o processo de aquisição “formal” de conhecimentos, como continuidade da lógica dos currículos universitários; ao modelo de capacitação com rupturas no tempo, tal qual a realização de cursos periódicos e ao fato de o enfoque deste tipo de prática educativa centrar-se predominantemente ao pessoal médico e em menor ênfase ao grupo de enfermagem, centrado em categorias profissionais específicas desconsiderando o trabalho de equipes (DAVINI, 2009).

Davini (2009, p. 44) também faz o esforço de caracterizar qual o enfoque dado à educação permanente, que para a autora, representou “uma importante mudança na concepção e práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços”, ou seja, reafirmava-se o lugar da educação permanente voltada aos trabalhadores dos serviços. Segundo nos afirma a autora, a educação permanente se propunha a inverter a lógica do processo posto com a educação continuada:

- incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto em que ocorrem;
- modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;
- colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
- abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;

- ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias (DAVINI, 2009, p. 44).

Nota-se, portanto, uma tentativa de retorno à concepção posta pela OPAS em relação à educação permanente em saúde. Entretanto, para além do texto conceitual de Maria Cristina Davini, chama a atenção o fato de ter sido reproduzido no documento da PNEPS de 2009 a mesma concepção posta no documento da proposta formulada em 2004:

a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007c, p. 07).

a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2004b, p. 44).

Com a manutenção de trechos idênticos no documento sobre o conceito de EPS, além do fato de a Portaria nº 198 não ter sido revogada, reforça-se uma retórica de continuidade da proposta de Política de Educação Permanente em Saúde que havia sido deflagrada no primeiro período da SGTES.

Maria Alice Roschke, reconhecida como uma das formuladoras do conceito de educação permanente em saúde junto à OPAS, que havia sido chamada ao comando da Coordenação de Ações Estratégicas, fala que quando chegou na SGTES já havia um esboço inicial da Portaria nº 1996/2007 e que ela acompanharia as negociações que passavam pela adequação dessa proposta ao Pacto pela Saúde:

Quando eu cheguei já tinha o primeiro esboço depois tinha que ser aprovado, aí sim eu acompanhei todos aqueles pactos de gestão (MARIA ALICE ROSCHKE).

Entretanto, Maria Alice Roschke ficaria poucos meses na SGTES, passando a ocupar o papel de consultora do Pró-Saúde e vindo a trabalhar posteriormente no Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS):

Aí eu fiquei no lugar da Ana, coordenando as “Ações Estratégicas em Saúde” e a Ana ficou de chefe do departamento porque a Célia voltou pro Rio em que era chefe. Mas isso foi por pouco tempo porque eu fiquei de agosto de 2006 a abril de 2007, por aí. E depois eu voltei só como consultora de novo, ainda do Pró-saúde, porque o Pró-saúde eu não queria deixar e depois eu também trabalhei no ProgeSUS, o ProgeSUS eu não sei se eu já estava tão lá quando eu trabalhei com o ProgeSUS (MARIA ALICE ROSCHKE).

Laura Feuerwerker fala sobre a breve passagem de Maria Alice Roschke pela SGTES. Ela afirma que teria se encontrado com Maria Alice e ela lhe teria confidenciado que sairia da SGTES porque discordava de Francisco Campos quanto à educação permanente em saúde e ela não via motivos para permanecer:

Eles nunca se apropriaram disso (da educação permanente), a própria Maria Alice Roschke, ela trabalhou um tempinho quando o Chico estava no Ministério lá, ela me falou pessoalmente que ela não continuou trabalhando lá... me encontrei com ela em um Seminário de Educação Permanente lá em Santa Catarina e ela falou que não dava pra continuar lá porque o Chico não é a favor da educação permanente. Ela disse: “Não vou ficar lá porque eu não tenho nada pra fazer lá!” (LAURA FEUERWERKER).

Gustavo Gusso, que assumiu o lugar de Maria Alice Roschke na Coordenação Geral de Ações Estratégicas, fala que Maria Alice não gostou do trabalho na SGTES e ficaria pouco tempo, apenas alguns meses:

Quem estava como coordenadora era uma consultora da OPAS que chamava Maria Alice que ficou pouco tempo e não gostou e foi embora. Ela ficou alguns meses só (GUSTAVO GUSSO).

Gusso reitera que, embora não tivesse participado da discussão da Portaria nº 1996/2007, lembra que existiam diferentes entendimentos em relação à educação permanente em saúde. Segundo nos relata, o “grupo da OPAS” entendia de um jeito, mas mesmo no interior da SGTES haviam outros entendimentos:

Quando eu cheguei no começo de 2007 ela (a Portaria) já estava bastante avançada, então eu não participei da discussão dessa Portaria e eu me lembro que existia essa discussão de entendimento também diferentes sobre educação permanente e o que era educação permanente, o grupo da OPAS entendia de um jeito, mesmo dentro da Secretaria existiam outros entendimentos dos conceitos e etc... mas eu não participei da formulação da Portaria (GUSTAVO GUSSO).

Ana Estela ratifica o papel exercido por Maria Alice Roschke no reposicionamento do conceito de educação permanente em saúde. Ela afirma que Maria Alice sairia da SGTES porque havia decidido voltar para Florianópolis, onde morava seu esposo:

(...) então ela (Maria Alice Roschke) me ajudou muito nessa discussão conceitual da educação permanente pra gente poder reposicionar todo esse processo, ela ficou por um tempo e depois foi ficando sacrificado pra ela ficar longe de casa, o marido estava morando em Florianópolis e ela lá e aí ela continuou ajudando a gente, mas voltou para Florianópolis (ANA ESTELA HADDAD).

Ao passo que Ana Estela Haddad fazia o esforço de “recuperar o sentido original da educação permanente”, Célia Pierantoni nos afirma que não sabe o que aquelas pessoas da OPAS – referindo-se à Maria Alice Roschke, Cristina Davini, José Roberto Ferreira, Roberto

Nogueira, José Paranaguá – teriam a ver com a SGTES. Para ela, “a educação permanente de hoje” pensada a partir da SGTES teria pouco a ver com “essas pessoas daquela época”, mas segundo afirma, sem elas não teria havido educação permanente:

Nunca tive um contrato da OPAS ao longo desses anos todos. Tive projetos lançados no Ministério que passaram pela OPAS, discordo da OPAS em várias coisas viu, essa é uma outra conversa. Mas a OPAS hoje também é um... não é o que foi... **mas também te digo sem a OPAS não teríamos isso**, não sei se você está entendendo, a OPAS foi extremamente importante e **aí não sei se foi a OPAS ou foi o Zé Roberto, Roberto Nogueira lá, Chico Gordo foi de Washington, esses atores todos foram de lá, Paranaguá aqui no Brasil mas especialmente o pessoal de Washington, muitos brasileiros... a Maria Alice Roschke, Davini que é uma figura muito interessante, quer dizer, essas pessoas foram muito importantes. Mas é isso que eu digo, lá atrás, eu não sei bem o que elas têm com a SGTES**, a Maria Alice se aposentou e Chico trouxe ela como consultora, ela ficou muito tempo no Ministério como consultora, **agora não sei se essas pessoas daquela época estavam pensando nesta educação permanente de hoje, mas sem elas não teria havido, entendeu?** Eu acho que a política é gostosa por causa disso (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

Mas ela emenda, ressaltando a construção histórica feita por este grupo da OPAS, afirmando que é preciso humildade e clareza para perceber que não há o certo nem o errado, mas sim um “historicamente construído”. Para Célia, essas pessoas “de lá atrás” da OPAS não tiveram uma participação maior neste processo da educação permanente pelo fato de ter havido uma negação desta construção feita por estes atores e atrizes, numa alusão ao que ela consideraria ter sido prática do grupo vinculado à Maria Luiza Jaeger:

De a gente ter a humildade e a clareza de perceber que não tem o errado ou certo, tem um historicamente construído **e talvez por isso é que alguns atores desse processo não tiveram uma participação maior porque negaram aquela história lá de trás né!** (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

Ao falar sobre o objeto de trabalho da SGTES, Célia Pierantoni afirma que a educação permanente em saúde se configurava como meio de se trabalhar com o “processo de trabalho em saúde”, em cujo campo também estavam presentes os conceitos de “força de trabalho em saúde” e “recursos humanos”, discussão sobre a qual se debruçou em sua trajetória de atuação:

Embora eu possa chamar de “recursos humanos”, veja bem, quando eu falo isso, por isso que disse no começo, a semântica que eu estou usando é trabalhar mesmo “processo de trabalho em saúde”: o que é que ele envolve? Vou te dar um exemplo: você pode mudar o escopo de prática da enfermagem fazendo atividades hoje que são atribuídas aos médicos, não dando curso de enfermagem, mas qualificando o enfermeiro, habilitando o enfermeiro para aquela atividade e você habilita como? Educação Permanente. Você forma enfermeiro, mas você não precisa dizer: “Agora o senhor é enfermeiro, o senhor vai ter que aumentar o seu currículo porque você agora vai ter que ter aula de lá não sei o quê”. Não, não é isto. Você qualifica o indivíduo, aquele profissional que pode ser um enfermeiro, fisioterapeuta, depende da área, você qualifica ele para aquela ação que não necessariamente precisa ser executada por um médico, e isso que é o escopo de prática na saúde. Então eu acredito,

quer dizer, eu sempre trabalhei muito mais com esse conceito, eu não sei se Chico... talvez menos... o Chico também... pra mim **eu sou desse conceito de trabalhar a força de trabalho, trabalho em saúde e o que ele significa, o que que é esse coletivo, o que que é o trabalho coletivo em saúde que todo mundo fala, como é que ele pode ser efetivo, o que que é isto?** Isso sempre me perseguiu (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

Célia Pierantoni, como podemos ver no registro acima, parecia não dar o mesmo sentido que Ana Estela Haddad deu ao conceito de educação permanente em saúde.

De fato, Célia Pierantoni afirmaria estar “menos focada no conteúdo técnico e mais focada na forma de passar”, mas que teriam consultores da SGTES que lidavam com educação, que envolvia o processo de trabalhar com educação permanente. Ela cita que José Roberto Ferreira foi um dos consultores do Pró-Saúde e cita outro consultor do NUTES da UFRJ. Célia volta a enfatizar que o objetivo desta equipe do DEGES era menos estabelecer uma “definição teórica do processo de trabalho” e mais “uma definição prática”, de como integrar as diversas profissões da área da saúde no processo de trabalho:

O José Roberto Ferreira foi um dos consultores importantes do Pró-saúde e o Zé inclusive trabalhou com a gente, muita gente que lidava com educação, então tem um cara que eu não vou me lembrar ele trabalhou inclusive no NUTES da UFRJ, muita gente trabalhava com o processo educativo, com educação, com educação de adultos e que envolvia processo de trabalhar educação permanente. **A gente estava menos focada no conteúdo técnico e mais focada na forma de passar este conteúdo, a área da formação foi muito isso tanto que os projetos de educação permanente a gente focou muito nessa coisa do que... como é que isso vai ser passado?** Como é que eu dou autonomia para o indivíduo buscar lá fora conhecimento? Pleitear essa maneira de educar e basicamente... eu acho que depois de mim veio a Ana aí eu não posso responder por ela **mas eu acredito que a gente, muita das coisas que foram feitas foi nesse sentido, integrar educação e saúde primeiro ponto e integrar as diversas profissões da área da saúde no processo de trabalho, não uma definição teórica do processo de trabalho mas uma definição prática, então teria que ser uma formação na prática.** E aí eu vou repetir uma coisa que eu sempre dizia: “Como é que eu quero que o médico se forme em um lugar, o enfermeiro se forma no outro, odontologia se forma no outro, alguns cursos de farmácia não se formavam nem no Centro biomédico... as disciplinas do curso eram nas exatas, nas químicas, físicas... aí depois você bota os cara pra trabalhar junto e “Agora que vocês se integrem!”, “Vocês vão fazer o trabalho coletivo dar certo, agora vocês vão!” (CÉLIA PIERANTONI, grifos nossos).

Célia nos fala que alguns dispositivos funcionariam como “educação permanente” sem, entretanto, trazerem este conceito de EPS, como o Telessaúde e a UNASUS, que ela identifica serem os processos mais importantes de educação permanente. Ela se opõe frontalmente à ideia de uma educação permanente em saúde impositiva e formatada, como cita o trecho abaixo:

(...) dessa coisa imposta, muito impositiva, muito formatada, se não for assim não é, se for assim é que é, eu te dei vários exemplos de educação permanente que não foi nem cuidado com esse nome, mas que foram processos importantes eu acho que o maior deles é o Telessaúde e a UNASUS e que o nome

“educação permanente” passou voado e mesmo com todas as críticas, podem não ter alcançado os seus objetivos, hoje tem alguns lugares que é uma referência. E no Brasil é assim mesmo num lugar é referência, no outro não vai, mas vai minando, vai misturando, igual a regionalização tem lugares que ela funciona super bem e tem lugares que ninguém não sabe nem que é o companheiro de regionalização e nem sabe que existe, mas tem lugares que funcionam e funcionam bem (CÉLIA PIERANTONI).

Assim, Célia defende a ampliação do campo do que é tido como “educação permanente em saúde” e formula uma severa crítica aos processos ditos de “educação permanente em saúde”, mas que se assemelham, nas suas palavras, a “Caravanas Holiday”, em alusão ao filme de Cacá Diegues, um grupo circense itinerante que vai montando acampamentos temporários e ao ir embora, desmontam tudo. Estes processos de EPS à semelhança das “Caravanas Holiday” também se configurariam temporários e pontuais e sem impacto permanente:

(...) ampliar o campo do que é educação permanente e aprimorar os processos e não ficar numa coisa de saiu daqui e não é mais e dali não é menos, um pouco de discutir se está se fazendo ou não educação permanente ou está se fazendo “Caravana Holiday”. Você viu o filme? Do Cacá Diegues? “Caravana Holiday”... ele sai andando e monta o circo e começa a TV a chegar nos lugares longevos, então cada vez mais ele vai vendendo antena de TV e o circo vai perdendo o sentido, é muito interessante, muito bem feito inclusive pra época no nosso cinema, vê porque é isso: você começa a montar Caravanas Holidays e sai e desmonta, sai e desmonta, mas não deixa nada, então sempre que tem essas coisas que juntam um monte de gente pra definir um monte de coisa eu chamo de Caravana Holiday (CÉLIA PIERANTONI).

Francisco Campos, que esteve como Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde neste segundo período da SGTES, ao falar sobre o conceito de educação permanente em saúde também resgata a contribuição da Organização Panamericana de Saúde na formulação deste conceito através de Carlos Vidal, Jorge Haddad, Maria Alice Roschke e Maria Cristina Davini. Para Francisco Campos, o enfoque dado à EPS pela OPAS ultrapassaria a dimensão técnica e operacional do trabalho para enxergar as práticas de saúde num contexto maior do próprio processo de trabalho:

(...) é muito importante dizer que a mudança do conceito de educação permanente que na verdade surge lá... Carlos Vidal, Jorge Haddad, Maria Alice Roschke do Brasil, Maria Cristina Davini, todas trabalham na criação dessa história de uma educação permanente que seja pelo trabalhador, do trabalhador, que envolva o componente do trabalho. Eu acho que essa criação lá na OPAS nesse momento desse conceito de educação permanente... o livro mais famoso da área que certamente está na sua consulta é um de educação permanente em saúde que é editado... eu não sei quem exatamente é o autor, mas é o Jorge Haddad, Maria Cristina Davini, Maria Alice Roschke e o próprio Carlos Vidal. Quando alguém pergunta assim “Qual é a diferença de educação continuada para educação permanente?” Muitas vezes é difícil de responder porque algumas pessoas falam assim “é visão de uma pessoa e de outra”, mas na verdade o que você acrescenta é que não é mais aquela coisa só operacional que você ensina o cara dar uma injeção, mas que você faz isso dentro do processo de trabalho que eu acho que é na verdade acumulação... que você

contextualiza isso no trabalho, não é mais uma pauta técnica de capacitação de trabalhadores, mas é uma coisa muito maior do que isso (FRANCISCO CAMPOS).

Também para este grupo a educação permanente em saúde se constituiu múltipla de sentidos, de modo que ao mesmo tempo em que há um esforço manifesto de retomada do conceito proposto pela OPAS (protagonizado sobretudo por Ana Estela Haddad), também há uma tentativa de vinculação das práticas de EPS às discussões sobre a força de trabalho em saúde.

6.12.4 Ampliação do Pró-Saúde (Pró-Saúde II)

O conjunto de críticas ao Pró-Saúde vindas da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (3ª CNGTES) se desdobraria em uma tentativa de composição do grupo da SGTES com o Conselho Nacional de Saúde, que pautou efetivamente esse debate.

Encomendou-se à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do Conselho Nacional de Saúde a análise e apresentação de relatório sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), proposto pela SGTES. Reunindo-se entre os meses de julho e agosto de 2006, a CIRH montou um Grupo de Trabalho para dar cabo dessa tarefa, o GT Pró-Saúde.

Em agosto de 2006, o Pró-Saúde foi pauta de debate no pleno do Conselho Nacional de Saúde e contou com a participação de Francisco Campos e Ana Estela Haddad.

Nesta reunião, o Pró-Saúde era apresentado como continuidade e desdobramento de uma trajetória de iniciativas de mudança na formação experimentadas a nível nacional desde a década de 1970. Nesta trajetória destacava-se sobretudo a experiência anterior do Promed, que serviu de base à estruturação do Pró-Saúde, que contou com uma ampliação para as três profissões da saúde que compunham a Saúde da Família (Medicina, Enfermagem e Odontologia) e com a substituição do eixo de orientação pedagógica do Promed, prevendo maior ênfase no eixo dos cenários de prática:

Ressalte-se que o Pró-Saúde é uma proposta construída com lastro histórico. Baseia-se em uma longa experiência acumulada no Brasil, que no período recente vem desde as Comissões Ministeriais, passando pelas reformas curriculares dos anos 70, pelas propostas do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde PPREPS(OPAS) de integração docente-assistencial, e pela experiência ímpar no continente da Comissão Interinstitucional de Avaliação da Educação Médica (CINAEM) e dos projetos

UNI, até a experiência de construção coletiva do movimento de avaliação/proposição de diretrizes para a educação em Enfermagem no Brasil (ABEn). Este processo, todavia, colocou em evidência as mudanças autocontidas no setor educacional, sem o envolvimento efetivo dos serviços de saúde e dos usuários, comprometendo a sua sustentabilidade. Destes movimentos pautados por uma concepção inovadora, e por um novo paradigma para a formação, anunciam-se rupturas no modelo tradicional de ensino. Todas essas experiências convergiram, em 2001, para o PROMED, que apesar de ter como base uma concepção inovadora na transformação da fragmentação positivista em busca da construção do trabalho multiprofissional e na integralidade da atenção, limitou-se à profissão médica. O Pró-Saúde nasceu do acúmulo de todos esses movimentos, com base nos princípios e diretrizes do SUS. Sua característica diferencial foi a sistematização e a expansão às 3 profissões que atualmente compõem a estratégia de saúde da família e a substituição do eixo estruturante do PROMED que foi a orientação pedagógica por uma maior ênfase no eixo dos cenários de prática (CNS, 2006, p. 17-18).

Depois da apresentação do Programa pela SGTES, a CIRH apresentou os dados da análise sobre o Pró-Saúde, bem como o parecer e as recomendações resultantes da discussão no grupo.

O Grupo de Trabalho constituído na CIRH para analisar o Pró-Saúde (GT Pró-Saúde) fez uma análise crítica do Programa, ressaltando que esta proposta não havia passado pela apreciação das instâncias legais do controle social e havia deixado lacunas devido à ausência de um debate mais ampliado; além da pouca participação dos gestores locais no Programa; apontava-se ainda a apresentação de projetos isolados, sem articulação mesmo entre os cursos de uma mesma Instituição de Ensino Superior, contrariando o próprio termo de referência do Pró-Saúde; a ausência de convocação dos municípios concomitante às IES e pro fim demandava a revisão da composição do Conselho Consultivo do Pró-Saúde:

O GT Pró-Saúde, constituído pela CIRH/CNS, analisou o programa em torno das seguintes considerações: **1)** O Programa foi lançado por meio da Portaria Interministerial nº 2.101/2005 e Edital de Convocação, publicados sem terem sido previamente aprovados pelas instâncias legais do controle social (CNS) e pactuados entre os gestores (CIT); **2)** Em que pese os gestores locais terem assinado os projetos apresentados pelas IES, houve insuficiente participação destes atores na elaboração dos projetos; **3)** O recurso orçamentário do Pró-Saúde tem origem nas rubricas correspondentes às ações nº. 0849 (mudança na graduação) e nº. 8541 (formação superior), sem prejuízo de outros programas em andamento, da SGTES; **4)** Os projetos foram apresentados isoladamente, em muitos casos sem articulação entre os cursos de uma mesma IES, embora tenha sido esta a recomendação do Termo de Referência do Pró-Saúde; **5)** Os municípios deveriam ter sido convocados, concomitantemente às IES, para discutir desde a elaboração até a implantação e avaliação dos projetos; **6)** Para que uma política pública alcance êxito é fundamental que preveja um processo permanente de monitoramento e avaliação desde a sua concepção, até a sua implementação e na análise de produtos e resultados; **7)** A ausência de um debate mais ampliado deixou lacunas na primeira etapa do programa, que devem ser preenchidas no processo de sua implementação, assim como na formulação da próxima edição; e **8)** A CIRH entende que deve ser revista a composição do Conselho Consultivo, porém não chegou a um acordo com relação a uma proposta remetendo o tema para deliberação pelo CNS (CNS, 2006, p. 20).

Diante dessa análise, o GT Pró-Saúde da CIRH apresentava ao pleno do Conselho Nacional de Saúde um parecer favorável à ampliação do Programa para as demais profissões de saúde além dos três cursos previstos em sua primeira fase de execução. Ademais, o GT manifestava-se favorável à regulamentação do inciso 3 do artigo 200 da Constituição Federal referente à prerrogativa da ordenação da formação de recursos humanos na lei de reforma de ensino superior no Brasil, em especial em relação à ação de deliberação conjunta entre os Conselhos Nacional de Saúde e de Educação dos processos para abertura e avaliação de cursos na área da saúde:

III – Parecer. Em vista do exposto, o GT entende que o Programa é uma estratégia educacional de mudanças na graduação que, por problemas orçamentários, incorpora hoje somente os cursos que atuam no Programa Saúde da Família (Enfermagem, Medicina e Odontologia). **Uma vez que incorpore as demais profissões de saúde, nos diversos níveis de atenção, onde elas se fizerem necessárias, consolidará a sua relevância para transformar o ensino na área da saúde em nosso país. Deve, portanto, ser revisto na sua formulação e implementação para que as mudanças efetivadas nesta primeira etapa do Pró-Saúde possam induzir os serviços a incorporar novos atores na atenção à saúde.** A construção social e institucional de uma política nacional de formação de profissionais para a saúde é um desafio que está sendo enfrentado por diferentes atores. **Para essa política pública tornar-se uma política de estado, dentro do contexto das mudanças na graduação, é preciso que o MEC e o MS envidem esforços conjuntos para que o Congresso Nacional aprove a regulamentação do inciso 3 do Artigo 200 da Constituição, na lei da reforma de ensino superior no Brasil, em especial no que se refere à ação deliberativa conjunta entre os Conselhos Nacional de Saúde e de Educação, na decisão de processos e abertura de cursos de graduação na saúde e, principalmente, de avaliação da qualidade do ensino com a criação de políticas e instrumentos para fechar cursos deficitários que não atendam às exigências de qualidade para a formação de um profissional de saúde** (CNS, 2006, p. 20, grifos nossos).

Um conjunto de nove proposições eram recomendadas pelo GT da CIRH à SGTES e o pleno do Conselho Nacional de Saúde as acatou em votação. Propunha-se a revisão imediata da Portaria do Pró-Saúde para adequar-se à proposta do controle social para o Programa que demandou: a ampliação para todas as profissões de saúde com priorização e disponibilização orçamentária para essas profissões, articulação do Pró-Saúde com as demais iniciativas governamentais e movimentos sociais de mudanças na graduação em andamento, acompanhamento periódico pelo Conselho Nacional de Saúde da agenda dessas diversas iniciativas de mudança, a demanda criação de um incentivo do Ministério da Saúde para municípios que ofereçam campo de estágio obrigatório aos cursos da área da saúde pertencentes às Instituições Públicas de Ensino Superior, a criação de uma política de avaliação do Pró-Saúde e que os gestores locais participem de todo o processo de construção desse Programa e

que a renovação da Carta Acordo do Pró-Saúde com as IES seja baseada no desempenho satisfatório dos cursos que preveja a construção da integralidade e integração dos cursos de uma mesma IES, certificada por meio de indicadores construídos coletivamente.

IV - Proposições: 1) Revisão imediata da Portaria editada, adequando-a às considerações acima apresentadas; 2) Ampliação do Pró-Saúde para todas as profissões da saúde, considerando o princípio da integralidade, o trabalho multiprofissional e contemplando projetos de todas regiões do País; 3) A progressiva disponibilização orçamentária e priorização das demais profissões tomando por base as necessidades do SUS, a partir de critérios que reduzam o corporativismo e considerem a hierarquização da atenção, a epidemiologia e a transversalidade temática; 4) Articulação do Pró-Saúde às diversas iniciativas governamentais e de movimentos sociais de mudança na graduação, ora em andamento: AprenderSUS, Educação Permanente, Ativadores de Mudança, Tutores de EPS, VerSUS, Projetos Ensina SUS, Residência Multiprofissional em Saúde, Projeto conjunto com o Fórum Nacional de Educação da Profissões da Área da Saúde (FNEPAS), no contexto do princípio da inserção dos cursos de graduação da no serviço de saúde; 5) Acompanhamento periódico por parte do Conselho Nacional de Saúde (CNS) da agenda das diversas iniciativas de mudanças relacionadas no item anterior; 6) Que seja estudado um incentivo por parte do MS para municípios que ofereçam campo de estágio obrigatório aos cursos da área da saúde pertencentes às Instituições Públicas de Ensino Superior; 7) Que seja construída uma política de avaliação da implantação do Pró-Saúde, com a participação de todos os atores envolvidos, contemplando o princípio da integralidade e a intersetorialidade, tendo em vista o monitoramento dos processos/possibilidades de mudanças nas práticas corporativas e fragmentadas hoje hegemônicas e sua substituição por práticas de saúde de ação interdisciplinar no trabalho em equipe, na construção da transdisciplinaridade; 8) Que os gestores locais participem ativamente de todo o processo de construção do Pró-Saúde; 9) Que seja condicionada a renovação da Carta Acordo ao desempenho satisfatório dos cursos na construção da integralidade e integração dos cursos de uma mesma IES, certificada por meio de indicadores construídos coletivamente. No contexto geral das mudanças na graduação, recomenda-se ainda que o MEC e MS, no cumprimento do inciso III do Art. 200 da Constituição da República e levando em conta a NOB-RH aprovada pelo CNS, definam conjuntamente, as diretrizes políticas para a formação profissional na área da saúde, os instrumentos institucionais que fortaleçam a regulação social por parte do Estado, com base nas necessidades sociais, para o processo de abertura e funcionamento de novas escolas (autorização, reconhecimento e renovação do reconhecimento); bem como, a definição do número de vagas nas escolas existentes; em substituição progressiva, à regulação que é feita exclusivamente pelo mercado e visa atender como prioridade aos interesses econômicos dos empresários da educação. Os ajustes propostos poderão assim fortalecer e consolidar a institucionalização do Programa como uma política de estado, legitimada pelos órgãos representativos da sociedade civil organizada, em especial pelas instâncias que exercem o controle social (CNS, 2006, p. 20).

Assim, por meio dessas mediações que alterariam parte da estrutura de funcionamento do Pró-Saúde, o CNS validava essa iniciativa da SGTES. Como registra Haddad *et al.* (2012), em 2007, o Pró-Saúde foi estendido para as 14 profissões da área da saúde, seguindo a recomendação do Conselho Nacional de Saúde e acompanhando a criação dos Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) que ampliou o escopo de atuação da Atenção Básica pela inserção de outros profissionais.

Já o Pró-Saúde II foi estendido, em 2007, para as 14 profissões da área da saúde, seguindo a recomendação do Conselho Nacional de Saúde e o mesmo movimento de criação dos Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (Nasf), que promoveram a inserção de outros profissionais da saúde na atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS) (HADDAD *et al.* 2012, p. 1).

Ana Estela Haddad ao nos narrar sobre a ampliação do Pró-Saúde para as 14 profissões da saúde, omitiria de sua narrativa as pressões vindas do controle social e das diversas profissões da saúde para deflagrar este processo de ampliação. Por outro lado, ela nos fala que a decisão da ampliação causou incômodos às profissões que já faziam parte da Estratégia Saúde da Família, uma vez que o mesmo recurso que estava concentrado em três categorias profissionais seria dividido para as demais profissões da saúde. Ela cita especificamente o caso da Medicina, afirmando que no Ministério da Saúde “tinha uma parte muito centrada na questão médica”:

A segunda edição do Pró-Saúde também muito à revelia de outras forças... que o Ministério tinha uma parte do Ministério muito centrada na questão médica, médico-centrada... e aí eu consegui aprovar no Conselho Nacional de Saúde que a gente tinha que incluir as 14 profissões e tinha gente que dizia: “Mas essas profissões nem estão no SUS, como é que vai fazer Pró-Saúde?” “Mas se a gente não fizer o Pró-Saúde pra elas, elas nunca vão chegar no SUS também! Então vamos fazer para as 14 profissões”, porque dividia também, tinha a questão corporativa e as pessoas resistiam porque os recursos eram os mesmos e dividia mais, mas depois a gente conseguiu trazer um pouco mais de recursos (ANA ESTELA HADDAD).

Em 26 de novembro de 2007 foi publicada a Portaria Interministerial nº 3019 que revogou a Portaria nº 2.101/GM, de 3 de novembro de 2005 e ampliou o Pró-Saúde para as demais categorias profissionais do setor saúde (BRASIL, 2007d).

6.12.5 A criação do PET Saúde

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) surgia como um dispositivo no interior da SGTES a partir de uma contingência. Inspirado no Programa de Educação Tutorial do Ministério da Educação (MEC), que previa a formação de grupos de estudantes de graduação com tutoria de um docente, a proposta do PET-Saúde surgiu para aproveitar um recurso que seria destinado ao Programa de Extensão Universitária (PROEXT) do Ministério da Educação. Pelo menos é isso o que nos relata Ana Estela Haddad que, ao ser indagada sobre a possibilidade de usar o recurso para alguma ação voltada à política de saúde, inventaria a proposta do PET-Saúde utilizando-se das leis já existentes do PET do Ministério

da Educação e da Residência Multiprofissional em Saúde. Surgido de uma articulação entre Secretaria de Educação Superior/MEC, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS, Departamento de Atenção Básica (DAB)/SAS/MS, o PET-Saúde trazia como novidade a figura do preceptor, responsável por catalisar a integração entre ensino e serviço de saúde, situação percebida como “nó crítico” pela equipe do DEGES:

O PET-Saúde todo a gente construiu de um lado com o DAB e do outro lado com a SESu, por quê? Porque existia o PET, que não era o PET-Saúde, no MEC. Como é que veio... como é que tive a ideia de fazer o PET? A gente tinha o Pró-Saúde do jeito que ele estava estruturado e com os nós críticos de execução de recurso e com a dificuldade de envolver os trabalhadores, tanto envolver os trabalhadores no serviço que já tinham suas atribuições e não queriam ter que orientar aluno, quanto de fazer os professores que estavam na Academia ir pra dentro do serviço, então eram nós críticos que a gente observava... e o trabalho interprofissional também era um nó crítico e a gente na avaliação percebia esses nós críticos que estavam na minha cabeça. Aí na época Iguatemi, que era a coordenadora... uma das coordenadoras do MEC me procurou, ela coordenava o PET e coordenava o PROEXT, que era um programa de extensão nas Universidades e ela falou assim: “Olha, nós temos vários projetos da Saúde, vocês não querem colocar um recurso pra gente fazer uma ação mais dirigida pra política de saúde pra vocês?” e ela logo quis colocar esse recurso no PROEXT e aquilo ficou na minha cabeça, eu conhecia o PET e o PET estava dando problema... o PET do MEC, que só tinha monitor e tutor, não existia a figura do preceptor. Aí eu pensei, pensei, pensei e conversei com um e conversei com outro e aí eu fiz o seguinte: eu li a lei do PET, o PET é uma lei, você não pode criar uma bolsa sem lei e uma nova bolsa você tem que tramitar tudo de novo no Congresso e leva uma gestão inteira. Aí o que que eu fiz? Eu peguei a lei do PET, peguei a lei da Residência Multiprofissional que tinha o preceptor e usando essas duas leis, eu falei: “Nós vamos criar o PET-Saúde”, o PET-Saúde tem o tutor, tem o monitor, mas ele cria figura do preceptor que é o profissional do serviço pra que esse processo de integração aconteça dentro do serviço num grupo tutorial e aí o que vai ser feito é de acordo com a necessidade de cada local, cada local vai formular a sua necessidade e aí eu dialogava com o DAB pra falar assim: “Quantos preceptores eu preciso? Quantos alunos eu posso pôr pra um preceptor pra não prejudicar, não atrapalhar a dinâmica de trabalho na Atenção Básica?”, então foi aí que eu criei um tutor pra dois preceptores pra seis monitores de graduação e não podia pôr mais do que isso porque senão tumultuava. E com o MEC eu também fazia mediação para que ele não perdesse a característica educacional que existia, pra não descaracterizar de nenhum lado e assim a gente foi mediando, então era DAB, DEGES e SESu e aí gente foi trabalhando (ANA ESTELA HADDAD).

Nas falas dos entrevistados, existem divergências sobre a origem e a maternidade/paternidade do PET-Saúde. Gustavo Gusso, médico de família a quem coube a Coordenação Geral de Ações Estratégicas, afirma que a proposta do PET-Saúde, que teria sido formulada por ele, seria destinada originalmente para a Medicina de Família, sobretudo para os tutores médicos de família que acompanhavam os residentes de Medicina, de modo que pudessem receber uma bolsa como incentivo financeiro para realizar esse acompanhamento no serviço de saúde, situação que era tida como um desafio para a formação na modalidade de Residência. Gustavo explicita como e por que surgia naquele momento a ideia do PET-Saúde:

Na minha coordenação, o principal projeto quando eu cheguei era o Pró-Saúde, que era um projeto bem grande que incentivava essa coisa que a USP estava fazendo em todas as Faculdades. **E depois eu escrevi o PET Saúde que depois virou uma política.** Eu lembro que eu escrevi nos finais de semana que eu ficava lá e não tinha muito o que fazer, e escrevi o Projeto do PET Saúde que originalmente era para a Medicina de Família, para estimular os tutores que recebiam residentes e alunos, mas mais voltado para os médicos de família mesmo das equipes e a Enfermagem e depois ampliou para os demais profissionais. **Mas a origem do PET era para que os médicos de família que recebiam alunos e residentes tivessem uma bolsa porque até hoje é um problema, pelo menos na USP é um problema os médicos não terem um bom incentivo para receber alunos** (GUSTAVO GUSSO, grifos nossos).

Gusso nos fala que o PET-Saúde vinha também como um complemento ao Pró-Saúde, que estava muito concentrado nas Universidades e seria preciso oferecer um subsídio financeiro às equipes de saúde nos serviços que recebiam estudantes de graduação. Ele reitera, contudo, que o grande carro-chefe da política de gestão da educação na saúde era o Pró-Saúde:

Então, o Pró-saúde era muito voltado para a graduação e aí ele colocava os alunos e estimulava as Faculdades a colocar os alunos no PSF e quando chegava no PSF, na Estratégia Saúde da Família, o médico e a equipe de saúde da família não tinha nenhum incentivo então o PET foi um complemento do Pró-Saúde para estimular as equipes porque o Pró-Saúde era um dinheiro essencialmente para as Universidades e o PET-saúde era um dinheiro essencialmente para as equipes, originalmente era essa a ideia, para serem complementares. Então quando os alunos chegavam nas equipes, as equipes falavam: “Por que a gente vai receber os alunos? A gente não recebe nada com isso!”, então a ideia era estimular as equipes para que pudessem receber os alunos do Pró-Saúde porque o carro chefe era o Pró-Saúde (GUSTAVO GUSSO).

Gusso também nos fala que a proposta inicial do PET-Saúde, à semelhança do Pró-Saúde surgia com foco nas três categorias profissionais do modelo inicial do Pró-Saúde: Medicina, Enfermagem e Odontologia. Mas depois, seria dissipada para as outras categorias profissionais, mesmo que a seu próprio contragosto. Isso resultaria na não remuneração dos tutores, que segundo ele, teria sido a motivação inicial dessa proposta:

Acho que depois o PET distorceu totalmente do que era o objetivo, totalmente, porque não tem dinheiro para tudo e então começa a se pulverizar demais e a Política perde a força. Por exemplo, o PET que eu escrevi, para focar na ideia original nos médicos, enfermeiros e dentistas de novo, acabou se pulverizando e na USP e nas Faculdades que tenho mais contato o dinheiro não chega nos tutores da Residência, então isso **eu acho uma pena porque essa compreensão de que tem que ser tudo para todos acaba que não foca.** Então a Residência que eu coordeno tem essa fragilidade que é justamente os médicos serem da Estratégia Saúde da Família e os tutores não receberem e serem voluntários, eles não recebem nenhum recurso da Prefeitura nem do Ministério para serem tutores. Então a Política que eu mais investi meu tempo lá, pelo menos pessoalmente, que eu encampeei que foi o PET... foi, eu acho, que uma das políticas que infelizmente não vingaram do jeito que eu imaginava que ia acontecer e minha principal angústia é que todo ano eu perco tutor, todo eu tenho lá 10 tutores e uma rotatividade três ou quatro por ano (GUSTAVO GUSSO, grifos nossos).

Ana Estela nos fala como a proposta do PET-Saúde sofreria uma considerável expansão deflagrada por demanda das áreas técnicas: do início da proposta com o PET-Saúde da Família, surgiriam outras configurações por áreas temáticas – Saúde Mental, Vigilância, Redes de Atenção:

O PET-Saúde também a gente já fez... e a gente começou assim, o PET-Saúde primeira edição: PET Saúde da Família, segunda edição: aí as áreas técnicas começaram a nos procurar pra ações de capacitação, veio a Saúde Mental e eu falei: “Vamos fazer um PET Saúde Mental em vez de fazer curso que é muito mais”... e aí eles adoraram e aí eu captei recursos da Saúde Mental e nós fizemos um PET Saúde Mental e aí veio a Vigilância e vamos fazer... e aí a Vigilância já estava indo pro CNPq e eu falei: “Vem pra cá, vamos fazer um PET Vigilância” e aí fizemos um PET-Redes quando começou aquela coisa de fortalecer as redes e depois veio o Pró-PET, bom, enfim... (ANA ESTELA HADDAD).

Com a criação do PET-Saúde, mudava-se também a forma de financiamento, de modo que a SGTES encontrou maneiras de gerir os recursos de forma mais ágil, sem intermediários, concentrando o pagamento dos projetos sob sua execução:

A criação do PET-Saúde fez com que no meu departamento, eu quase passei a executar... depois que a gente criou o PET, a gente passou a financiar tudo de pagamento de bolsa, nós passamos a executar quase 80% do recurso da SGTES porque a gente foi criando os projetos e encontrando formas de executar mais ágeis e que realmente induziam as mudanças, então o financiamento, a forma de financiamento, ela também importa e a gente tem que fazer essas mudanças no Ministério pra conseguir dar conta desse processo (ANA ESTELA HADDAD).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi formalmente instituído pela Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação nº 1.802 de 26 de agosto de 2008 com base na lei nº 11.129/2005 – que criou a Residência em Área Profissional de Saúde – e na lei nº 11.180/2005 – que instituiu o Programa de Educação Tutorial (PET) do Ministério da Educação. De acordo com esta Portaria, o PET estava destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde (BRASIL, 2008a).

6.12.6 As Residências em Saúde no segundo período da SGTES

Enquanto esteve à frente da Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Ana Estela Haddad ajudou a dar andamento à estruturação da recém-criada Residência em Área Profissional de Saúde. Pesavam a favor de Ana Estela o fato de não ser médica e de ter

desempenhado a função de interlocutora das questões de saúde, com ênfase para a pauta das Residências, representando o Ministério da Educação, designada pelo então Ministro da pasta, Tarso Genro.

A Multi fui eu quem criou no Ministério da Saúde, ela não existia nessa época tá?! Ela não existia, foi na minha época (ANA ESTELA HADDAD).

Além de ficar à frente da implementação da Residência em Área Profissional de Saúde, Ana Estela Haddad foi designada suplente de Célia Pierantoni na representação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Em três de novembro de 2005, a Portaria Interministerial dos Ministérios da Saúde e Educação nº 2.117 instituiu no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005j).

Ricardo Ceccim afirma que a negociação da Residência em Área Profissional de Saúde havia sido iniciada na gestão anterior do DEGES. Como já apontamos, esta negociação viria para dar resolutividade à pauta do trabalho na sua interface com a educação permanente:

Na verdade, não vem depois né? Porque a Residência estava dentro da base política, a gente foi na Comissão Nacional de Residência Médica desde 2003, foi Residência Médica já em 2003. Escrevemos uma proposta de lei. Deu tempo para lançar uma Medida Provisória no início de 2005 e aprovar uma Lei em julho de 2005. Em 2004 a gente já financiava Residências e inovações em residências. A gente já tinha feito um texto intitulado Especializações e Residências. A gente ficou com o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS e colocava a residência na sua substituição. O Programa teria de acabar, estava cheio de problemas. A gente começou a fazer a discussão sobre distribuição de profissionais, estudo sobre a distribuição de especialistas. Não dava para esperar o DEGERTS, a gente pegava um problema e construía uma alternativa de ação. Era mais fácil responder sobre os médicos do que qualquer outra categoria profissional, estão claras quais são as especialidades e como deve ser seu provimento. Para trabalhar com as outras categorias profissionais tinha que saber qual era o seu miolo de práticas dentro do sistema. As Residências nos ajudavam a resolver problemas de fixação e provimento, não como provimento de mão de obra, mas provimento de condições de formação e de análise locorregional da realidade de serviços e necessidades sociais em saúde. O que gente precisava discutir era perfil do trabalho e das ocupações, escopo de práticas. Tem uma hora que não dá pra gente resolver sozinho, se tivesse outro Departamento funcionando ia ser perfeito, mas não funcionava no ritmo da intervenção em realidades locais. Como já disse, publicar uma portaria não é uma ação. Essa Portaria era apenas a resposta à Lei. Não teve absolutamente nenhuma precedência e nenhuma consequência. (RICARDO CECCIM)

Laura reitera quando afirma que toda a negociação da Residência Multiprofissional e da ampliação da Residência Médica estava se fazendo no momento de crise política do governo Lula, quando eles sabiam que o Ministro Humberto Costa iria cair a qualquer momento. De fato, a lei que contemplaria a criação da Residência em Área Profissional de Saúde é datada de junho de 2005, auge da crise política do mensalão:

Foi muito difícil, era muito difícil porque a gente sabia que o Humberto ia cair a qualquer minuto, tinha uma cara de fim de feira sabe? **E ao mesmo tempo tinha coisas muito importantes acontecendo, por exemplo, toda a negociação da Residência Multiprofissional, a política de ampliação da Residência Médica** e um monte de coisa que depois voltou com o Mais Médicos que a gente já tinha elaborado ali (LAURA FEUERWERKER, grifos nossos).

Mas coube à Ana Estela Haddad as negociações para a implementação da Residência em Área Profissional de Saúde e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Em 19 de outubro de 2006, a Portaria Interministerial nº 2538 constituiu um Grupo de Trabalho para elaborar uma proposta de constituição, atribuições e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, o GT CNRMS. Neste GT, estava prevista a participação de oito membros, entre os quais estava Ana Estela Haddad pela SGTES; Renato Viscardi representando o Ministério da Educação/Secretaria de Ensino Superior (MEC/SESu); Solange Gonçalves Belchior pelo Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS); Francisca Valda da Silva pelo Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS); Juliano André Kreutz representando o segmento de residentes; Maria Alice Pessanha de Carvalho, representando o segmento de coordenadores de Programa de Residência Multiprofissional em Saúde; Armando Raggio pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Ângela de Oliveira Carneiro pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2006b).

Apesar de já prevista no artigo 14 da Lei nº 11.129/2005, a implementação da CNRMS somente se efetivou em 2007, segundo afirma Ana Estela Haddad:

(...) então pra criar a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional desde a lei...a lei 11.129 é de 2005 só que a comissão você vai ver que ela levou dois anos, mais de dois anos para ser criada... (ANA ESTELA HADDAD).

Em 12 de janeiro de 2007, a Portaria Interministerial nº 45 ao dispor sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde definiu sua constituição como ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões que se relacionam com a saúde, no formato de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço sob orientação, com carga horária entre 40 a 60 horas semanais. Também definiu eixos norteadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde a serem orientados pelos princípios e diretrizes do SUS e a partir das necessidades e realidades locais e regionais. E finalmente instituiu a Comissão Nacional de

Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito do Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde do Ministério da Educação, conforme o disposto abaixo:

Art. 3º Fica instituída, no âmbito do Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde com a seguinte composição: I - o Diretor do Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde do Ministério da Educação, membro nato; II - o Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato; III um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS; V - um representante dos coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde; VI - um representante dos preceptores ou tutores de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde; VII - dois representantes do Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde; VIII - um representante do conjunto de entidades que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde - FENTAS; IX dois representantes das associações que integram o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde - FNEPAS; X - um representante do Fórum das Executivas de Estudantes de Cursos da Área da Saúde; e XI - um representante das instituições de ensino superior (BRASIL, 2007e, p. 3-4).

Nesta Portaria também se apresentou as atribuições da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) como órgão deliberativo:

Art. 4º A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, órgão deliberativo de caráter colegiado, guiada por diretrizes emanadas pelas instâncias de gestão do SUS e visando atingir seus objetivos terá as seguintes atribuições: I - elaborar o regimento de funcionamento da CNRMS, a ser baixado em portaria interministerial MEC/MS; II - credenciar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-los; III avaliar e acreditar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócio-epidemiológicas da população brasileira; IV - credenciar e renovar o credenciamento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde; V - sugerir modificações ou suspender o credenciamento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde que não estiverem de acordo com a regulamentação aplicável; VI - registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do Programa; e VII - propor qual deve ser a duração e a carga horária mínima e máxima para a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2007e, p. 4-5).

Finalmente estabelecia-se o papel de suporte técnico e administrativo do Ministério da Educação à CNRMS e a responsabilidade conjunta de financiamento e funcionamento desta Comissão entre os Ministérios da Saúde e Educação (BRASIL, 2007e).

Em 19 de julho de 2007 através da Portaria Interministerial nº 698 eram nomeados os membros titulares e suplentes da CNRMS (BRASIL, 2007f). A Portaria nº 593 de 15 de maio

de 2008 por sua vez disciplinaria a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2008b).

Laura Feuerwerker afirma, entretanto, que a nova equipe do DEGES não tinha nenhuma formulação para a Residência Multiprofissional, tampouco o FNEPAS e os Ministérios da Saúde e Educação. Para ela, o destino da Residência Multiprofissional estava fadado a ser capturado pelas lógicas particulares de cada categoria profissional, com a cumplicidade nisso de Ana Estela. Conforme narra Laura Feuerwerker, terminado o mandato da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS), Francisco Campos dissolveria a Comissão e junto do MEC proporia a retirada dos Fóruns de Coordenadores, Preceptores e Residentes de sua composição – para propor um processo de escolha de representantes via lista tríplice.

Ela (Ana Estela Haddad) estava no DEGES e eu estava na Comissão. Nem o MEC, nem o Ministério da Saúde tinham formulação nenhuma pra Residência Multiprofissional e aí juntava a gente que era o FNEPAS... o FNEPAS também não tinha, mas estávamos lá eu e a Rossana, o povo de Fórum de Coordenadores de programa, o Fórum de Preceptores e Fórum de Residentes, eram esses fóruns que construía o conteúdo da proposta a partir das experiências, das apostas, de pensar do que podia ser dispositivo O destino da Residência Multiprofissional, segundo o MEC, era ser igual a Residência Médica, entregar pra cada corporação tomar conta, era isso que eles faziam e a Ana Estela era cúmplice disso e ela jogou pesado pra... enfim, porque teve uma hora, quando acabou o mandato da Comissão, eles dissolveram a Comissão e o Chico Gordo e o MEC propuseram tirar os Fóruns da composição da Comissão e que enfim... os segmentos elegessem listas tríplices e o Ministério escolhesse os representantes, vê se pode? Ela era cúmplice disso (LAURA FEUERWERKER).

De fato, a Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007 que dispunha sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a CNRMS seria revogada pela Portaria nº 1.077 de 12 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009b).

A Portaria nº 1077/2009 confirmava a carga horária de 60 horas semanais para esta modalidade de Residência - já estabelecida anteriormente em definitivo pela Portaria Interministerial nº 506 de 24 de abril de 2008 – e firmava a duração mínima de dois anos para sua integralização. Entretanto, o ponto a ser destacado em relação a esta Portaria diz respeito à alteração da composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2009b).

Abaixo dispomos, para efeitos de comparação, da composição da CNRMS estabelecida nas duas portarias:

Art. 3º Fica instituída, no âmbito do Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde com a seguinte composição:
I - o Diretor do **Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde** do Ministério da Educação, membro nato;

II - o Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato;

III - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;

V - um representante dos coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde;

VI - um representante dos preceptores ou tutores de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde;

VII - dois representantes do Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde;

VIII - um representante do conjunto de entidades que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde - FENTAS; IX dois representantes das associações que integram o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde - FNEPAS;

X - um representante do Fórum das Executivas de Estudantes de Cursos da Área da Saúde; e

XI - um representante das instituições de ensino superior

§ 1º A Comissão será composta dos membros titulares e de seus respectivos suplentes, indicados pelos seus segmentos e nomeados em ato conjunto do Ministro da Educação e do Ministro da Saúde, com mandato de dois anos.

§ 2º Caberá aos representantes dos Ministérios da Educação e da Saúde a coordenação da CNRMS.

§ 3º Na ausência do representante titular, seu suplente será convocado.

§ 4º Sempre que necessário, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde poderá convidar representantes de outras entidades e órgãos governamentais para exame de assuntos específicos. (BRASIL, 2007e, p. 3-4, grifos nossos).

Art. 4º Fica instituída, no âmbito do **Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde** do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde com a seguinte composição:

I - o Diretor do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação, membro nato **e seu Presidente;**

II - o Coordenador Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação, membro nato;

III - o Coordenador Geral de Hospitais Universitários Federais do Ministério da Educação, membro nato;

IV - o Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato **e seu Vice-Presidente;**

V - o Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde do Ministério da Saúde, membro nato;

VI - dois representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS;

VII - dois representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;

VIII - dois representantes das Instituições de Ensino Superior, que desenvolvam Programas de Residência Multiprofissional ou Residência em Área Profissional da Saúde;

IX - dois representantes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residências em Área Profissional da Saúde;

X - dois representantes dos Residentes de Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde;

XI - um representante das Associações de Ensino das profissões da saúde, referidas no Artigo primeiro, Parágrafo único;

XII - um representante dos Conselhos Profissionais das profissões da saúde referidas no Artigo primeiro, Parágrafo único;

XIII - um representante das entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores da área da saúde, no âmbito das profissões da saúde referidas no Artigo primeiro, Parágrafo único;

§ 1º Na ausência dos membros natos referidos nos incisos I a V, será admitida a participação e o voto de seus substitutos legais.

§ 2º Os membros a que se referem os incisos VIII, IX e X contemplarão necessariamente a representação de Programas de Residência Multiprofissional e Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2009b, p. 2-3, grifos nossos).

A primeira mudança que se nota diz respeito à mudança de designação da Diretoria do MEC onde se alocou as Comissões das Residências em Saúde, de modo que a “Diretoria de Residências e Projetos Especiais da Saúde” passa a designar-se “Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde”.

Sobre isso, Ana Estela Haddad nos afirma que trataria de criar no MEC um “Departamento de Hospitais e Residências”, que se constituía de uma Coordenação de Hospitais Universitários e uma Coordenação de Residências onde estavam as duas Comissões: a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Ela afirma que havia um projeto comum para as Residências e Hospitais Universitários, que compartilhavam cenários de prática. Sem mencionar a estrutura do antigo “Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde”, ela afirma que no período anterior a Comissão Nacional de Residência Médica estava solta no interior da Secretaria de Educação Superior (SESu).

E foi um processo intenso e muito grande que nós fizemos de concertação contra várias forças que brigavam com aquilo. Então nós, dentro do Ministério da Educação se mudou a estrutura, porque antes desse período a Comissão Nacional de Residência Médica estava solta dentro da Secretaria de Educação Superior aí nós conseguimos fazer com que o MEC criasse um “Departamento de Hospitais e Residências” que não exista e é da nossa época também, eu estava na Saúde, mas a gente trabalhava junto. Criou-se um departamento de Hospitais e Residências, uma coordenação de hospitais universitários e coordenação de Residência junto da qual ficaram as duas Comissões: a Comissão de Residência Médica e a Comissão de Residência Multiprofissional, percebemos que politicamente não dava pra ser uma Comissão só como a gente queria, mas se tivesse uma coordenação em cima mais o decreto dos dois Ministérios, a gente conseguia fazer com que a gente articulasse a política dos dois lados, tanto que a gente passou a aprovar projetos de Residência Multiprofissional e Médica de maneira alinhada, nós tínhamos um projeto em comum para os hospitais e para as residências, então a residência no hospital tinha que passar na atenção básica e a residência na atenção básica tinha que passar no hospital, então fazendo um circuito em termos de Sistema e tudo isso foi sendo construído de forma dialogada (ANA ESTELA HADDAD).

Em relação às diferenças da composição na estrutura em relação às Portarias nota-se também de início uma mudança: passa a ser designado como “Presidente” da CNRMS o diretor

do “Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde”. Além do diretor, passa a ter assento na CNRMS: o Coordenador Geral de Residências em Saúde e o Coordenador Geral de Hospitais Universitários, constituintes da Diretoria de Hospitais Universitários e Residências (DHR), ratificando uma posição majoritária do MEC nesta Comissão.

O diretor(a) do DEGES passa a ocupar a posição de vice-presidente da Comissão e é incluída nesta estrutura o Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

Ademais, dobra-se o número de representantes da gestão, de modo que CONASS e CONASEMS passam a ter dois representantes cada. Dobra-se ainda a representação das Instituições de Ensino Superior, que passa a especificar o critério de que desenvolvam Programas de Residência Multiprofissional ou Residência em Área Profissional da Saúde.

A representação dos coordenadores e preceptores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde é substituída pela designação “dois representantes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residências em Área Profissional da Saúde”, sem diferenciar representação de coordenadores e preceptores. E a representação do “Fórum Nacional de Residentes” é substituída por “dois representantes dos residentes”. Somem as representações previstas na Portaria anterior de representantes do Fórum das Executivas de Estudantes de Cursos da Área da Saúde; do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS) e do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS). Estas últimas são substituídas por representantes das Associações de Ensino, dos Conselhos Profissionais das profissões da saúde e das entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores da área da saúde, dando lugar por outro lado a uma composição de representações com maior predomínio de entidades e corporações com relações estabelecidas de poder no campo da saúde.

Essas indicações de membros não natos à CNRMS teriam de ser validadas pela Secretaria de Educação Superior do MEC (SESu) e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Ademais, tal como mencionado por Laura Feuerwerker em fala anterior, as representações das Residências, Associações de Ensino, Conselhos profissionais e entidades sindicais nacionais dos trabalhadores da saúde deveriam ser feitas por meio de uma “lista tríplice” acompanhada de nota justificativa e do currículo dos indicados, conforme o disposto abaixo:

Art. 6º A escolha e a nomeação dos membros que compõem a CNRMS obedecerão ao disposto nesta Portaria.

§ 1º A escolha dos membros não natos mencionados nos incisos VIII, IX a XIII será coordenada pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, mediante consulta às entidades referidas no Art 4º desta Portaria;

§ 2º O conjunto de entidades e programas de residência referentes a cada um dos incisos de VIII a XIII do Art. 4º desta Portaria deverá encaminhar à Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e SGTES uma lista tríplice, acompanhada de nota justificativa e do currículo dos indicados, para subsidiar a nomeação dos seus representantes (BRASIL, 2009b, p. 3, grifo nosso).

Estabelecia-se ainda que três desses membros da CNRMS deveriam ter mandato fixado de 18 meses, como forma de garantir a renovação dos membros da Comissão:

Art. 10 Na primeira investidura após a edição desta Portaria, três dos membros referidos no art. 4º, incisos VIII a XIII, a serem indicados na primeira reunião Plenária da CNRMS, terão seus mandatos fixados em 18 meses, de modo a permitir a renovação alternada dos componentes da Comissão e garantir a continuidade dos trabalhos (BRASIL, 2009b, p. 4).

Também foram alteradas as atribuições da CNRMS. Vejamos comparativamente estas atribuições nas duas redações das Portarias:

Art. 4º A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, órgão deliberativo de caráter colegiado, guiada por diretrizes emanadas pelas instâncias de gestão do SUS e visando atingir seus objetivos terá as seguintes atribuições: I - elaborar o regimento de funcionamento da CNRMS, a ser baixado em portaria interministerial MEC/MS; II - credenciar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-los; III avaliar e acreditar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócio-epidemiológicas da população brasileira; IV - credenciar e renovar o credenciamento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde; V - sugerir modificações ou suspender o credenciamento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde que não estiverem de acordo com a regulamentação aplicável; VI - registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do Programa; e VII - propor qual deve ser a duração e a carga horária mínima e máxima para a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2007e, p. 4-5).

Art. 7º A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, em consonância com a Política Nacional de Educação e com a Política Nacional de Saúde, é responsável pelos processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, e tem as seguintes atribuições: I - exercer atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento da Secretaria de Educação Superior, sobre assuntos afetos à Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde; II - deliberar, com base nos pareceres das câmaras técnicas, sobre pedidos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde; III - aprovar os instrumentos de avaliação para autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento

dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, submetendo-os à homologação da Secretaria de Educação Superior; IV - analisar questões relativas à aplicação da legislação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde; V - recomendar, com base em parecer das câmaras técnicas, providências da Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde, entre as quais, a celebração de protocolo de compromisso, quando não satisfeito o padrão de qualidade específico para reconhecimento e renovação de reconhecimento de programa de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde; VI - definir diretrizes gerais em relação à configuração dos programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde no país, segundo a sua distribuição por Regiões e Estados, perfil das áreas profissionais e áreas de concentração envolvidas, com vistas a subsidiar os Ministérios da Educação e da Saúde na formulação de políticas de governo voltadas ao desenvolvimento de tais programas (BRASIL, 2009b, p. 3).

Na nova redação posta pela Portaria nº 1077/2009 ratifica-se a submissão da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional à SESu e ao MEC, delimitando explicitamente em sua redação os limites para a autonomia de atuação desta Comissão como órgão deliberativo (BRASIL, 2009b).

Complementarmente a esta, publicava-se a Portaria nº 1.320 de 11 de novembro de 2010 que dispôs sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS (BRASIL, 2010).

As mudanças empreendidas na Residência Multiprofissional em Saúde (registradas oficialmente nas inúmeras portarias publicadas sobre este tema) devem ser lidas à luz da conjuntura política. Por isso mesmo, cabe assinalar que essas mudanças se devem a pelo menos dois fatores: o primeiro diz respeito à reação da SGTES à pressão empreendida pelo movimento formado por pessoas engajadas na estruturação e na defesa dessa modalidade de ensino, reunidas nos diversos fóruns de residentes, coordenadores, preceptores e que contavam com o apoio explícito do grupo anterior que ocupou o DEGES ligado à Maria Luiza Jaeger, responsável em última análise pela viabilização da criação dessa modalidade de ensino; o segundo fator, que trataremos adiante diz respeito à pressão cada vez mais maior da corporação médica na pauta das Residências em Saúde, sobretudo junto ao MEC, onde, ainda na gestão Tarso Genro, seus representantes passaram a ocupar o comando da Diretoria dentro da qual se acomodou as Comissões Nacionais de Residências Médica e Multiprofissional.

6.12.7 A pressão da corporação médica no DEGES e na pauta das Residências em Saúde

O Ministério da Educação (MEC) e a SGTES – sobretudo o DEGES – sofriam influência do poder exercido pelas profissões da saúde e suas entidades representativas, sobretudo da categoria médica.

Havia, como já relatamos, uma resistência grande da corporação médica em relação à criação da Residência Multiprofissional em Saúde. Mas não somente em relação a isto, também havia uma resistência em levar a Comissão das Residências Médica e Multiprofissional que estavam no MEC (mais particularmente na Diretoria de Residências e Projetos Especiais) para o Ministério da Saúde, como era a proposta de Ricardo Ceccim e seu grupo. Ana Estela Haddad elenca isto como um fator de resistência da corporação médica e também afirma que talvez fosse pela forma como se deram esses diálogos entre a equipe anterior do DEGES e a Comissão Nacional de Residência Médica:

Eu fiquei um tempo na Coordenação de Ações Estratégicas que trabalhava com a questão da educação superior, então graduação e Residências né, então a Célia representava o Ministério da Saúde na Comissão Nacional de Residência Médica e eu era substituta dela e a gente começou um pouco com esse diálogo com a Comissão Nacional de Residência Médica e **no começo a gente chegou com muita resistência no Ministério da Educação da corporação médica por causa da ideia que existia antes de colocar a Residência Multiprofissional, que para os médicos era um tabu e não sei se foi pela forma que... enfim... e também por levar a Comissão para o Ministério da Saúde que a corporação médica não queria nem ouvir falar disso** (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

Tanto Ana Estela Haddad, odontóloga, que estava no comando do DEGES, quanto Maria Alice Roschke, pedagoga, à frente da Coordenação Geral de Ações Estratégicas, ambas não médicas, sofreriam com a resistência da corporação médica quanto ao acompanhamento das questões tocantes às Residências em Saúde, sobretudo em relação à Residência Médica.

Ana Estela nos relata que se viu pressionada a convidar para a sua equipe um médico que em certa medida representasse os anseios daquela categoria para o comando da Coordenação de Ações Estratégicas (que tinha responsabilidade sobre a pauta das Residências em Saúde), marcando, portanto, sua terceira etapa de ocupação.

Ana Estela em entrevista afirma que a sua escolha por Gustavo Gusso se deu pela influência da pressão dos médicos por um nome da categoria:

(...) e eu tive que convidar outra pessoa e aí foi o Gustavo Gusso que era médico e ela (Maria Alice Roschke) não era médica e tinha uma pressão muito grande porque a gente estava trabalhando com Residência Médica e o Chico me delegava muita coisa, sempre me deu bastante liberdade de

trabalho e aí eu trouxe o Gustavo Gusso que era médico de família (ANA ESTELA HADDAD, grifos nossos).

Gustavo Gusso construiu carreira profissional na área de Medicina de Família e Comunidade. Formado em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP), teve uma breve experiência de trabalho na Aeronáutica, ingressando posteriormente na Residência de Medicina de Família no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre. Retornando à São Paulo, trabalhou como médico de família em uma equipe da Estratégia de Saúde da Família da zona oeste paulista ao mesmo tempo em que se engajou na estruturação do projeto para criar uma Residência de Medicina de Família na USP. Gusso compôs a gestão da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) de 2004 a 2006 como diretor cultural e de divulgação; diretor de Residência na gestão de 2006 a 2008; atuou ainda como presidente durante duas gestões: de 2008 a 2010 e de 2010 a 2012; diretor científico de 2014 a 2016 e diretor de publicação de 2016 a 2020.

Eu sou médico de família, eu me formei na USP em São Paulo e aí fui fazer Residência em Porto Alegre no Conceição porque aqui em São Paulo não tinha Medicina de Família na USP e eram poucas as Residências e eu fui conhecer, gostei do Conceição e fui fazer prova lá, foi a única Residência que eu prestei. E fiz a Residência lá em 2000, aí eu fui pra Aeronáutica depois que eu passei da Residência, fiquei um ano na Aeronáutica em Roraima e aí eu fui fazer a Residência em 2002 e 2003, quando eu fui fazer a Residência eu já tinha... o chefe da Comissão de Graduação, uma das pessoas importantes da USP era o professor Milton, ainda é, o titular da Clínica Médica e eu lembro que eu fui falar com ele e falei “olha, eu estou indo fazer Residência de Medicina de Família, quem sabe a gente não monta uma Residência quando eu voltar” e ele falou que achava que era possível e tal. Aí quando eu terminei a Residência em 2004, em janeiro de 2004, eu voltei pra São Paulo e era bem na época que estavam começando a montar a área do Butantã que seria onde receberiam os alunos, era um projeto que era financiado pelo Promed e depois pelo Pró-Saúde chamado PRO: Projeto Região Oeste que é aqui na região oeste de São Paulo e eram as primeiras equipes que estavam sendo montadas entre o final de 2003 e começo de 2004 e eu fui contratado numa dessas primeiras equipes pra montar um dos primeiros PSFs da região, era uma unidade que até então era uma Emergência, era um Ambulatório que atendia basicamente consultas não agendadas e também um pouco agendadas mas já tinha sido uma Emergência e era um “postão” e aí a gente fez a mudança pra Estratégia Saúde da Família pra receber os alunos e aí nesse mesmo ano de 2004 eu comecei a fazer o projeto da Residência de Medicina de Família que demorou um ano no começo de 2005 a Residência em si, então ao longo de 2004 a gente fez o projeto e em 2005 começou a Residência de Medicina de Família. Em 2004 mesmo já tinha começado os alunos de Medicina da USP então, entre 2004 e 2005 começou duas disciplinas na USP e a Residência. E aí em 2006, em julho de 2006 eu fui para Cuba num evento que tinha em Cuba, eu era já, desde que eu estava no segundo ano da Residência, eu já era diretor da Sociedade Gaúcha de Medicina de Família, eu era diretor científico, aí em 2004 teve uma nova eleição para a diretoria da Sociedade de Medicina de Família e eu entrei como diretor de comunicação para fazer o site e tal, logo que eu saí da Residência. Então nessa época além de eu estar na USP formando as primeiras equipes, ajudando como médico de família do PSF, mas também como tutor dos alunos e montando o projeto que receberia os alunos, eu já era diretor da Sociedade de Medicina de Família (GUSTAVO GUSSO).

Ao nos relatar como se deu seu ingresso no governo Lula, Gustavo Gusso faz menção a um evento que ele participou em Cuba como representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) onde conheceu o médico Luís Fernando Rolim Sampaio, diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Ao narrar sua experiência de estruturação da Residência de Medicina de Família na USP, Gusso seria convidado por Luís Fernando para compor sua equipe de trabalho que naquela ocasião estava sendo montada no novo governo:

Em março de 2006 eu fui para Cuba num evento como representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e encontrei lá o Luís Fernando Rolim Sampaio que eu conheci lá em Cuba que era então o diretor do Departamento de Atenção Básica. E o Rolim me perguntou o que eu fazia e eu falei que a gente estava montando a Residência, estávamos no segundo ano da Residência e o terceiro ano dos alunos da USP, que era um projeto novo e tal... e ele estava montando a equipe dele do Departamento de Atenção Básica, porque ele estava chegando também, ele tinha já tinha trabalhado lá quando nem era departamento ainda, no começo, que ele tinha sido Secretário de Saúde de Contagem e de Brumadinho, depois ele passou um tempo no Ministério e ele tinha voltado como diretor do Departamento e aí ele me convidou pra trabalhar lá (GUSTAVO GUSSO).

Diante do convite, Gustavo Gusso decide então mudar-se para Brasília, onde se tornará assessor de Luiz Fernando Rolim Sampaio no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, durante seis meses, até o início de 2007 quando assumiria a Coordenação de Ações Estratégicas do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) indicado por Luís Fernando Rolim Sampaio a um processo de seleção interno ao Ministério da Saúde:

Aí em 2007 houve essa vaga lá na SGTES e um processo seletivo e eu fui fazer a entrevista, ele (Luís Fernando Rolim Sampaio) me indicou para o Chico Campos e a Ana Estela Haddad que eram o Secretário e a Diretora e aí eles fizeram várias entrevistas e me convidaram para assumir o cargo de Coordenador de Ações Estratégicas que na verdade cuidava do ensino superior, por causa dessa experiência que eu estava tendo de integrar o ensino e o serviço na USP que era exatamente o que a SGTES queria fazer, queria puxar... **a política era a integração de ensino-serviço, colocar os alunos de Residência bem onde estão os médicos e as equipes e a população na Estratégia Saúde da Família.** E aí eu assumi esse cargo e fiquei lá por dois anos (GUSTAVO GUSSO, grifos nossos).

A escolha de Gustavo para o DEGES/SGTES dava-se na ocasião, como ele explicita no trecho, devido a uma demanda vinda da Residência Médica. Como já registramos, a escolha de Gusso se dava para atender a pressão da corporação médica por um nome da categoria. À frente desta Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Gusso assumiria a representação da SGTES na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

O próprio Gustavo Gusso nos relata que a CNRM era hegemonizada pelas entidades médicas, sendo composta em sua maioria pelas representações do Conselho Federal de Medicina, Associação Brasileira de Medicina, Associação Brasileira de Educação Médica e Sindicato dos Médicos. Ele afirma que antes das reuniões da CNRM ia no Ministério da Educação discutir posições de consenso sobre o que apoiar ou não apoiar no âmbito dos dois Ministérios, dada a hegemonia das entidades médicas nesse espaço:

Eu era da Comissão Nacional de Residência Médica e todo mês eu ia no MEC e a gente conversava, partilhava e tentava entrar no entendimento antes das reuniões, do que a gente ia apoiar e do que a gente não iria apoiar. A Comissão Nacional de Residência Médica era um ponto muito frágil porque tinha mais representantes das entidades médicas do que do setor de saúde, depois de 2011 que o Ministro Padilha mudou junto com o MEC a composição da CNRM, mas era um ponto de muita importância de comunicação entre o MEC e o Ministério da Saúde porque era onde ficava.... **ela ficava sediada no MEC, mas ficava muita coisa da saúde lá e então a gente sempre ia antes, não que a gente ia contra as entidades médicas, não era isso, mas existia essa divisão e a gente queria entender e queria entrar nas reuniões sempre tentando concordar nas pautas para a gente poder entrar coeso porque eram seis ou sete representantes sendo que três ou quatro eram das entidades médicas.** Então tinha um assento do Conselho Federal de Medicina, da Associação Brasileira de Medicina, da Associação Brasileira de Educação Médica, do Sindicato dos Médicos e depois tinha o MEC, o Ministério da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Médica que tinha um assento também e a Secretária executiva que era indicada pelo MEC. Então era um ambiente de muita parceria, eu não me lembro de nenhum conflito com o MEC. Tinha negociações, coisas assim, teve uma época que a gente queria que a Comissão Nacional fosse para o Ministério da Saúde, mas isso acabou não acontecendo. Mas nada assim que gerou conflito, que foi ruim a relação, não tinha isso não (GUSTAVO GUSSO, grifos nossos).

Laura Feuerwerker nos diz que Gustavo Gusso estava na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e fazia resistência a àquela primeira equipe de trabalho do DEGES:

Gustavo Gusso também participou da CNRMS. Brigando, brigando, brigando... esse cara já era muito complicado desde sempre, na Residência Médica quando a gente ainda estava no Ministério... (LAURA FEERWERKER).

Como relatamos, havia um incômodo da categoria médica com o avanço da pauta referente à Residência Multiprofissional em Saúde, desde a sua concepção. O próprio Gustavo Gusso se opunha frontalmente à forma como foi concebida a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde. Para ele, a proposta havia sido feita para se contrapor à Residência Médica:

É, então ela (a Residência Multiprofissional em Saúde) foi feita com bases não numa racionalidade, não numa política que deveria entender as especificidades de cada profissão e fazer uma política consistente. Não, ela foi feita com base em recálque: “Ah a Medicina é assim e nós vamos ser melhor! ”. Isso não tem como ter muito futuro, entende?! (GUSTAVO GUSSO)

As questões que ele coloca na discussão sobre a Residência Multiprofissional em Saúde elenca algumas dificuldades com as quais se defrontaria no papel de Coordenador de Ações Estratégicas junto ao DEGES. Segundo Gusso, haviam algumas distorções na proposta da Residência Multiprofissional em Saúde inscritas na Lei aprovada em 2005: a isonomia salarial entre a bolsa dos residentes médicos e das demais profissões da saúde, o valor da bolsa do residente ser maior do que o próprio tutor da Residência acarretando em uma procura maior pela Residência em detrimento da tutoria e do próprio trabalho no serviço de saúde e a carga horária de 60 horas semanais, que igualava a Residência Multiprofissional em Saúde à Residência Médica:

A Residência Multiprofissional não pode ser o emprego do cara, pode? E outras coisas que aconteciam, a bolsa do residente na lei da Residência Multiprofissional de 2005 tem que ser igual à do médico ou maior. Você já viu? E o que acontecia era que a bolsa do residente era maior do que o salário do tutor dele (...) então o salário do tutor segue o mercado, aí o cara ganha lá um valor x e o residente ganha mais. Qual a conclusão? A conclusão é que existia alguns lugares antes da gente chegar e até depois um pouco, a SGTES financiava a Residência Multi, a bolsa do residente e também o salário do tutor. Como a bolsa às vezes era maior do que o salário por causa do mercado da Nutrição etc e tal, que o salário era um pouco mais baixo ou porque a cidade tinha um nutricionista que por acaso ganhava menos que a bolsa do residente. O que acontecia era que na verdade quando se abria o concurso ou uma seleção para Residência e para Tutor, o candidato a tutor, ou seja, aquele nutricionista da cidade que é superexperiente, que tem vocação para ensino, ele queria fazer Residência. Então ninguém queria ser tutor porque era tão distorcido que ele queria fazer Residência, então essa era uma distorção. A outra distorção é que a carga horária da Residência também seguiu a lei dos médicos, que tinha que ter 60 horas semanais, então a carga horária da Residência de nutrição, não sei de nutrição, mas de algumas áreas, era maior do que a carga horária da graduação da área, que é outra bizarrice, entendeu?! Isso só para mostrar que a Política de residência multiprofissional ela não foi feita em bases de racionalidade, ela foi feita em bases de recalque (GUSTAVO GUSSO).

Mas havia uma divergência de fundo nessa discussão sobre as Residências em Saúde, relativa ao papel que deveria ser desempenhado pela SGTES na gestão da educação na saúde, de modo que se temos a configuração de posições incompatíveis entre Gustavo Gusso e a equipe anterior do DEGES, que concebeu a proposta da Residência em Área Profissional de Saúde.

A posição de Gusso via a SGTES como auxiliar às políticas de atenção à saúde formuladas sobretudo no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, ou seja, a SGTES deveria se restringir à formação dos profissionais que já estavam nos serviços de saúde, conforme explicita o trecho abaixo:

(...) da coesão que a gente tinha dessa coisa de que **a SGTES vai fazer a política dos serviços que já existe, das principais demandas e não ficar... não tem condições da SGTES criar novas demandas, e não é nem que não**

queira é porque não tem como fazer, não tem força (GUSTAVO GUSSO, grifos nossos).

Essa posição entrava em conflito com a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde, que segundo ele, criava demanda de absorção dos profissionais de saúde no Sistema. É nessa linha de raciocínio que ele defendia a focalização das políticas de formação nas três categorias profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família: Medicina, Enfermagem e Odontologia. A fala de Gusso registra isso:

E o que existia na época antes do NASF eram as equipes de médico, enfermeiro e odontólogo. **Então a gente ia fazer a gestão da educação do que existia, é um erro a política de educação formar para criar demanda. Isso não existe! É um desperdício de dinheiro! A demanda era criada pelo serviço e o serviço serve em qualquer lugar da educação.** Eu não tenho como formar médicos de família se não existe a demanda por médicos de família. Não é formando médicos de família que o Secretário de Saúde vai contratar médico de família. Primeiro o secretário contrata, demanda, para depois o aparato formador formar. **E então assim, já existia demanda por médico de família, por odontólogo, por enfermeiro e não existia uma política consistente de formação desses três profissionais, pelo contrário, a política de formação, o pouco dinheiro que tinha estava pulverizado e não estava formando para essas demandas.** Foi isso que a gente fez, a gente foi concentrar nas demandas existentes **porque as residências que eram financiadas, multiprofissionais, eram caras e muito pouco impactantes porque eram muito poucas que existiam, justamente porque eram muito caras. Então aí a gente falou: “A gente não vai mais financiar o tutor CLT da residência porque esse tem que ser da cidade, se vocês querem financiar a residência multiprofissional a gente vai financiar a bolsa do residente”,** aí os coordenadores da Residência Multiprofissional falavam assim **“Ah mas na minha cidade não tem nutricionista”** e a gente falava **“mas primeiro precisa ter o nutricionista para depois ter o residente de Nutrição!”**. Então, não era porque não queria financiar a Nutrição ou a Fonoaudiologia mas que primeiro precisava ter uma política pra isso, e por isso que também a gente insistia com o DAB que precisava ter uma política multiprofissional pra que a SGTES pudesse trabalhar com isso, porque se não tivesse o NASF, se não tivesse uma política, não adiantaria a gente ficar fazendo uma Residência Multiprofissional para formar 30 residentes numa cidade, 30 residentes em outra cidade a 2000 km dali que não ia ter impacto nenhum! (GUSTAVO GUSSO, grifos nossos).

Neste trecho ele argumenta sobre o porquê da defesa da focalização das políticas de formação nas três categorias profissionais da Estratégia Saúde da Família, ao afirmar que este enfoque à Medicina, Enfermagem e Odontologia se dava nas políticas de saúde desde 1998, com o Programa Saúde da Família. Por isso mesmo este “modelo de atenção à saúde” escolhido com o PSF não poderia ser “corrigido” com a SGTES, mas deveria partir de uma análise sobre a demanda das necessidades da população:

As três categorias não fomos nós que inventamos na SGTES, foi o que aconteceu, foi o que existiu desde 1998. Então depois a política do NASF foi também mal implementada ao meu ver e ela está sendo ameaçada hoje por causa da implementação confusa. Porque a implementação não dizia um nutricionista, um psicólogo... não é assim que é a demanda da população. A

população tem mais demanda por psicólogo, por nutricionista do que de fonoaudiólogo. Então não adianta, depois que a pessoa... se tem um excesso de formação não tem como corrigir isso com a SGTES, se tem muita faculdade de Fono, de Terapia ocupacional o que que vai ser feito? Qual é a solução? Se está se formando o excesso? (GUSTAVO GUSSO)

Como registra anteriormente a fala de Gusso, havia o entendimento de que as Residências Multiprofissionais eram onerosas à SGTES, de modo que esta Secretaria passaria a financiar apenas a bolsa dos residentes e a concentrar esforços nas demandas existentes de formação. Como ele mesmo relata, havia a posição de que era preciso primeiro ter uma “política multiprofissional” como veio a surgir com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) para que a SGTES então se debruçasse sobre a formação dos profissionais já inseridos nos serviços. Ele explicita sua posição no trecho abaixo, citando nominalmente o ex-diretor do DEGES, Ricardo Ceccim, ao afirmar que ele e seu grupo – que ele identifica como “militantes do financiamento da política multiprofissional” - deveriam ter criado um departamento na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), que contava com um orçamento adequado para fazer uma “política multiprofissional”:

A gente falava: “é um absurdo as Residências Multiprofissionais serem o NASF!”. Então existia o entendimento errado, tanto que o NASF foi a política nos últimos dez anos para as outras profissões e nasceu nessa época, nesse mesmo Ministério. **Quer dizer, era um equívoco concentrar a política multiprofissional em um departamento com o recurso que tinha a SGTES. E mesmo assim, a maioria dos militantes por essa causa, do financiamento das políticas da questão multiprofissional tinha caído na SGTES por causa da Residência Multiprofissional e por causa do Ricardo Ceccim, só que eu acho que eles estavam no lugar errado, eles tinham que estar na SAS que era onde tinha o dinheiro para fazer a política de fato.**
 (...) eles tinham que ter criado um departamento, uma coordenação na SAS (GUSTAVO GUSSO, grifos nossos).

Mas note-se que esta divergência sobre o papel da SGTES vai além do argumento colocado por ele quanto ao orçamento disponível para executar as políticas. Havia, como já referimos, um desacordo com a ideia de que o papel da SGTES deveria ser o de induzir mudanças nos serviços de saúde e nas práticas de gestão do SUS. Portanto, deveria se estabelecer uma divisão mais marcada entre o que seriam as “políticas de formação” a cargo da SGTES, como as Residências Multiprofissionais e as “políticas de atenção” como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), que ficavam a cargo da SAS. Por isso mesmo a referência que Gusso faz ao absurdo em relação ao que ele considera a concepção defendida por alguns de as “Residências Multiprofissionais serem o NASF”.

Ele assume esta posição de forma nítida ao afirmar que “existia um equívoco na Política anterior”, levada a cabo pelo grupo do DEGES na gestão de Ricardo Ceccim:

(...) aí eu já não vou falar pelo Chico e pela Ana Estela porque a gente nunca conversou explicitamente disso. **Mas para mim foi ficando claro e até hoje é claro que existia um equívoco na Política anterior porque a gente ali era a Secretaria da Gestão da Educação**, então a Secretaria da Gestão da Educação tem um orçamento comparado com a antiga SAS minúsculo que se eu não me engano era 400 milhões e a SAS tinha, sei lá, 20 ou 30 bilhões eu não me lembro quanto exatamente que era, mas era uma escala assim de 1 para 30. Era bem maior o orçamento da Secretaria de Atenção à Saúde e como deve ser. **Então a política da Secretaria de Gestão e Educação é para fazer a gestão da educação das demandas que já existem e é um equívoco grave a meu ver, e aí eu acho que a gente estava correto, que é: a Secretaria da Gestão da Educação não tem como criar demanda, a demanda quem cria é a SAS, é o serviço que existe.** Então se existe nutricionista na equipe a gente faz a gestão da educação do nutricionista, se existe o veterinário, ou educador físico, ou fonoaudiólogo a gente faz (GUSTAVO GUSSO, grifos nossos).

Assim, a Residência em Área Profissional de Saúde esteve submetida a disputa de rumos, tanto por parte do movimento social que se constituiu em torno dessa pauta, no “Movimento Social das Residências” quanto por parte do grupo que ocupou o DEGES, que seria atravessado pela pressão da corporação médica nessa pauta.

CONCLUSÕES

Nesta tese procurei traçar as linhas gerais que possibilitaram a criação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Brasil. Essas linhas gerais fazem parte de um todo complexo, influenciado por uma conjuntura política construída a partir dos jogos de poder da política partidária, das negociações e composições realizadas nesse âmbito, também das convicções e ideologias dos sujeitos e projetos que compõem este lugar e em grande parte (talvez, a maior parte) da interposição de contingências na conjuntura, que por sua vez, deflagram consequências impremeditadas que possibilitam e outras vezes tolgem a ação dos indivíduos.

Em **primeiro lugar**, procuramos destacar que a possibilidade de construção de uma proposta de política em torno do conceito de “educação permanente em saúde”, somente foi possível como consequência do espaço aberto a partir da construção político-partidária de um lugar institucional de destaque no Ministério da Saúde a ser ocupado por Maria Luiza Jaeger no primeiro governo sob o comando do Partido dos Trabalhadores, que teve Luís Inácio da Silva como Presidente. Ou seja, referimo-nos aqui à construção político-partidária que desembocaria no acordo de criação de uma Secretaria que ficaria sob o comando de Maria Luiza Jaeger.

A viabilidade da indicação política de seu nome para a composição do Ministério da Saúde passava por Olívio Dutra, amigo pessoal e conselheiro de Lula que contava com uma longa e prestigiada carreira política construída junto ao Partido dos Trabalhadores e viria a ser Ministro das Cidades neste primeiro período do governo Lula. Maria Luiza, por sua vez, havia participado de duas gestões sob o comando de Olívio Dutra, na condição de Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre e Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Indicada por Olívio Dutra a partir de uma demanda ativa sua, Maria Luiza Jaeger foi definida para a composição da equipe do primeiro escalão do Ministério da Saúde no primeiro governo Lula. Mas como a própria Maria Luiza afirmou, havia duas questões postas pelo Ministro Humberto Costa: a primeira era a de que ela não poderia ocupar uma Secretaria que cuidasse diretamente da prestação de ações e serviços de saúde, pelo fato de não ser profissional da saúde, tendo em vista a pressão de veto que certamente seria exercida pelas representações das categorias profissionais; a segunda era a de que ela teria de alocar em algum espaço nesta Secretaria sua colega de profissão, a socióloga petista Maria Helena Machado.

Assim, Maria Luiza Jaeger teve de criar seu próprio lugar no Ministério da Saúde. Com a desistência de Alcindo Ferla em compor sua equipe de trabalho que estruturaria a nova Secretaria, Maria Luiza Jaeger foi ajudada nesta tarefa por Ricardo Ceccim, enfermeiro que vinha de uma trajetória de discussões e prática acumuladas na área da educação e tinha sido o diretor da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul em sua gestão na Secretaria de estado da Saúde e que tinha tido a iniciativa de construir uma Política de educação em saúde coletiva. Juntos, eles definiriam os dois grandes eixos de atuação desta Secretaria: a “gestão da educação na saúde”, que ficaria sob o comando de Ricardo Ceccim e a “gestão do trabalho em saúde”, que ficaria a cargo de Maria Helena Machado. Nascia a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), composta pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS).

A criação da SGTES foi, portanto, resultado da soma de alguns fatores: o primeiro diz respeito a uma brecha aberta por construções deliberadas e contingenciais da política partidária na estruturação do primeiro governo Lula, somado ao fato de que a Secretaria ocupada por Jaeger não poderia lidar com questões diretamente ligadas à atenção à saúde (já que ela não era profissional de saúde), portanto, esta nova Secretaria já nascia limitada em seu campo de atuação, e por último, da encomenda feita pelo Ministro Humberto Costa de alocação de Maria Helena Machado na composição da Secretaria e da definição de Ricardo Ceccim, que vinha dos debates da educação, também como integrante da equipe desta nova Secretaria. Note-se que nenhum destes fatores tem relação direta com o debate teórico da ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, embora a retórica sustentada pelos atores e atrizes que constituíram a SGTES seja o de marcar a posição de que a criação desta Secretaria vinha para responder à demanda histórica e à prerrogativa legal de cumprimento do artigo 200 da Constituição Federal quanto à “ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde”.

Além disso, como apresentamos ao longo desta tese, a criação da SGTES não guardou qualquer relação com a antiga estrutura da Coordenação Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde nem pode ser vista como desdobramento dos debates da área de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde. Pelo contrário, a partir da criação da SGTES deflagrava-se o rompimento conceitual e político com o campo mais vinculado aos “recursos humanos em saúde” e, em consequência, com o “grupo dos recursos humanos em saúde”.

Em **segundo lugar**, cabe ressaltar a aposta feita (ainda de forma localizada) pela Rede Unida em relação à proposta da “educação permanente em saúde”, ao colocar em cena este conceito, “roubado” do território da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). De fato, no Brasil, a proposta da educação permanente em saúde encontrou terreno fértil para a sua

proliferação, de modo que este conceito é trazido para a interface de um conjunto de reflexões mobilizadas pelas diversas experiências de saúde que convocavam entre outras coisas para um borramento das fronteiras deste conceito.

Contudo, destacamos que essa foi uma possibilidade dada pela construção prévia de todo um arcabouço teórico-conceitual em torno da “educação permanente em saúde” (termo “roubado” do território da UNESCO) a partir de 1984/1985 explorado e disseminado ao longo de toda a década de 1990 na América Latina pelo protagonismo pujante de um segmento minoritário da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a quem cabe referência sobretudo à brasileira Maria Alice Roschke e à argentina Maria Cristina Davini. A OPAS convocava a ideia de “educação permanente em saúde” para fazer frente a um conjunto de práticas educativas centralizadas e pontuais, posteriormente designadas de “educação continuada”.

Mostramos que Maria Alice Roschke, a quem se deveu a iniciativa de construção da proposta teórico-conceitual da OPAS em relação à EPS e que vinha do “grupo do NUTES” acabaria por não ter convivência com o “grupo dos recursos humanos em saúde” do Brasil, grupo este que, por sua vez, tinha referência nos debates da OPAS de Washington no campo específico de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde e contava com a liderança de José Roberto Ferreira. Como vimos, a OPAS permaneceu com um enfoque importante na área de “educação médica” (área de atuação de José Roberto Ferreira) em detrimento da “educação permanente em saúde”, que se constituiu marginal no interior da OPAS. Aliás, a rigor, o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS, que se originou e era denominado “Programa de Educação Médica” não perderia aquele enfoque original, apesar da ampliação de seu escopo de atuação e influência.

Assim, no Brasil, o “grupo dos recursos humanos em saúde” não tomaria na centralidade e como objeto de sua atuação a ideia de “educação permanente em saúde”, o que explica em parte o silenciamento em torno deste conceito nos documentos publicados pela Coordenação Geral de Recursos Humanos em Saúde, lócus institucional de atuação deste grupo desde a Nova República até o início da Era Lula. Na experiência brasileira, a área de formação e desenvolvimento de recursos humanos teria enfoque importante na educação de nível técnico (com as experiências do Projeto Larga Escala e do PROFAB) e nos debates sobre a força de trabalho em saúde, mais próximos ao campo da regulação profissional, além de experiências pontuais mais voltadas à área da educação médica com as discussões postas em relação às mudanças curriculares dos cursos de graduação de Medicina (como é o caso específico da experiência do PROMED). Assim, era escassa a abordagem deste campo no tocante à formação, ao ensino em saúde no nível de graduação das demais categorias profissionais da saúde.

Por outro lado, os debates marginais da OPAS em relação à educação permanente em saúde seriam “roubados” e ressignificados pela Rede Unida, que contava com um protagonismo indiscutível no debate da área de educação/formação em saúde ao longo dos anos 1990 no Brasil. A Rede Unida, de certo modo, ampliou a abordagem localizada das reflexões da OPAS em relação à EPS que se detinha a um enfoque pedagógico-educacional que mirava lograr transformações nas práticas e nos contextos de trabalho locais. As publicações da Rede Unida, por outro lado, consideravam a educação permanente em saúde como uma ferramenta estratégica com capacidade de produção de resultados a curto prazo para a aquisição de novos perfis profissionais pelos trabalhadores da saúde, capaz de mobilizar a reorganização dos sistemas e serviços de saúde para o alcance de um novo modelo de atenção.

Entretanto, foi apenas no governo Lula que o conceito de “educação permanente em saúde” ganharia visibilidade, ao ser alçado pela primeira vez, em caráter inédito, à condição de política pública.

Em relação ao governo Lula, adotamos nesta tese a divisão da SGTES em dois momentos políticos de ocupação, conforme Rezende (2013). Mas ampliamos esta divisão ao considerar o próprio governo Lula (e não apenas a SGTES) dividido em dois períodos, artefato que não obedeceu aos marcos cronológico-eleitorais, mas sim ao marco de divisão posto pelo escândalo do mensalão, que pelas profundas mudanças deflagradas com a segunda reforma ministerial e na reconfiguração da relação entre PT e governo, acreditamos ter configurado uma postura de governo “mais institucional”, ou como aponta Amaral (2010) menos monopolística e mais flexível à política de alianças, de modo que temos o Período Lula I, que se estende de 2003 a julho de 2005 e o Período Lula II, de julho de 2005 a 2010, marcando todo o período pós-mensalão.

Estes dois períodos Lula escancaram a atuação de dois grupos na SGTES: o “grupo dos recursos humanos em saúde”, que por sua vez, constituiu-se como um subgrupo do “grupo da esquerda sanitária”, mais identificado à atuação do Partidão no campo da saúde e o grupo constituído circunstancialmente em torno de Maria Luiza Jaeger e na primeira ocupação do DEGEGES, chamado em diferentes momentos de “grupo da Maria Luiza”, “grupo do Rio Grande do Sul” ou “grupo da Rede Unida”, cujos atores e atrizes são forjados nos movimentos sociais.

Estes grupos configuraram-se nitidamente a partir da decisão política que partiu de Maria Luiza Jaeger e dos atores e atrizes que ocuparam o DEGEGES de romper com o debate posto em relação à formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

No primeiro período Lula e na primeira ocupação do DEGEGES, o conceito de “educação permanente em saúde” “roubado” das reflexões produzidas pela OPAS e pela Rede Unida seria

ampliado ainda mais em seu escopo de atuação. Construiu-se uma abordagem totalizante da EPS, de modo que este conceito transformado em política se pretendia transversal às áreas de atuação do DEGES (educação de nível superior, técnico e educação popular), às áreas temáticas e de atuação do Ministério da Saúde e ao próprio Sistema Único de Saúde. Entretanto, como demonstramos, mesmo no interior do DEGES, a “educação permanente em saúde” seria apropriada de modos diversos pelos atores e atrizes, de modo que temos a produção de diferentes sentidos e entendimentos em relação a este conceito no primeiro momento político de ocupação da SGTES.

Mas não é que a ideia de uma Política de “educação permanente em saúde” fosse exatamente uma ideia central ou traduzisse os desejos dos atores e atrizes que compuseram a SGTES e sobretudo o DEGES. Alguns tiveram inclusive de ser convencidos da “educação permanente em saúde”, já que Laura Feuerwerker, contaminada pelos debates da Rede Unida em relação à EPS, convenceu o grupo do Rio Grande do Sul a abraçar essa proposta. Fazia-se da “educação permanente em saúde” (uma ideia que surgiu marginal nos debates da OPAS, apropriada por sua vez do território da UNESCO e tomada posteriormente de um conjunto de discussões postas pela Rede Unida no Brasil) uma ferramenta para construir o Sistema Único de Saúde de outro jeito. Um SUS menos institucional, talvez ou menos acomodado a uma lógica institucional rígida, imutável, perene. Propunha-se um jeito de gerir o SUS de um modo instituinte, em permanente questionamento e reinvenção. Para isso inventam-se as instâncias-dispositivos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

O sentido dado à educação permanente em saúde neste primeiro momento político de ocupação da SGTES vinha de um outro modo de conceber a Política, que bebia além da própria inserção individual dos sujeitos nos movimentos sociais, também das experiências de governo na gestão do petista Olívio Dutra no Rio Grande do Sul e das contribuições teóricas e conceituais desenvolvidas pelo Laboratório de Planejamento da Unicamp (LAPA) nas experiências democráticas de gestão da saúde junto às prefeituras petistas ao longo da década de 1990. Esta compreensão forjada neste ideal democrático abriu espaço para a construção de um sólido ferramental teórico-conceitual empreendido pelos atores e atrizes que compuseram o DEGES neste primeiro período Lula, evidenciado pela vasta produção de textos não oficiais que acompanham os documentos institucionais publicados da PNEPS.

No segundo período Lula e na segunda ocupação da SGTES e do DEGES pelo “grupo dos recursos humanos”, não se vê o mesmo esforço de produção teórico-conceitual em torno da educação permanente em saúde. Este conceito é secundarizado num primeiro momento, mas torna-se central reorganizar o modo de funcionamento que estava posto com os Pólos de

Educação Permanente em Saúde. Este esforço de “reestruturação dos Pólos” (segundo a fala dos atores) é levado a cabo sobretudo por Célia Pierantoni e Francisco Campos, que se apoiam e respaldam nos resultados de uma pesquisa científica produzida por Ana Luiza d’Ávila Viana, docente da Faculdade de Medicina da USP. De fato, os atores e atrizes desta segunda conformação da SGTES tomam a sério a observação feita por Viana (2008) no estudo quanto às recomendações para o aprimoramento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Entretanto, mostramos nesta tese que o que subjazeu todo este processo de reestruturação dos Pólos de EPS foi menos “o discurso verdadeiro” produzido por este estudo científico e mais as diferenças postas no modo de conceber e operar a Política em ambos os grupos, enfatizadas ao longo de todo este trabalho, reiteradas em suas falas que marcam posições distintas de concepção e prática política.

A preocupação com a “educação permanente em saúde” enquanto conceito foi retomada apenas por Ana Estela Haddad num segundo momento do DEGES sob seu comando, quando ela se engajaria na produção de sentido à EPS, ao trazer Maria Alice Roschke para a Coordenação Geral de Ações Estratégicas e recolocar em cena na SGTES o debate teórico-conceitual produzido pela OPAS. De fato, Ana Estela Haddad, ao constatar o que para ela seriam equívocos de compreensão em relação à EPS, empreendeu esforços em busca de um conceito verdadeiro de “educação permanente em saúde”.

O segundo período Lula no pós-mensalão, como já referimos, também marcou uma atuação mais institucional no âmbito do governo. Também a SGTES estaria mais acomodada a uma atuação mais institucional, sobretudo a partir do esforço produzido de adaptação da PNEPS ao Pacto pela Saúde, que contou com a intervenção e protagonismo ativo dos atores deste segundo grupo da SGTES, que pela primeira vez de modo formal colocava a área de “gestão do trabalho” e “gestão da educação na saúde” no Pacto e dentre as áreas de financiamento a serem asseguradas.

O desejo de reestruturar os Pólos de Educação Permanente em Saúde e a decisão de adaptação da PNEPS ao Pacto pela Saúde levou à configuração de uma nova proposta de operacionalização da PNEPS, construída inicialmente no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com a larga presença de gestores (que, como mostramos, estavam insatisfeitos com o desenho dos PEPS) e negociada com a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) do Conselho Nacional de Saúde. Substituíam-se os Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) que tinham caráter deliberativo pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), de caráter consultivo. As CIES, por sua vez, estavam profundamente interligadas às instâncias de gestão do SUS criadas com o Pacto pela Saúde. Este processo é marcado pela

publicação oficial de uma segunda portaria pelo DEGES, a Portaria nº 1996/2007 que estabelecia novas diretrizes para a PNEPS.

Assim, ao longo desta tese procuramos apresentar as diferenças e configurar as tensões postas entre estes dois grupos de ocupação da SGTES, tensões explicitadas (e forjadas) apenas na criação da SGTES, que em última análise constituíram visões diametralmente distintas e incomensuráveis no campo da gestão do trabalho e gestão da educação dentro de um mesmo governo. Embora existam semelhanças, como é o caso do protagonismo conferido à área de “gestão da educação na saúde”, ao DEGES – e sobretudo à área de educação superior a cargo da Coordenação Geral de Ações Estratégicas - nos dois períodos de ocupação da SGTES nos governos Lula.

Um fato interessante que se interpôs na tessitura deste trabalho é a emergência do dispositivo inventado da **Residência em Área Profissional de Saúde** como um analisador das tensões presentes nos dois grupos de ocupação da SGTES. A Residência é o único dispositivo que atravessa (e de certa forma, produziu um consenso entre) os dois grupos. Criada por meio de lei nos momentos finais de deflagração da crise do mensalão, a segunda gestão da SGTES teve de se haver com a estruturação e funcionamento deste dispositivo. A necessidade de dar andamento à pauta da Residência Multiprofissional em Saúde é um dos fatores que ratificam a presença de Ana Estela Haddad na SGTES, conferindo a esta segunda conformação um caráter menos médico de atuação. Sem projetos prévios que a pautassem, de ambos os grupos, a Residência Multiprofissional em Saúde foi objeto de disputa de rumos entre os dois grupos e também para atores externos, uma vez que havia uma grande pressão da corporação médica em relação a essa pauta.

No âmbito mais geral do processo político, procuramos apresentar as pressões internas e externas de grupos, corporações profissionais e do próprio Ministério da Saúde e governo federal que influenciaram nas respostas políticas dadas pela SGTES em ambas as ocupações. É o caso emblemático da pressão exercida pelo Ministério da Saúde (vinda sobretudo da Secretaria de Atenção à Saúde) na adoção de políticas auxiliares de sustentação ao modelo de atenção proposto pelo Programa Saúde da Família. No primeiro momento político da SGTES e do DEGES, Maria Luiza, Ricardo Ceccim e Laura Feuerwerker recusariam (de forma velada) um papel auxiliar da SGTES na sustentação à Saúde da Família, uma vez que havia divergências importantes desses atores em relação a este modelo, mas teriam de fazer negociações tendo em vista a construção de hegemonia em torno do PSF. Já no segundo momento político da SGTES, Francisco Campos, Célia Pierantoni e Ana Estela Haddad seriam subservientes em relação à encomenda feita de sustentação ao Saúde da Família, transformada pouco tempo depois em

Estratégia Saúde da Família. Por isso mesmo, neste segundo momento político da SGTES, o dispositivo criado, considerado carro-chefe da SGTES, o Pró-Saúde, privilegiou inicialmente as categorias profissionais presentes no desenho do modelo Saúde da Família.

Estes são alguns elementos que atravessam o processo que deu lugar à criação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, compreendida no aspecto conceitual e operacional de modo diverso pelos atores e atrizes que constituíram dois grupos políticos da SGTES nos governos Lula e mesmo no interior desses grupos.

**

Noutro plano de análise, esta tese pretendeu mostrar a poderosa influência direta ou indireta dos partidos políticos nas trajetórias dos atores e atrizes e nas mudanças da conjuntura. De fato, pouco se fala sobre as influências dos projetos ideológicos (e dos métodos) dos partidos políticos no processo que deu lugar à construção do SUS e da política de saúde. Consideramos que Partido é importante, não é um ator irrelevante nestas análises.

Em torno do chamado Partidão, forjaram-se atores e atrizes, militantes ou simpatizantes, afinados a uma perspectiva de atuação pela ocupação dos espaços institucionais a partir das “brechas” do sistema, numa aposta reformista que objetivava a transformação progressiva por dentro das instituições para alcançar a democracia. Na Saúde, vemos a formação de um grupo, o “grupo da esquerda sanitária”, que se distribuiu na ocupação de espaços institucionais do aparato estatal desde a Nova República. Na fronteira deste grupo da esquerda sanitária se organizou um subgrupo constituído na área específica de “recursos humanos em saúde”, o “grupo dos recursos humanos”. Esses atores e atrizes organizados em torno do Partidão são porta-vozes de um discurso que se tornou hegemônico no campo da Saúde Coletiva sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira e a origem de um “movimento sanitário”. Na vontade de contar outras histórias sobre a Reforma Sanitária Brasileira, os atores e atrizes desta tese levantam guerras de narrativas, que revelam disputas inconclusas e atuais no campo dos “discursos verdadeiros” em torno deste tema.

Um ponto forte a ser destacado nesta tese é a relevância da criação do PT e de um campo democrático-popular no campo da esquerda no Brasil (e na América Latina). Não é possível ignorar a “bagunça” que o movimento que deu lugar à criação do PT e deste campo operou na conjuntura e nas pessoas. Porque em caráter inédito, a organização política das classes populares ganhou concretude e forma. Esse processo efetivamente desenvolveu subjetividades coletivas que se apresentaram nos governos locais do PT e mais tarde no governo Lula.

Isso nos leva a outro aspecto central a ser destacado nessa tese: os atores e atrizes. Estes atores e atrizes que se constituíram nesses grupos de que tratamos tem uma forte marca de diferença na sua atuação, influenciada por distintos modos de conceber e operar a política, por diferentes inserções no mundo, por diferentes visões de mundo forjadas a partir de suas vivências, ideologias, crenças pessoais.

Consideramos que a “multiplicidade” de atuação que os caracterizou, teria a ver, portanto com suas diferentes inserções e vivências ao forjarem suas trajetórias pessoais. É preciso indicar que sustentamos o entendimento de que os sujeitos se forjam a partir uma intensa bagagem de encontros e vivências limitadas ou possibilitadas pelas condições de seu tempo. Pela vivência da História. Ou seja, sujeitos formados pelo processo histórico que vivenciam.

Trata-se de tomar a sério a afirmação (adaptada) de Marx: “Os homens (e as mulheres) fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim, sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado”. Ou seja, os sujeitos tecem sua história e são resultado de suas escolhas e vivências individuais e de um processo sócio-histórico que possibilita ou constrange suas condições de ação. Em outras palavras, o que queremos afirmar é que os sujeitos não nascem por “geração espontânea”.

Por isso mesmo, tendo em vista a vivência do processo histórico que daria possibilidade de formação de novas subjetividades coletivas, não podemos ignorar a luta por Democracia.

O ideal de democracia vai forjar essas subjetividades coletivas e individuais das quais falamos. Os atores e atrizes de que tratamos esta tese estiveram todos engajados na luta democrática contra o autoritarismo do regime militar, alguns sofreram diretamente suas consequências. Mas até mesmo esse ideal de democracia vai ser distintamente apropriado por estes. A compreensão democrática forjada na centralidade do PT vai radicalizar-se ao ponto de este Partido construir um “modo de operar” que instituiu novidade no campo da esquerda nacional. Esta concepção de democracia “ascendente”, “de baixo para cima” assentava-se em dois pilares principais: na ideia de luta pela garantia de direitos sociais (reivindicação vinda sobretudo dos movimentos sociais que compunham a base do PT) – o que Ruben Mattos vai afirmar desenvolver-se numa prática marcada por “uma ideia do primado do direito sobre a ideologia” - e na soberania popular. Esta ideia de democracia vai atravessar fortemente a produção intelectual e a atuação institucional do campo da Saúde, sobretudo na ocupação das prefeituras pelo PT a partir de 1989 que conformou novas e criativas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde – e vai reverberar no governo Lula na primeira ocupação da SGTES pelos movimentos sociais, de 2003 a julho de 2005.

Em última análise, o movimento que deu origem à criação do PT e de um campo democrático-popular possibilitou a emergência de novos sujeitos coletivos e novas formas de encarar a atuação política, afinada a uma perspectiva radicalmente democrática. Por isso não pode ser ignorado.

É importante também apontar que desde o seu início, como vimos, sem um projeto ideológico único que o pautasse – pelo contrário, o PT foi marcado pela convivência com uma duplicidade de atuação (institucional e anti ou extra-institucional), muitas vezes congregando posições paradoxais. Isso vai reverberar na ocupação dos espaços institucionais alcançados por este Partido ao longo de sua trajetória. A chegada do PT ao governo federal expõe de maneira clara as disputas que haviam em seu interior sobre os rumos deste Partido Político. As posições divergentes convivem, mas até o esgarçamento e àquilo que nos parece uma tomada de posição por uma via mais institucional, a nível federal de governo. Esta escolha parece ter se dado por inúmeros fatores da conjuntura externa e da própria condução de seus atores internos – estrutura e ação tomadas aqui não são dicotômicas, mas interagem e retroalimentam-se - sem dúvidas, esta escolha por uma “atuação mais institucional” fica mais evidente nas composições feitas no pós-mensalão. Até que ponto esta primeira crise política do governo Lula ditou uma mudança de rumos do PT na luta institucional?

Este plano de análise nos permite ver que a história da criação de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no Brasil também tem a ver com as ações empreendidas por alguns atores e atrizes, tem a ver com a agência dos sujeitos, mas ultrapassa estes atores ou estes sujeitos. Tem a ver com um cenário maior, onde se inscreve o processo de Reforma Sanitária Brasileira e a disputa pelos rumos desta Reforma.

A cisão neste campo (e a conseqüente conformação de distintos grupos), de compreensão e prática, conceitual e política, tem a ver com os diferentes modos de pensar a implementação do SUS no Brasil, que ainda hoje, estão em permanente disputa, nos micro e macro espaços de construção desse Sistema.

Ou seja, acreditamos que não se trata apenas de um dissenso específico sobre um campo, seja dos recursos humanos, seja da gestão da educação e gestão do trabalho. Trata-se de divergências nos caminhos para a implementação do SUS, de método e de prática. Por isso mesmo o esforço de ampliação empreendido nesta tese, que não pode se circunscrever apenas ao governo Lula tampouco ao campo específico de atuação no interior da SGTES.

REFERÊNCIAS

A SAÚDE NO GOVERNO LULA. Resoluções de Encontros e Congressos & Programas de Governo Partido dos Trabalhadores. Fundação Perseu Abramo. Frente Brasil Popular pela Cidadania, jul. 1994.

ABREU, R.; FRANCO NETTO, G. (coordenadores). Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório Sérgio Arouca 1976-1988. Rio de Janeiro; 2005. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19761988.pdf>

ALMEIDA, M.J. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. Revista Olho Mágico 1997; 5(14): 41-7.

ANTONIO CARLOS LOPES. Antonio Carlos Lopes pede demissão da Comissão de Residência Médica. Conselho Federal de Medicina, 23 jan. 2008. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6929:&catid=3

AROUCA, L.S. O discurso sobre a educação permanente (1960-1983). Pro-Posições. Vol. 7. Nº 2. [20], 65-78, julho de 1996.

AROUCA, A.S. Entrevista: Sérgio Arouca. Trab. educ. saúde vol.1 no.2 Rio de Janeiro Sept. 2003.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (ALERGS). Decreto nº 39.582, de 10 de junho de 1999. Disponível em: http://www.al.rs.gov.br/Legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=4532&hTexto=&Hid_IDNorma=4532

BALL, S.J. O que é política? Textos, trajetórias e caixas de ferramentas. [Título original: What is policy? Texts, trajectories and toolboxes]. In: BALL, S. J. (Ed.). Education Reform: a critical and post-structural approach. Traduzido por: Joice Elias Costa, 2006. cap. 2, p.14-27.

BAPTISTA, Tatiana W. F. Caminhos e percalços da política de saúde no Brasil – vinte anos da reforma sanitária (partes 1, 2 e 3). Rio de Janeiro: 1996.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.52-91. Online: Disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

BETTO, F. Calendário do poder/ Frei Betto. – Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

BITTAR, J. O Modo Petista de Governar. Caderno especial de Teoria & Debate. Publicação do Partido dos Trabalhadores. Diretório Regional de São Paulo, 1992.

BLOCO CIDADANIA. A trajetória de Dilma Rousseff da prisão ao poder - e como ela se tornou a candidata do presidente Lula à sua sucessão. Revista Piauí, 23 nov. 2010.

BOLETIM NACIONAL. Boletim Nacional n. 28, São Paulo, jun. 1987.

BOLETIM DA REDE UNIDA. Boletim da Rede Unida ano IV, nº 03, out/nov 2000.

BRASIL. Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde. Programa de Trabalho. Brasília, junho de 1976.

BRASIL. I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1., Brasília, Câmara dos Deputados, 1980.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 17 a 21 de março de 1986: relatório final/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1986a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b.

BRASIL. Ministério da Saúde. A questão dos recursos humanos e a Reforma Sanitária. Brasília: Comissão Nacional da Reforma Sanitária, documento III, 1987.

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, DF, 19 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 11 de janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Cadernos RH Saúde, vol. 2, n.1. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Política de recursos humanos para o SUS: prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 33p.

BRASIL. Decreto nº 2.284, de 24 de junho de 1997. Brasília, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/D2284.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação, Educação e Comunicação para promoção da saúde - uma experiência no Projeto Nordeste / Regina Maria Ignarra, Celso Roque, Clélia Parreira. - Brasília : Ministério da Saúde, 1998b.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Reforma administrativa do sistema de saúde/ Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1998c. 33 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 32p.

BRASIL. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed., rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 184 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação- Geral da Política de Recursos Humanos. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. Exposição de Motivos Interministerial nº 346/ Medida Provisória. Casa Civil da Presidência da República, 02 out. 2002d. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Exm/2002/346-MP-02.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed., rev. e atual., 2ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde. 25 ago. 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Documento aprovado na Tripartite. 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, v. 141, n. 32, 2004a. Seção 1, p.37-41. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. EducarSUS: notas sobre o desempenho do

Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1.ed., 1.^a reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. 12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Decreto no 4.726, de 9 de junho de 2003. Brasília: Ministério da Saúde 2005b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4726.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%204.726%2C%20DE%209,Sa%C3%BAde%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.&text=O%20PRESIDENTE%20DA%20REP%C3%A9BLICA%2C,que%20lhe%20confere%20o%20art.

BRASIL. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jul. 2005c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005d. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Conversando sobre os pólos de educação permanente em saúde. Olho Mágico, Londrina, v.12, n.1, p.9-14, 2005e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.392 de 10 de março de 2005. Brasília, 2005f. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/D5392.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Brasília, 2005g. Disponível em: http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_interministerial_2118.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC 2.101, de 03 de novembro de 2005. Brasília, 2005h. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_541196_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_2101_DE_3_DE_NOVEMBRO_DE_2005.aspx

BRASIL. Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005i. 77 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. Brasília, 3 nov. 2005j. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev 2006a.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2538. Brasília, 19 out. 2006b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15435-port-inter-n2538-19out-2006-1&Itemid=30192

BRASIL. Decreto de 20 de junho de 2007. Brasília, 2007a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15422-decreto-pres-20junho-2007&category_slug=marco-2014-pdf&Itemid=30192

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – ed. especial – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 3019. Brasília, 26 nov. 2007d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri3019_26_11_2007.html

BRASIL. Portaria Interministerial nº 45. Brasília, 12 jan. 2007e. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 698. Brasília, 19 jul. 2007f. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15437-port-inter-n698-19jul-2007&Itemid=30192

BRASIL. Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação nº 1.802. Brasília, 26 ag. 2008a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html#:~:text=1%C2%BA%20%2D%20Instituir%2C%20no%20%C3%A2mbito%20dos,na%20Estrat%C3%A9gi a%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.

BRASIL. Portaria nº 593 de 15 de maio de 2008. Brasília, 15 maio 2008b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15428-port-inter-n593-15maio-2008&Itemid=30192

BRASIL. 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, 2009a. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

BRASIL. Portaria nº 1.077 de 12 de novembro de 2009b. Brasília, 12 nov. 2009b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192

BRASIL. Portaria nº 1.320 de 11 de novembro de 2010. Brasília, 11 nov. 2010. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15466-port-1320-11nov-2010&Itemid=30192

CADERNO DE SAÚDE. Diretrizes de Governo: Caderno de Saúde. Resoluções de Encontros e Congressos & Programas de Governo Partido dos Trabalhadores. Fundação Perseu Abramo, 1998.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. 1. ed. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

CAMPOS, F. E.; BADUY, S. R. Programa de Saúde da Família: oportunidade para a transformação da educação dos profissionais de saúde. Olho Mágico, Londrina, v. 5, n.16, p. 4-5, 1998.

CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo; Hucitec, 2000.

CARTA DE BELO HORIZONTE. VI Congresso Nacional da Rede Unida. Belo Horizonte, 5 de julho de 2005.

CECCIM, R. B. Formação e desenvolvimento na área da saúde: observação para a política de recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 373-414.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.4, outubro/dezembro, 2005a, p. 975-986.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005b, p. 161-177.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, out. 2004b.

CECÍLIO, L. C. O. Inventando a mudança em uma região de saúde: reconstituição e análise da experiência do departamento regional de saúde de Campinas (DRS-5) – 1983/1987. 1. ed. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 89-116.

CECÍLIO, L.C.O. Prólogo. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECÍLIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção em Saúde. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (org.) 8ª Edição – 2009.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES (CUT). Resoluções do 3º Congresso Nacional da CUT. Belo Horizonte: 7 a 11 de setembro de 1988.

CHAGURI, M. A. L. P. O curso Progestão no Estado de São Paulo e sua concepção de Educação Permanente. Dissertação (Mestrado em Educação). UNISAL, Americana, 2007. Disponível em: <http://www.am.unisal.br/pos/stricto-educacao/pdf/dissertacoes/Magali_Chaguri.pdf>.

COMISSÃO NACIONAL PROVISÓRIA. Carta de Princípios do Partido dos Trabalhadores, 1979. Disponível em: <https://pt.org.br/carta-de-principios-do-partido-dos-trabalhadores/>.

COMPARATO, F.K. Muda Brasil: Uma Constituição para o desenvolvimento democrático. Editora Brasiliense, 1986.

CONGRESSO NACIONAL DO PT. Resoluções do 3º Congresso Partido dos Trabalhadores, 30 de agosto a 2 de setembro de 2007, São Paulo, Brasil. – Porto Alegre : Partido dos Trabalhadores, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Ata da 168ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde realizada nos dias 9, 10 E 11 de agosto de 2006. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_06.htm. Acesso em: 10 de março de 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Ata da 176ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde realizada nos dias 8 e 9 de agosto de 2007. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_07.htm. Acesso em: 11 de janeiro de 2016.

CORREIA, M.V.C. O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da Política de Saúde Brasileira: Mecanismos de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Maria Valéria Costa Correia/ Recife: 2005 (Tese de doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, Serviço Social, 2005.

COSTA, C.C.; ANDRADE, H. Governo de transição FHC-Lula: Constituição, funcionamento e resultados dos trabalhos realizados pela equipe do governo de transição FHC-Lula. Documento de trabalho nº 10. Série Estudos de Políticas Públicas. Jun 2003.

COUTO, C.G.; ABRUCIO, F.L. A dialética da mudança: o PT se confronta com a institucionalidade. Cadernos CEDEC nº 31, São Paulo, 1993.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: 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, 2009. p. 39-58.

DELEUZE, G.; PARNET, C. Diálogos. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro, São Paulo: Escuta, 1998, 184p.

DIRCEU, J. Zé Dirceu: memórias/ José Dirceu. – São Paulo: Geração Editorial, 2018.

DOCUMENTOS DOSSIÊ. Fundação Perseu Abramo: Nº 2, Ano 2, 2008

DOMINGUEZ, B.C. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: A desprecarização é urgente. Radis: Comunicação em Saúde, n. 46, jun. 2006.

EDITORIAL. Saúde Debate, v.27, n.63, p.3. 2003.

ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

FÁVERO, O. Uma pedagogia da participação popular: análise da prática educativa do MEB – Movimento de Educação de Base (1961/1966) / Osmar Fávero; ilustrações de Paulo Cheida Sans. – Campinas, SP: Autores Associados, 2006. – (Coleção Educação Contemporânea).

FAGNANI, E. A política social do Governo Lula (2003 a 2010): perspectiva histórica. Texto para Discussão. IE/UNICAMP, Campinas, n. 192, jun. 2011.

FELIPE, J. S. MPAS - o vilão da reforma sanitária? Rio de Janeiro, cad. Saúde pública vol.3 no.4 Oct. Dec. 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400012. Acesso em 20 de janeiro de 2016.

FERREIRA, J.R. Depoimento a Carlos H. A. Paiva, Fernando Pires-Alves, Gilberto Hochman e Janete Castro. (Rio de Janeiro, 15-16 de março de 2005). Transcrito por Annabella Blyth. Conferência por fidelidade por Alex dos Santos da Silveira. 4 horas.

FEUERWERKER, L. C. M. “A cadeia do cuidado em saúde” in MARINS, João José Neves; REGO, Sergio (Orgs.). Educação, Saúde e Gestão. ABEM Hucitec, 2011, p. 99-113.

FRANCISCO CAMPOS. In: Resumo executivo CIT/MS. 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Brasília, 21 jun. 2007. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/16/5.%20Resumo%20Executivo%20jun.pdf> f.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, dez. 2006.

FLECK, L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Trad., Georg Otte, Mariana Camilo de Oliveira. Belo Horizonte: Fabrefactum. 1.ed., 1935. 2010.

FOLHA DE SÃO PAULO. A evolução do Partido dos Trabalhadores. São Paulo, 5 fev. 1995. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1995/2/05/brasil/42.html>

FOLHA DE SÃO PAULO. Viegas irá para Defesa; Lessa, para BNDES. São Paulo, 18 dez. 2002a. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc1812200208.htm>

FOLHA DE SÃO PAULO. Equipe será anunciada em bloco, diz Lula. São Paulo, 5 nov. 2002b. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc0511200205.htm>

FOLHA DE SÃO PAULO. PT pressiona e Lula escolhe "3ª opção" para Ministério da Saúde. São Paulo, 16 dez. 2002c. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u43610.shtml>

FOLHA DE SÃO PAULO. Eduardo Jorge defende Jatene de crítica de militantes de esquerda. São Paulo, 8 dez. 2002d. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc0812200217.htm>

FOLHA DE SÃO PAULO. "Militantes da saúde" querem aprimorar SUS. São Paulo, 4 dez. 2002e. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0412200221.htm>

FOLHA DE SÃO PAULO. Futura ministra de Energia foi 1º nome técnico da transição do PT. São Paulo, 20 dez. 2002f. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u43793.shtml>

FOLHA DE SÃO PAULO. Jefferson denuncia mesada paga pelo tesoureiro do PT. São Paulo, 6 jun. 2005a. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u69402.shtml>

FOLHA DE SÃO PAULO. PTB se reuniu para discutir "mensalão". São Paulo, 12 jun. 2005b. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc1206200519.htm>

FOLHA DE SÃO PAULO. Genoino deixa presidência do PT; Tarso Genro assume. São Paulo, 10 jul. 2005b. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc1007200502.htm>

FOLHA DE SÃO PAULO. Lula reduz o ministério e rebaixa status de Gushiken. São Paulo, 13 jul. 2005c. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc1307200502.htm>

FOLHA DE LONDRINA. Jatene esnobou convite de Lula. 26 nov. 2002. Disponível em: <https://www.folhadelondrina.com.br/colunistas/colunistas/claudio-humberto/claudio-humberto-425758.html>

FOME ZERO E BOCA CHEIA (DE DENTES)! Proposta para a Saúde Bucal no Governo Lula dirigida à Equipe de Transição. São Paulo - SP: 24 nov. 2002.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder/ Michel Foucault; organização e tradução de Roberto Machado. – Rio de Janeiro: Edições Graal, 6ª ed. 1986.

FOUCAULT, M. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970/ Michel Foucault; tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. – 24. ed. – São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Verbete Olívio Dutra. Gisela Moura/Luís Otávio de Sousa, 2009.

GALLO, S. Deleuze a Educação/Sílvio Gallo. - 3.ed.; 1. reimp. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016. 104 p.

GASTÃO WAGNER. Ex-assessor de Humberto Costa ataca o governo. In: Folha de São Paulo. São Paulo, 26 nov. 2004. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc2611200410.htm>

GASTÃO WAGNER. Depoimentos. Campinas, 29 ab. 2005. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos/depoimentogastaowagner.htm>

GOHN, M.G. Teoria dos Movimentos Sociais – Paradigmas Clássicos e Contemporâneos. Edições Loyola. São Paulo: 1997.

GOULART, F.A. de A. Pólos de educação permanente em saúde: desvios e ilusões do que poderia ter sido um boa idéia. Olho Mágico, Londrina, v.11, n.4, p.12-14, 2004.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C. Educación permanente de personal de salud. Washington: OPS/OMS, 1994.

HADDAD, A.E.; BRENELLI, S.L.; CURY, G.C.; PUCCINI, R.F.; MARTINS, M.A.; FERREIRA, J.R.; CAMPOS, F.E. Editorial: Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, vol. 36, nº 1, supl.1, Rio de Janeiro jan./mar. 2012.

JAEGER, M. L.; CECCIM, R. B.; MACHADO, M. H. Gestão do trabalho e da educação na saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999 – Ano V, n. 7, edição especial, jan. 2003 a abr. 2004, p. 86-103.

JATENE, A. Pai da CPMF, Jatene diz que Lula e PT eram contra. In: Blog do Josias, 15 ag. 2007.

Disponível em:

https://web.archive.org/web/20120714120133/http://josiasdesouza.folha.blog.uol.com.br/arch/2007-08-01_2007-08-31.html#2007_08-15_13_56_50-10045644-0

JUSTO, A.M. A formulação de uma política pública: contexto, atores e ideias na análise da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)/ Adriana Maiarotti Justo. – 1 ed. – São Paulo: Hucitec, 2019.

KECK.M.E. PT – A lógica da diferença: o partido dos trabalhadores na construção da democracia brasileira [on-line]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. ISBN: 978-85-7982-029-8. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.

LATOUR, B. Reagregando o social/ Bruno Latour – Salvador: Edufba, 2012; Bauru, São Paulo: Edusc, 2012. 400p.

LEVY, S.N.; SILVA, J.J.C.; CARDOSO, I.F.R.; WERBERICH, P.M.; MOREIRA, L.L.S.; MONTIANI, H.; CARNEIRO, R.M. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. In: Conferência Nacional de Saúde On Line. 10., 1996. Anais... Brasília; 1996. Disponível em: http://www.reprolatina.institucional.ws/site/respositorio/materiais_apoio/textos_de_apoio/Educacao_em_saude.pdf

LIMA, L.D.; QUEIROZ, L.F.N. O Processo de Descentralização e Regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

LUÍS INÁCIO DA SILVA (LULA). Entrevistas e discursos, São Bernardo do Campo: ABCD Jornal, 1980, entrevista de abril de 1980.

LUÍS INÁCIO DA SILVA (LULA). Discurso proferido na sessão de 22 de setembro de 1988, publicado no DANC de 23 de setembro de 1988, p. 14313-14314. Câmara dos Deputados: Departamento de Taquigrafia, Revisão e Redação: Escrevendo a História - Série Brasileira. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/plenario/discursos/escrevendohistoria/25-anos-da-constituicao-de-1988/constituente-1987-1988/pdf/Luiz%20Inacio%20-%20DISCURSO%20%20REVISADO.pdf>

LUÍS INÁCIO DA SILVA (LULA). Mares nunca dantes navegados: A trajetória de Dilma Rousseff da prisão ao poder - e como ela se tornou a candidata do presidente Lula à sua sucessão. Revista Piauí, edição 34 > _vultos da república > jul. 2009. Disponível em: http://docplayer.com.br/51736553-1-de-17-19-02-26-edicao-34-_vultos-da-republica-julho-de-2009.html

LUÍS INÁCIO DA SILVA (LULA). In: JINKINGS, I. A Verdade vencerá: o Povo sabe por que me condenam. São Paulo, 2018.

MACHADO, M.H. Entrevista com Maria Helena Machado para o Projeto Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde: dinâmica e determinantes. 08 ag. 2008. Disponível em: <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Entrevista&Num=7&Destques=1>

MACIEL FILHO, R. Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro / Romulo Maciel Filho. (Tese de doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2007.

MATIAS, M.M.M. Políticas de educação permanente em saúde nos governos Lula: um olhar a partir dos documentos. Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2016. 92f.

MATTOS, R.A. O processo de construção conceitual do método CENDES-OPS/ Ruben Araujo de Mattos. – Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993. 40 p. – (Série Estudos em Saúde Coletiva; nº 46).

MATTOS, R.A.; COSTA, N.R. Financiando o SUS: algumas questões para o debate. Trab. educ. saúde vol.1 no.2 Rio de Janeiro Sept. 2003.

MBEMBE, A. Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: n-1 edições, 2ª edição, maio de 2018.

MENEGUELLO, R. PT: a formação de um partido, 1979-1982/Rachel Meneguello. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.M.C. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e

formação/ Org. Laura Camargo Macruz Feuerwerker. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Laura_Feuerwerker/publication/264810146_Micropolitica_e_Saude_producao_do_cuidado_gestao_e_formacao_Colecao_Micropolitica_do_Trabalho_e_o_Cuidado_em_Saude/links/53f1f88c0cf2bc0c40e6f392/Micropolitica-e-Saude-producao-do-cuidado-gestao-e-formacao-Colecao-Micropolitica-do-Trabalho-e-o-Cuidado-em-Saude.pdf

MORAIS, I.J.L.; ESCOREL, S. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde: inovação e desafios institucionais – 2003 a 2007. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

MOTTA, J.I.J. Educação permanente em saúde: da política do consenso à construção do dissenso. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

NIETZSCHE, F. Para a Genealogia da Moral: Uma Polêmica, 2019.

NIETZSCHE, F. Sobre verdade e mentira no sentido extra-moral. Tradução de Fernando de Moraes Barros, São Paulo: Hedra, 2008.

NOGUEIRA, R.P. Depoimento a Carlos H.A. Paiva e Janete Castro. (Rio de Janeiro, 26 de julho de 2005). Transcrito por Andrea Ribeiro. Conferência de fidelidade por Alex dos Santos da Silveira. 4 horas.

NUNES, E.D. (org.). Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

O GLOBO. Cabral sinaliza que Temporão será o Ministro da Saúde. O Globo, 2 mar. 2007. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,AA1475463-5601,00.html>

O NORTE DE MINAS. Deputado Saraiva Felipe diz articular indicação de ministro. O Norte de Minas, 19 mar. 2007. Disponível em: <https://onorte.net/pol%C3%ADtica/deputado-saraiva-felipe-diz-articular-indica%C3%A7%C3%A3o-de-ministro-1.522771>

OLÍVIO DUTRA. Mares nunca dantes navegados: A trajetória de Dilma Rousseff da prisão ao poder - e como ela se tornou a candidata do presidente Lula à sua sucessão. Revista Piauí, edição 34 > _vultos da república > jul. 2009. Disponível em: http://docplayer.com.br/51736553-1-de-17-19-02-26-edicao-34-_vultos-da-republica-julho-de-2009.html

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Educación permanente en salud: informes finales de tres grupos de trabajo: Rol de la Universidad, Washington, 1992: Monitoreo de procesos educativos, Antigua, 1992. - Washington, D.C.: OPS, c1993. iii, 54 p.

PAIM, J.S. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. 80p.

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica/ Jairnilson Silva Paim. – Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

PAIVA, V.P. Educação Permanente: I - Ideologia Educativa ou Necessidade Econômico-Social? Síntese: Revista de Filosofia v. 4 n. 9 (1977): SÍNTESE – Artigos.

PAIVA, C.H.A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS–Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973–1983). Ciênc. saúde coletiva vol.13 no.3 Rio de Janeiro May/June 2008.

PALUDO, C. Educação popular: Brasil anos 90: para além do imobilismo e da crítica, a busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático e popular. (Tese de doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BRRS, 2000.

PARANÁ, D. A História de Lula: o filho do Brasil. Rio de Janeiro: Editora Objetiva Ltda. 2010.

PIERANTONI, C.R.; FRANÇA, T.; GARCIA, A.C.; SANTOS, M.R.; VARELLA, T.C.; MATSUMOTO, K.S. Gestão do trabalho e da educação em saúde. 1 ed. CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2012.

PINHEIRO, P.S. Prefácio. In: KECK.M.E. PT – A lógica da diferença: o partido dos trabalhadores na construção da democracia brasileira [on-line]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. ISBN: 978-85-7982-029-8. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.

PIRES-ALVES, F.A.; PAIVA, C.H.A. Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988) [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 204 p. ISBN 978-85-7541-292-3. Availabe from SciELO Books <http://books.scielo.org>.

POPPER, K.R. O Realismo e o Objetivo da Ciência. Tradução de Nuno Ferreira da Fonseca. Publicações Dom Quixote, 1ª ed., julho de 1987.

PROGRAMA DE GOVERNO. Lula Presidente: Uma Revolução Democrática no Brasil: Bases do Programa de Governo do Partido dos Trabalhadores. Resoluções de Encontros e Congressos & Programas de Governo Partido dos Trabalhadores. Fundação Perseu Abramo, 1994.

PROGRAMA DE GOVERNO. Coligação Lula Presidente. Resoluções de Encontros e Congressos & Programas de Governo Partido dos Trabalhadores. Fundação Perseu Abramo, 2002.

RANGEL, M.L.; VILASBÔAS, A.L. REDE UNIIDA: Breve Histórico, Concepção, Organização e Estratégias de Ação. Divulgação em Saúde para Debate nº 12, jul. 1996.

REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE. A Educação Popular em Saúde e o Governo Popular e Democrático do Partido dos Trabalhadores: considerações e propostas da Rede de Educação Popular e Saúde. 2002.

REDE UNIDA. REDE UNIDA: Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área de saúde. Revista Olho Mágico: edição especial nov. 1999. Disponível em: http://www.uel.br/ccs/olhomagico/espec_novembro/home.htm

RELATÓRIO CIRH. Relatório da Reunião da CIRH realizada no dia 11 de junho de 2007.

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

RIBEIRO, D. Sobre o óbvio. In: Encontros com a Civilização Brasileira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

RODRIGUES, M. A. Educação continuada em enfermagem de saúde pública. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, i 5(2):129-140, 1984.

RODRIGUES, L.M. Partidos e sindicatos: escritos de sociologia política. [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2009. 132 p. ISBN: 978-85-7982-026-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

ROSCHKE, M.A.C.; CASAS, M.E.D. Contribución a la formulación de un marco conceptual de educación contínua en salud. Educación Médica y Salud, Washington, v. 21, n. 1, p. 1-10, 1987.

ROQUE, T. Erotismo e risco na política. São Paulo: n-1 edições, 2018.

SADER, E. 10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma/ Emir Sader (org.). – São Paulo, SP: Boitempo; Rio de Janeiro: FLACSO Brasil 2013.

SANTOS, B. S. Para um Novo Senso Comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. São Paulo: Cortez, 2001. v. 1. A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência.

SANTOS, B.S. Um discurso sobre as ciências / Boaventura de Sousa Santos. — 5. ed. - São Paulo: Cortez, 2008.

SAÚDE PARA A FAMÍLIA BRASILEIRA. Programa de Governo 2002: Coligação Lula Presidente. Resoluções de Encontros e Congressos & Programas de Governo Partido dos Trabalhadores. Fundação Perseu Abramo, 2002.

SCHERER-WARREN, I.; KRISCHKE, P.J. Uma Revolução no Cotidiano? Os novos movimentos sociais na América Latina. Editora Brasiliense, 1987.

SONIS, A. Educación en ciencias de la salud y atención médica: análisis de su interrelación. Educación Médica y Salud, vol. 10, n. 3a, 1976.

SOUZA, A.M.A.; GALVÃO, E.A.; SANTOS, I.; ROSCHKE, M.A.C. Processo Educativo no Serviços de Saúde – Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 1, Organização Pan-Americana da Saúde-Representação do Brasil, Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde, Brasília, 1991.

SOUZA, U. Orçamento participativo, do município ao estado. In: MAGALHÃES, I.; BARRETO, L.; TREVAS, V. Governo e cidadania Governo e cidadania: Balanço e reflexões sobre o modo petista de governar. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002, p. 71-81.

SPEKTOR, M. 18 dias: Quando Lula e FHC se uniram para conquistar o apoio de Bush / Matias Spektor. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Objetiva, 2014.

STOZ, E.N. Educação Popular e Saúde e democracia no Brasil. Revista Interface Comunicação. Saúde, Educação 2014; 18 Supl 2:1475-1486 1.

TARSO GENRO. O PT ficou obsoleto. Publicado em 7 fev. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/reportagens-especiais/em-depoimento-exclusivo-tarso-explica-porque-nao-vai-a-festa-de-40-anos-do-pt/#page1>

UMA NOVA SOCIEDADE. Resoluções de Encontros e Congressos & Programas de Governo Partido dos Trabalhadores. Fundação Perseu Abramo, 1989.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):67- 83, 2004.

VIANA, A. L. D'Ávila (Coord). Programa de Avaliação e Acompanhamento da política de Educação Permanente em Saúde – Relatório Final. São Paulo; 2008; 255p.

VIDAL, C.A.; GIRALDO, L.E.; JOUVAL, H. La educación permanente en salud em America Latina. Educ Med Salud, Vol. 20, No. 4, 1986.

VIEIRA, M. Recursos Humanos em Saúde. In Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

WANDERLEY, L.E.W. Educar para transformar: Educação popular, Igreja Católica e Política no Movimento de Educação de Base. Vozes: Petrópolis, 1984.

WANDERLEY, L.E.W. MEB e educação popular. Em Pauta, Rio de Janeiro, n. 33, v. 12, p. 97 – 107, 2014.