

O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social

RICARDO BURG CECCIM¹
LAURA C. M. FEUERWERKER²

RESUMO

O artigo apresenta o conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Os autores buscam, a partir de uma prática em experimentação como política de educação para o Sistema Único de Saúde, formular uma teoria-caixa de ferramentas que permita a análise crítica da educação que temos feito no setor da saúde e a construção de caminhos desafiadores. A imagem do quadrilátero da formação serve à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social.

Palavras-chave: Educação permanente em saúde; educação dos profissionais de saúde; formação e práticas de saúde; formulação de políticas de formação em saúde; ensino em saúde.

1. Introdução

Este ensaio pretende situar a formação dos profissionais de saúde como um projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde. Assentado sobre o desafio da gestão pública do setor da saúde, de ordenar políticas de formação, como prevê a Constituição Nacional no Brasil, o texto registra um movimento analítico sobre uma prática em experimentação.

A prática em experimentação aqui referida é a formulação de uma política pública apresentada pelo Ministério da Saúde para a educação dos profissionais, sustentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e proposta para implementar processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde.

A formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor, fundante do modelo oficial de saúde brasileiro. As instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico (Feuerwerker, 2002; Feuerwerker, Llanos e Almeida, 1999).

Merhy (1997, p. 71-72) coloca que justamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo technoassistencial em saúde no Brasil, “que se tem mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos”. Uma das características que dá ao SUS singularidade histórica e internacional é que, no Brasil, a participação popular não é para a avaliação do grau de satisfação com a atenção, para a cooperação ou extensão comunitária, para a organização de programas de educação para a saúde ou consultiva. No Brasil, a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, por isso

a denominação controle social dada à participação da sociedade no SUS (Côrtes, 1996a; 1996b). Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde.

Campos (2003, p. 9) coloca que o trabalho das equipes e das organizações de saúde “deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural”. Para o autor, “isto poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto as de saúde coletiva”. O que Campos defende é que “caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas”.

A prática em experimentação, submetida aqui ao ensaio textual, acolhe como exigência política um sistema de gestão que, ao mesmo tempo, ofereça propostas de transformação das práticas profissionais, baseando-se na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e a experimentação da alteridade com os usuários. Permite, assim, que o cotidiano de relações da organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde se incorpore ao aprender e ao ensinar, formando profissionais para a área da saúde, mas formando para o SUS.

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

2. Crítica à Formação para a Saúde que Temos Feito no Brasil

Em nosso país, o setor da saúde vem sendo submetido a um significativo processo de reforma de Estado, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento pela Reforma Sanitária, bem como para a concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido da mudança, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional.

No setor do ensino, entretanto, revela-se necessário e urgente semelhante movimento social por uma Reforma da Educação³ que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional. Deve expressar ainda a produção de conhecimento e promoção de avanços nos campos científico, tecnológico e cultural e prestação de serviços, principalmente de cooperação e assessoramento técnicos, de retaguarda e avaliação tecnológica e de documentação e disseminação dos saberes produzidos nos serviços, nos movimentos sociais e nas práticas populares.

O SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender sem que, entretanto, se tenha formulado uma forte potência aos modos de fazer formação. No máximo se interpuseram fatores críticos, ao se revelar a necessidade de re-formar os profissionais para atuar no SUS. Formados estavam para atuar onde?

De fato, muitas iniciativas do setor propiciaram o desenvolvimento de um certo pensamento crítico e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação. Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), 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.

Após uma seqüência de rodadas de avaliação, efetuadas de fevereiro

a julho de 2003, com coordenadores, gestores municipais e estaduais e docentes universitários, pode-se formular que todas essas iniciativas foram muito tímidas na sua capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde. Limitadas a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde, mantiveram a lógica programática das ações e não conseguiram desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas. Por se apresentarem de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, as capacidades de impacto das ações do SUS em educação têm sido muito limitadas, no sentido de alimentar os processos de mudança sobre as instituições formadoras, e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS: potência de interpor lógicas, diretrizes e processos organizados, coerentes e desafiadores dos *modos de fazer*.

Roubando uma idéia de Deleuze (1992, p. 7), poderíamos afirmar que a formação como política do SUS poderia se inscrever como uma “micropotência” inovadora do pensar a formação, agenciamento de possibilidades de mudança no trabalho e na educação dos profissionais de saúde e invenção de modos no cotidiano vivo da produção dos atos de saúde.

Uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras. Colocaria em evidência a formação para a área da saúde como construção da educação em serviço/ educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

A necessária aproximação entre construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e o fortalecimento da participação popular com características de formulação política deliberativa sobre o setor - características fundantes de uma educação em serviço - têm ficado relegadas à condição de produto secundário quando interrogamos as relações entre educação dos profissionais e trabalho no SUS.

De produto secundário, a implementação das diretrizes constitucionais do SUS deveria passar a objetivo central e a educação em serviço ganhar estatuto de política pública governamental. De outra parte, as instituições

formadoras, mediadas pelo Estado, deveriam demonstrar a relevância pública de seu projeto político-pedagógico e os significados que emprestam à produção de conhecimento e prestação de serviços e, assim, permitir o julgamento, pela sociedade, do cumprimento de suas funções públicas, igualando-se ao SUS ao reconhecer o direito de controle da sociedade sobre a gestão pública do ensino.

3. Introdução da Formação em Saúde como Política Pública sob Controle Social

O papel de constatar a realidade e de produzir sentidos, no caso da saúde, pertence tanto ao SUS como às instituições formadoras de suas profissões. Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes.

Em publicação anterior, Ceccim (Ceccim e Bilibio, 2002) afirmava que, na formação que temos feito no Brasil a título de aprendizagem significativa, encontramos registro sobre a relevância da integração *ensino - serviço*. Mas praticamente inexistente o registro sobre a relevância e necessidade da integração *ensino - serviço - gestão - controle social* e a articulação com o movimento estudantil de graduação nas profissões da saúde. Afirmava também que ainda podem ser caracterizadas como inovadoras as experiências integradas entre gestores, formadores, usuários e estudantes, com o objetivo de qualificar a formação dos trabalhadores para as reais necessidades de saúde. A experiência acumulada de mudança na formação, dentro e fora do país, se centra na tríade *instituições de ensino - instituições de serviço - associações científico-profissionais*, ou pela tríade *ensino - serviço - comunidade* (Feuerwerker, 2002, p. 280-285; Ceccim e Bilibio, 2002, p. 347).

Naquela publicação, como agora, se destaca que o componente *serviço* não pode se restringir à noção de práticas de atenção. Deve revelar uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor. Da mesma forma, a atenção não pode informar apenas o domínio de habilidades em fisiopatologia ou busca de evidências, recaindo sobre a alteridade com os usuários das ações e serviços de saúde e a produção de sentidos nos atos de cuidar, tratar e acompanhar, sejam problemas de saúde,

seja a promoção de melhor qualidade de vida.

Propunha-se, na mesma publicação, o componente *comunidade* como algo diferente da interação com a população, pela introdução da noção de relevância e responsabilidade social do ensino: a formação como um direito social e dever do Estado. A formação tecnoprofissional, a produção de conhecimento e a prestação de serviços pelas instituições formadoras somente fazem sentido quando têm relevância social. O ensino em saúde guarda o mandato público de formar segundo as necessidades sociais por saúde da população e do sistema de saúde, devendo estar aberto à interferência de sistemas de avaliação, regulação pública e estratégias de mudança.

Por último, no componente *ensino*, além do reconhecimento dos dirigentes e docentes como atores das instituições formadoras, destaca-se a articulação com o movimento estudantil, como ator político diferente das instituições formadoras. Seu protagonismo deve ser incentivado como movimento político de construção de inovações ao ensino e de sentido aos serviços de saúde. Dessa reflexão nasceu, em 2003, o conceito de *quadrilátero da formação*: ensino - gestão - atenção - controle social. A qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários.

Por que é tão importante essa noção quadrilátera para a política de formação? Cada face libera e controla fluxos específicos, dispõe de interlocutores específicos e configura espaços-tempos com diferentes motivações. Então, ao disputar uma apreciação crítica da formação que fazemos e uma formação com vigor político para um processo de mudanças na realidade, nos deparamos com a necessidade de ativar certos processos e controlar outros. Formar sempre foi muito diferente de informar, mas parece que facilmente caímos nessa armadilha. Como formar sem colocar em análise o ordenamento das realidades? Como formar sem colocar em análise os vetores que forçam o desenho das realidades? Como formar sem ativar vetores de potência contrária àqueles que conservam uma realidade dada que queremos modificar?

Cada face comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões. Cada interseção resulta em trajetos formativos postos em ato. Merhy (1994) percebe isso quando afirma que a busca da qualidade dos serviços de saúde está em aproveitar os ruídos

do cotidiano dos serviços e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho. Para Merhy (1997), não se pode admitir ou propor a captura do trabalho em saúde pela lógica dos saberes e práticas expressos nos equipamentos e técnicas estruturados. Podemos dizer que o objeto da saúde não é *objetificável*, que não pode ser reificado. Para Merhy, as tecnologias de ação mais estratégicas em saúde configuram processos de intervenção em ato, operando tecnologias de relações. O trabalho em saúde promove processos de subjetivação, está além de práticas e saberes tecnológicos estruturados.

4. Aspectos da Interinstitucionalidade e da Intra-institucionalidade na Ordenação da Formação para a Área da Saúde

Escolher uma perspectiva de análise que coloca em lugar central as responsabilidades institucionais com a qualidade dos serviços sob controle social permite propor que as instituições formadoras não possam existir independentemente de regulação pública e da direção política do SUS. Esse sistema está constitucionalmente comprometido com o ordenamento da formação e submetido ao controle social. Não pode, portanto, o ordenamento informar ações regulatórias de caráter formalista, administrativista ou de distribuição de vagas ou ritos burocráticos de autorização para a abertura de cursos.

As instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira.

O controle social em saúde possui dois dispositivos importantes para orientar os sentidos da formação. Previstos em lei específica sobre a participação ativa da sociedade na direcionalidade do setor, esses dispositivos são os conselhos de saúde - instâncias de caráter permanente - e as conferências de saúde - convocadas em intervalos de quatro anos (Côrtes, 2002). Os conselhos têm-se configurado desde a esfera nacional (Conselho Nacional de Saúde) até as esferas de serviço (Conselhos Gestores de Unidades/Programas), passando por esferas regionais, micro e macrorregionais, locais, distritais, municipais, estaduais etc.

O controle social não se contrapõe à autonomia das instituições

formadoras, uma vez que essa autonomia não pode implicar independência das políticas públicas e da regulação de Estado, ou a desobrigação de prestar contas sobre a forma com que respondem aos interesses públicos e à tarefa social de formar as novas gerações de profissionais. A propalada autonomia não é uma soberania institucional⁴. Sendo a formação uma tarefa socialmente necessária, ela deve guardar para com a sociedade compromissos ético-políticos. Portadora de futuro, a formação não pode estar atrelada aos valores tradicionais, mas ao movimento de transformações na sociedade, e ser capaz de sofisticada escuta aos valores em mutação. Nesse sentido, a autonomia deve buscar, sempre, atender a interesses coletivos e à construção de novidade em saberes e em práticas.

Para a área da saúde, entretanto, a formação não apenas gera profissionais que possam ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor. O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial. A incorporação de novidade tecnológica é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde. A área da saúde requer educação permanente.

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 (Haddad, Roschke e Davini, 1994). Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Para Haddad, Roschke e Davini (1994), considerando-se os textos organizados na coletânea sobre educação permanente em saúde, que empreenderam ao propor tal concepção e desafio de gestão estratégica setorial para a Organização Pan-Americana da Saúde, a formação profissional exige continuidade. Entretanto, enquanto a educação continuada aceita o acúmulo sistemático de informações e o cenário de práticas como território de aplicação da teoria, a educação permanente entende que o cenário de práticas informa e

recria a teoria necessária, recriando a própria prática.

Uma formação, assim colocada, envolve a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, que passam a ser problematizadas na prática concreta dos profissionais *em terreno* e dos quadros dirigentes. As demandas para educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos *níveis centrais*, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas.

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

Desse modo, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema.

A ordenação da formação para a área da saúde como política pública afirma a perspectiva da construção de espaços locais, microrregionais e regionais com capacidade de desenvolver a educação das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais para uma saúde de melhor qualidade.

Em todos esses âmbitos, deverão ser trabalhados os elementos que conferem à “integralidade do atendimento de saúde” (diretriz constitucional) forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde. Estes são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde:

acolhimento, vínculo, responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde sob seu cuidado, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção (Merhy e Onocko, 1997; Cecílio, 1994). A integralidade da atenção envolve a compreensão da noção de ampliação da clínica, 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 (Kunkel, 2002), recuperando para a produção do conhecimento e configuração da formação, a reconciliação entre o conhecimento científico e as humanidades, entre ciência da saúde e arte da alteridade.

Serres (1993, p. IX)⁵ pergunta: “como aconteceu de as ciências humanas ou sociais não falarem jamais sobre o mundo, como se os grupos permanecessem no vazio (...). Como as ciências ditas duras deixam os homens de lado?”. O autor quer que nos interroguemos: “como nossos principais saberes se perpetuam hemiplégicos?”. Afirma que será preciso fazer com que os saberes aprendam “a caminhar com os dois pés, a utilizar as duas mãos”. Para Serres, essa mestiçagem designa corpos completados, ainda que cause horror “aos filósofos da pureza”. Como duas populações, de um lado as ciências sociais ou naturais, donde a saúde, e, de outro, as humanidades, donde a arte, a alteridade, as sensibilidades e os afetos. A atenção à saúde requer ambas, reconciliação, uma pedagogia mestiça (Ferla, 2002).

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, 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. Esta, entretanto, precisa incorporar a noção de Atenção Integral à Saúde⁶, entendendo a rede de ações e serviços como “cadeia de cuidado progressivo à saúde” (Cecílio, 1997), 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, ensino 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. Pode-se/deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho (capacitações tradicionais), mas também a educação que pensa o trabalho e a educação que pensa a produção do mundo. Em ambos os casos, podem-se/devem-se inserir fluxos à reflexão crítica.

Se a responsabilidade dos serviços de saúde no processo de transformação das práticas profissionais e das estratégias de organização da atenção à saúde levar ao desenvolvimento da proposta da educação em serviço, como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, não se tratará de organizar um menu de cursos ou pacotes programáticos pontuais, mas sempre o ordenamento do processo formativo e a educação permanente em saúde. Muitas vezes, cursos necessários ao pessoal de serviços são ainda mais necessários ao pessoal docente para instalar sustentabilidade pedagógica locorregional, buscando fortalecer e levar para dentro da educação superior e profissional os valores éticos, técnicos, humanísticos e organizacionais aqui mencionados.

A interinstitucionalidade e a locorregionalização expressam a diversidade de atores sociais envolvidos no processo da educação permanente, quer seja como dirigentes, profissionais em formação, trabalhadores, usuários das ações e serviços de saúde ou estudantes. A partir deles é que se podem definir as exigências de aprendizagem em cada equipe, serviço e esfera de gestão.

A multiplicidade de interesses e pontos de vista existentes nos territórios locorregionais deixa clara também a necessidade de negociação e pactuação política nesse processo de estabelecimento de orientações concretas para a educação permanente em saúde. O núcleo central da política de formação para a área da saúde é constituído pela própria população. Suas necessidades sanitárias e mesmo de educação para a gestão social das políticas públicas de saúde devem ser contempladas, promovendo-se o desenvolvimento da autonomia diante das ações, dos serviços e dos profissionais de saúde. Para que sejam identificados os efeitos das ações desenvolvidas, deve-se prever mecanismos de avaliação dos processos de educação permanente em saúde, bem como mecanismos de monitoramento que possibilitem ordenar e/ou reordenar cada articulação interinstitucional na política de formação para a área da saúde. A avaliação, segundo Silva e Brandão (2003), tem a capacidade de forjar novas organizações e novas realidades a partir da realidade avaliada, colocando os programas sob avaliação em processo de geração de conhecimento e de

práticas.

A avaliação e o monitoramento deverão considerar como condição relevante a territorialização política e social das necessidades em saúde, de modo a permitir a compatibilização da formação com as intervenções epidemiológicas, demográficas e culturais necessárias em cada população territorializada. Ao eleger as necessidades em saúde e a cadeia do cuidado progressivo à saúde como fatores de exposição às aprendizagens e para o processo de educação permanente, os diversos atores em formação deverão desenvolver novas propostas pedagógicas, que sejam capazes de mediar a construção do conhecimento e dos perfis subjetivos, nessa perspectiva.

Serão necessários novos mecanismos de planejamento e gestão para que os serviços possam ser espaços de aprendizagem. Especial atenção deve ser dada à formulação de novos pactos de trabalho, capazes de absorver as demandas de cuidado às pessoas e populações, o ensino e a produção do conhecimento nos espaços locais e no conjunto da rede de atenção à saúde. Na perspectiva da educação permanente e da significação dos processos de formação pelas necessidades sociais em saúde, integralidade do atendimento e rede de cuidados, é necessário que as instituições formadoras também realizem importantes iniciativas inovadoras na área do planejamento e da gestão educacionais.

Articulações interinstitucionais precisam ser providenciadas e apoiadas pelo SUS, para que a educação permanente em saúde constitua espaços de planejamento, gestão e mediação. E ainda para que as diretrizes políticas de ordenação da formação na área da saúde se materializem de forma agregadora e com direcionalidade pelo interesse público, em sintonia com as peculiaridades locais regionais.

O conjunto de atores envolvidos se constituirá como interlocutor permanente nos diálogos necessários à construção das propostas e das correções de trajetória se dispositivos de gestão e controle social forem organizados. Na experiência brasileira, apresentada pelo Ministério da Saúde, isso passou a ser designado, em 2003, como Pólos de Educação Permanente em Saúde (Portaria Ministerial nº 198/2004).

5. Implementação Operacional do Quadrilátero da Formação: Educação Permanente em Saúde como Política Pública Nacional

De acordo com a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS), a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação de pessoal específico, que disponha do domínio tanto de tecnologias para a atenção individual de saúde, quanto para a saúde coletiva. Segundo esse documento, resultado da ação direta do Conselho Nacional de Saúde⁷ na formulação de uma proposta política para a área, novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde passaram a exigir novos perfis profissionais. Por isso, tornou-se imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o SUS e com o projeto tecnoassistencial definido nas Leis n. 8.080/90 e 8.142/90.

Para a NOB/RH-SUS, uma formulação de diretrizes curriculares deve contemplar: as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das várias regiões do país; a implementação de uma política de formação de docentes orientada para o SUS; a formação de gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão e a garantia de recursos necessários ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão.

Em setembro de 2003, o Ministério da Saúde, por meio de seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde, apresentou e aprovou, junto ao Conselho Nacional de Saúde, a “Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”. Esta tem como objetivo atender aos requisitos citados na NOB/RH-SUS, propondo-se a conquistar relações orgânicas entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e prestação de serviço), os órgãos de controle social (conselhos de saúde, movimentos sociais e de educação popular) e os serviços de atenção (profissionais e suas práticas). Elegeu como dispositivo de gestão o citado Pólo de Educação Permanente em Saúde: instâncias locais de articulação interinstitucional para a gestão da educação em serviço.

A proposta apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, supõe a integração entre ensino e serviço, formação e gestão setorial e desenvolvimento institucional e controle social

(Ceccim, 2003; Feuerwerker, 2003). Deste ponto de vista, o gestor federal, proponente da educação permanente em saúde para o SUS, desencadeou um processo de constituição de uma gestão colegiada da educação permanente em saúde. Para o gestor federal do SUS, uma articulação interinstitucional para a educação permanente, com uma gestão colegiada, quebra a regra da verticalidade única e hierarquizada nos fluxos organizativos. Também supera a racionalidade gerencial hegemônica e a tradicional concepção educativa dos treinamentos para pessoal de serviço.

Acreditamos que, com a gestão colegiada (Campos, 2000), como uma roda de co-gestão da educação permanente em saúde, se instituirá novidade aos atores em parceria. Serão viabilizados novos arranjos e estruturas organizativas, que possam estar fortemente comprometidas com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira, segundo uma ética de planejamento e de gestão descentralizados.

Não é demais sugerir que, quando a Constituição Federal incorporou essa ética na lei, emprestou à expressão “regionalização e hierarquização” o sentido da luta política de universalização do direito à saúde: acessibilidade e resolutividade (aproximar ao máximo as ações e serviços de cada população - regionalizar - e elevar ao máximo a capacidade de resposta de cada âmbito da atenção - hierarquizar). A regionalização e a hierarquização devem acontecer sob o desígnio da rede única e sob três diretrizes: comando único por esfera de governo, atendimento integral capaz de enfatizar as ações coletivas da atenção básica e participação organizada da população (Ceccim e Armani, 2002).

É importante destacar que o 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 (Campos, 2000). 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 a imagem do nível revelam subordinação, atentam contra o princípio do Estado configurado em entes federados que se comunicam sem hierarquia (negociam e pactuam) - daí a importância de propor outra relação, que produza outra imagem. Com essa nova imagem, esperamos nova aprendizagem sobre o Estado brasileiro, sobre a capacidade da interinstitucionalidade e sobre a potência da intersetorialidade.

Não há motivos para repetir a hierarquia organizacional da racionalidade gerencial hegemônica, para mudá-la por dentro em seus atos. A gestão colegiada

deve explicitar o compromisso com a mudança, suprimindo a imagem da pirâmide e a noção de níveis de gerenciamento, trazendo para a cena a capacidade de valorizar o potencial de mobilização e de desestabilização das estruturas tradicionais. Quando um município se compromete com a educação, temos novidade de Estado; quando uma instituição formadora se compromete com a gestão da saúde, temos uma novidade de Estado; quando estados se colocam em mediação pedagógica com municípios e instituições formadoras, temos uma novidade de Estado; quando a formação reúne educação superior, educação técnica, educação básica e educação popular, temos enorme novidade de Estado.

As instituições formadoras e os municípios, no caso da formação para a área da saúde, possuem a condição de reconstituírem a si mesmos, pois tradicionalmente um é o campo de exercício do ensino, e o outro o campo de exercício dos serviços. Quanto maior o comprometimento dessas instâncias, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas. A educação em serviço reconhece os municípios como fonte de vivências, autorias e desafios, lugar de inscrição das populações, das instituições formadoras, dos projetos político-pedagógicos, dos estágios para estudantes e de mobilização das culturas. A educação permanente em saúde/educação em serviço contribui para interfaces, interações e intercomplementaridades entre estados e municípios na construção de um sistema único para a saúde, incentivando todos os processos de gestão descentralizada e colegiada do SUS, no tocante à construção e à produção de conhecimento no interesse do SUS. A idéia da locorregionalização vem para contribuir para a localização dos papéis responsáveis da União, dos estados e dos municípios, na montagem de sistemas de saúde com capacidade de atenção integral e humanizada as populações.

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 e contextualizada na realidade concreta onde estão inseridas. A *roda* a ser caracterizada para a gestão colegiada tem natureza política e crítico-reflexiva. Quando os executores das ações passarem a ser cada instituição ou arranjos entre instituições integrantes da *roda*, ou conforme debate nela ocorrido, começará a ruir a concepção de que a boa produção de conhecimento, a boa formação profissional e a boa cooperação técnica possam ser alheias à realidade locorregional e firmadas

numa ciência superior a essa realidade.

A *roda* (reafirmando: articulação interinstitucional e localregional), agora, podemos melhor colocar, não representa apenas um mecanismo mais democrático e participativo de gestão, é um dispositivo de criação local de possibilidades (neste tempo e lugar). Por não ser meramente um arranjo gerencial, lhe cabe cartografar a realidade a que se refere e operar processos pedagógicos de ordenamento da rede de atenção, de permeabilidade às práticas populares, de qualificação das práticas pela integralidade da atenção e de produção de aprendizagens significativas, pela alteridade com as pessoas, histórias de vida e histórias culturais que buscam as ações, os serviços e os sistemas de saúde. A *roda* serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências. É por estarem em *roda* que os parceiros criam possibilidades à realidade, recriam a realidade e/ou inventam realidades segundo a ética da vida que se anuncia nas bases em que são geradas.

A cooperação financeira recupera o objetivo de ampliar os recursos de poder dos grupos condutores da mudança, conferindo-lhes governabilidade para executar ações estratégicas na construção da mudança em seu território específico.

Especificamente em relação ao ensino, o objeto desejável da mudança é menos relativo aos currículos, papel de responsabilidade do setor da educação, e mais dirigido à orientação dos cursos. O apoio à mudança no ensino pode e deveria ter como objetivo o engendramento de novas relações de compromisso e responsabilidade entre as instituições formadoras e o SUS. Novas relações de compromisso e responsabilidade incluem, necessariamente, a implementação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação do grupo de ciências da saúde, por seu modo ímpar de produção. Novamente aqui, há um papel importante do controle social na área da saúde, uma vez que o Conselho Nacional de Saúde interpôs decisivamente sua opinião junto ao Conselho Nacional de Educação, abrindo, de maneira inédita, uma audiência pública com as entidades de ensino das profissões de saúde para a versão final das Diretrizes Curriculares Nacionais (Maranhão e Silva, 2001; Rosenblatt *et al.*, 2001; Costa *et al.*, 2001; Arruda e Siqueira Campos, 2001).

De outra parte, podem e deveriam ser incluídas iniciativas relativas: à participação ativa das instituições formadoras, em projetos localregionais de educação permanente em saúde; ao estabelecimento de projetos de cooperação

técnica para o desenvolvimento de capacidades e competências locais junto aos sistemas, ações e serviços de saúde; à produção de conhecimento relevante para a consolidação e o avanço do SUS desde as bases locais, passando por construções locorregionais, até as bases estaduais e nacional; à construção de um ensino em saúde de maneira articulada e negociada com o SUS. Ainda, deveria ser estabelecida uma agenda de cooperação institucional que contribuísse tanto para o provimento e fixação de profissionais de saúde pelos vários locais de vida em nosso país, como para a qualificação da gestão local e locorregional do SUS em descentralização, por todos os territórios do país.

Com a cooperação técnica, financeira e/ou operacional para as instituições formadoras 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 -, poder-se-ia providenciar, como prevêem a NOB/RH-SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais, o desenvolvimento da orientação ao Sistema Único de Saúde e a perspectiva da multiprofissionalidade e transdisciplinaridade, sob a referência de ampliação da clínica em saúde (o trabalho em equipe, a integralidade da atenção à saúde e a responsabilização da gestão).

A cooperação cumpriria os objetivos de apoiar os processos de mudança, ajudando as instituições formadoras ou atores dessas instituições a terem uma compreensão mais ampla do processo de mudança e de sua condução estratégica. Serviria, também, para alimentar o debate e abrir possibilidades de qualificação em torno de temas importantes para a mudança, tais como: ampliação da clínica, trabalho em equipes multiprofissionais e transdisciplinares, metodologias ativas de ensino-aprendizagem e metodologias de avaliação da educação permanente.

Se, por um processo de adesão, forem mobilizadas as instituições formadoras, então poder-se-ia captar a inclusão de cursos de todas as carreiras de saúde interessadas e em condições de aderir à proposta de mudança. A pactuação de compromisso com as carreiras das áreas de humanidades e de gestão pública poderia, ainda, ampliar o desenvolvimento da abordagem sobre saúde e sociedade, planejamento e administração, epidemiologia social e saúde das populações, estabelecendo a realidade do trabalho interinstitucional e intersetorial.

6. Conclusão

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras, na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

A noção de gestão colegiada, mecanismo de gestão proposto pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, para a educação em serviço, faz com que todos sejam convidados a participar de uma operação conjunta em que usufruem do protagonismo e da produção coletiva. Sai a arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da *roda*. Sem a pirâmide composta por uma base larga de municípios, depois os estados nos níveis intermediários e, no topo, a União - um desenho clássico de comando -, abre-se o desafio que permite a entrada das instituições formadoras, do movimento estudantil e do movimento popular. Todos os que *entram na roda* têm poderes iguais sobre o território de que falam. A União e os estados teriam que problematizar para si a função de coordenação descentralizadora e os municípios e as instituições formadoras teriam a função execução significativa para o sistema e não para a produtividade intelectual e assistencial. Enquanto os últimos são os lugares de produção da atenção aos grupos sociais territorializados, os anteriores são os apoiadores de ativação para que essa atenção seja integral e resolutiva.

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde - ensino / gestão setorial / práticas de atenção / controle social - propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados.

Uma política de educação assim terá, sabemos, muita dificuldade de aceitação e compreensão pelo Estado instituído nas nossas políticas públicas administrativas vigentes. Na tecnoburocracia dura ou leve com que convivemos nas consciências atuais de dirigentes, docentes e/ou conselheiros de saúde, o

esforço é ainda maior: não falamos de um artifício arquitetônico, falamos de uma dinâmica. Uma dinâmica instaura a decisão e a avaliação *em moto contínuo*: está em questão a responsabilidade e não a formalidade. A *roda*, o dispositivo de gestão dessa anunciada formação, não preexiste ao seu arranjo em movimento. Assim, é na instabilidade (ou metaestabilidade) que serão tentados os acordos provisórios. Um processo de valorização, ativação e mutação das potências locais não pode originar atos desde as capacidades instaladas, mas desde as capacidades em processo de reinvenção, de descoberta e até em auto-análise. O movimento da roda terá de ser o de seguir e respeitar multiplicidades, em busca de resultados responsáveis.

Como viabilizar, desde o Estado instituído, a cooperação técnica, financeira e operacional com instâncias estratégicas em estado de potência, em vias de se fazer ou de se tornar, isto é, em estado instituinte, é a tarefa *da hora* e, provavelmente, de um novo ensaio.

É da imagem de futuro que temos, que percebemos a necessidade de o controle social assumir ativamente o papel de agente responsável por pleiteá-lo. É da democracia em ato - exercício do controle social - que a novidade de Estado anunciada pelo sistema de saúde brasileiro tem sua potencialidade mobilizada em realidade, em específico no caso da formação para a área da saúde.

Referências

ARRUDA, I. K. G.; SIQUEIRA CAMPOS, F. A. C. Novas diretrizes curriculares para o ensino de nutrição. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 2001, p. 291-304.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 198/2004*, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: < www.saude.gov.br/sgtes >

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Gestão da educação em saúde coletiva e a gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). *Tempo de inovações*: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002, p. 143-161.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Observação da educação dos profissionais da saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil*: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 343-372.

CECCIM, R. B. Ensino, pesquisa e formação profissional na área da saúde: entrevista. *Formação*, v. 3, n. 7, p. 113-120, jan./abr. 2003.

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.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CÔRTEZ, S. M. V. As origens da idéia de participação na área da saúde. *Saúde em debate*, n. 51, p. 30-37, 1996.

_____. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, n. 7, p. 18-49, jun. 2002.

_____. Fóruns participatórios na área da saúde: teorias do Estado, participantes e modalidades de participação. *Saúde em debate*, n. 49/50, p. 73-79, 1996.

COSTA, H. O. G. *et al.* Novas diretrizes curriculares para o ensino de enfermagem. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 2001, p. 279-290.

DELEUZE, Gilles. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

FERLA, A. A. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia de idéias oficiais e idéias populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas*. 2002. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da Abeno*, v. 3, n. 1, p.24-27, jan./dez. 2003.

FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS C. M.; ALMEIDA, M. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington: OPS/OMS, 1994.

KUNKEL, M. B. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa, 2002, p. 195-202.

MARANHÃO, Éfrem de Aguiar e SILVA, Fernando Antônio Menezes da. Formação médica: novas diretrizes curriculares e um novo modelo pedagógico. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 2001, p. 153-168.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Praxis en salud: un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In:

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 117-160.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Praxis en salud: un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

ROSENBLATT, A.; OLIVEIRA e SILVA, E. D.; CALDAS JR., A. F. Novas diretrizes curriculares para o ensino de odontologia. In: ARRUDA, B. K. G. (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 2001, p. 263-278.

SERRES, M. *Filosofia mestiça: le tiers instruit*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

SILVA, R. R.; BRANDÃO, D. Os quatro elementos da avaliação. *Olho Mágico*, v. 10, n. 2, p. 59-66, abr./jun. 2003.

NOTAS

¹ Mestre e doutor em Educação e Saúde, professor de Educação em Saúde, Programa de Mestrado e Doutorado em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

² Mestre e doutora em Saúde Pública; pesquisadora da Rede Unida; coordenadora de Ações Estratégicas de Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

³ É o caso da reforma universitária.

⁴ Sobre o tema da autonomia universitária, convém lembrar que, durante os anos da ditadura, o movimento estudantil disputava fortemente a autonomia, entendendo-a como preservação da liberdade de pensamento na produção de conhecimento e formação das novas gerações profissionais. Estava em questão a preservação da escuta da sociedade, suas necessidades e mutações da cultura; nunca a independência e descolamento da sociedade e de seus fóruns democráticos de formulação e participação direta; em hipótese alguma a dissociação com as lutas e causas sociais.

⁵ Serres se refere a sua obra anterior, *Eclaircissements* (1992).

⁶ Propomos a Atenção Integral à Saúde como noção à aceitação ativa das histórias de vida, familiares e culturais na conformação das necessidades de saúde e na configuração dos estados singulares de adoecimento de cada pessoa para o conjunto da rede de serviços e não apenas na atenção básica. Implica que todo o sistema de saúde seja capaz de acolher (respeitar, valorizar e compreender) e responsabilizar-se (responder com qualidade em alguma medida e dar garantia de proteção à saúde) pelas necessidades dos usuários e não apenas por diagnosticar e tratar segundo os padrões técnicos definidos pelos profissionais e pelos serviços, como numa hierarquia dos problemas anátomo-clínicos e/ou fisiopatológicos. A noção ou imagem de uma cadeia do cuidado progressivo

à saúde propõe, então, a garantia do acesso a todas as tecnologias disponíveis para enfrentar as doenças e prolongar a vida, pensando o sistema de saúde desde a atenção básica até o hospital universitário e a articulação entre todas as ações e serviços. A população jamais *flui* de forma organizada entre os serviços, e a formalização da referência e contra-referência jamais se coaduna com a realidade das pessoas e dos serviços. Não há por que idealizar essas condições e sistematicamente negar a realidade, as crenças e os valores, impondo fluxos obrigatórios e responsabilizando sempre os outros âmbitos pela insuficiência da atenção de saúde em cada esfera da assistência. O que se observa em geral nas propostas de *hierarquia de complexidade crescente* é uma postura prescritivista e um racionalismo funcionalista, como se para todas as pessoas a compreensão do sistema de saúde fosse a mesma e os padrões de adoecimento fossem os mesmos. Em todos os âmbitos das ações e serviços de saúde, deve-se ter a preocupação com a necessidade de oferecer informação e conhecimento suficiente para que as pessoas possam alcançar a máxima autonomia no seu próprio cuidado e na relação com os profissionais e com os serviços de saúde. Devem ter acesso ainda a todas as tecnologias de saúde - os *cuidados progressivos de uma tecnologia a outra, mas em uma cadeia de cuidados*, não em uma rede de encaminhamentos em que cada profissional ou serviço que encaminha se desresponsabiliza, acusa outros âmbitos ou se considera dispensado da escuta à pessoa. A participação dos usuários, e não o racionalismo burocrático, deve ter poder disciplinador sobre os vários desenhos organizativos da atenção e sobre as condições de estruturação do sistema.

⁷ A NOB/RH-SUS é um documento referencial para informar a ação normativa do SUS. Pertence à deliberação do Conselho Nacional de Saúde e recomenda à Comissão Intergestores Tripartite a elaboração de uma Norma Operacional Básica de caráter nacional para a gestão do trabalho e da educação no SUS, bem como o encaminhamento dessa carta de princípios e diretrizes às Comissões Intergestores Bipartites, para as adequações às realidades estaduais e regionais. A elaboração desse instrumento foi decisão do Conselho Nacional de Saúde, decorrente dos debates e resoluções da 10ª Conferência Nacional de Saúde, também para a área de *recursos humanos*, e propôs instrumentos normativos com capacidade de orientar a gestão do sistema de saúde. Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, deliberou-se a necessidade de agregar gestores, trabalhadores e formadores em debate para o aperfeiçoamento de tal instrumento referencial.

ABSTRACT

A Four-Way Approach to Training in the Health Field: Teaching, Management, Care, and Social Control

This article presents the concept of a four-way approach to training in the health field, based on teaching, management, care, and social control. Based on an experiment under way as a training policy for the Unified National Health System (SUS), the authors seek to formulate a toolbox theory allowing a critical analysis of the education that has been implemented in the Brazilian health sector and the establishment of challenging paths for training. The image of a four-way training approach fosters the development and organization of health education as an integral part of health system management, reshaping the image of health management and health care services and enhancing social control.

Key words: Continuing health education; health workers' education; health training and practices; health training policy-making; teaching in health.

Recebido em: 12/04/2004.

Aprovado em: 03/05/2004.