



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

GÉSSICA ALANNE CLAUDINO VALENTIM

**POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E
APARELHOS MULTILATERAIS DE HEGEMONIA: CONTRARREFORMAS E
CONTRADIÇÕES EM TEMPOS ULTRANEOLIBERAIS**

CAMPINA GRANDE

2023

GÉSSICA ALANNE CLAUDINO VALENTIM

**POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E
APARELHOS MULTILATERAIS DE HEGEMONIA: CONTRARREFORMAS E
CONTRADIÇÕES EM TEMPOS ULTRANEOLIBERAIS**

Trabalho de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social, Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva.

CAMPINA GRANDE

2023

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

V156p Valentim, Géssica Alanne Claudino.
Política nacional de educação permanente em saúde e aparelhos multilaterais de hegemonia: contrarreformas e contradições em tempos ultraneoliberais. [manuscrito] / Géssica Alanne Claudino Valentim. - 2023.
180 p.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2023.
"Orientação : Profa. Dra. Alessandra Ximenes da Silva, Departamento de Serviço Social - CCSA. "
1. Imperialismo. 2. Aparelhos multilaterais de hegemonia.
3. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 4. Contrarreformas. I. Título

21. ed. CDD 362.1

GÉSSICA ALANNE CLAUDINO VALENTIM

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E APARELHOS
MULTILATERAIS DE HEGEMONIA: contrarreformas e contradições em tempos
ultraneoliberais

Trabalho de Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Serviço
Social.

Área de concentração: Serviço Social,
Estado, Trabalho e Políticas Sociais.

Aprovada em: 31/08/2023.

BANCA EXAMINADORA



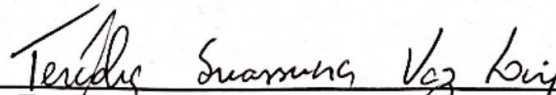
Prof.^a Dra. Alessandra Ximenes da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Documento assinado digitalmente

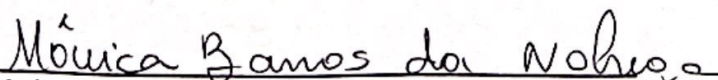
gov.br

PAULETTE CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
Data: 26/09/2023 11:54:40-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.^a Dra. Paulette Cavalcanti Albuquerque (Examinadora Externa)
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (UPE)



Prof.^a Dra. Terçália Suassuna Vaz Lira (Examinadora Interna)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dra. Mônica Barros da Nóbrega (Examinadora Interna Suplente)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos que estiveram do meu lado, estimulando, compreendendo a dedicação que o momento exigia e apoiaram nessa caminhada de vida até a chegada dessa escrita. Em especial...

A minha filha, Ana Maria, e ao meu companheiro, Daniel, por todo o amor do dia a dia.

A minha (Dona Graça), as minhas irmãs (Glécia, Glênia e Gennifer) e toda a minha família, que tanto me honram as raízes, são representadas aqui em nome da matriarca D. Maria de Nodécio, minha avó (que não está mais entre nós). Também a família que me acolheu depois de grande, represento todes em nome das matriarcas, minha sogra, Ester, e a bisa, D. Dercy. Saibam que mesmo com os quilômetros de distância estiveram sempre presentes.

Aos colegas que cruzei nos espaços formativos, socioocupacionais e de lutas. Sem dúvidas, neste trabalho exala um pouco dos companheiros do NASF, da FUNAD, do CEFOR, dos plantões no “Trauminha” e do “Regional de Caruaru” (nas terças de setembro de 2022), e aos contemporâneos da UFPB. Também os colegas dos projetos que participei, Planteq, Tutoria do Curso de Gestão de Redes Microrregionais de Saúde, Tutoria do EPS em Movimento e a gestão na Paraíba do Projeto Caminhos do Cuidado. Sou grata a todes, por serem nessas estações que o objeto de pesquisa aqui trabalhado brotou, foi guardado por alguns anos e executado no período até então mais delicado da história recente do nosso país. Aguardar esse tempo foi muito importante.

Ao professor Dr. Rafael Carvalho, da UFPB, que aceitou ser meu supervisor de Estágio Docência, por compartilhar os bastidores da docência em Serviço Social, pelas trocas dos processos de ensino-aprendizagem e confiança.

As professoras do PPGSS da UEPB, casa que retornei mais de década depois, em especial à Professora Dra. Alessandra, minha orientadora, que durante a disciplina “Estado, direitos sociais e política sociais” e no Núcleo de Pesquisa e Práticas Sociais (NUPEPS), plantou a semente da lente aqui trabalhada. Agradeço por todo o respeito, atenção dada a particularidade deste trabalho e a mim. Terei sempre como referência de autora, professora, militante e pessoa humana.

A Banca Examinadora que desde a qualificação deu um norte, afirmando a importância do objeto de estudo aqui trabalhado. Agradecida pelas contribuições.

Por fim, gratidão aos que se dispõem a ler este trabalho, sendo o que de fato faz sentido toda a dedicação e tempo despendido. Realizem bom proveito!

*“Revolução não é história
Revolução não é memória
Revolução é um ato
que se pratica agora”*

IASI, L. M. REVOLUÇÃO.

RESUMO

O estudo trata de resultado de pesquisa cujo objetivo foi analisar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a partir da relação entre a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, no período de 2016 a 2020. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, regulamentada pela Portaria N.º 1.996/2007, é uma política social complexa com objetivo promover mudanças de práticas e cuidado nos serviços do Sistema Único de Saúde. Esta política sofre influências dos aparelhos multilaterais de hegemonia como a Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, que fazem parte do aparelhamento do capitalismo imperialista, atuam para perpetuar o poder da burguesia apresentando como alternativas políticas de austeridade fiscal, desregulamentação, desfinanciamento e privatização, representado na saúde o Projeto Privatista. No âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o contexto não difere e por isso nos debruçamos nos relatórios técnicos dos Termos de Cooperação firmados entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde para conhecer as particularidades da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em meio as relações multilaterais estabelecidas. Com o uso do método dialético de Marx, realizamos pesquisa bibliográfica e documental, chegando aos seguintes resultados: os Termos de Cooperação, contraditoriamente foram essenciais para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e demais ações de gestão do trabalho e educação em saúde desde sua criação até os dias atuais; embora seja considerada fundamental para o Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é colocada em situação de fragilidade, sem repasse de recursos regulares, ficando a mercê das gestões estaduais, municipais e da iniciativa de trabalhadores e Instituições de Ensino; em 2018 ocorreu uma tentativa de modificação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, mas teve resistências permanecendo as diretrizes da Portaria de implementação; no mesmo período, a Educação Interprofissional é apresentada como uma “alternativa”, pela via de interferências diretas dos aparelhos multilaterais de hegemonia; e, durante a pandemia da COVID-19, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde contribuiu para qualificar trabalhadores da saúde, mas também serviu para auxiliar o projeto ultraneoliberal do governo que estava no poder naquele período. Por fim, a pesquisa mostrou que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma política potente e essencial para avançar com o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, sendo fundamental reconhecer suas contradições e que ela não está imune aos interesses do capitalismo imperialista. Sendo a luta de classes o fio condutor da história, na disputa pela hegemonia, a formação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde é essencial se tivermos vistas a emancipação humana.

Palavras-Chave: Imperialismo; Aparelhos multilaterais de Hegemonia; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; Contrarreformas.

RESUMEN

El estudio es resultado de una investigación cuyo objetivo fue analizar la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, a partir de la relación entre la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud, del 2016 al 2020. La Política Nacional de La Educación Permanente en Salud, regulada por la Ordenanza nº 1.996/2007, es una política social compleja que tiene como objetivo promover cambios en las prácticas y cuidados en los servicios del Sistema Único de Salud, influenciada por aparatos multilaterales de hegemonía como el La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, que son parte del aparato del capitalismo imperialista, actúan para perpetuar el poder de la burguesía presentando la austeridad fiscal, la desregulación, la desfinanciación y la privatización como alternativas políticas, representadas en la salud por el Proyecto Privatista. En el ámbito de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, el contexto no es diferente y por eso nos fijamos en los informes técnicos de los Términos de Cooperación firmados entre el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud para conocer las particularidades de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud en medio de las relaciones multilaterales establecidas. Con el uso del método dialéctico de Marx, realizamos una investigación bibliográfica y documental, llegando a los siguientes resultados: los Términos de Cooperación, contradictoriamente, fueron fundamentales para la implementación de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud y otras acciones de gestión del trabajo y la salud. la educación desde su creación hasta la actualidad; si bien se considera esencial para el Sistema Único de Salud, la Política Nacional de Educación Permanente en Salud se encuentra en una situación frágil, sin transferencia de recursos regulares, estando a merced de las administraciones estatales y municipales y de la iniciativa de los trabajadores e Instituciones de Enseñanza. ; en 2018 se intentó modificar la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, pero hubo resistencias, manteniéndose los lineamientos de la Ordenanza de Implementación; en el mismo período, la Educación Interprofesional se presenta como una “alternativa”, mediante la injerencia directa de los dispositivos multilaterales de hegemonía; y, durante la pandemia de COVID-19, la Política Nacional de Educación Permanente en Salud contribuyó a capacitar a los trabajadores de la salud, pero también sirvió para ayudar al proyecto ultraneoliberal del gobierno que estaba en el poder en ese momento. Finalmente, la investigación demostró que la Política Nacional de Educación Permanente en Salud es una política poderosa e imprescindible para avanzar con el proyecto de Reforma Sanitaria brasileña, siendo fundamental reconocer sus contradicciones y que no es inmune a los intereses del capitalismo imperialista. Como la lucha de clases es el hilo conductor de la historia, en la disputa por la hegemonía, la formación de los trabajadores del Sistema Único de Salud es fundamental si tenemos una mirada hacia la emancipación humana.

Palabras llave: Imperialismo; Aparatos Multilaterales de Hegemonía; Política Nacional de Educación Permanente en Salud; Contrarreformas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese dos Termos de Cooperação que abordaram a gestão da educação para o trabalho no SUS;

Quadro 2 - Síntese de informações do Termo de Cooperação n.º 57;

Quadro 3 - Resultados esperados pelos Termos de Cooperação;

Quadro 4 - Estratégias no âmbito da Gestão do Trabalho

Quadro 5 - Principais atividades do Termo de Cooperação n.º 57 nos anos 2016 a 2018

Quadro 6 - Síntese das metas a partir dos resultados previstos no Termo de Cooperação n.º 102 nos anos 2018 a 2020.

Quadro 7 - Principais ações da “retomada da EPS” expressas no Termo de Cooperação n.º 57 no ano de 2017.

Quadro 8 - Principais ações da “retomada da EPS” expressas no Termo de Cooperação n.º 57 no ano de 2018

Quadro 9 - Síntese das ações/estratégias impulsionadoras a respeito da Educação Interprofissional no Brasil a partir dos registros nos relatórios do Termo de Cooperação n.º 57

Quadro 10 - Síntese das ações/estratégias impulsionadoras a respeito da Educação Interprofissional no Brasil a partir dos registros nos relatórios do Termo de Cooperação n.º 102.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CADRHU	Projeto Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos
CEFOR-RH	Centro Formador de Recursos Humanos na Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIES	Comissões de Integração Ensino Serviço
CIR	Comissões Intergestoras Regionais
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COBEM	Congresso Brasileiro de Ensino Médico
CONARES	Conselho Nacional de Representantes Estaduais
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EAD	Ensino à distância
EC	Emenda Constitucional
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde

ESP	Escola de Saúde Pública
ETSUS	Escola Técnica do SUS
FAIMER	Fundação para o Avanço da Educação e Pesquisa Médica Internacional
FENEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
GERUS	Projeto Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS
ICOS	Instituto Coalisão Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MNNP-SUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
MS	Ministério da Saúde
ObservaRH	Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSs	Organizações Sociais
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado
Palop	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PAREPS	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PCCS-SUS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS
PDRE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PMM	Programa Mais Médicos
PMpB	Programa Médicos pelo Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PP	Partido Progressista
PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PROGESUS	Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
PROMED	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, o incentivo às mudanças curriculares dos cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSBE	Portal Saúde Baseado em Evidências
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REBETIS	Rede Brasileira de Educação Interprofissional em Saúde
REVALIDA	Revalidação de diplomas
RHS	Recursos Humanos em Saúde;
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSPA	Programa de Pasantia Directivos Del Sus
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Cooperação
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
TMD	Teoria Marxista da Dependência
UNA-SUS	Sistema Universidade Aberta do SUS

UNESP	Universidade Estadual Paulista
USP	Universidade de São Paulo
VER-SUS	Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 2 – REPRODUÇÃO DO CAPITAL NO IMPERIALISMO, APARELHOS MULTILATERAIS DE HEGEMONIA E IMPLICAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO	22
2.1 Capitalismo imperialista, crise do capital e os aparelhos multilaterais de hegemonia	24
2.2 Particularidades do Brasil: “questão social”, política social de saúde e projetos de saúde	41
2.3 Banco Mundial, OMS E OPAS: aparelhos multilaterais de hegemonia e suas contribuições para o avanço da contrarreforma da política de saúde brasileira	52
CAPÍTULO 3 – POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DOS ANTECEDENTES AOS TERMOS DE COOPERAÇÕES COM OS APARELHOS MULTILATERAIS DE HEGEMONIA	66
3.1 Ancestralidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: do que estamos tratando?	67
3.2 PNEPS: Da instituição até a crise nos dias atuais	80
3.3 Considerações acerca das relações multilaterais para a materialização da PNEPS: os Termos de Cooperação	93
CAPÍTULO 4 - AS CONTRADIÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NOS ANOS 2016 A 2020	104
4.1 A importância dos Termos de Cooperação para a implementação da PNEPS	105
4.2 PNEPS e ultraneoliberalismo: uma ênfase nos anos entre 2016 a 2020	123
4.2.1 Retomada da EPS para quem?	140
4.2.2 O caso da interprofissionalidade	149
4.3 PNEPS em tempos de COVID-19	158
CONSIDERAÇÕES APROXIMATIVAS	168
REFERÊNCIAS	173

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta o fruto da pesquisa realizada durante o mestrado em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba, a qual visou analisar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a partir da relação entre a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e o Ministério da Saúde (MS), no período de 2016 a 2020.

Consideramos como primeira premissa o fato da PNEPS por ser uma política social é complexa, limitada e, conseqüentemente, contraditória (BOSCHETTI, 2018), não estando isenta das mudanças políticas, sociais e econômicas que ocorrem na sociedade (LEMOS, 2010; 2016), logo, influencia e é influenciada por essas mudanças. Em segundo lugar, a PNEPS reflete e, portanto, pode ser considerada um campo de batalha para projetos variados, como o Projeto de Reforma Sanitária, o Projeto Privatista e o Projeto SUS Possível, atendendo às necessidades decorrentes dos anseios do trabalho e do capital (SOARES, 2020; SILVA, 2013)

O nosso interesse em pesquisar a Educação Permanente em Saúde (EPS) não é de hoje, carrega o acúmulo de experiências diversas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como apoio matricial, assistente social na Atenção Básica e em Hospitais de Urgência e Emergência, formadora e gestora, mas também o olhar de usuária e estudante de processos formativos no âmbito do SUS. Um dos grandes impulsos para a construção deste objeto de estudo foi durante a experiência na gestão da Política de EPS, na Coordenação Estratégica, no Centro de Formação de Recursos Humanos (CEFOR-RH) da Paraíba, nos anos de 2013 até o ano de 2016. Nesta vivência foi possível acompanhar de perto os bastidores da PNEPS, os trabalhos das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), os projetos de formação para os trabalhadores de saúde e também as articulações com os gestores nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e em alguns momentos na Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Atualmente, trabalhando como assistente social no Núcleo de Assistência Estudantil em uma Instituição de Ensino Superior, o tema continua inquietando e a cada dia tem se tornado mais perceptível a importância da EPS para o fortalecer o SUS e o Projeto de Reforma Sanitária

Brasileiro.

A PNEPS trata do campo da reprodução do cuidado e da atenção em saúde, com implicação direta na atuação profissional, nas decisões dos trabalhadores, formadores, controle social e gestores do SUS. Assim, parece suscetível por tender a reproduzir a defesa do projeto ético-político que o sujeito que desenvolver suas ações estiver alinhado. Por este motivo, consideramos aqui a importância de debater esse tema no sentido de fortalecer o SUS, na condução historicamente construída pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, em especial, o projeto alinhado à luta da classe trabalhadora.

Emblematicamente, de 2016 para cá ocorreram mudanças na política de saúde e, embora a EPS seja foco de várias pesquisas acadêmicas e publicações, encontramos poucas pesquisas no que diz respeito a análise da PNEPS em sua relação com a totalidade social, compreendendo-a em uma perspectiva macrossocial, especialmente do método crítico dialético. Logo, compreendemos que tais processos exigem análise crítica a fim de desvendarmos o que vem ocorrendo com a política de formação dos trabalhadores de saúde, em especial com as parcerias que vem se estabelecendo entre a OPAS e o Ministério da Saúde.

Fernandes (2016) lembra não haver como pensar em formação de trabalhadores sem considerar as condições em que este trabalho se realiza, pois a PNEPS está vinculada ao processo de trabalho no SUS e aos seus trabalhadores (FERNANDES, 2016), possui múltiplas determinações, afeta e é afetada pelas condições concretas da realidade. A PNEPS é situada em um contexto de contrarreformas, dentre as quais destacamos a aprovação da Emenda Constitucional n.º 95, em 2016, que institui o novo regime fiscal e que cria um teto dos gastos para as políticas sociais, entre elas a saúde (BEHRING, CISLAGHI, SOUZA, 2020).

No curso histórico, outra constatação emblemática que subsidiou nossa aproximação com a PNEPS, foi o movimento ocorrido entre 2017 – 2018, quando a PNEPS passou por um processo de reavaliação, repercute na elaboração de novos planos de EPS e descentralização de recursos para os estados (BRASIL, 2018). Portanto, como são estratégias recentes, são poucos os estudos que analisam o

sentido e repercussão desse processo. Além disso, em 2020, com a pandemia da COVID-19, a Política de Saúde, assim como seus trabalhadores e processos de trabalho, foram afetados de forma significativa, o que requer uma análise mais aprofundada desses impactos na política de formação dos trabalhadores de saúde do SUS, especialmente considerando que o governo tem um “discurso que submete a defesa da vida à economia” (BEHRING, CISLAGHI, SOUZA, 2020. p. 106). No entanto, cabe lembrar que a PNEPS por ser uma política social, foi criada para atender necessidades específicas no capitalismo e, por isso, possui limites, mas, por outro lado, as políticas não podem sair de vista da luta dos trabalhadores, uma vez que representam conquistas, estratégias imprescindíveis para a melhoria das condições de vida dessa classe (BEHRRING, 2020).

De toda forma, consideramos que o foco da PNEPS trata da formação de trabalhadores de saúde, que atuam diretamente com as condições de vida da classe trabalhadora nos serviços do SUS, é essencial para fortalecer não só do SUS, mas também para a melhoria dos serviços prestados diretamente à população. No entanto, a materialização desta Política, embora tenha particularidades, tem sido fruto de parcerias internacionais, em especial com a OPAS/OMS. Desde o início das parcerias firmadas entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde no que diz respeito a gestão e educação para o trabalho no SUS, os TCs n.º 08, n.º 41, n.º 57 e n.º 102. Este último, n.º 102, possui título de “Fortalecimento da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para o SUS: para alcançar o acesso à Saúde Universal” e está em vigência desde 2018, tendo prazo de validade até 2023. Aqui problematizamos que, embora as parcerias internacionais apontem sobremaneira grandes vantagens para os países dependentes envolvidos ou cooperados, historicamente, as análises a respeito dos organismos multilaterais apresentam que por trás dessas “colaborações” estão os interesses aliados ao grande capital (IANNI, 1975; FONTES, 2010; SANTOS, 2020). Nesse sentido, analisamos essas relações no que diz respeito a PNEPS.

Isto posto, nos debruçamos sobre o seguinte problema: **sendo a PNEPS uma política de saúde voltada para a formação dos trabalhadores do/para o SUS, como a OPAS/OMS vem orientando e quais são as implicações nesta Política nos anos de 2016 a 2020?**

O recorte temporal 2016 – 2020 foi considerado, uma vez que como apresentamos, tivemos neste período profundas mudanças no cenário desta Política no Brasil e, sobretudo, segundo o relatório do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), foi em 2016 que a OPAS/OMS reativou a discussão das políticas de educação em saúde. Ainda neste período tivemos o encerramento do TC n.º 57 que durou dez anos e o início do TC n.º 102 em vigência na atualidade, o que nos dará um olhar interessante e estratégico quanto às possíveis interferências da OPAS/OMS na PNEPS.

Compreenderemos esse problema a partir do seguinte objetivo geral “Analisar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a partir da relação entre a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, no período de 2016 a 2020”. Elencamos como objetivos específicos: 1) Aprender o processo de construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; 2) Identificar as principais estratégias de EPS impulsionadas/desenvolvidas por intermédio dos instrumentais de Cooperação Técnica; e 3) Desvelar o direcionamento da execução financeira destinada para estratégias de EPS nos instrumentais de Cooperação Técnica.

Infelizmente, não foi possível alcançar o último objetivo específico diante da complexidade que as análises foram mostradas, o que demandaria maior tempo para análise desse direcionamento, sendo necessário mais estudos a respeito.

Isto porque, nos orientamos pelas categorias de totalidade, mediação e contradição do Método de Marx, concordamos com Boschetti (2018) que este é o “único capaz de decifrar a essência dos fenômenos sociais na sociabilidade capitalista” (P. 75). Compreendemos que, o método de Marx não é uma receita, menos ainda um passo a passo a ser aplicado, ao ser “a realidade objetiva (o objeto), no seu modo próprio de ser, que indicará quais devem ser os procedimentos metodológicos” (TONET, 2013. p. 112). Assim, na realidade objetiva foi necessário priorizar os dois primeiros objetivos, mas analisamos que não comprometeu o alcance do Objetivo Geral.

O método proposto por Marx trata de uma apreensão de um objeto real, concreto, que está inserido em uma totalidade (TONET, 2013; NETTO, 2011) por

isso, cada objeto possui um caminho e “quanto mais verdadeiro for o conhecimento que se tem do objeto, maior será a probabilidade de atingir o fim pretendido [...] reproduzir a realidade como ela é, em si, do modo mais fiel possível” (TONET, 2013. p. 101). Com isso partimos da realidade concreta, do conhecimento acumulado historicamente, e reconhecemos que

A realidade social é o resultado de atos dos indivíduos singulares. Esses atos, que são teleológicos, isto é, intencionalmente orientados, dão origem a uma realidade objetiva que já não é teleológica, mas cujo envolver é regido por leis do tipo causal. [...] Essas leis são históricas, isto é são mutáveis, resultantes da atividade humana e, em sua maioria, válidas apenas para cada um dos modos de produção. O fato de serem históricos, porém não lhes retira o caráter da causalidade. [...] a história não é um processo inevitável e, portanto, que seu desdobramento não pode ser previsto de modo absoluto (TONET, 2013. p. 102).

Segundo Guerra (2009) a realidade é complexa e só pode ser apreendida pela aparência que, por sua vez, esconde a essência do que na realidade ela é, mas que, sem ela, não conseguimos chegar à essência. A essência, como nos lembra Netto (2011), só pode ser percebida no seu oposto, no confronto do aparente, pois não se dá imediatamente. Nas palavras de Guerra,

É no confronto destas forças em oposição na realidade (aparência/essência, mudança/permanência, imediato/mediato, velho/novo, etc.) que o método dialético vai permitindo ao sujeito realizar a síntese, como um movimento de apreensão do real por meio da luta dos opostos. O que é importante citar é que deste movimento dialético, dado pelos vetores negativos que entram em contradição, a realidade se coloca tanto como possibilidades quanto como restrição de possibilidades (2009, p. 711).

Nesse sentido, buscamos “apreender a essência partindo da aparência [...] capturando a sua estrutura, a dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese” (NETTO, 2011. p. 22). Em nossa pesquisa, tomamos a mediação como uma forma de apropriação, de captação e aproximação do nosso objeto como ele é em sua essência (GUERRA, 2009; TONET, 2013). Pois, a mediação do objeto, como nos dizem Guerra (2009), Behring e Boschetti (2016), não é um processo fragmentado, pelo contrário, é articulado e faz parte da apreensão da dimensão da totalidade que o envolve.

Assim, com efeito, situamos a PNEPS na realidade social e buscamos uma aproximação com o objeto e conhecer os elementos que “são necessários para atingir o objetivo almejado” (TONET, 2013). Ou seja, consideramos as dimensões que compõem a realidade: singularidade, universalidade e particularidade (GUERRA, 2009; NETTO, 2011; TONET, 2013). Para tanto, em nossa pesquisa foi necessário realizar pesquisa bibliográfica e pesquisa documental.

Como universo da nossa pesquisa bibliográfica consideramos as seguintes categorias e/ou conceitos: Imperialismo, Neoliberalismo, Contrarreforma na política de saúde, Aparelhos multilaterais de hegemonia, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A partir da melhor compreensão dessas categorias realizamos dois movimentos. Um primeiro de compreensão da conjuntura política, econômica, social e das relações sociais no modo de produção capitalista, a partir de análises de autores com alinhamento teórico-metodológico do campo marxista, que nos fundamentou na apreensão do objeto em sua totalidade. E, um segundo, que compreendeu a análise da PNEPS e da Cooperação da OPAS/OMS com o Ministério da Saúde, disponíveis nas bases de dados brasileiras.

No que diz respeito ao recorte temporal, delimitamos o período de 2016 a 2020, uma vez que, como dissemos, neste período ocorreram profundas mudanças no cenário da PNEPS e, sobretudo, segundo o relatório do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), foi em 2016 que a OPAS/OMS reativou a discussão das políticas de educação em saúde. Ainda neste período tivemos o encerramento do TC n.º 57 que durou dez anos e o início do TC n.º 102 em vigência na atualidade, o que nos deu um olhar interessante e estratégico quanto às interferências da OPAS/OMS na PNEPS.

No que se refere aos documentos ou normativas legais analisados, utilizamos as produções normativas a respeito da EPS elaboradas e publicadas pelo Ministério da Saúde e pela OPAS/OMS, de acordo com cada objetivo específico. No que diz respeito a apreender o processo de construção da PNEPS, analisamos com destaque as Portarias GM/MS n.º 198/2004 e N.º 1.996/2007, o Manual de Normas e Orientações para a Cooperação Técnica Internacional com a OPAS/OMS, de 2013, e o documento “*Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*” de 2018, entre outras. A fim de analisar as

principais estratégias de EPS impulsionadas/desenvolvidas pelos instrumentos de Cooperação Técnica entre os anos de 2016 e 2020, analisamos os TC n.º 57 e n.º 102, o Relatório Final do TC n.º 57 e os Relatórios Técnicos anuais dos TCs n.º 57 e n.º 102 referentes ao período de 2016 a 2020.

No percurso da pesquisa também foi necessário realizar alguns ajustes, em consequência da realidade encontrada, de forma que, nossa pretensão inicial era analisar os Termos de Cooperação, algumas Cartas Acordos, resultado da Cooperação, mas, tivemos que nos contentar com os relatórios de execução, são eles: O Relatório Final do TC N.º 57 e os relatórios técnicos anuais dos anos 2016, 2017, 2018 e 2020. Isto porque, embora na página da OPAS conste um arquivo referente ao relatório de 2019, ao baixarmos o documento e abriremos, nos deparamos com o Relatório Técnico Semestral do 1.º semestre de 2020. Mesmo que tenhamos buscado o acesso, nossa análise dos relatórios ficará com essa lacuna. No entanto, as demais buscas, não nos apresenta nenhuma atividade de grande porte neste período.

Os documentos foram pesquisados nos sítios eletrônicos da OPAS/OMS e Ministério da Saúde, e, no caso, no Relatório Técnico Anual de 2019, solicitado diretamente pelo Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC), por meio da Plataforma Fala.BR e ainda por meio das redes sociais.

No que diz respeito ao levantamento das bibliografias e documentos, filtramos entre os materiais os que possuem afinidade com nossa pesquisa. Em seguida, realizamos a leitura seletiva do material (GIL, 2002), quando identificamos o que seria utilizado ou não na pesquisa. Na sequência, fizemos leituras analíticas e interpretativas (GIL, 2002) sucessivas desse material selecionado, a fim de situar nosso objeto na totalidade, para além do imediato, decifrando o que está atrás do aparente.

Somente após esse processo que realizamos uma síntese das relações, mediações, considerando as particularidades de nosso objeto, o que nos permitiu estabelecer relações entre o que foi coletado e nosso objeto de análise objetivamente, reconhecendo seu caráter histórico, seus objetivos, significado e lugar na história. (BEHRING E BOSCHETTI, 2016, NETTO, 2011; TONET, 2013). Nesse processo realizamos a “Tarefa da Abstração” no sentido de “descobrir as

verdadeiras inter-relações entre os fatores econômicos e não-econômicos” (BEHRING E BOSCHETTI, 2016, p. 42) que envolverem a cooperação entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde no que diz respeito a PNEPS.

Segundo Tonet (2013), a abstração é o instrumento apropriado para conhecer o que “se realiza na própria realidade” (p. 120) e “é nela que se estabelecem as diferenças, as semelhanças e as articulações entre os diversos momentos que a compõem” (p. 120). Desse modo, reconstruímos nosso objeto, considerando suas particularidades, sua essência decifrada nas dimensões da totalidade. Cabe lembrar que esse processo todo foi realizado com clareza que, como o próprio método dialético nos apresenta (TONET, 2013), não é possível exaurir o objeto. De forma que, após a revisão bibliográfica e análise dos dados coletados, sistematizamos e procedemos para a exposição do conhecimento produzido, através do qual apresentamos esta dissertação desenvolvida em quatro capítulos e as considerações aproximativas.

No primeiro capítulo, introduzimos os principais pontos da pesquisa, do objeto de estudo, justificativa, objetivos, metodologia utilizada e forma de exposição. No segundo capítulo, “*Reprodução do capital no imperialismo, aparelhos multilaterais de hegemonia e implicações na política de saúde no Estado brasileiro*”, apresentamos os subsídios para compreensão de nosso objeto em sua totalidade. Partimos de uma concepção ontológica do trabalho, centramos o debate na discussão do Imperialismo, as particularidades do Estado dependente, especialmente o Brasil. Nesse debate, chegamos a discussão das políticas sociais, com ênfase na política de saúde, contrarreformas e as interferências dos Aparelhos multilaterais de hegemonia.

No terceiro capítulo “*Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: dos antecedentes aos Termos de Cooperação com os Aparelhos Multilaterais de Hegemonia*”, a partir de um olhar crítico dialético, apresentamos uma análise histórica da PNEPS e da gestão da educação em saúde desde seus antecedentes até a contemporaneidade. Também desenvolvemos algumas considerações a respeito dos Termos de Cooperação, historicizamos essas relações e os Termos de Cooperação anteriores aos n.º 57 e o n.º 102.

No último capítulo, 4, chamado de “*As Contradições da Política Nacional De*

Educação Permanente em Saúde na formação dos trabalhadores de saúde nos anos 2016 a 2020”, evidenciamos o resultado da análise dos Relatórios dos Termos de Cooperação analisados, apresentamos a importância dos TCs para a implementação da PNEPS, mas também destacamos as contradições dessa relação com a OPAS/OMS no sentido de viabilizar as interferências. Na exposição relacionamos com a chegada do ultraneoliberalismo no Brasil, apontamos como exemplo de inflexões a “*retomada da EPS*” e o “*caso da interprofissionalidade*”. O contexto da Covid-19 é brevemente apresentado a partir do que pode ser extraído dos relatórios.

Por fim, as considerações aproximativas, as quais sintetizamos os resultados e os desafios evidenciados. Ressaltamos neste ponto que a PNEPS e a gestão da educação em saúde no Brasil, assim como a política de saúde, sofrem interferências dos aparelhos multilaterais de hegemonia, aqui representados como OPAS/OMS. A contradição resultante dessa relação pode contribuir para a promoção de mudanças significativas no SUS, mas também para a implementação do Projeto Privatista. Essa contradição permanece em todo o percurso da PNEPS.

CAPÍTULO 2 – REPRODUÇÃO DO CAPITAL NO IMPERIALISMO, APARELHOS MULTILATERAIS DE HEGEMONIA E IMPLICAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO BRASILEIRO

Iniciaremos nossa jornada no momento histórico que o ser humano paulatinamente aprimora sua capacidade criativa e de concretização de sua pré-ideação, quando o ser humano, ser social, modifica a natureza e o seu meio a partir do trabalho. Concordamos que o trabalho humano é responsável pela fundação de formas diversas de convivência, vida em sociedade, cultura, modelos econômicos... Fazemos parte dos que consideram o trabalho como categoria central e necessária para compreensão de nossa realidade, assim como Marx, Engels, Gramsci e tantos outros que, alinhados em uma perspectiva histórico, crítica e dialética, materialista, reconhecem ser na história humana que encontramos subsídios para compreender nosso mundo atual.

A complexidade que envolve a compreensão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) na contemporaneidade, nosso objeto de estudo, perpassa, entre tantas outras, as relações multilaterais, aqui representados pelos Termos de Cooperação (TCs) firmados entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com o Ministério da Saúde. Enxergamos essas relações em uma perspectiva crítica, a partir do método dialético, em sua contradição, que nos exige percebê-las em sua totalidade, o que implica situá-las como fruto das relações sociais no modo de organização político-econômico e social capitalista. Com isto, a PNEPS pode ser situada nesse modo de produção e sem desconsiderar que todo capital gerado nessa forma de organização, como nos diz Marx (1985), é fruto do trabalho humano.

Engels (2004) aponta esse trabalho como “a condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau que, até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem” (P. 11). O autor apresenta essa consideração quando expõe que por meio do trabalho e das necessidades de sobrevivência, o homem foi se modificando, desde sua estrutura fisiológica, também em sua forma de viver e afasta-se dos demais animais (ENGELS, 2004). Nas palavras do autor,

Só o que pode fazer os animais é utilizar a natureza e modificá-la pelo mero fato de sua presença nela. O homem, ao contrário, modifica a natureza e a obriga a servir-lhe, domina-a. E aí está, em última análise, a diferença essencial entre o homem e os demais animais, diferença que, mais uma vez, resulta do trabalho. (ENGELS, 2004. p. 23).

Assim, são criadas condições de sociabilidade, quando o homem se distingue dos demais animais por meio do trabalho (ENGELS, 2004). Nessa esteira, Marx (2004) nos apresenta que “a utilização da força de trabalho é o próprio trabalho” (P. 29) e que “ao atuar, por meio deste movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza” (MARX, 2004. p. 30). O autor, por sua vez, esclarece que nessa atividade vital, “além do esforço dos órgãos que trabalham, é exigida a vontade orientada a um fim” (MARX, 2004. p. 30). Diferentemente do trabalho, o processo de trabalho teria como “elementos simples [...] a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus meios” (MARX, 2004. p. 31).

Conforme a humanidade aperfeiçoa os meios de produção, a forma de lidar com o processo de trabalho, se modifica, o que implica na ampliação das possibilidades, mas também, o homem, vai se deixando alienar do processo de trabalho na totalidade (MARX, 1983). No entanto, apenas no modo de produção capitalista, esse processo de trabalho torna-se alheio ao homem, que passa a vender sua força de trabalho, ao depender dessa relação de venda para sobreviver (MARX, 1983; MARX, 1985). Ou seja, o processo de trabalho que levou o homem a estabelecer relações sociais e condições de sobrevivência diante das intempéries da natureza, também levou a humanidade a um processo de relações sociais que explora o próprio trabalho humano, a qual divide a sociedade em classes sociais com projetos distintos, de forma que uma classe vive da venda de sua força de trabalho (os trabalhadores) e outra que compra e vive da exploração do trabalho do outro (burguesia) (MARX, 1983; MARX, 1985).

Avançamos um pouco, com cuidado para não cair em um movimento de linearidade, respeitando que esse processo ocorreu de formas diferenciadas nas partes do globo e não foi contínuo, mas teve resistências, avanços e retrocessos, evidenciamos neste capítulo elementos que nos subsidiam para uma apreensão

histórico-ontológica da PNEPS. Iniciaremos, apresentando elementos para compreensão do capitalismo e seu estágio superior, o Imperialismo e o surgimento dos aparelhos multilaterais de hegemonia. Na sequência trataremos sobre a “questão social”, quando contextualizamos essas manifestações no Brasil, país de capital dependente. E, por fim, algumas considerações sobre os Aparelhos Multilaterais de Hegemonia, a saber, Banco Mundial, OMS e OPAS.

2.1 Capitalismo imperialista, crise do capital e os aparelhos multilaterais de hegemonia

A base de acumulação do capital concentra-se na exploração do trabalho e esta, por sua vez, também contribui para o processo de produção e reprodução do capital, assim como a mais-valia, a alienação, a despossessão, gerando uma massa de trabalhadores “livres como pássaros” (MARX, 1985). Segundo Fontes (2018), essa base primária de acumulação do capital “resulta de enormes violências e poreja sangue [...] corresponde a uma verdadeira amputação das possibilidades da humanidade, com uma limitação estreita dos horizontes da inteligência humana” (P. 19). Isto porque, os trabalhadores passam a depender da sua venda de força de trabalho para sobreviver.

Esse processo de produção e reprodução do capital está umbilicalmente vinculado ao aumento da massa de trabalhadores, que por meio de sua força de trabalho, tem no modo de produção capitalista a finalidade de valorizar incessantemente o capital, pois “a produção de mais-valia ou geração de excedente é a lei absoluta desse modo de produção” (MARX, 1985. p. 191). A Lei Geral da Acumulação de produção capitalista seria, nas palavras de Marx (1985), “a relação entre o capital, acumulação e taxa de salário não é nada mais que a relação entre o trabalho não pago, transformado em capital, e o trabalho adicional necessário à movimentação do capital adicional” (P. 193).

Essa compreensão nos faz reconhecer que esse processo de acumulação não acontece de um dia para a noite, ele é lento e acompanhado da centralização do capital nas mãos de poucos detentores e, apenas lentamente, os trabalhadores

passam a perceber que “na mesma medida em que trabalhavam mais, produzem mais riqueza alheia, e que, na mesma medida em que a força produtiva de seu trabalho cresce, até mesmo sua função de meio de valorização do capital se torna cada vez mais precário para eles.” (MARX, 1985. p. 206). Dessa forma, passamos a ter clareza que o capital é uma relação social que tem como base a Lei de Acumulação Geral da Produção (MARX, 1985).

Nesse sentido, a Lei de Acumulação Geral da Produção, pode ser entendida a partir da constatação que a “acumulação da riqueza num polo é, portanto, ao mesmo tempo, a acumulação de miséria, tormento de trabalho, escravidão, ignorância, brutalização e degradação no polo oposto, isto é, do lado da classe que produz seu próprio produto como capital” (MARX, 1985. p. 210). Esse processo, fruto de constantes e diferentes formas de expropriações, envolve não apenas os meios de produção, a terra, o acesso à natureza. Tal processo envolve condições de vida, submete os trabalhadores a aceitação de qualquer condição de trabalho posta devido à fragilidade ocasionada pela necessidade de vender sua única posse, seu processo de trabalho (FONTES, 2018; MARX, 1985). Logo, existe uma “correlação estreita entre expropriação e transformação dos meios de vida em capital” (FONTES, 2018. p. 24).

Assim, no modo de produção capitalista a sobrevivência dá-se por meio da venda da força de trabalho, pois os meios de trabalho foram expropriados, resta ao trabalhador sujeitar-se a condição de mercadoria. Essa diminuição da potência humana, reduzida à condição de mercadoria, vai se complexificando, dinamizando, abrangendo dimensões maiores, inclusive geográficas. No entanto, como modo de produção dinâmico, o capitalismo, necessita se expandir e uma das suas formas de expansão na era dos monopólios é o imperialismo, como nos diz Fontes (2018, 2010) e Silva (2021). Mas não só, o capitalismo teve estágios diferentes e historicamente situados, com particularidades específicas, tituladas como, a princípio, capitalismo mercantilista, seguindo do capitalismo industrial e o atual caracterizado como capitalismo financeiro. Este último, expande-se de forma imperialista e organiza mundialmente por meio da monopolização do capital, chamada de era dos monopólios.

Cada uma dessas etapas do modo de produção capitalista possuem

complexidades distintas e, para melhor compreensão da última, a etapa Imperialista, recorreremos a um dos principais expoentes desse debate, Lenin (2011), que realizou estudos a partir dos trabalhos de Hobson e Hilferding, e ainda Fontes (2010) que, a partir dos estudos de Lenin, nos ajuda a compreender os impactos do imperialismo no Brasil.

Segundo Lenin, o Imperialismo consiste em uma superestrutura do capitalismo monopolista, uma etapa superior do capitalismo, um fenômeno que no final do século XIX começou e, se agregarmos as considerações de autores da contemporaneidade, permanece até hoje. Essa etapa do capitalismo, o Imperialismo, pode ser considerada em três fases: uma primeira, compreendida como Imperialismo Clássico, marcado entre os períodos do final do século XIX até meados de 1940; o segundo estágio, marcado pelo período pós-Segunda Guerra Mundial; e, uma terceira fase, a contemporânea (SILVA, 2021).

A essência e o surgimento da etapa Imperialista, segundo Lenin (2011), relaciona-se com o capital financeiro que, de forma sintética, pode ser caracterizado como a união entre o capital bancário e o capital industrial. Segundo Fontes (2010), Lenin apresenta duas situações, sendo uma delas o processo de expansão do capitalismo monopolista e outra a disputa (seja direta ou indireta) dos territórios dos países dependentes entre os países imperialistas. A autora elucida o pensamento de Lenin, quando diz que “o cerne coerente e central de seu argumento procurava o fio da luta de classes que permitia explicar a guerra entre países” (FONTES, 2010. p. 105).

Por sua vez, o Imperialismo, agrega traços diferenciados ao processo de produção e reprodução do capital e, na primeira fase do Imperialismo, como nos diz Silva (2021), temos algumas características marcantes: o crédito como subsídio do processo produtivo, uma concentração monetária e bancária, acúmulo do capital em grandes blocos, divisão do mundo em nações possuidoras de capital/financiadores e nações credoras/dependentes, além da subordinação político-econômica e dívida pública. Nessa etapa, se constitui uma superestrutura do capitalismo monopolista, ao começarem a formação dos trustes e cartéis, sendo os bancos os grandes intermediadores que transformam inativos em ativos por meio de juros, convertendo-se em grandes empresas (LENIN, 2011).

Nessa análise, Lenin (2011), apresenta cinco elementos principais do Imperialismo

1) a concentração da produção e do capital levada a um grau tão elevado de desenvolvimento que criou os monopólios, os quais desempenham um papel decisivo na vida econômica; 2) a fusão do capital bancário com o capital industrial e a criação, baseada nesse “capital financeiro” da oligarquia financeira; 3) a exportação de capitais, diferentemente da exportação de mercadorias, adquire uma importância particularmente grande; 4) a formação de associações internacionais monopolistas de capitalistas, que partilham o mundo entre si, e 5) o termo da partilha territorial do mundo entre as potências capitalistas mais importantes [...] O imperialismo é, pois, o capitalismo na fase de desenvolvimento em que ganhou corpo a dominação dos monopólios e do capital financeiro, adquiriu marcada importância a exportação de capitais, começou a partilha do mundo pelos trustes internacionais e terminou a partilha de toda a terra entre os países capitalistas mais importantes (LENIN, 2011. p. 218).

Dessa forma, à medida que o capital vai se monopolizando, concentra em poucas mãos, as oligarquias financeiras vão se consolidando (LENIN, 2011). Com intuito de manter o processo de lucro e crescimento, o capital precisa expandir-se para além do seu território, o que propicia a disputa de mercados internos e externos entre os grandes monopólios e a exportação de capitais pelas nações mais ricas, as quais no final do século XIX e início do século XX eram a Inglaterra, a França, Alemanha e Estados Unidos (LENIN, 2011). Segundo Lenin (2011), essas quatro nações concentravam “cerca de 80% do capital financeiro mundial. Quase todo o resto do mundo exerce, de uma forma ou de outra, funções de devedor e tributário desses países, banqueiros internacionais, desses quatro ‘pilares’ do capital financeiro mundial” (P. 179).

Essa concentração tem como consequência uma verdadeira partilha do mundo entre as nações imperialistas e, segundo Fontes (2010),

Lenin identifica claramente o crescimento das investidas militares expansionistas, diretamente coloniais, dos países imperialistas, o que não somente levava à guerra entre os países imperialistas, como conduzia à eliminação da condição efetiva de independência política mesmo entre países formalmente independentes, e a uma escala de subordinação variada, desde a posição de colônias, à de subcolônias e a de países dependentes, embora não controlados politicamente de maneira direta (P. 108).

Ainda assim, cabe ressaltar que, para Lenin, o imperialismo possuía variados aspectos e “apontava para transformações substantivas no conjunto da vida social, implicando novos desafios para as lutas de classes” (FONTES, 2010. p. 112). O impacto dessas novas relações têm efeitos diferenciados em cada parte do planeta e em cada cultura local.

Assim, apoiados em Fontes (2010), trazemos Gramsci para nossa análise, pois o autor, em meados de XX, apontou a cultura como elemento central para o processo de expansão do capitalismo imperialista para preservar a relação de subordinação, agregando a questão os “aspectos que Lenin deplorava não poder realizar, em 1916” (FONTES, 2010. p. 122). Logo, “Gramsci se dedicou a pensar os elementos culturais, políticos, sociais e organizativos da vida social nas condições do mundo europeu e, em especial, da Itália, sem descuidar da emergência de novas formas, como o americanismo” (FONTES, 2010. p. 122).

Isto porque, a concepção de Gramsci, segundo Fontes (2010), do processo de generalização dos aparelhos privados de hegemonia é central para a apreensão do capital-imperialismo, especificamente a discussão a respeito da sociedade civil e do Estado. Ressaltamos que o entendimento de sociedade civil em Gramsci é bastante complexo e importante, no entanto, como é uma seara polêmica, nos deteremos aqui a concordar que o conceito de sociedade civil estaria vinculado às relações sociais, de produção, econômicas, culturais, consistindo “formas sociais de produção da vontade e da consciência e ao papel que, em ambas, exerce o Estado.” (FONTES, 2010. p. 132). Esse conceito procuraria “dar conta dos fundamentos da produção social, da organização das vontades coletivas e de sua conversão em aceitação da dominação, através do Estado” (FONTES, 2010. P. 133).

Nesse mote de compreensão é que recai a organização da sociedade civil em aparelhos privados de hegemonia que

são a vertebração da sociedade civil, e se constituem das instâncias associativas que, formalmente distintas da organização das empresas e das instituições estatais, apresentam-se como associatividade voluntária sob inúmeros formatos. Clubes, partidos, jornais, revistas, igrejas, entidades as mais diversas se implantam ou se reconfiguram a partir da própria

complexificação da vida urbana capitalista e dos múltiplos sofrimentos, possibilidades e embates que dela derivam. Não são homogêneos em sua composição e se apresentam muitas vezes como totalmente descolados da organização econômico-política da vida social. Clubes, associações culturais ou recreativas tendem a considerar-se como desconectados do solo social no qual emergem e como distantes da organização política do conjunto da vida social. Certamente, os sindicatos – patronais ou de trabalhadores – sendo também formas associativas desse jaez enfatizam sua proximidade econômica e sua característica mais direta de defesa de interesses de tipo corporativo. Porém muitos partidos políticos e jornais – na maioria das vezes diretamente comprometidos com determinados segmentos de classe – tendem a apagar tal comprometimento, apresentando-se seja como a expressão da “unidade nacional” ou como porta-vozes de uma neutralidade informativa inexistente. Todos, porém, são formas organizativas que remetem às formas da produção econômica (a infraestrutura) e política (ao Estado), embora sua atuação seja eminentemente de cunho cultural (FONTES, 2010. p. 134).

Fontes (2010) nos sinaliza que a sociedade civil seria o espaço da luta de classes, onde acontece a produção e reprodução de formas de dominação ou resistência, que ocorrem por meio do convencimento, coerção, cooptação e educação. Dessa forma, os aparelhos privados de hegemonia seriam porta-vozes, desses meios de convencimento da submissão da classe trabalhadora, dos interesses do capital. Isto porque,

Nessa relação ampliada entre Estado e sociedade civil, o convencimento se consolida em duas direções — dos aparelhos privados de hegemonia em direção à ocupação de instâncias estatais e, em sentido inverso, do Estado, da sociedade política, da legislação e da coerção, em direção ao fortalecimento e à consolidação da direção imposta pelas frações de classe dominantes através da sociedade civil, reforçando a partir do Estado seus aparelhos privados de hegemonia. Não há um isolamento entre o terreno do consenso e do convencimento, ou uma sociedade civil idealizada, e o âmbito da coerção e da violência. Ambas encontram-se estreitamente relacionadas” (FONTES, 2010. p. 136).

Cabe aqui reforçar que o aparelho privado de hegemonia agregaria o processo de expansão da sociedade civil e esta teria como fio condutor a luta de classes que para Gramsci, segundo Fontes (2010), atravessaria “todo o conjunto da vida social e, difusa pelos aparelhos privados de hegemonia no âmbito da Sociedade Civil, encontra no Estado um ponto de aparente resolução, ainda que gerador de novas tensões. Não há, pois, oposição entre sociedade civil e Estado” (P. 136).

Assim, essa relação entre Sociedade Civil e Estado é tanto mais complexa e demandaria mais elementos para análise, no entanto, aqui construiremos nosso raciocínio a partir da percepção de Sociedade Civil esclarecido por Fontes (2010) a qual esta seria

o momento da formulação e da reflexão, da consolidação dos projetos sociais e das vontades coletivas. Sua imbricação no Estado assegura que a função estatal de educação – o “Estado educador” – atue na mesma direção dos interesses dirigentes e dominantes, através da mediação dos partidos políticos, tanto os oficiais como os que, extraoficialmente, difundem e consolidam as visões de mundo, como a imprensa ou a mídia (FONTES, 2010. p. 138).

Nessa esteira, os aparelhos de hegemonia são fundamentais para a disseminação das estratégias imperialistas de exploração e expansão do capital em todas as esferas do globo terrestre. Em busca de compreender esse impacto na América Latina, recorreremos às lições de Otávio Ianni (1974) que será nossa âncora para compreender as particularidades da hegemonia dos Estados Unidos como país imperialista e a dinâmica das relações com os demais países dependentes do continente americano.

Ianni (1974) nos esclarece essas relações imperialistas, entre os Estados Unidos com os demais países dependentes da América, como uma “combinação das diplomacias do *dollar* e do *big stick*”, colocadas em prática ainda no início do século XX, com destaque para a Doutrina Monroe, implementada durante o governo do presidente Roosevelt. Para o autor, na América Latina, “a supremacia dos Estados Unidos sobre os países do hemisfério não se limita às relações econômicas, políticas e militares. Ela vai além, compreendendo também problemas socioculturais” (IANNI, 1974. p. 9), de forma que agrega o intervencionismo com missão civilizatória sob várias faces. Uma dessas faces são as relações bilaterais e multilaterais que, circunstancialmente, vão tomando variadas denominações, como “monroísmo, pan-americanismo, não-intervencionismo, boa vizinhança, aliança para o progresso, segurança hemisférica, interdependência, solidariedade interamericana, associação madura, presença discreta, negligência benigna e assim por diante” (IANNI, 1974. p. 7).

A respeito dessas relações, a fim de preservar e ampliar a hegemonia imperialista dos Estados Unidos, surgem “muitos acordos, tratados e programas relativos a questões científicas, universitários e religiosas, entre outras” (IANNI, 1974. p. 8), com foco na associação de interesses políticos e econômicos. O autor nos coloca que muitas das relações entre os Estados Unidos e os demais países da América Latina vão se estabelecer a partir desse princípio, servindo a esses objetivos. Nas palavras do autor

a supranacionalidade inerente à criação e ao funcionamento das organizações multilaterais acaba por ser mais uma técnica de preservação ou aperfeiçoamento da hegemonia dos Estados Unidos sobre os países da América Latina. Na associação entre desiguais, a desigualdade tende muito mais frequentemente a manter-se ou a aprofundar-se do que a anular-se. A desigualdade não se nega pela associação. E muito menos ela se nega pela associação com o país que exerce a hegemonia. Quando isto ocorre, este país tende a organizar melhor, ou aprimorar, as suas técnicas de dominação, controle ou decisão. Nem por isso, entretanto, esse tipo de associação deixa de produzir e agravar controvérsias e contradições (IANNI, 1974. P. 25).

Neste cenário e sob égide desta doutrina e política externa norte Americana, em 1902, é criada a Oficina Sanitária Internacional, atual OPAS, com intuito de promover cooperação entre os países da América (CASTRO, 2008). Os elementos que compreendem as particularidades desse organismo serão abordados no decorrer deste trabalho. No entanto, nesta ocasião, aproveitamos para sinalizar que a OPAS, “é a organização internacional de cooperação técnica em saúde mais antiga do mundo” (CASTRO, 2008. p. 29) e

Na inauguração da Convenção Sanitária que criou a Organização, o próprio Presidente dos Estados Unidos, Theodore Roosevelt, deu boas vindas aos 27 representantes de 12 países participantes: Chile, Costa Rica, Cuba, Equador, Estados Unidos, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Paraguai e Uruguai (CASTRO, 2008. P. 29).

O Brasil faz parte da OPAS desde 1929, mas, o que nos cabe aqui é enfatizar que essas relações e organizações são historicamente situadas e possuem um fundamento base em seu processo de criação. O curso das relações que se

estabelecem entre os países dependentes com essas instituições evidenciam o caráter contraditório e, por momentos, até contrários a esse movimento primário, ocultando o interesse central, assim como um aparelho privado de hegemonia, ou melhor, como um aparelho multilateral de hegemonia como apresentam Silva (2017), Santos (2020) e Santos e Silva (2019, 2020).

Essa forma de associação de vários países em organização internacional, nos diz Harvey (2005), vai ter uma importante função no pós-Segunda Guerra Mundial no sentido de contribuir na expansão dos países imperialistas além das fronteiras geográficas. O mesmo autor, vai considerar que é no momento histórico do pós-segunda guerra que ocorre outro estágio da forma imperialista do capital (HARVEY, 2005).

Segundo Silva (2021), esse momento histórico, pós-segunda guerra, estaria “calcado na plena espoliação das economias dependentes [...] priorizando ofensivas fraudulentas e predatórias, com vistas a apropriação de riquezas naturais e sociais, a nível planetário”. (P. 429). Neste período que são criadas grandes instituições, aqui destacamos quais foram fruto da Conferência de Bretton Woods: o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). Segundo Santos (2020), tais aparelhos “são tidos como uma criação americana que rendeu aos EUA uma marca duradoura e forte, por serem os intelectuais que criam estratégias e projetos para a garantia da hegemonia do capital imperialista como manobras para a saída da crise” (P. 41).

Atualmente tais instituições fazem parte do Banco Mundial juntamente com outras. Nas palavras de Rizzotto (2012)

Esses organismos, em mais de cinquenta anos de atuação, e em especial nas três últimas décadas do século XX, exerceram papel fundamental no processo de expansão capitalista, mediante a internacionalização do sistema financeiro e por meio de condicionalidades impostas aos países que solicitam seus empréstimos. Contudo, o desenvolvimento e a atuação desses organismos, em particular o Banco Mundial, não foi homogêneo durante todo o período de sua existência. Houve inflexões significativas em seus objetivos e na sua atuação, decorrentes das mudanças na relação que se estabelece entre os países centrais e periféricos; da dinâmica assumida pelo capitalismo após a Segunda Guerra Mundial e, em face das crises cíclicas que este modo de produção enfrenta, impondo sérias restrições à reprodução da vida material e espiritual dos povos (P. 40).

Cabe um parêntese que, Rizzotto (2012), parte de outra perspectiva, trata a relação entre os países imperialistas e os países dependentes como sendo uma relação entre países centrais e periféricos. Nesse quesito, em nosso ponto de vista consideramos importante trazer a compreensão da Teoria Marxista da Dependência (TMD), que surge em meados dos anos 60, com objetivo de dar suporte às análises das relações que vão se estabelecer entre os países imperialistas e os países dependentes, ou melhor, “compreender os efeitos que o processo de internacionalização do capital provocou na estrutura interna dos países ditos periféricos” (AMARAL, 2013. p. 82)

A TMD apresenta a estreita ligação entre os países imperialistas e os países dependentes, sendo estes últimos necessários para o processo de expansão do capital, de forma que o processo de desenvolvimento e subdesenvolvimento estão relacionados, não sendo um processo de evolução ou continuidade, mas como parte de uma totalidade e não etapismo (AMARAL, 2013). Nessa concepção, o que dissemina quanto ao entendimento de que um dia os países dependentes poderiam tornar-se países “desenvolvidos” seguindo a cartilha dos organismos multilaterais como Banco Mundial “cai por terra”. Isto porque, faz parte da própria lógica de reprodução do capital em sua fase imperialista a relação entre esses países imperialistas e países dependentes, tal qual faz parte do modo de produção capitalista a existência de classes sociais como o proletariado e a burguesia.

O que pode ocorrer com um país de capital dependente, nessa lógica imperialista, pelo olhar da TMD é a condição não de país imperialista, mas sim subimperialista. Tal conceito é apresentado por Marini (2012) para explicar o fenômeno mundial da nova divisão internacional do trabalho e a emergência dos grandes centros que foram surgindo principalmente nos anos 1960 e 1970 (MARINI, 2012).

Nessa perspectiva, Amaral (2013) nos diz que o subimperialismo

Trata-se de uma espécie de ação imperialista dentro do campo dependente, exercida por determinados países periféricos cuja integração/incorporação à lógica imperialista mundial se encontra num estágio bastante avançado,

mas, contraditoriamente, ainda dentro dos marcos da dependência. [...] a noção de subimperialismo deixa ainda mais evidente a ideia de complementaridade da teoria da dependência em relação à teoria do imperialismo (P. 85-86).

Os países subimperialistas estariam em uma posição intermediária, a exemplo do Brasil, entre o centro e a periferia (MARINI, 2012). Neste caso, países subimperialistas ganham um *status* de referência entre os demais países dependentes, mas ainda de subalternidade e dependência entre os países imperialistas. Uma das principais características do subimperialismo seria a superexploração do trabalho que, a grosso modo, trata do pagamento da força de trabalho abaixo do seu valor, ou seja, o processo de exploração, apropriação por parte do capitalista da mais-valia extraída da força de trabalho, sofre uma intensificação nos países dependentes, estando abaixo do que já seria abaixo do valor da força de trabalho (MARINI, 2012; AMARAL, 2013).

Segundo Marini (2017, p 352) “o conceito de subimperialismo emerge da definição desses graus intermediários e aponta para a especificação de como incide na economia dependente a lei segundo a qual o aumento da produtividade do trabalho (e, por consequência, da composição orgânica do capital) acarreta um aumento da superexploração.” E, ainda nas palavras de Marini (2017, p. 350) “a superexploração é melhor definida pela maior exploração da força física do trabalhador, em contraposição à exploração resultante do aumento de sua produtividade, e tende normalmente a se expressar no fato de que a força de trabalho se remunera abaixo de seu valor real”. Isto porque ocorre um deslocamento da contratação da mão de obra dos países imperialistas para os países dependentes, em detrimento da necessidade de expansão de lucros do capital. Essa concepção nos fortalece para compreender os impactos do processo de expansão do capital.

Outra forma de entender essas relações trata da compreensão de acumulação por espoliação que, para Harvey (2005) seria um “custo necessário”, uma forma de continuação da expansão do capital, pois antes do avanço do estágio teria ocorrido uma acumulação primitiva. Assim, o Estado teria um papel significativo nesse estágio do imperialismo no sentido de aprimorar mecanismos como do sistema de créditos, da financeirização e do capital financeiro, como também a

criação de novos mecanismos como a biopirataria, a pilhagem, privatização de bens públicos, entre outros. Harvey (2005) considera que a segunda etapa do imperialismo abarcava, no pós-Segunda Guerra Mundial, não só a tradicional espoliação dos recursos naturais, mas também dos recursos sociais e, para isto, a liberalização e a privatização serviam como um “braço armado”.

Em outro giro, Fontes (2010), esclarece algumas questões defendidas por Harvey, e indica que essas espoliações são como expropriações. Isso se considerarmos as espoliações de recursos naturais, aquelas que servem como base primária da acumulação, como expropriações primárias e as espoliações sociais, de direitos sociais duramente conquistados, como expropriações secundárias, que vão constituir uma das particularidades do segundo estágio do imperialismo (FONTES, 2010). Isto porque, a autora considera o conceito de expropriação “como base fundante da relação social que sustenta a dinâmica capitalista” (FONTES, 2010. p. 74).

Dessa forma, a autora nos alerta, em suas palavras, que as “expropriações são a contraface necessária da concentração exacerbada de capitais e que, menos do que a produção de externalidades, são a forma mais selvagem da expansão (e não do recuo) do capitalismo” (FONTES, 2010. p. 93). Esse processo de expropriação, ressalta Fontes (2010), não ocorre de uma forma única, homogênea, mas de modo contraditório, profundamente desigual, mesmo tendo como base elementos em comum, daí o cuidado e atenção que precisamos analisar as questões que envolvem as relações imperialistas do capital.

Silva (2021), lembra que esse segundo estágio do imperialismo, “emergiu sob a institucionalidade das entidades internacionais criadas no pós-guerras” (SILVA, 2021. p. 429), como uma forma de propagar a manutenção da hegemonia, assim como, segundo Fontes (2010), envolvendo a inserção desigual nas relações internacionais. Lembramos os ensinamentos de Ianni (1974) quando sinalizou que na América Latina, sob o discurso da segurança hemisférica de proteção do perigo comunista, foram intensificados os acordos entre os países no período pós-Segunda Guerra Mundial, período que deu início à Guerra Fria.

Sob liderança dos Estados Unidos aliado com a Grã-Bretanha, Fontes (2010)

coloca que foram criadas diversas entidades internacionais como os aqui já citados, FMI e BIRD, constituem o Grupo Banco Mundial que, estariam

voltadas para a garantia da expansão da extração de mais-valor em escala crescentemente internacional, mas também para assegurar as condições socioeconômicas, políticas e culturais nacionais sob as quais tal extração teria lugar. Tratava-se de conter ativamente conflitos internos e contradições muitas vezes agudas através de procedimentos pragmáticos para a acumulação do capital e hiperideologizados, remetendo ao contexto internacional (FONTES, 2010. p. 162).

Significava a importância de estabelecer um “novo *modus operandi*” com intuito de reproduzir as condições do pré-guerra.

No tocante às relações entre os países imperialistas e os países dependentes no Banco Mundial, estas ocorrem, principalmente, por meio de empréstimos, projetos e financiamento de projetos com contrapartidas. No caso do Brasil, Rizzotto (2012) data como marco o ano de 1949, quando foi firmado o primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial. A mesma autora ainda destaca que, desde esse marco, a relação entre o Brasil e o Banco só foi descontinuada em dois períodos históricos, a saber, entre 1955 – 1957, no governo de Juscelino Kubitschek e, entre 1960 a 1964, nos governos de Jânio Quadros e João Goulart, quando estava sendo proposto um Plano Trienal para o Brasil (RIZZOTTO, 2012). O retorno das negociações ocorreu no período da ditadura cívico-militar, quando o Brasil foi lentamente “ampliando acesso aos recursos do Banco Mundial até tornar-se um dos seus principais prestatários, atingindo o ponto máximo em 1972” (RIZZOTTO, 2012. p. 131).

Cabe também lembrar o que ressalta Fontes (2010) de que as disputas imperialistas eram sentidas no interior dessas instituições por meio de tensões e, embora predominassem os interesses dos Estados Unidos no Banco Mundial, essa dominação não se deu imediatamente, mas sim pela tríade: Estados Unidos, Europa e Japão. Talvez por esse processo, em iniciativa paralela, elucida Fontes (2010), os Estados Unidos lança o Plano Marshall, com estratégias controladas e financiadas pelo país no sentido de fortalecer a hegemonia norte Americana.

Essas entidades disfarçavam seus interesses diretos, impondo condicionalidades em troca dos empréstimos, créditos aos governos e instituições de países pobres/dependentes a juros baixos e por longos prazos (FONTES, 2010). A partir desse processo,

Para além da dominação estadunidense, consolidava-se uma rede de associações intercapitalistas com interesses similares, o que permitiu o deslocamento dos procedimentos de recolonização direta (que enfrentavam as lutas nacionais populares) para uma atuação fomentadora de uma nova escala de acumulação e de concentração, capaz de atuar em diferentes pontos do mundo (FONTES, 2010. p. 164).

Esses organismos ou organizações, reproduzem modelos e modos de agir em diversas áreas, inclusive no âmbito da saúde, como o caso da OMS, que faz parte do Sistema das Nações Unidas e atua como aparelho multilateral de hegemonia do capital (SANTOS, 2020). Como sinalizamos, essa estratégia já havia sido deflagrada pelos Estados Unidos décadas antes, por meio da OPAS, que passa a integrar a OMS, como seu escritório nas Américas, em articulação com os Ministérios da Saúde dos países do continente americano, influenciando a estruturação e condução das políticas de saúde locais (CASTRO, 2008).

A expansão desses organismos se deu durante um período de crise do capitalismo, ao mesmo tempo, era forma de expansão do capital, mas também alternativa à saída da crise. Cabe lembrar que, segundo Harvey (2005), “uma das principais funções das intervenções do Estado e das instituições internacionais é orquestrar desvalorizações para permitir que a acumulação por espoliação ocorra sem desencadear um colapso geral” (P. 126). No entanto, a leitura de Mészáros (2011a; 2011b), mas também de Fontes (2010), Harvey (2005) e Silva (2021), nos conduz a compreensão de diferentes tipos de crise, como a crise periódica ou conjuntural, que pode ser resolvida na própria estrutura estabelecida e, a crise estrutural ou fundamental, que toca na base e abrange a totalidade.

Esse segundo tipo de crise, a estrutural, é a que vivenciamos desde a década de 70 e para Mészáros (2011a; 2011b) tem como características o caráter universal, escopo global, permanente e possui desdobramento gradual que se estende pelo

tempo histórico. A referida crise seria fruto da ativação de todos os limites do sistema sociometabólico do capital que seriam, sumariamente, contradições que não são superáveis, a saber, a incompatibilidade entre a expansão do capital transnacional e os Estados nacionais, a destruição ambiental, as condições postas às mulheres no modo de produção e o desemprego estrutural (MÉSZÁROS, 2011a; MÉSZÁROS, 2011b). Tais limites sociometabólicos quando ativados colocam em risco a existência humana (MÉSZÁROS, 2011b) e como resposta a esta crise estrutural, foi implementado o neoliberalismo. Porém, o neoliberalismo fracassa em sua empreitada de superação dessa crise estrutural, mas contraditoriamente, ele continua sendo a aposta do capitalismo para a ampliação de seu lucro.

Mesmo assim, implementação do neoliberalismo também não freou, nem impediu que surgisse outra grande crise, no período de 2008/2009, que teve como grande centro os Estados Unidos. Segundo Silva (2020)

A globalização do sistema bancário promovida pelo neoliberalismo — expressa em altos volumes de Investimentos Estrangeiros Diretos (IEDs) e de créditos bancários estrangeiros às economias nacionais (dívidas públicas e privadas) —, a um só tempo, favoreceu um processo de aceleração do crescimento econômico, especialmente nos primeiros sete dos anos 2000, e gestou os pontos de estrangulamento que colapsaram em 2008, tendo como epicentro a economia dos EUA. Neste país, a financeirização estrangeira, especialmente no setor imobiliário, acirrou o endividamento das famílias, o déficit no comércio exterior e a dívida interna, principais elementos que detonaram o crash e converteram a onda de crescimento dos sete anos anteriores em um quadro de recessão, repercutindo nas demais economias nacionais.

Tanto nos Estados Unidos quanto na Europa, o socorro dos tesouros públicos aos agentes privados que especularam irresponsavelmente na ciranda financeira, a qual eles mesmos desregulamentaram, foi bastante expressivo e pôs por terra, irremediavelmente, qualquer retórica que atribua ao neoliberalismo o princípio do chamado Estado mínimo (P. 431).

Como a autora apresenta, a amenização dessa crise só ocorreu com o socorro promovido pelo fundo público, de forma que, a mesma autora esclarece que esse período da crise só explicita a crise e as contradições do neoliberalismo (SILVA, 2020).

O neoliberalismo, por sua vez, surgiu na década de 30, difundido isoladamente na década de 40 como oposição ao comunismo, socialismo e demais

formas de intervenção ampliada do Estado (HARVEY, 2005). O neoliberalismo passou a ser colocado em prática nas décadas de 1960 e 1970 como projeto dos governos de Tatchear na Inglaterra, Reagan nos Estados Unidos e Pinochet no Chile (HARVEY, 2005; FONTES, 2010; BEHRING e BOSCHETTI, 2011; BRETTAS, 2020). Assim, o neoliberalismo toma formas e estabelece práticas diversas ancoradas no tripé da privatização, focalização e descentralização, transformando basicamente toda a atividade do Estado a partir de então (HERVEY, 2005).

Segundo Brettas (2020), em vez do enxugamento do Estado, pregado como uma das bases do neoliberalismo, ocorre que para o Estado operacionalizar efetivamente nos países dependentes como o Brasil estes deveriam ser fortalecidos para ocorrer as mudanças apostadas e propiciar o processo de financeirização do capital. Segundo a autora,

O avanço em direção às economias dependentes se deu por meio da incorporação das grandes burguesias destes países ao projeto neoliberal e pela imposição, por parte dos organismos multilaterais, de políticas de estabilização econômica que conduzissem às alterações necessárias. Estas políticas vieram sempre acompanhadas de intensificação dos fluxos financeiros em direção aos países dependentes e funcionaram como uma estratégia fundamental de apropriação de mais-valia extraída [...]. Aos países dependentes, cabia uma reconfiguração que passava pelo aumento da dívida pública como forma de justificar sucessivos ajustes fiscais, alimentando a rentabilidade financeira e legitimando a canalização de recursos do fundo público para o capital, a condução de contrarreformas e a contenção de gastos sociais (BRETTAS, 2020. P. 159).

Esse processo chamado de financeirização das políticas sociais, pois as políticas sociais têm sido alvo do capital financeiro para “ampliar o escopo da financeirização, criando maneiras de integrar usuários das políticas aos sistemas bancário e creditício sob o argumento da importância da inclusão bancária no exercício da cidadania e da valorização do crédito e dos programas de transferência de renda para garantir o acesso a melhores condições de vida” (BRETTAS, 2020. p. 207)

A respeito do processo de expansão do neoliberalismo e a adoção desse modelo nos organismos multilaterais, Harvey (2005) nos apresenta que

O FMI e o Banco Mundial mudaram quase que da noite para o dia seus parâmetros de política, e em poucos anos a doutrina neoliberal fizera uma curta e vitoriosa marcha por sobre as instituições e passara a dominar a política, primeiramente no mundo anglo-saxão porém mais tarde em boa parte da Europa e do mundo. Como a privatização e a liberalização do mercado foram o mantra do movimento neoliberal, o resultado foi transformar em objetivo das políticas do Estado a “expropriação das terras comuns”. Ativos de propriedade do Estado ou destinados ao uso partilhado da população em geral foram entregues ao mercado para que o capital sobreacumulado pudesse investir neles, valorizá-los e especular com eles. Novos campos de atividade lucrativa foram abertos e isso ajudou a sanar o problema da sobreacumulação, ao menos por algum tempo. Mas esse movimento, uma vez desencadeado, criou impressionantes pressões de descoberta de um número cada vez maior de arenas, domésticas ou externas, em que se pudesse executar privatizações (P. 130 – 131).

Cabe sinalizar que na atualidade vivenciamos em um período de plena hegemonia do capital financeiro, plenamente estimulada por esses aparelhos multilaterais de hegemonia e esse processo foi fomentado pela ideologia do neoliberalismo. Segundo Brettas (2020) esse o neoliberalismo contribuiu para a produção de mecanismos jurídicos e medidas econômicas para “pilhar os recursos do fundo público, beneficiando a burguesia rentista” (P. 208). Para elucidar o processo, a autora exemplifica por meio de três aspectos que envolvem o uso do fundo público para a financeirização, como a política de ajuste fiscal permanente, a adoção de políticas fiscais de isenção de impostos, investimentos e abertura de capital estrangeiro e a facilitação de acesso ao sistema bancário e de créditos, inclusive por meio de políticas de transferência de renda que, de certa forma facilitam o processo de privatização dos serviços que seriam públicos que constituem como celeiros de lucros (BRETTAS, 2021).

Soares (2020) sinaliza que esse processo de privatização tem tido preferência no âmbito da política de saúde, chamando de contrarreformas as respostas do Estado à crise estrutural do capital. Tais contrarreformas, alerta Silva, (2013), têm como características a adoção das diretrizes das organizações internacionais como também as especificidades da formação social, econômica e política de cada país. A respeito dessas particularidades no Brasil é que abordaremos no tópico a seguir.

2.2 Particularidades do Brasil: “questão social”, política social de saúde e projetos de saúde

Segundo Freire (2012), “o autoritarismo é uma linha constitutiva da formação social brasileira” (P. 153), assim sendo, o Brasil possui uma forma de organização social diferente dos países europeus e do norte-americano. Nosso país foi colônia de Portugal e até a atualidade carregamos o ranço desse processo histórico. Em seu tempo, Marx (1985) pontuou que as colônias tiveram papel essencial para o processo de acumulação do capital, por meio das expropriações de povos e de suas terras. No entanto, em análise do caso de algumas colônias como a da Austrália, Marx (1985), reafirma que o capitalismo não trata apenas de uma relação político-econômica, mas é de fato uma relação social que se dá de forma particular em cada país.

Marx (1985) coloca, a partir das considerações de Wakefield, que o capitalismo é uma relação social, pois “a propriedade de dinheiro, meios de subsistência, máquinas e outros meios de produção ainda não faz de uma pessoa um capitalista se falta o complemento, o trabalhador assalariado, a outra pessoa, que é obrigada a vender a si mesma voluntariamente” (P. 296). Portanto, o processo de colonização ocorrido nos países do chamado Mundo Novo, deve ser vista em suas particularidades, isto porque,

nas colônias a separação do trabalhador das condições de trabalho e de sua raiz, a base fundiária, não existe ainda, ou apenas esporadicamente ou em escala limitada demais, não existe também a separação entre a agricultura e a indústria, nem a destruição da indústria doméstica rural (MARX, 1985. p. 298).

No caso do Brasil, Mazzeo (1988), reconhece a contradição em considerar a convivência histórica do modo de produção capitalista com a escravidão. Visto que, como sinalizamos no tópico anterior, uma das principais características do capitalismo é a existência de trabalhadores livres que dependem da venda de sua força de trabalho para sobreviver, o que pouco se encontrava em nosso país

(MAZZEO, 1988).

Compreensão similar é demonstrada nos estudos de Ianni (1978), quando aponta a contradição ao constatar que “o mesmo processo de acumulação primitiva, que na Inglaterra estava criando algumas condições histórico-estruturais básicas para a formação do capitalismo industrial, produzia no Novo Mundo a escravatura, aberta ou disfarçada” (P. 04). Essa contradição seria uma característica particular da nossa formação sócio-histórica.

Mazzeo (1988), assevera que o sistema colonial faria parte da primeira fase do capitalismo e no Brasil, assim como outros países do Novo Mundo, “o capital incorpora, em sua estrutura orgânica, formas produtivas que não lhe pertencem dando a essas formas pré-capitalistas conteúdos capitalistas” (P. 09). Este autor, defende que os primeiros burgueses do país foram os donatários das capitanias hereditárias, pois pela “exploração das terras no Brasil constituem-se nos primeiros burgueses a explorar as riquezas brasileiras e a investir capitais numa atividade bastante rentável, que era a cultura da cana” (MAZZEO, 1988. p. 7). Tal concepção não é hegemônica, mas não podemos deixar de considerar, visto que representa a importância atribuída aos donatários e a condição de poder existente em relação a eles e os demais, esse ponto também destaca questões particulares da formação da burguesia no Brasil.

Embora façam parte do mesmo campo de análise, em divergência com Mazzeo (1988), Ianni (1978) não aposta em uma formação tão precoce da burguesia no Brasil. O autor, coloca características da forma de expansão do capital na realidade brasileira sem considerar que na formação colonial havia uma burguesia (IANNI, 1978). Ianni (1978), defende que, no Brasil, as marcas de exploração e expropriação tiveram também características bárbaras, sendo importante considerar não só o quesito classe, mas também o quesito raça. A partir disso, tomamos que a escravidão cravou a formação socio-histórica do Brasil, ao ser a expropriação do trabalho do povo negro que veio a força do continente africano para essas terras para suprir as necessidades dos colonizadores do Brasil que permanece em nossa história. Esse processo marca a implementação do capitalismo no Brasil e a constituição particular da nossa burguesia.

Isto porque, no Brasil, a transição para o capitalismo tardio não ocorreu como

na Europa por meio da tomada de poder por parte de determinada classe social, no caso a burguesa. Florestan Fernandes (2020), ao analisar a realidade brasileira sob esse foco, considera que o que tivemos em nossa história foi uma revolução pelo alto, pois o que houve no Brasil foi a união de interesses da burguesia nascente com os da oligarquia e do capital internacional. Assim, a burguesia brasileira foi formada em um imbróglio que agregou “o novo com o velho” (FERNANDES, 2020; IANNI, 1978).

Segundo Mazzeo (1988) “no Brasil, não se constitui em um modo de produção distinto do capitalista, mas, ao contrário, estrutura-se como um tipo específico de capitalismo” (P. 11). Sem desconsiderar as divergências, a este entendimento agregamos o pensamento de Fernandes (2020), quando sinaliza que a burguesia brasileira “engendra uma ordem social em que, além da desigualdade das classes, conta poderosamente o privilegiamento dos privilegiados na universalização da competição como relação e processo sociais” (P. 214).

Fernandes (2020) nos ensina que o Brasil, segue uma “regra” comum aos demais países dependentes da América Latina, que diz respeito a interferência “sobre os dinamismos do mercado mundial, tolhendo ou selecionando os seus efeitos positivos e restringindo o seu impacto construtivo sobre o crescimento econômico interno” (FERNANDES, 2020. p. 193), preservando a manutenção do poder nas mãos dos que já detinham. A esse respeito, Fernandes (2020) esclarece que

Nas “sociedades nacionais” dependentes, de origem colonial, o capitalismo é introduzido antes da constituição da ordem social competitiva. Ele se defronta com estruturas econômicas, sociais e políticas elaboradas sob o regime colonial, apenas parcial e superficialmente ajustadas aos padrões capitalistas de vida econômica. Na fase de ruptura do regime colonial, tais estruturas alimentam e tornam possível a adaptação aos dinamismos econômicos do mercado mundial, que na realidade desencadeiam e condicionam a transição, e servem de base à gradual formação de uma economia nacional “independente” (P. 192).

Nessa apreensão das particularidades da história brasileira, reconhecemos avanços, contradições e recuos, de forma que é possível constatar além da constituição da classe burguesa, uma organização e também constituição da classe

trabalhadora. Ao compreendermos que a “questão social” implica na entrada da classe trabalhadora no cenário político, há um rompimento com o *status* de condição “entre abençoados e desabençoados pela fortuna, pobres e ricos, ou entre dominantes e dominados, para constituir-se essencialmente, na contradição antagônica entre burguesia e proletariado.” (IAMAMOTO E CARVALHO, 2007. p. 126 – 127). Segundo Netto (2010), nesse sentido, a “questão social” “não tem nada a ver com os desdobramentos de problemas sociais que a ordem burguesa herdou ou com traços invariáveis da sociedade (uma “natureza humana” conclusa, dada para todo o sempre); tem a ver, exclusivamente, com a sociabilidade erguida sob o comando do capital” (P. 8).

Grosso modo, neste período histórico, o Estado brasileiro passa a criar alternativas para além da lógica punitivista e caritativa para atender as necessidades de reprodução da classe trabalhadora, marcadas pela implementação do modo de produção capitalista (IAMAMOTO e CARVALHO, 2007). Segundo Netto (2010)

não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão (P. 77).

Assim, começam a emergir ações por parte do Estado de reconhecimento da “questão social” que, por sua vez, remete às contradições fruto da sociedade de classes. Ao passo, é a partir dos anos 1930 que se forma um caldo que apresenta elementos para considerar a existência da “questão social” no Brasil (IAMAMOTO E CARVALHO, 2007; NETTO, 2011). Nas palavras de Netto (2010)

Pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas. Tanto mais a sociedade se revelava capaz de progressivamente produzir mais bens e serviços, tanto mais aumentava o contingente dos seus membros que, além de não terem acesso efetivo a tais bens e serviços, viam-se despossuídos até das condições materiais de vida de que dispunham anteriormente (P. 3-4).

Essas expressões da “questão social” são evidenciadas pela agudização do pauperismo, agravam as condições de vida da classe trabalhadora e o aumento da riqueza dos capitalistas em consequência do aumento da exploração dos trabalhadores. No Brasil, nas palavras de Bravo (2013)

A ‘questão social’ considerada como ‘caso de polícia’ e tratada no interior dos aparelhos repressivos do Estado, ganha nova dimensão e passam a receber um cuidado diverso. Os governantes e as elites percebem que a mera repressão se torna insuficiente para enfrentar os problemas colocados pelas classes trabalhadoras. Tornava-se necessárias que não ameaçassem à dominação da oligarquia. Há nesta posição uma divergência com a burguesia industrial nascente, que questionava a intervenção estatal (P. 121).

Essas intervenções, ou respostas estatais à “questão social”, são o que posteriormente constituem as políticas sociais. Cabe lembrar que, segundo Behring (2018), nenhuma política é fruto apenas da luta dos trabalhadores, pois também atendem aos interesses do capital dando respostas às expressões da “questão social”, sendo essenciais para manter a produção e reprodução do capital e a exploração do trabalho. Dessa forma, “a política social expressa interesses diversos de classes e grupos de classes e, para que ganhe forma, desde o seu planejamento até a sua gestão e execução, comporta uma racionalidade que a fundamenta e organiza” (SOARES, 2020. p. 32).

Além desse caráter contraditório, como nos lembra Boschetti (2018), as políticas sociais também são mediações e, segundo Behring (2018)

é um processo histórico típico da sociedade burguesa, é produto da luta de classes (portanto, marcada por contradições), articula-se ao processo de acumulação como mecanismo de gestão da força de trabalho (política e econômica) e reprodução ampliada do capital, e responde a necessidades de reprodução da força de trabalho [...] e se altera ao longo dos ciclos do capital (P. 239 – 240).

Assim, podemos considerar que as políticas sociais são criadas em detrimento de demandas postas pela sociedade de classes, limitadas ao modo de produção capitalista, contribuem para o processo de produção e reprodução social

da vida, não caminham para a emancipação humana (BEHRING, 2018). Porém, não podemos desconsiderar que, as políticas representam um avanço quanto às possibilidades de melhoria das condições de vida da classe trabalhadora, não podendo sair da pauta das lutas e reivindicações dessa classe (BOSHETTI, 2018; BEHRING, 2018).

Com o processo de complexificação das relações sociais, as políticas sociais vão atendendo esferas da vida social e, ainda no início do século XX, segundo Bravo (2013) já é possível revelar “uma política de saúde de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária” (P. 132). Essas respostas ainda eram pontuais, suscetíveis aos interesses não só da burguesia brasileira, mas aos interesses internacionais. Nesse período histórico, início do século XX, como sinalizado anteriormente, as relações internacionais e a política externa adotada pelos Estados Unidos buscava atender os seus interesses por meio dos organismos multilaterais, convenções, tratados, programas e projetos, entre outros, como podemos perceber pelas políticas de caráter desenvolvimentista na década de 50 (IANNI, 1974).

No âmbito da política de saúde, no período pós-64, em especial entre os anos 64-79, Bravo (2013) aponta que houve de fato o “privilegiamento do setor privado na saúde [...] com a mercantilização da saúde e demais políticas sociais” (P. 177). Isto porque,

Havia a necessidade premente de inserção subordinada do Brasil no mercado internacional, atendendo interesses da grande burguesia, representados pelas multinacionais que ganham o cenário nacional nesta que foi uma nova etapa da industrialização brasileira e que proporcionou altos níveis de crescimento econômico associados a altos níveis de desigualdade social. A saúde, sem dúvida, já aparecia como área estratégica de investimento do capital, com intermediação do Estado (SOARES, 2020. p. 46-47).

Soares (2020) considera que foi durante a ditadura civil-militar que o Estado brasileiro conferiu centralidade à racionalidade instrumental. Nas palavras da autora

A política de saúde nesse período passou a privilegiar a assistência médica

previdenciária em detrimento da saúde pública. Além disso, o aparato hospitalar privado tornou-se central no atendimento dos segurados, respondendo às necessidades das grandes multinacionais da área de equipamentos médicos e de medicamentos, além da própria rede privada de serviços. O setor saúde cresce em relevância dado o seu lugar privilegiado para a reprodução dos trabalhadores e, dialeticamente, para a necessidade de ampliação do mercado privado para o grande capital nacional e internacional (SOARES, 2020, p. 46).

Esse período, como nos diz Fernandes (2020), foi do coroamento da Revolução Burguesa no Brasil, com a implementação do capitalismo monopolista ou, nas palavras de Fontes (2010) do capital-imperialismo no Brasil.

O conceito de capital-imperialismo é utilizado por Fontes (2010) como uma forma de atualizar o pensamento marxista para compreender as novas determinações na economia e na vida social do imperialismo no Brasil, que é quando o país passa a de fato atender os interesses capitalistas internacionais e organizar sua estrutura estatal a esse favor.

Lembremos que neste período, o mundo vivenciava a Guerra Fria e “os governantes dos Estados Unidos e América Latina adotaram acordos e programas destinados a preservar os países do hemisfério das influências de origem soviética e das mudanças sociais, políticas e econômicas que afetassem os interesses das classes dominantes” (IANNI, 1974. p. 13). Ao analisar o Imperialismo na América Latina, Ianni (1974), nos apresenta que, embora esses países tenham uma dependência histórica estrutural, existem resistências e tentativas de rompimento. O mesmo autor nos lembra que a vitória do socialismo em Cuba e a insurreição na República Dominicana, coloca os Estados Unidos em alerta no continente de forma que se reconhece

proliferação de organizações interamericanas, de cunho multilateral, voltadas para a discussão e tomada de decisões sobre assuntos políticos, econômicos, militares, trabalhistas, empresariais, religiosos, culturais, científicos e outros é, em boa parte, condição e consequência desse processo de generalização e sistematização dos interesses das classes dominantes no continente, segundo as exigências da hegemonia norte-americana (IANNI, 1974. p. 50).

A própria instauração da ditadura civil-militar no Brasil em 1964 foi uma

intervenção necessária para a manutenção dos interesses do capital internacional aliada aos interesses da burguesia brasileira frente a esse “iminente” perigo do inimigo do socialismo. No entanto, Fontes (2010) sinaliza que isso não ocorreu sem resistências, pelo contrário, muitas foram as formas de luta e organização da classe trabalhadora em várias áreas. Uma dessas formas de organização e resistência no âmbito da saúde se deu pelo movimento de Reforma Sanitária na década de 70.

Soares (2020), considera o surgimento da reforma sanitária como resistência dos trabalhadores à insatisfação, aponta que os serviços de saúde eram focados nos trabalhadores de carteira assinada e, os demais que constituíam grande maioria, não tinham direito. Além disso, também como resposta à crise estrutural do capital que se instaura desde a década de 1970. Nos diz a autora que,

expressões dessa resistência, o movimento de reforma sanitária surge da confluência de diversos segmentos dos trabalhadores da saúde junto com os movimentos sociais, associando produção teórica à organização e ação política. Com uma fundamentação racional que se contrapunha à neutralidade do positivismo, o movimento sanitário tinha uma percepção política e histórica da saúde, sendo este, sem dúvida, o seu maior mérito (SOARES, 2020. p. 49).

Ainda assim, a autora aponta que esse movimento “não era homogêneo”, levantou bandeiras de luta que seguiam lógicas divergentes no que diz respeito a mudança radical ou não da ordem societária, “porém, em comum a este movimento, havia a defesa explícita da emancipação política” (SOARES, 2020. p. 50) Por isso, afirma Soares (2020) a existência de “um projeto de sociedade e de Estado que fundamentavam as bandeiras de luta do movimento: com uma concepção de saúde que não está restrita ao corpo e ao indivíduo, mas que está centrada na coletividade, na estrutura social, nas classes sociais” (SOARES, 2020. p. 50).

O movimento de reforma sanitária foi quem organizou o Projeto de Reforma Sanitária Brasileiro durante o processo de redemocratização do país, nos anos 80, “cuja preocupação central foi assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde” (SOARES, 2020. p. 177). Segundo Soares (2020)

Como princípios deste projeto ressalta-se: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações e a participação popular através de mecanismos como conselhos e conferências de saúde. Sua premissa básica consiste na Saúde como direito de todos e dever do Estado. Esse projeto tem sido questionado a partir dos anos 1990, constituindo-se, na atualidade, numa perspectiva contra-hegemônica (P. 177).

Tal movimento, precisamos apontar, é um dos principais responsáveis pelas mobilizações que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, além do Projeto de Reforma Sanitária Brasileiro, outros projetos de saúde vão ganhando força, a exemplo do Projeto Privatista.

O Projeto Privatista, por sua vez, emerge para atender os interesses do capital, alinhando suas propostas ao que é pregado pelos Organismos Multilaterais de Hegemonia, como o Banco Mundial, no sentido de implementar políticas neoliberais, ou seja, o processo de contrarreforma na política de saúde (SOARES, 2020). O projeto Privatista passa a ser colocado em prática no Brasil a partir do governo Collor, nos anos 1990, período em que é implantado o processo de contrarreforma no Estado brasileiro (SOARES, 2020). Esse processo freou a implementação de parte das conquistas alcançadas pelo Projeto de Reforma Sanitária na Constituição Federal de 1988 e coabitou com contrarreformas em outras políticas sociais (SOARES, 2020).

A autora elucida que

A contrarreforma dos Estados constitui-se numa resposta mundial do capitalismo que integra o conjunto de mecanismos de enfrentamento à crise estrutural iniciada nos anos 1970. Desde os anos 1990, difundida pelas agências multilaterais, dentre elas o Banco Mundial, a contrarreforma neoliberal atinge o Estado brasileiro, intensificando as suas mais perversas características. Um Estado historicamente ausente e mínimo em relação à proteção social dos trabalhadores, além de profundamente autoritário, precisava minimizar-se, de acordo com os preceitos produzidos e reproduzidos pelos aparelhos privados de hegemonia nacional e internacional do capital (SOARES, 2020. p. 19-20).

O que caracteriza contrarreforma “não é a completa ausência do novo, mas a

enorme preponderância da conservação ou restauração” (SILVA, 2013. p. 64). Isto porque ocorre, segundo Silva (2013), mas também nos estudos de Soares (2020) e Behring e Boschetti (2011) uma deturpação do conceito de reforma que em sua origem era utilizado pela esquerda no sentido de propor mudanças profundas na sociedade pela burguesia, que passou a chamar de reformas o que, na verdade, é uma contrarreforma. Nesse sentido, se considerarmos que a política de saúde no Brasil ganhou posição de política pública com os princípios a ela impostos e que após os governos buscaram “reformular” esta política e a administração do Estado por meio de estratégias que representam “andar para trás” no sentido de retrocesso dos direitos alcançados, só pode tratar de uma contrarreforma e não uma reforma propriamente dita (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

Segundo Soares (2020), o projeto privatista abraça propostas defendidas pelo Banco Mundial e, esse projeto foi ganhando força na década de 1990. Nesse sentido, Santos (2020) nos esclarece que,

O Banco Mundial ganha cada vez mais espaço no campo da saúde, tornando-se um grande articulador e produtor de ideias que defendem a focalização do sistema na pobreza e sua privatização com taxações nos serviços. Tais propostas são defendidas por segmentos no interior do governo, inclusive os da área econômica. Havia, assim, fundamentalmente, dois grandes projetos em disputa: o da reforma sanitária – que perdia cada vez mais espaço – e o projeto denominado por Bravo (2006) de saúde privatista (P. 64).

De acordo com Silva (2013) e Soares (2020), o Projeto de Reforma Sanitária não é homogêneo, uma vez que envolve diversos sujeitos políticos coletivos e tem sido objeto de diferentes projetos, como o Projeto da Terceira Via, o SUS Possível, que iniciou nos primeiros anos 2000, no período do governo Lula. Tal projeto, nos diz Silva (2013), embora seja fruto do Movimento de Reforma Sanitária, ao flexibilizar as propostas do Projeto de Reforma Sanitária, agregando o discurso do desenvolvimento social com o crescimento econômico, tende a fortalecer o projeto Privatista.

Isto porque, embora tenha sido criada a expectativa de retorno ao projeto de Reforma Sanitária por parte de seus defensores com a chegada do governo do PT

ao poder, com o tempo e as medidas de governo adotadas, foi se caracterizando um projeto de poder alinhado ao neodesenvolvimentismo (SILVA, 2013). O neodesenvolvimentismo, “surgiu no século XXI após o neoliberalismo experimentar sinais de esgotamento, e logo se apresentou como uma terceira via, tanto ao projeto liberal quanto do socialismo” (SILVA, 2013. p. 37). Segundo Silva (2013) tal ideologia resgata os conceitos de equidade e justiça social, com três principais argumentos: o crescimento econômico não daria conta sozinho de reduzir as desigualdades; a ineficiência dos gastos públicos no Brasil que seriam altos, mas que precisariam ser realocados para combater a pobreza; e, por fim, o estímulo a políticas voltadas para o capital humano.

Assim,

O objetivo do neodesenvolvimentismo é entrar como uma espécie de Terceira Via, na disputa pela hegemonia ideopolítica para a consolidação de uma estratégia de desenvolvimento alternativa aos modelos em vigência na América Latina, tanto ao populismo burocrático, representado na sua opinião, por setores arcaicos da esquerda e partidários do socialismo, quanto à ortodoxia convencional, representada por elites rentistas e defensores do neoliberalismo (SILVA, 2013. P. 38).

Cabe esclarecer, segundo Silva (2013), que o primeiro ministro da Saúde da era PT foi Humberto Costa, que contou em seu corpo ministerial com intelectuais e militantes do Movimento de Reforma Sanitária, o que representou grandes conquistas e revogação de alguns projetos que estavam na esteira do projeto privatista, como Decreto 4.481 de 22 de novembro de 2002 que isentava e deduzia tributos de grande Hospitais filantrópicos. Mas, ainda no primeiro mandato de Lula, no ano de 2005, a pasta foi entregue ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) (SILVA, 2013) que deu continuidade ao projeto privatista na perspectiva neodesenvolvimentista, como uma terceira via, colocando em cena o Projeto SUS Possível (SOARES, 2020).

Soares (2020) assevera que

Nos anos 1980 e 1990 o embate de projetos se dava entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista, no governo Lula, se corporifica um

‘novo’ projeto que se relaciona umbilicalmente ao projeto privatista: o projeto SUS possível, defendido pelas antigas lideranças do movimento de reforma sanitária, flexibilizando os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS (SOARES, 2020. p. 21-22).

Analisar esses projetos é de suma importância, por tratarem de direções ético-políticas, racionalidades, para a condução das políticas colocadas em prática no cotidiano do SUS. A respeito dos impactos da racionalidade hegemônica atual no SUS, Soares (2020) aponta entre as tendências que possuem impactos importantes para as práticas em saúde, a da “precarização e superexploração do trabalho na saúde pública”. Segundo a autora,

A racionalidade empresarial produtivista, o mecanismo de contenção da demanda e emergencialidade da vida corroboram diretamente com essa tendência. Além disso, a necessidade de reestruturação da gestão do trabalho, inclusive com o investimento na qualificação desse trabalhador desde a graduação até a formação continuada, busca formar um novo trabalhador coerente com as necessidades da organização do sistema e de sua racionalidade. (SOARES, 2020. p. 159).

No campo da saúde, para Soares (2020), a privatização tem tomado várias frentes e possibilidades de lucro para o capital, impulsionadas pelas agências multilaterais, propagando o ideário neoliberal e “interrompeu o início da implementação do SUS” (SOARES, 2020. p. 21). Nessa esteira, os interesses do capital são amplamente difundidos, por vezes mascarados sob a face do apoio humanitário, pelo mesmo discurso apontado no item anterior sob o qual os projetos e ações desenvolvidas seriam para fortalecer os sistemas de saúde dos países de capital dependente. Nesse sentido aprofundaremos nosso raciocínio no item que segue.

2.3 Banco Mundial, OMS E OPAS: aparelhos multilaterais de hegemonia e suas contribuições para o avanço da contrarreforma da política de saúde brasileira

As contrarreformas, como dissemos, estão vinculadas às tentativas do capital

para continuidade de sua expansão em período historicamente situado e caracterizado por uma crise estrutural. As respostas a esse momento se dão por meio da adoção de um ideário materializado em políticas neoliberais. Cabe destacar que junto ao neoliberalismo também surge o regime de acumulação financeirizado e sua busca de valorização que, na política de saúde, impactam diretamente na oferta dos serviços prestados à população.

Não bastasse em nosso país a democratização do acesso à saúde ter sido conquistada apenas na década de 80, mal foi posto na Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 196, como um direito de todos os brasileiros e dever do Estado, o capital logo mina esse processo por meio de acordos, sugestão de ajustes e todo um aparato normativo e ideológico a fim de orquestrar o processo de privatização, sucateamento e desfinanciamento dessa política.

Esse processo de financeirização se estende para além do mercado tradicional quando, por meio das desregulamentações dos direitos sociais, incluímos aqui o da saúde e o processo de privatização do Estado, atinge o nível de repassar o fundo público para o capital (SANTOS, 2020). O que não podemos desconsiderar é que esse processo de intensificação de privatização agrava as condições de vida dos trabalhadores, dos que vivem do trabalho, mas esse processo não ocorre sem resistência (HARVEY, 2005). Com isto, a forma de organização da classe trabalhadora e também dos governos frente a esse processo passa a tomar características particulares em cada âmbito que se aplica.

Santos (2020) destaca que

A poderosa força das agências multilaterais que controlam todo o regime financeiro possui o poder de controlar e de fazer ou desfazer economias mais fracas por meio da manipulação do crédito e do regime financeirizado, promovendo o processo mundial com as transformações domesticadas apoiadas pelo neoliberalismo (P. 33).

Lembrando que os aparelhos multilaterais de hegemonia são fundamentais para a hegemonia do capital, pois “todos os aparelhos públicos e privados, de hegemonia e coerção, são, em última análise, estado no sentido [...] amplo do termo” (SANTOS, 2020. p. 38). Por meios desses instrumentos de hegemonia, os

países imperialistas mantêm o processo de dominação com relação aos países dependentes (SANTOS, 2020).

Hegemonia é uma categoria que, segundo Castelo (2013), foi trabalhada por Lenin, mas tem centralidade e aprofundamento em Gramsci, que apresenta o conceito como uma categoria muito complexa. Hegemonia e ditadura, ou consenso e coerção para Gramsci, são compreendidas como unidades dialéticas e contraditórias que integram a categoria supremacia (CASTELO, 2013). Nas palavras do autor “Neles pode-se constatar que a distinção entre consenso e coerção é metodológica, pois, na realidade, as classes proprietárias se mantêm no poder enquanto classes dominantes e dirigentes, fazendo uso de ambas as formas de supremacia” (CASTELO, 2013. p. 50).

Nesse sentido, é inerente a busca pela hegemonia e, para ter hegemonia, é imprescindível o consenso, mas também não se nega a coerção, pois, nas palavras de Castelo (2013, p. 53) “a hegemonia, mesmo em tempos ‘normais’” não prescinde do uso da força”. Na mesma perspectiva, Sousa (2014, p. 99) esclarece que “hegemonia não é sinônimo de domínio, tendo em vista que hegemonia se caracteriza como direção”, mas a hegemonia é construída paulatinamente e nesta compreensão, pois quando Estado tem interesse em uma opinião pública não mede esforços, usa de várias estratégias, inclusive da manipulação pela via dos meios de comunicação, os processos formativos, etc.

Com estouro da crise estrutural do capital na década de 70 e a reestruturação do mundo do trabalho, percebemos como reflexo mudanças profundas que implicam a imposição da hegemonia, conseguimos evidenciar isso no setor e no processo de trabalho em saúde, que não ocorreu sem a resistência dos trabalhadores aos modelos, taylorista/fordista. Nessa esteira,

Como consequência da crise dos organismos internacionais, capitaneado pelo Banco Mundial, começam a redirecionar a política para América Latina, restringindo seus empréstimos e condicionando-os a uma série de medidas de ajuste. Com efeito, é nesse período que o Banco Mundial elabora o primeiro documento que refere-se mais diretamente à saúde (1975), onde critica as políticas públicas de saúde desenvolvidas pelos países periféricos, destacando o excessivo custo com alta tecnologia e a forte concentração em medicina hospitalar (VIEIRA et al, 2006. p. 15).

Soares (2020) esclarece que

O Banco Mundial, enquanto importante aparelho privado de hegemonia no capitalismo contemporâneo, tem como uma de suas principais estratégias o convencimento, a consensualização e a adesão dos diversos governos às suas orientações através de um processo de discussão, negociação e elaboração dos projetos. Tem sido fundamentalmente dessa forma que o Banco vem influenciando as políticas sociais dos países de capitalismo periférico e, em especial o Brasil, que teve na área de saúde uma das maiores para investimento (P. 134).

Como se não bastasse, Santos (2020) destaca que, o Banco Mundial teve apoio dos governos brasileiros da década de 1990, a saber, os Fernandes, Collor de Melo e Henrique Cardoso, que segundo o autor estariam “profundamente engajados na defesa do projeto contrarrevolucionário” (P. 62).

Porém, não só sendo fruto do neoliberalismo, mas também difundidores desse ideário, o Banco Mundial consegue uma associação com a OMS e com a OPAS, que até meados da década de 1970 “logravam ter uma agenda consensual” (VIEIRA ET AL., 2006. p. 15). Assim, o Banco Mundial expande na década de 80 suas cartilhas para as variadas organizações, incluindo a OMS e a OPAS (VIEIRA ET AL., 2006. p. 15).

Essa mudança não ocorreu à toa, estudos como o de Correia (2007), Rizzotto (2012) e Santos (2020) nos apresentam que essa migração do Banco Mundial da pauta das questões diretamente relacionadas a pauta econômica para as demandas voltadas aos problemas sociais, principalmente nos países dependentes, teve impulso na gestão presidencial de McNamara, iniciada no final da década de 60. Rizzotto (2012) nos alerta que o presidente do banco “estava ciente dos perigos que uma multidão de pobres inquietos poderia representar para a ordem estabelecida” (P. 77), logo centrou as estratégias de atuação em “dois campos: apaziguar os pobres por meio da satisfação das necessidades humanas básicas e manter sob o domínio a sua expansão” (P. 77).

Ainda, segundo Rizzotto (2012), esse redirecionamento do Banco tem como marco o Relatório Pearson. Diz a autora,

McNamara sabia que a política de ampliação do leque de ações do Banco Mundial e a intenção de influenciar as decisões políticas dos governos dos países membros, especialmente os dependentes, não iria ocorrer por mera vontade de instituição e sem resistências nesses países. Daí a necessidade de argumentos convincentes, que lhes desse legitimidade nos processos de negociação com os governantes e seus técnicos (RIZZOTTO, 2012. p. 74).

Com isso, o Banco passou a debruçar suas atenções sobre políticas setoriais, emitindo documentos recheados dos problemas identificados, sugerindo medidas que poderiam solucioná-los caso fossem adotadas pelos governos (RIZZOTTO, 2012). O discurso girava em torno de que, caso a cartilha fosse seguida, os países dependentes poderiam chegar às mesmas condições dos países imperialistas, reduzindo a questão em “incompetência administrativa e incapacidade técnica de controlar o nascimento de pobres indesejados” (RIZZOTTO, 2012. p. 80). Segundo Rizzotto (2012) esses documentos “tratam de forma genérica o setor em questão” (P. 75) e a estratégia de cooptação tanto para com os investidores, como para os países dependentes omite a relação capital x trabalho,

Partindo do pressuposto de que bastaria um bom plano de desenvolvimento e o aporte de recursos suficientes que incentivasse o crescimento econômico dos países pobres, para que estes saíssem do seu estágio de subdesenvolvimento, McNamara exigiu dos técnicos do Banco um plano de desenvolvimento para todos os países prestatários, e empenhou-se para conseguir fundos em todos os bancos do mundo que o tivessem (RIZZOTTO, 2012. p. 76).

A autora completa que

Em apenas noventa dias na direção do Banco, conseguiu mais recursos do que em qualquer exercício precedente. Tanto que no período anterior de vinte e três anos de atuação o Banco Mundial havia financiado 708 projetos com valor equivalente a US\$ 1.700 milhões, ao passo que apenas no primeiro ano de mandato de McNamara (1968 – 1973), o Banco financiou 760 novos projetos com um total de US\$ 13.400 milhões (RIZZOTTO, 2012. P. 76, apud GEORGE & SABELLI, 1994, p. 56).

Dessa forma que McNamara consegue relacionar a questão do desenvolvimento econômico com o enfrentamento à pobreza e a pauta da saúde colocada pela via do controle populacional (RIZZOTTO, 2012; SANTOS, 2020). Nessa esteira, em 1.969 é criado no Banco Mundial o Departamento de Projetos Demográficos que passa a tratar diretamente essa questão. A partir desse processo o Banco passa a publicar relatórios com orientações que segundo Rizzotto (2012) apresenta, embora alterem em detrimento da conjuntura que se apliquem e até mesma gestão do Banco, seguem dois eixos centrais, são eles: “reconfigurar os sistemas de saúde dos países periféricos, ao mesmo tempo, em que buscavam contribuir para redefinir o papel do Estado no âmbito das políticas sociais” (P. 115).

No entanto, apenas em 1975 é publicado o primeiro documento do Banco voltado para a saúde, a saber, *Salud: documento de política sectorial*, seguido de vários pareceres, opiniões e recomendações (RIZZOTTO, 2012). Como existia uma relutância interna referente a uma interferência do Banco diretamente as questões voltadas para a saúde, uma das estratégias foi trabalhar de forma cooperada com a OMS que já possuía expertise no tema, agregando a capacidade de análise econômica do Banco (RIZZOTTO, 2012).

Com a saída de McNamara do Banco ocorreu um retorno às propostas voltadas para as áreas diretamente ligadas à economia, sendo utilizados como “principal instrumento os financiamentos para programas de ajuste estrutural, impondo condicionalidades aos países membros que recorriam aos seus empréstimos para honrarem com os compromissos da dívida externa e equilibrarem suas economias” (RIZZOTTO, 2012. p. 85). O Consenso de Washington, em 1989, é colocado em prática e, com efeito, tem-se um aumento exponencial da pobreza e das condições de vida dos trabalhadores dos países de capital dependente de forma tal que o discurso de combate à pobreza volta a pauta do Banco Mundial na década de 90, especificamente em 1995, com o presidente James Wolfensohn (RIZZOTTO, 2012)

Um pouco antes, conforme Rizzotto (2012), foi lançado o segundo documento do Banco que focou o tema da saúde no ano de 1993, a saber, o 16 Relatório Anual. Cada ano o Banco Mundial vinha apontando em seus Relatórios Anuais um tema em momento histórico estratégico, de implementação do neoliberalismo nos países

dependentes, tendo em vista a oportunidade do banco em realizar “crítica contundente ao papel do Estado, aos sistemas de proteção social de um modo geral e às políticas públicas em particular, incluindo aí a saúde” (RIZZOTTO, 2012. p. 109). A saúde é colocada “em uma condição de subordinação aos interesses e as políticas de crescimento econômico, evidenciando o predomínio do econômico em face ao social” (P. 112).

O maior interesse do Banco, segundo Rizzotto (2012), era a expansão no mercado privado de saúde, por ser um nicho econômico em farto crescimento. Nas palavras da autora, “na saúde, por exemplo, sua ênfase foi a de pressionar a adoção de políticas e reformas que fortalecessem o setor privado, com a oferta, pelo Estado, de serviços públicos essenciais, destinados às populações mais pobres” (RIZZOTTO, 2012. p. 89). Ainda Rizzotto (2012) elucida que, com o fim do risco iminente do socialismo, especificamente com a queda do muro de Berlim e o final da Guerra Fria, o Banco passou a mudar o discurso no sentido de considerar a pobreza como inerente à sociedade, cabendo aos mais ricos auxiliarem os mais pobres. Essa fala de naturalização da pobreza é escancarada, ficando evidente na concepção defendida de saúde, não como “direito universal, mas como concessão benevolente do Estado” (RIZZOTTO, 2012. p. 111).

Poderíamos considerar este processo como incubadora do Projeto Privatista da Saúde, isto porque,

Ao propor um modelo de assistência com determinadas características e destinado aos mais pobres, pressupõe-se a necessidade de um outro modelo para os não pobres, ou seja, um fornecido pelo Estado para quem não tem condições de pagar, e outro, para o restante da população que de alguma forma poderia arcar com os custos de sua saúde, este por certo deveria ficar sob a responsabilidade da iniciativa privada. A política de dar aos pobres um mínimo indispensável para sua sobrevivência, por meio de programas sociais, parece revelar uma preocupação com a possibilidade de que extremos de miserabilidade podem transformar-se em reais ameaças à estabilidade política, necessária ao avanço da modernidade, à acumulação e à expansão econômica, regidas pelas leis do mercado (RIZZOTTO, 2012. p. 110).

Nessa esteira de propostas para implementação dessas contrarreformas, o Banco lança uma série de documentos durante as décadas de 1990 e também nos

anos 2000, a saber:

Brazil: Northeast Endemic Disease Control Project (1988), Policies for Reform of Health Care, Nutrition, and Social Security in Brazil (1988), Women's Reproductive Health in Brazil (1989), Adult Health in Brazil: Adjusting to new Challenges (1989), Issues in Federal Health Policy in Brazil (1991) e The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90s (1993) (RIZZOTTO, 2012. P. 2012).

Dois desses foram traduzidos e publicados no Brasil com o título, *Brasil: novo desafio à saúde do adulto*, em 1991 e, o outro, *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*, em 1995. Parte desses documentos foi lançada em agenda conjunta com outro aparelho multilateral de hegemonia, que vem contribuindo para o processo das contrarreformas na Política de Saúde no Brasil: a OMS.

Por sua vez, a OMS também vem apresentando agenda alinhada com a cartilha neoliberal e as propostas são materializadas nos países dependentes mascaradamente pela sua face humanitária, escondendo seus reais interesses econômicos. Ainda soma para ofuscar essa compreensão crítica a utilização de conceitos idênticos ou similares aos utilizados pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, como a expressão “cobertura universal” em vez de “universalidade”, a expressão descentralização, participação da comunidade, entre outros, só que em um sentido diverso do que foi pautado pelo movimento.

Como exemplo, temos na Constituição Federal de 1988, o princípio da universalidade tratada como cobertura universal, para os Aparelhos Multilaterais de Hegemonia. A cobertura universal tem foco nas ações para os mais pobres, os que não podem pagar por serviços de saúde e não, a saúde como direito social de forma pública e gratuita, como idealizado na década de 1970 pelo projeto de Reforma Sanitária brasileiro (RIZZOTTO, 2012; SOARES, 2020). Outro exemplo é a concepção da descentralização, que para os aparelhos multilaterais de hegemonia estaria relacionado a redução da participação do Estado e, no movimento de reforma brasileira, seria uma contraproposta a centralização na União e descentralização das ações para outras esferas (RIZZOTTO, 2012; SOARES, 2020). Já a participação da comunidade teria uma vinculação à participação da comunidade e sociedade no

sentido de uma parceria público-privada e não com relação à participação política, de controle social (RIZZOTTO, 2012). Tomando clareza de como precisamos estar atentos a esse movimento e da importância de transportar esse olhar crítico para a leitura e análise dos relatórios propostos pelos Aparelhos Multilaterais de Hegemonia, constatamos que não é cabível tratar ingenuamente aplicando a mesma compreensão dos conceitos de um relatório desses Aparelhos Multilaterais de Hegemonia.

Após o período de redemocratização, com a chegada dos governos dos Fernandos, Collor de Melo e Henrique Cardoso, na década de 1990, são implementadas oficialmente a agenda neoliberal no Brasil (SOARES, 2020; RIZZOTTO, 2012; SANTOS, 2020). Isso ocorre, principalmente, nos anos do segundo Fernando, quando é implementada a Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, por meio do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE) proposta pelo Ministério da Administração da Reforma do Estado (MARE), comandado por Bresser Pereira (BEHRING e BOSCHETTI, 2011).

No Caderno n.º 13 do MARE, chamado de “*A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde*”, publicado em 1998, encontramos a materialização das propostas dos Aparelhos Multilaterais de Hegemonia do Banco Mundial voltadas para a política de saúde (SANTOS, 2020). A partir desse documento começam uma série de contrapropostas que, em vez de alargar o direito à saúde, estreita-se a proposta da saúde como mercadoria, atestando a ineficiência do Estado Brasileiro em prover a universalidade e gratuidade, aplicando propostas privatistas, liberando a participação do mercado.

Na contramão do que a classe trabalhadora esperava nos anos 2000, com a chegada de Luiz Inácio Lula da Silva e da primeira mulher a chegar à presidência da república, Dilma Rousseff, o processo de implementação do Estado neoliberal não freia. Esse processo segue um ritmo diferenciado, com a implementação de estratégias neodesenvolvimentistas como comentamos anteriormente, já que esses governos optaram por uma agenda de coalizão.

A grosso modo, o Social-Liberalismo surge como um projeto alternativo ao neoliberalismo, que demonstrava seu fracasso, com o acirramento da crise que só aprofundava. Era uma alternativa, nem socialismo, nem neoliberalismo clássico, uma

terceira via. Segundo Santos (2020), “os governos petistas defendiam o argumento de uma política fundada no crescimento econômico com desenvolvimento social, vislumbrando uma nova ideologia que supostamente estaria longe do ideário neoliberal” (P. 68). No entanto, cabe destacar que o Social-Liberalismo não há uma ruptura com o neoliberalismo, mas uma nova forma de lidar com as políticas sociais, ou seja, é uma variante do neoliberalismo, exemplo do que ocorreu no Brasil com os programas de combate à fome, por meio de estratégias de transferência de renda.

Com esse discurso, os governos do Partido dos Trabalhadores (PT), conquistou e cooptou movimentos sociais e quadros de intelectuais da classe trabalhadora que passaram a defender políticas alternativas em várias frentes. O mesmo ocorreu na saúde, quando o movimento de reforma sanitária brasileiro ganhou uma nova face, um projeto alternativo que fosse viável e de aplicabilidade, um projeto “*SUS Possível*” (SILVA, 2013; SOARES, 2020; SANTOS, 2020)

Neste mesmo período, nos anos 2000, além das orientações e financiamento de projetos que impulsionam ações que aprofundaram o neoliberalismo, ainda são assinados Ajuste Complementar para execução da cooperação técnica no Brasil com outros Aparelhos Multilaterais de Hegemonia, a OPAS. Neste período as ações são impulsionadas por meio dos Termos de Cooperação Técnica, tendo como eixo projetos financiados pelo governo brasileiro.

A OPAS atua como escritório da OMS na América Latina, inclusive com uma das sedes no Brasil. Segundo Castro (2008), o Brasil passou a integrar a OPAS ainda em 1929, mas os programas de Cooperação Técnica em Desenvolvimento de Recursos Humanos passaram a ser desenvolvidos no país apenas a partir da década de 70, conforme apontamos brevemente. Como também foi sinalizado, a OPAS passou a fazer parte da OMS no final da década de 40, como estratégia de expansão do capital, tomando frentes para além do eixo estritamente econômico, assumindo discurso alinhado a OMS.

Ainda nos anos que se seguiram, os Aparelhos Multilaterais de Hegemonia, “tentam disseminar no Brasil um modelo de saúde privatista e totalmente mercadológico, que ameaça o SUS, tratando a saúde como mercadoria e fonte de lucro” (SANTOS, 2020, p. 77). Nas palavras de Santos (2020), no período pós 2003, durante o governo do PT

Os documentos formulados pelo BM foram intitulados de “Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos”, de 15 de fevereiro 2007; “Documento de avaliação do projeto sobre a proposta de empréstimo, no montante de 150 milhões de dólares, para a República Federativa do Brasil para o projeto de modernização dos hospitais universitários”, de 2011; e “20 anos da Reforma do Sistema de Saúde do Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde”, de 2013. Esses documentos significaram a implementação da mudança na gestão do SUS, aprovada no governo Lula e continuada no governo Dilma (P. 79).

Um destaque para esse momento é a materialização e entrega das estruturas públicas para o capital, no sentido de privatizar por dentro do Estado. Os equipamentos e serviços de saúde são entregues a variadas estruturas jurídicas como Organizações Sociais (OSs), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado (OSCIPs), as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e, ainda, algumas criadas com essa missão, a exemplo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (SANTOS, 2020; SOARES, 2020).

Santos e Silva (2020) colocam como elemento principais argumentos dos Aparelhos Multilaterais de Hegemonia para o convencimento da incompetência administrativa dos países dependentes e a comparação dos gastos em saúde dos países dependentes com os países imperialistas. Ainda no mesmo estudo, os autores colocam que desde o processo de interferência, orientação desses aparelhos multilaterais de hegemonia são questionados o sentido dos princípios defendidos pelo movimento de reforma sanitária garantidos na Constituição Federal de 1988 (SANTOS E SILVA, 2020).

De toda forma,

ratificamos que esses planos orientadores do BM recebem total apoio da OMS que o classifica como “nova universalização da saúde”. Por isso que as contrarreformas têm impactado brutalmente no financiamento e na estruturação do sistema de saúde, fragilizando a assistência à população, bem como têm estimulado a expansão do setor privado (SANTOS, 2020. p. 85).

Ainda que os governos do PT seguissem a lógica neodesenvolvimentista, foi

necessário um novo acirramento do processo de expansão do capitalismo, momento histórico em que foi preciso preservar e ampliar os lucros do capital financeiro. Embora a cartilha estivesse sendo seguida, ocorreu um aprofundamento da subordinação do Brasil com a retirada de Dilma Rousseff do poder, por meio de impeachment em 2016 (BEHRING e SOUZA, 2020; SANTOS, 2020). Porém, o impeachment de Dilma, consistiu, como nos dizem Behring e Souza (2020) em um novo tipo de golpe institucional, midiático, jurídico e parlamentar articulado por vários setores da burguesia, orquestrado pela mídia que propiciou a chegada de Michel Temer (vice-presidente de Rousseff) ao poder.

O governo de Temer, coroou as possibilidades de mais ajuste além do avanço das contrarreformas, desmonte, desregulamentação e privatização das políticas sociais, em especial da saúde. É o momento histórico marcado pela implementação do ultraneoliberalismo no Brasil (BEHRING e SOUZA, 2020), quando é aprovada a Emenda Constitucional n.º 95 que congela os gastos públicos por 20 anos, fato que institui o chamado novo Regime Fiscal no país. Tal projeto foi sinalizado anteriormente pelo Movimento Democrático Brasileiro (MDB), partido de Temer, no documento Uma ponte para o futuro (BEHRING E SOUZA, 2020). Assim

Observa-se que a política de saúde vem incorporando, através dos seus governantes, as agendas dos aparelhos privados de hegemonia BM/OMS, na contramão do estabelecido no arcabouço jurídico do SUS, demonstrando uma discrepância entre o SUS real e o constitucional. Essa incoerência tem ampliado significativamente a consolidação dos vários processos de privatização e desmonte do SUS universal (SANTOS, 2020. p. 118 – 119).

Os governos que sucederam o movimento de reforma sanitária brasileiro têm seguido à risca as orientações desses aparelhos multilaterais de hegemonia de variadas formas. No entanto, o modelo dessa nova fase do neoliberalismo, o ultraneoliberalismo, como se não bastasse o governo Temer, sofreu agudização no governo de Jair Messias Bolsonaro, iniciado em 2018. Nas palavras de Behring e Souza (2020) as medidas tomadas por este governo “ganham contornos dramáticos com esta combinação entre o ultraneoliberalismo e o fascismo” (P. 134), tornando-se ainda mais devastador, quando a vida foi totalmente submetida aos interesses do capital.

Não bastasse a política econômica ultraneoliberal, de submissão tocada pelo Ministro da Economia, Paulo Guedes, o mundo se viu frente a uma pandemia que devastou não só capitais, mas vidas. Isto porque, mesmo com a publicação da Portaria n.º 913/2022, que declarou o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da COVID-19 no ano passado, até a defesa desta dissertação, segundo a página Painel Coronavírus só no Brasil, são mais de 37 milhões de casos de Covid-19 e mais de 700 mil mortes. Ou seja, precisamos conviver com o vírus, mantendo estratégias de prevenção, cuidado e atenção.

Cabe ressaltar que “a pandemia é uma espécie de catalisador de tendências da crise mundial do capitalismo que já estavam em andamento, apesar de não se limitar a essa característica” (BEHRING E SOUZA, 2020. p. 144). Dessa forma, a pandemia apenas contribui para o processo de inflexão e acelera uma tragédia que já existia. Exemplo disso é que o

chamado ‘orçamento de guerra’ de 2020 ofertou a migalha de R\$ 13,8 bilhões de reais para a saúde ao lado do lastro de R\$ 1,2 trilhão para operações de crédito pelos bancos abrindo a possibilidade de compra de títulos podres com recursos do tesouro nacional! Então não estamos falando de guerra contra o vírus, mas de salvamento das empresas no contexto da crise (BEHRING E SOUZA, 2020. P. 146).

Embora a proposta de governo neofascista de Jair Bolsonaro tenha perdido no histórico processo eleitoral de 2022, ficarão ainda sequelas dos quatro anos desastrosos desse (des)governo. No entanto, para a derrocada desse projeto de governo, foi necessário juntar forças de várias frentes, esquerda e direita, para superar essa página catastrófica da história que vivenciamos de extrema submissão ao capital internacional e financeirização. Como sabemos, essa superação envolve um processo de educação transversal para o desenvolvimento da cultura e das relações sociais.

Compreendemos que essa vitória não representa a superação de uma ordem, longe de pensarmos algo assim, pois os mesmos sujeitos continuam no jogo, inclusive na arena continuam os mesmos aparelhos multilaterais de hegemonia que

não cessam em suas sugestões e articulações. Logo, para colocar em prática essas propostas em favor do capital, os aparelhos multilaterais de hegemonia também se ocuparam em promover processos educativos das mais variadas formas. É um pouco sobre esse processo que dissertaremos no capítulo seguinte, quando focaremos no processo histórico da gestão da educação dos recursos humanos na saúde, em outras palavras no processo formativo dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde no Brasil, com ênfase na PNEPS.

CAPÍTULO 3 – POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DOS ANTECEDENTES AOS TERMOS DE COOPERAÇÕES COM OS APARELHOS MULTILATERAIS DE HEGEMONIA

Munidos da compreensão das entranhas do modo de produção capitalista, em seu estágio Imperialista, do entendimento dos aparelhos multilaterais de hegemonia, além de um olhar a respeito da “questão social”, da política de saúde e a contrarreformas que a desafiam, entraremos agora na seara da formação dos trabalhadores da saúde, ou melhor, como é trabalhada pela OPAS/OMS, na gestão da educação para os recursos humanos na saúde, por intermédio da PNEPS.

Esse entendimento inicial se fez necessário, pois, em uma perspectiva crítico-dialética, como nos diz Sousa (2014. p. 31), “para compreendermos o processo educativo, é necessário compreendermos o processo pelo qual os homens produzem sua própria existência”. Assim, sem a compreensão da totalidade, da forma de organização em sociedade, seria fragmentário ou nossa compreensão do objeto em questão ficaria prejudicado, restrito. Nesse sentido, o trabalho que faz com que o homem modifique a natureza também modifica ele próprio e esse processo, ao se aperfeiçoar, constitui o trabalho como essencial para análise da educação, estando esses dois processos interligados.

No entanto, Marx não elaborou em seus escritos análises intencionalmente a respeito da questão da educação, mas em consequências das suas análises a respeito da sociedade de classes, nos apresentou que o processo de transmissão de conhecimento vai sendo agregado às condições sociais, também como sendo um processo histórico fruto da capacidade humana, do nosso diferencial perante os demais animais da natureza. Embora esse processo de criação seja emancipatório, no sentido de nos dar condições de superar as circunstâncias que estiverem postas, a atual forma de organização social dividida em classes sociais, nos leva a um processo de reprodução dessas mesmas condições de exploração, pois a hegemonia estaria sendo produzida e reproduzida a partir dos interesses da classe dominante, que detém os meios de produção e permanece nesta condição. Logo,

sem interesse de modificar as bases que sustentam a estrutura social.

Dito isso, sinalizamos que nosso intuito neste capítulo é apreender como se deu o processo de construção da PNEPS. Para tanto, a partir dos marcos legais estudados, relatórios e também das referências bibliográficas que tratam o tema estabeleceremos as devidas mediações a fim de situar esta política considerando as relações multilaterais para sua materialização em nosso país por meio das cooperações técnicas com a OPAS/OMS. Assim, continuamos nosso percurso, situando essa política na história, por meio dos primórdios, das lutas e das disputas para a instituição da PNEPS e seu processo de implementação até a contemporaneidade.

3.1 Ancestralidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: do que estamos tratando?

A educação, de forma geral, está relacionada a um processo formativo, uma prática que é permanente. Consideramos aqui que estamos em constante processo de educação e que esse processo não se restringe apenas a um dado momento, mas o tempo todo, estamos nos relacionando e aprendendo novas formas de viver e de nos relacionar conosco, com o outro, a comunidade que pertencemos e com o mundo. Segundo Fernandes (2016), “somos programados para aprender; inacabados, mas conscientes de nosso inacabamento e, por isso, em permanente busca; indagador, curioso em torno de si com o mundo e com os outros” (P. 25).

Essa capacidade se torna permanente “porque é própria da condição do humano” (FERNANDES, 2016. p. 25). No entanto, em uma sociedade capitalista, assim como todas as outras esferas da vida e possibilidades de existência, o processo da educação também vai se relacionar com a reprodução e ampliação das formas de lucro para o capital. Nas palavras de Sousa (2014)

A educação constitui-se no complexo, por excelência, em que se efetiva o pertencimento do indivíduo ao gênero humano e, por isso, traz

intrinsecamente o sentido lato ou genérico, e o sentido stricto ou específico, atendendo aos interesses dominantes vigentes na sociedade em cada momento histórico (P. 34 – 35).

Assim, a educação tenderá a desenvolver as habilidades necessárias ao seu tempo, pois ela “visa preparar o homem para reagir adequadamente diante das situações já previstas e também das situações imprevisíveis através da inovação e criação fomentadas pelo conhecimento acumulado, em um movimento de conservação e superação” (SOUSA, 2014. p. 44). No modo de produção capitalista, a educação também vai se tornar uma mercadoria, deturpando e reduzindo suas possibilidades e potencialidades.

Segundo Sousa (2014)

na vigência da sociabilidade capitalista, embora tenha em sua gênese a função de transmitir os conhecimentos historicamente produzidos pela humanidade, a educação encontra-se submetida predominantemente à reprodução das relações sociais alienadas postas pela classe dominante, ao difundir seus ideais, diversificando sua função de acordo com seus interesses em cada momento histórico. Na ordem do capital, sua função está predominantemente atrelada à lógica do desenvolvimento econômico, como elemento de manutenção do status quo, da hierarquia social, da divisão de tarefas pela divisão de conhecimentos de acordo com a classe, reproduzindo o conhecimento mínimo necessário para o adequado ideal democrático burguês que exige determinados comportamentos, valores e habilidades dos “cidadãos”, de forma que impeça a ruptura da ordem social, sobressaindo-se, dessa forma, seu caráter estritamente conservador e, na mesma direção, subtraindo-se o seu papel transformador (P. 50 – 51).

Como a educação é uma das dimensões mais complexas, aqui trataremos de direcionar o foco de nossas atenções para a educação voltada para o desenvolvimento de atividades e serviços específicos, isto é, atentaremos para as relações sociais que ocorrem no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, no SUS. Ao considerarmos este foco, também nos cabe ressaltar que essa atuação é complexa, e lida com o processo de garantia de um direito fundamental e universal que é o direito à saúde.

Tratamos aqui da formação dos trabalhadores do SUS, que abarca profissionais com graduação de ensino superior como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, médicos, enfermeiros e demais profissões citadas na

Resolução n.º 287 de 1998 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Somamos a esse grupo os trabalhadores com formação técnica como os Técnicos de Enfermagem, Técnicos em Hemoterapia, Análises Clínicas, entre outras, como também com profissões criadas para atender demandas inerentes às particularidades do SUS como Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Combate a Endemias (ACE). Somamos também os demais trabalhadores generalistas que agregam em sua função particularidades que exigem conhecimentos específicos de funcionamento do serviço e da rede de atenção, tais como recepcionistas, marcadores de consultas, motoristas, e demais trabalhadores que somam a sua força de trabalho no SUS. Ou seja, atentarmos para o processo de educação em e para o serviço daqueles que trabalham no SUS e que vendem sua força de trabalho para o Estado brasileiro ou entidades conveniadas a este, conforme previsto na legislação vigente, mas, no decorrer de suas ações, necessitam, em detrimento das particularidades e complexidade de sua ação, realizar processos de educação para a melhoria do desempenho de suas funções no SUS.

Esse nosso olhar alargado é atribuído, pois compreendemos que atuar no âmbito do SUS exige um diferencial que muitas vezes não é aprendido em cursos de formação tradicional, mas no próprio serviço. Além disso, o processo de trabalho envolve uma dinâmica própria ao lidar com diferentes formas de vida e de sociabilidade, exigindo constante reflexão e qualificação dos trabalhadores para acompanhar as novas demandas que aparecem, desafiando inclusive os mais comprometidos e dedicados trabalhadores. Um exemplo interessante dessa dinâmica e exigência de constante processo educativo, foi o que vivenciamos nos últimos anos com a pandemia da Covid-19 e também a Monkeypox (MPX).

Como dissemos brevemente, educação em nossa sociedade é posta na condição de mercadoria e tende a desempenhar papel de reproduzir a correlação de forças, direcionando a formação contraditoriamente para a mera reprodução e não de superação das condições de opressão. Além disso,

a lógica do capital está para além da negação do acesso, está na negação da qualidade do conhecimento ofertado à classe trabalhadora, tendo no esvaziamento teórico uma grande arma de

luta ideológica, a qual sob o estigma de ideais democráticos, que em princípio deveriam contemplar a todos sem distinção, desloca para o indivíduo a responsabilidade de seu fracasso pela sua falta de aptidão e qualificação. (SOUSA, 2014. p. 51)

Essa estratégia de culpabilizar o indivíduo, em detrimento da ineficiência das políticas de educação, enfraquece a luta dos trabalhadores, enaltece a perspectiva de uma competição para mais qualificação, endossa o lucro do mercado educacional, que não necessariamente tem compromisso com a qualidade de serviço prestado. Dessa forma, considerando o fator do desemprego e a concorrência entre os trabalhadores, o mercado impõe o currículo como fator diferencial para venda da mercadoria, força de trabalho. Fernandes (2016) nos lembra que não tem como dissociar a institucionalização da educação do aprofundamento das relações no modo de produção capitalista, de forma que atualmente a educação é voltada para o trabalho, para o aprimorar da força de trabalho.

Nessa esteira, citando indiretamente Canário, Fernandes (2016) diz que existem três razões que respalda pesquisar o processo de educação de forma vinculada ao trabalho, as quais, “a expansão das práticas de formação continuada dos profissionais [...], a construção de novas maneiras de agir e pensar no campo da formação contínua associada à organização do trabalho” (P. 34) e, por fim, “o papel determinante e decisivo atribuído ao fato humano na vida das organizações do trabalho” (P. 34).

A autora ainda nos lembra que “a formação no trabalho é mediada por interesses oriundos de necessidades do capital, do trabalhador ou do Estado ou, ainda, da população, reconhecida por intermédio dos usuários de determinado serviço, que vão definir as demandas por formação” (FERNANDES, 2016. p. 37). Esse ponto de vista, nos remete a lembrar da correlação de forças que existem e dos projetos societários. Ora, a luta de classes é presente na sociedade capitalista e nesse caso a formação no trabalho direciona a ação do trabalhador para a produção de novas formas de vida ou da mera reprodução mecânica do trabalho, de manutenção de *status quo*.

Por este motivo que quando pensamos na formação que se volta para

peças que já passaram por processos formativos anteriores, além das questões meramente técnicas de aperfeiçoamento ou de lidar com determinada nova tecnologia, cabe

conhecer e identificar a origem das necessidades por formação nas organizações e, neste caso, no âmbito das políticas sociais, é um ponto de partida para a problematização das relações existentes e do que está em jogo na elaboração das políticas de gestão do trabalho no que diz respeito a formação no e para o trabalho nos dias de hoje (FERNANDES, 2016. p. 38)

Logo, concordamos com Fernandes (2016) quando a autora defende que “a educação e a formação profissional são questões centrais na agenda contemporânea” (P. 38). Ainda mais quando tratamos desse tema que envolve trabalhadores que lidam diretamente com a política de saúde e as particularidades a ela inerentes. Soma-se a esse elemento o quase consenso existente de que educação e formação ocorrem ao longo da vida (FERNANDES, 2016), por esse motivo, cabe fazer um olhar para as concepções de educação permanente existentes na literatura.

O termo Educação Permanente, segundo Lemos (2016; 2010), teria aparecido primeiramente em 1955 como “prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público” na França. Posteriormente, a Educação Permanente, é indicada no Relatório da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), considerado manifesto da educação permanente, como uma nova forma de reorganizar os processos educativos (FERNANDES, 2016). Lemos (2016) nos indica que a adoção do termo pela UNESCO tem como base a teoria do capital humano que considera o “fator humano como um dos mais importantes meios para a produtividade econômica e o desenvolvimento do país” (P. 914).

A grosso modo, “a produção de riqueza, segundo a teoria do capital humano, restringe-se à capacidade individual de um trabalhador, que será mais produtivo quanto maior for seu nível de educação e de treinamento técnico” (CASTELO, 2013. p. 290). Lemos (2016) nos indica que a adoção do termo Educação Permanente pela UNESCO tem como base essa teoria do capital humano que considera o “fator

humano como um dos mais importantes meios para a produtividade econômica e o desenvolvimento do país” (P. 914). Nesse sentido, a autora nos aponta que a Educação Permanente foi capitaneada como uma “ferramenta ideológica do Estado para inculcar nos trabalhadores novas formas de trabalho com centralidade às necessidades do capitalismo tardio” (LEMOS, 2016, p. 914).

Segundo Castelo (2013)

Hoje se admite amplamente que as diferenças naturais podem ser neutralizadas por competências adquiridas através, por exemplo, da educação, que passa a ser instrumentalizada como um meio de capacitar mão de obra para a concorrência no mercado de trabalho; em outras palavras, defende-se a aquisição de capital intelectual pela força de trabalho no mercado da educação: esta é a base das teorias do capital humano. Em termos políticos, o social-liberalismo, ao se guiar pelo conceito de equidade social, defende a promoção da igualdade de oportunidades entre os indivíduos via educação. E a educação, antes uma forma de emancipação humana, fica, de acordo com essa perspectiva, inteiramente subordinada aos requisitos de habilidades necessárias aos processos de produção de mercadorias comandados pelo capital (P. 260).

Conforme apontamos no Capítulo 2, o ideário neoliberal vai assumindo sua face neodesenvolvimentista, como terceira via que será um propagador da teoria do capital humano no período de crise do capital, como uma alternativa a esta. Segundo Vieira et al. (2006), no Brasil, a teoria do capital humano foi utilizada pelo governo militar como desculpa para as desigualdades sociais, apontando a ausência de acesso à educação formal da população como justificativa para a desigualdade do país.

Indicamos também no capítulo anterior que o período pós-Segunda Guerra Mundial foi fervoroso no que diz respeito a impulsionar as ações dos aparelhos multilaterais de hegemonia sob o discurso desenvolvimentista, que ganharam conotação especial no âmbito da educação e da saúde como ferramenta para o possível desenvolvimento dos países de capital dependente. No âmbito da educação, esses programas foram priorizados não apenas pelo FMI e Banco Mundial, segundo LEMOS (2010) também foram demandados pelas Nações Unidas, Fundação Rockefeller, Fundação Ford e Banco Internacional de Desenvolvimento.

As propostas desenvolvimentistas foram assumidas pelos governos dos

países latino americanos e tem como marco histórico a “*Carta de Punta del Este*”, em 1961 (LEMOS, 2010). Tal documento, vinculado a proposta do “*Programa Aliança para o Progresso*”, trazia dois documentos, A Resolução 1, direcionado para a educação: *Plan Decenal de Educación de la Alianza para el Progreso*; e a Resolução 2, voltado para a saúde *Plan Decenal de Salud Publica de la Alianza para el Progreso* (LEMOS, 2010). Lemos (2010) nos apresenta que foi a partir desse documento que a OPAS assumiu como prioridade o planejamento da saúde nos países da América Latina e, nas palavras da autora, “a formação de recursos humanos vai tornar-se essencial para o desenvolvimento dos planos de saúde pública, configurando-se, a partir deste momento, como ação estratégica a ser desenvolvida pelos diferentes países” (LEMOS, 2010. p. 47).

Embora as autoras Leite, Pinto e Fagundes (2020), sinalizem que antes dessas experiências da OPAS, ainda no início do século XX, a Fundação Oswaldo Cruz apostava na formação de quadros para a saúde pública, notamos consenso no reconhecimento de que o investimento na formação dos trabalhadores no âmbito da saúde é estimulada com vigor pela OPAS na década de 1980, por meio do Programa de Cooperação Técnica em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CASTRO, 2008; FERNANDES, 2016; LEMOS, 2016).

Castro (2008) considera como marco do processo de estímulo da formação dos trabalhadores da saúde no Brasil o ano de 1975, quando se deu a instituição formal das cooperações da OPAS com o governo brasileiro por meio da Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde (PPREPS). Apoiada em Vieira et al., Lemos (2016), coloca que a EPS foi estruturada de fato pela OPAS como um “novo vocábulo” para implementar transformações necessárias para a reestruturação produtiva no setor saúde, que estaria vinculada a mudança da perspectiva fordismo/taylorismo para uma concepção mais voltada para o toyotismo.

O fordismo significou um salto na cooptação dos trabalhadores, sendo não apenas uma forma de organização de trabalho pela fragmentação das tarefas na esteira da fábrica, mas também unindo essa estratégia ao taylorismo que pregava a organização da produção a partir de um tempo por etapa (LEMOS, 2016). Na área da saúde, Viera et al. (2006) aponta que o taylorismo representou a fragmentação do processo de trabalho em saúde que antes era centrada na figura do médico e que

passava a ser fragmentada, dividida entre vários profissionais. No entanto, a pesquisa sinaliza que a figura do médico permanece como detentora do poder, tendo em vista que fica “a seu cargo delegar partes do trabalho a outros profissionais, detendo o poder de decisão quanto aos procedimentos a serem tomados” (VIEIRA ET AL., 2006. p. 13).

Ainda Vieira et al. (2006) esclarecem ser neste período que são incorporadas novas tecnologias no trabalho em saúde, tanto em âmbito hospitalar como também laboratorial, o que, segundo a pesquisa “acabaram por polarizar os profissionais de saúde, pois de um lado houve o aumento de profissionais de nível superior e, de outro, um grande contingente de mão de obra desqualificada” (P. 14). Foi o que reforçou a necessidade da formação em saúde para esse grupo.

Porém, o fordismo representou não apenas uma forma de organização do trabalho, mas também de vida dos trabalhadores, por meio de um arranjo político-econômico-social implementada pelo keynesianismo que, por sua vez, foi a estratégia econômica utilizada para ampliação dos lucros do capital após o crash da bolsa de valores de Nova York, em 1929 (LEMOS, 2016). Uma das principais características desse período histórico foi a estruturação de políticas sociais de seguridade social e acesso a bens de consumo, consequência da produção em massa nos países imperialistas. Porém, nos países dependentes, como o Brasil, embora tenha sido buscado minimamente a organização do trabalho pela adoção dessas medidas, elas não chegaram a alcançar esse processo, tendo em vista que, quando passaram a ser conquistadas legalmente, o modelo estava em queda nos países imperialistas.

Dessa forma, o capital opta pela implementação de um novo modelo de produção, logo, a mudança do fordismo/taylorismo para o toyotismo, representou um maior engajamento dos trabalhadores, captando além da mão de obra do trabalho a subjetividade deles, tendo como princípios, nas palavras de Lemos (2016, p. 75) “flexibilidade, dinamismo e contemplação dos desejos do cliente”. Isso tudo associado ao campo cultural e científico, quando, por meio da estrutura neoliberal, é dada voz e vez ao paradigma chamado de pós-modernidade.

Segundo Lemos (2016) a “pós-modernidade proclama o fim da história e de uma razão universal, consolidando as teses da sociedade pós-capitalista, pondo fim

à discussão da sociedade de classes e das ideologias”, em nota citando Lascas, a mesma autora cita como referências dessa corrente Lyotard, Foucault, Derrida. Coincidência ou não, fato é que, na década de 1970, Castro (2008) afirma que por meio da OPAS, durante a gestão de Juan César, foi possível a participação de nomes como o de Foucault, influenciando o mestrado do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Medicina Social, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Este mesmo programa, ainda segundo Castro (2008) constituiu um espaço formativo que teve a passagens grandes nomes do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e também foi propulsor de reflexões interessantes no âmbito da medicina social.

Cabe apontar que, em consideração a fala de Roberto Passos Nogueira, Castro (2008) coloca que

Para ele, o contato com esses autores foi de fundamental importância, na medida em que eles trouxeram fundamentação para pensar as questões da saúde, das enfermidades e da estruturação ou nascimento das clínicas e dos hospitais, como também problematizava a questão da medicalização. Contudo, para o movimento sanitário, o pensamento desses autores não teve decisiva importância. Segundo sua reflexão, tanto o grupo de Juan César Garcia quanto o grupo brasileiro do movimento sanitário foram mais inspirados pela abordagem sociológica de autores, como Giovanni Berlinguer, do que pela linha crítica e filosófica de Michel Foucault e de Ivan Illich. "É possível que a presença desses dois últimos autores nos currículos fosse justificada mais por curiosidade intelectual do que como inspiradores de uma ação política" (CASTO, 2008, apud ROBERTO PASSOS NOGUEIRA, informações verbais. p. 86-87).

Embora exista essa consideração quanto a influência de fato de autores pós-modernos na formação base dos trabalhadores da saúde, não há como negar que as bases para subsidiar o caldo de articulação do Movimento de Reforma Sanitária, foi influenciada e estimulada pela OPAS, principalmente pela criação do “setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/IPEA), a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e o PPREPS da OPAS” (CASTRO, 2008. p. 67). E ainda, não temos como desconsiderar a importância desse pensamento para uma concepção política e social da saúde, desvincilhando-a totalmente da condição meramente biológica envolvendo outros fatores. Essa ressalva se faz importante para não cairmos no erro de desconsiderar

o processo histórico em sua totalidade.

Segundo Castro (2008), as contribuições de Juan César Garcia, que trabalhou na OPAS de 1966 a 1984, com foco na formação de médicos, foram precursoras da discussão sobre a formação de trabalhadores para a saúde. Essas pesquisas foram conduzidas na década de 60 pela OPAS. Castro (2008) sinaliza em seu trabalho que nessa época havia “conexões entre a OPAS e os militantes da Reforma Sanitária Brasileira” (P. 76) e, em seus estudos, Castro (2008) não esconde a importância do trabalho dos consultores da OPAS para mudanças significativas no âmbito de atuação e articulação da OPAS no Brasil e na América Latina.

Aqui também reconhecemos esse acúmulo, pois a partir da análise do material estudado que trata da formação de trabalhadores neste período histórico foi possível identificar que

não há nos documentos da OPAS, da época, uma formulação conceitual mais aprofundada sobre o termo Educação Continuada, muito menos discussões sobre as possíveis diferenças entre o seu conceito e o de Educação Permanente. Pelo contrário, se identifica, nos documentos, que os termos são usados indistintamente (CASTRO, 2008. p. 57).

Esse uso indistinto dos termos pela OPAS gera polêmica até a atualidade, não havendo consenso (LEMOS, 2016). No entanto, assumimos a compreensão de Fernandes (2016) quando coloca que a “compreensão do sentido atribuído ao significado da Educação Permanente deverá se dar em diferentes contextos históricos, ponderando as transformações societárias e os interesses vigentes das classes sociais” (P. 50). Talvez por essa questão, “não houve uma transposição sistemática do ideário da EPS da OPAS para o Brasil. Embora reconheçamos uma filiação da ideia com a pregada pelos aparelhos multilaterais de hegemonia, percebemos que, no contexto brasileiro, houve novos contornos e desenhos” (LEMOS, 2016. p. 915 – 916) tendo o movimento de reforma sanitária também pautado nas questões de formação e direcionado a proposta para os interesses da classe trabalhadora.

Ainda a respeito de terminologias, cabe também sinalizar que as ações da cooperação técnica da OPAS com o governo brasileiro que dizem respeito aos

processos educativos no e para o trabalho em saúde, situam-se no âmbito da gestão e da educação para o trabalho, no campo que a OPAS chama de Recursos Humanos para Saúde. Para além dessa questão, a OPAS também opinava e promovia encontros como a 1º Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Pública, realizada do prédio da OPAS em Brasília no ano de 1979, momento em que, segundo Castro (2008) foi oficializada a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Segundo Castro (2008), "A parceria entre a OPAS/Representação no Brasil e a ABRASCO se firmaria no decorrer dos anos, tendo a Organização, inclusive, apoiado várias atividades da Associação, como a realização de congressos, confecção e publicação de documentos e artigos técnicos/científicos" (CASTRO, 2008. p. 100). Em sua tese, Castro (2008) apresenta como positiva a atuação política da OPAS por meio da representação de seus integrantes.

A nosso ver, é inegável a importância dos nomes que passaram pela OPAS para o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro e para a formação dos trabalhadores do SUS. No entanto, cabe lembrar que não basta o interesse político de quem executa e articula as ações, aí talvez esteja outro caráter contraditório e necessário de ser considerado nesse processo, visto a essência da OPAS como aparelho multilateral de hegemonia, que materializa suas propostas.

Ao falar do Programa de Recursos Humanos da OPAS que aconteceu em meio ao Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro

O citado Programa iniciou uma série de atividades que iria contribuir, de maneira determinante, para a construção de um campo de recursos humanos em saúde no país. Ou seja, na medida em que o programa ia sendo "contaminado" pelos movimentos nacionais de reorganização dos sistemas de saúde e de democratização da sociedade brasileira, ele ia construindo, em cooperação com as instituições nacionais, uma proposta de organização para determinadas áreas de atuação dessas mesmas instituições. Tratava-se, portanto, de um movimento de "mão-dupla", onde, ao mesmo tempo em que a equipe do supracitado programa era influenciada pelo contexto nacional, ela influenciava este contexto através das diversas ações de cooperação técnica (CASTRO, 2008. p. 104).

As ações realizadas por meio desses termos de cooperação são desenvolvidas sob a forma de consultoria, elaboração de tecnologia e apoio na

execução de cursos, entre outras.” (CASTRO, 2008. P 34). Com a formalização da cooperação técnica, na década de 80, que passam a ser contratados consultores em recursos humanos no Brasil e, a partir disso, vão surgindo os programas, os quais destacamos na década de 80 o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde (Projeto Larga Escala), especificamente em 1981: o Projeto Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU); e o Projeto Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS (GERUS) (CASTRO, 2008).

Lembremos que, neste período histórico, início dos anos 1980, o país ainda vivia o período da ditadura civil-militar, sob a égide do capital-imperialista em condição de país dependente em um contexto de crise estrutural do capital, conforme sinalizamos no capítulo anterior. O Brasil sofria influências do capital externo para o aprimoramento das atividades e políticas no sentido de adequação para o novo estágio que o capital vivenciava. No campo da saúde, como vimos, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira articulava estratégias para pleitear políticas públicas de saúde como forma de luta pelo direito à saúde universal e gratuita.

Neste período, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que teve como um de seus desdobramentos a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRH) que ocorreu no mesmo ano, 1986. Nas palavras de Castro (2008) a 1ª CNRH foi um

fórum privilegiado de debate da problemática específica da área de recursos humanos. Vale ressaltar que as discussões dessa conferência foram desenvolvidas a partir de cinco grandes eixos: Valorização Profissional; Preparação de Recursos Humanos; Órgãos de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde – Estratégias de Integração Institucional; A Organização dos Trabalhadores de Saúde; e A Relação do Trabalhador de Saúde com o Usuário dos Serviços (P. 39).

Entre outras questões, as conferências conseguiram pautar e apresentar a importância da formação dos recursos humanos na e para a saúde. De tal forma, que a pauta passa a ter respaldo legal quando carimbada no Art. 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988, onde encontramos, “Ao sistema único de saúde

competete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] III — ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988).

Além da constituição, a formação dos trabalhadores também ganha atenção na Lei n.º 8.080 de 1990, em seus capítulos I, que trata “dos objetivos e atribuições”, especificamente no Art. 6º, quando assegura que “Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS)

[...] III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde [e no capítulo III] da Organização, da Direção e da Gestão [no Art. 14, ao estabelecer que] Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior [...] Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 1990).

Esse estabelecimento legal representa para Lemos (2016) que “a formação profissional passou a ser reconhecida como fator essencial para o processo de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira” (P. 914). A mesma autora, em sua tese, relata que também houve um cuidado com a formação dos trabalhadores da saúde de forma que “implicassem mudanças no mundo do trabalho da saúde, ainda hegemonicamente marcado por um modelo biomédico mercantilizado e inacessível para maioria dos brasileiros” (LEMOS, 2016. p. 33 – 34).

Porém, no início da década de 1990, com o aprofundamento das contrarreformas em saúde, nos auspícios da implementação do Projeto Privatista, as conquistas garantidas nos aparatos normativos sofreram influxos e transformações também no que diz respeito a EPS. Soares (2020) lembra que foi nos anos 90 que

as pautas para educação e saúde referem-se à transformação desses setores em serviços mercadológicos sob a lógica da acumulação capitalista, com orientações centrais para os Estados membros de desregulamentação das legislações para os investimentos transnacionais e a privatização dos serviços públicos já existentes (P. 65).

Ainda nesse cenário, Castro (2008) coloca que nos anos entre 1980 a 1995,

passaram a existir no país 25 Escolas Técnicas de Saúde e Centros Formadores de Recursos Humanos na Saúde. Essa expansão seria, ao ver de Castro (2008), uma consequência do Programa Larga Escala, no qual as instituições formativas do e para o SUS desempenharam papel fundamental no processo de formação técnica dos trabalhadores de saúde, mas também no processo de Educação Permanente. Dessa forma, é inegável que o ensino técnico ou educação voltada para trabalhadores que possuíam ensino médio foi central para a mudança do processo de trabalho e organização dos trabalhadores. Quem visitou uma Escola Técnica do SUS (ETSUS), ou Centro Formador de Recursos Humanos na Saúde (CEFOR-RH) ou Escola de Saúde Pública (ESP) notamos a grandiosidade desse momento histórico ao passar em meio as placas dos formandos e ver rostos e/ou tantos nomes que se dedicaram para aperfeiçoar sua prática e conhecimentos, direcionando seus saberes para atuação voltada para as particularidades do SUS.

Dito isto, no próximo tópico, discorreremos especificamente a respeito da implantação e da implementação da PNEPS, considerando sua importância e também por ser alvo dos aparelhos multilaterais de hegemonia como a OPAS/OMS.

3.2 PNEPS: Da instituição até a crise nos dias atuais

Torna-se importante pontuar que com a chegada do governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, em 2003, foram repensadas as diretrizes para a regionalização e organização do SUS. Ao comentar a respeito nos anos 2000, Lemos constata que “esse período põe em evidência os processos de qualificação dos trabalhadores e [...] a PNEPS, ao valorizar a EPS para gerenciamento e os processos de qualidade de atendimento aos usuários, traz reflexos desta nova postura do Estado (LEMOS, 2016. p. 36).

Foi criada uma pasta específica para a gestão do trabalho e da educação em saúde no organograma do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). A pasta é responsável pelas políticas públicas de formação dos

trabalhadores de saúde e organizada

em três coordenações — Ações Estratégicas, Técnicas e Populares em Educação na Saúde — o Departamento pretende trabalhar as especificidades desses três campos, alimentando sua articulação por meio de três eixos fundamentais que são: a educação permanente e a instituição de relações orgânicas entre formação de graduação e pós-graduação e a atenção e gestão no SUS; a profissionalização dos trabalhadores do ensino fundamental e médio em itinerários de formação em aliança com sua inserção nos serviços e a gestão social das políticas públicas de saúde. A produção de conhecimento no interesse dos serviços, a pesquisa sobre tecnologias do cuidado e o desenho de bases locorregionais de planejamento e condução gerencial serão estratégias fundamentais para a recomposição das práticas de ensino, de atenção, de gestão e de controle social em saúde. (BRASIL, 2003. p. 01).

Lemos (2016) aponta que “O Pacto pela Saúde e a PNEPS são apostas de novas formas de gestão do serviço público de saúde” (P. 43). Foi com a criação da SGETS que foi possível viabilizar a aprovação no Conselho Nacional de Saúde (CNS) por meio da Resolução n.º 335 dos documentos “*Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde*” e “*Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*”, em 2003. Esse documento, reconhece os avanços dos esforços da pauta da formação do e para SUS até aquele momento, como a existência de

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. (BRASIL, 2003. p. 02).

No entanto, o mesmo documento considera a limitação e fragmentação dessas ações sugerindo colocar a educação em serviço no patamar de política pública governamental (BRASIL, 2003). Como sinalizamos introdutoriamente, essa formalização da Educação Permanente como política pública de saúde, para Ceccim (2005), seria fruto do reconhecimento da complexidade dos serviços de saúde e a aposta na aprendizagem significativa. O autor coloca a instituição da política como um marco e considera a Educação Permanente como Educação Permanente em

Saúde, pois só na política de saúde brasileira a Educação Permanente teria ganhado posição de política (CECCIM, 2005).

A escolha do termo Educação Permanente se dá “para interpor ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e do controle social neste setor” (BRASIL, 2003). A proposta, nesse caso, visa atender todas as possibilidades de formação que interajam com o processo de trabalho em saúde. Ainda nesse sentido, “a prioridade à gestão do SUS envolverá a construção de uma rede SUS como escola de saúde, como educação permanente em saúde para o SUS” (BRASIL, 2003).

Com a aprovação deste documento pelo CNS é publicada a Portaria n.º 198/2003 que institui a PNEPS, formalizando, entre outras questões, a gestão em âmbito locorregional da política por meio dos Polos de EPS, com intenção de romper com a lógica hierarquizada de gestão, o financiamento através do orçamento da política de saúde e os critérios e orientações para descentralização dos recursos (BRASIL, 2003). Esse processo de instituição da PNEPS pretende a “agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva” (BRASIL, 2003). Além disso, inaugura o direito dos trabalhadores da saúde a Educação Permanente “como estratégia educacional e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e, conseqüentemente, do próprio sistema” (FERNANDES, 2016. p. 96).

No fluxo desse movimento, são implementados alguns programas como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), em 2004, o repasse de recursos para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde, também em 2004, a criação do Programa Nacional de Reorientação Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em 2005 e, no mesmo ano, a instituição da Residência Multiprofissional em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde e Educação (BRASIL, 2007; NOGUEIRA, 2019).

Sarreta (2009) afirma que

a operacionalização da Política de EPS encontrou na criação dos Polos uma

possibilidade de reunir aspectos preconizados pelas próprias diretrizes da Reforma Sanitária: a participação de diversos atores, incluindo os representantes da comunidade, possibilitando o embrião do controle social que parece não se dar por outros meios mais espontâneos. Outro aspecto a ser ressaltado é a indução expressa na política de eliminar a fragmentação com que se vem dando as ações de atenção direta em saúde, e o caminho que aponta para a solução coletiva deste problema por meio da formação e qualificação de todos os atores do SUS. Desse modo, é uma política transversal, que atravessa todas as instâncias do SUS, e apresenta elementos emancipatórios e valores que sustentam a autonomia e podem contribuir para ampliar o conceito do SUS e sua defesa (P. 194)

Em sua tese, Sarreta (2009) considera os Polos de EPS como espaços emancipatórios, democráticos, mas que dependem dos gestores e chefias, no compromisso com o seu fortalecimento. Contraditoriamente, o avanço da instituição da PNEPS ocorreu durante os governos do PT, ancorada em um discurso reformista, segundo Lemos (2016). Lembramos que neste período foi lançado o Pacto pela Saúde, composto pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Este último, referenda, entre outras, as diretrizes para a gestão do trabalho e da educação em saúde a respeito das diretrizes da educação em saúde. Na análise de Soares (2020),

Apesar de o Pacto referendar que os gestores devem promover e apoiar a aproximação da educação popular em saúde com a formação profissional e a educação permanente, ao longo do documento fragmenta-se a concepção de educação em saúde, de forma que a educação continuada é referida nesse item (educação na saúde), dentro do Pacto de Gestão, e a educação popular é citada no interior da diretriz de participação social (P. 107).

Nessa lógica dos pactos, a PNEPS é revista, sendo publicada a nova Portaria n.º 1.996 em 2007, que propõe novas diretrizes e estratégias de implementação da PNEPS. Embora a Portaria anterior fosse limitada, recaindo para as gestões locais a operacionalização, a nova Portaria mudou o formato, tirando da roda os Polos de EPS. O investimento na formação dos facilitadores de EPS, sujeitos que contribuíram fortemente para a efetivação dos Polos é deixada de lado.

Neste período entre uma portaria e a outra, chama atenção a mudança no Ministério da Saúde, com a saída de Humberto Costa e a chegada de José Saraiva Felipe (2005 a 2006) e José Agenor Álvares da Silva (2006 a 2007), retornando a

discussão na gestão de José Gomes Temporão.

Uma das grandes inovações deste marco legal, a Portaria n.º 1.996 de 2007, é a condução regional da política que deixa de ser os Polos de EPS para os Colegiados de Gestão Regional (CGR) com as Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) (BRASIL, 2007). Trata de uma nova estratégia de reorganização da política, colocando na conta dos gestores de saúde a palavra final quanto à utilização dos recursos, ocasionando um esvaziamento dos Polos que, a nosso ver, eram espaços mais ampliados de participação popular e construção.

De toda forma, lembramos que as CIES estavam sinalizadas no Art. 14 da Lei n.º 8.080/1990, como instâncias que devem participar da criação, condução e do desenvolvimento da PNEPS nas regiões, por meio de articulação, proposição e estratégias de formação e EPS (BRASIL, 2007). Isto porque, as CIES são propostas como “instâncias interinstitucionais e regionais para a co-gestão dessa política” (BRASIL, 2007. p. 07), que contribuem na formulação, acompanhamento e avaliação dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), no sentido de promover transformações no âmbito da formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2007).

Como espaço estratégico de disputas, as CIES são compostas pelos seguintes sujeitos: 1) representantes de instituições de ensino, 2) gestores, 3) trabalhadores e 4) controle social, chamados por Ceccim e Feuerwerker (2004) de quadrilátero da formação.

As CIES vão se tornar pontos centrais, deixando para trás os polos, embora não tenham sido revogados. No entanto, permanece uma das características centrais da PNEPS, a descentralização e a regionalização, preservando a perspectiva de respeito às particularidades e complexidades da formação do e para o trabalho em saúde.

Diante de sua institucionalização, cabe reconhecer os avanços e frutos da instituição da PNEPS no país, por meio de programas que transformaram significativamente a formação na e para a saúde e, conseqüentemente, o SUS. Aqui lembramos do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), em 2009; o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, o

incentivo às mudanças curriculares dos cursos de Medicina (PROMED), as capacitações, cursos, qualificações e aperfeiçoamentos para equipes de variados serviços, gestores e controle social, o Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (PROGESUS), o Telessaúde, o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), o INOVA-SUS, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), a Revalidação de diplomas (REVALIDA), o Saúde Baseada em Evidências, o Programa Mais Médicos, as Comunidades de Práticas, os Caminhos do Cuidado, entre outros (BRASIL, 2018; PADILLA, PINTO e NUNES, 2018). Ainda, recentemente, destacamos a criação do Laboratório de Inovação em Educação na Saúde com foco na EPS; a incorporação na agenda da SGETS da Educação Interprofissional em Saúde (EIP), o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS (PRO EPS-SUS) e o incentivo da integração ensino-serviço-comunidade por meio dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) (BRASIL, 2018).

A extensão e abrangência dessas ações nos faz reconhecer e respeitar a importância e peso da PNEPS no cotidiano dos serviços de saúde, embora tenha sido implementada em um contexto desfavorável. Em análise a respeito do discurso da PNEPS, Nogueira (2019) pondera que

apesar de todas as legislações do MS (após consagração da Lei 8.080/1990) estarem ancoradas no discurso da consolidação da Reforma Sanitária e da reafirmação do SUS, há, paradoxalmente, uma contradição, um descompasso de valores quando, de forma embrionária, a PNEPS foi construída diante da intensa privatização e numa direção da política de humanização atrelada à melhoria dos serviços através do dispositivo do acolhimento, responsabilizando os trabalhadores da saúde pela “qualidade” do trabalho (P. 105).

A esse respeito, Lemos (2016) contribui pontuando que a base para transformação do trabalho no SUS pela PNEPS teria como foco a Micropolítica do trabalho vivo, do método da roda e da aprendizagem significativa.

No que diz respeito a micropolítica do trabalho vivo em ato como estratégia da EPS, Lemos (2016) discorre que foi tomada a apropriação da concepção de trabalho, não no sentido ontológico de Marx, mas sim do pensamento de Deleuze e

Guatarri. Segundo a autora, esse pensamento desconsidera a macroestrutura, caindo em um relativismo, sendo essa uma das contradições da micropolítica, ao colocar no trabalhador a responsabilidade de mudança do processo de trabalho, ao considerar o mundo do trabalho como espaço de criação de novas subjetividades, porém sem reconhecer o trabalhador como sujeito histórico (LEMOS, 2016; VIEIRA ET AL, 2006).

O método da roda, para Lemos (2016), considera uma “suposta igualdade de condições” entre os sujeitos partícipes do quadrilátero da formação, sem questionar as relações de poder e as desigualdades objetivas inerentes às condições de cada um dos que participam. No entanto, Lemos (2016) coloca que “não se pode negar, entretanto, que, em seu componente contraditório, as rodas podem constituir mecanismos contra hegemônicos e servir como elemento de luta para a emancipação dos trabalhadores” (P. 918). E, por fim, a respeito da aprendizagem significativa, Lemos (2016) aponta que essa questão sofre influência da pedagogia da problematização de Paulo Freire, do cognitivismo de David Ausubel e também dos entendimentos de Dewey, que sinaliza para o aprendizado como experimental, vivido. Com isso, considera Lemos (2016) que, na PNEPS, “a aprendizagem significativa vincula-se ao pragmatismo” (P. 919). Essas duas estratégias, método da roda e aprendizagem significativa, segundo Vieira et al. (2006) compõem uma unidade estruturante da PNEPS.

A constatação dessas contradições na política de formação dos trabalhadores de saúde, nos remete a concordar com Leite, Pinto e Fagundes (2020), quando afirmam “que a educação permanente não seria tarefa inocente; situa-se no âmbito dos embates que se efetivam no conjunto das relações sociais” (P. 08). Esse ecletismo também reverberará nas expressões da política de formação dos trabalhadores. Assim, Lemos (2016) também nos provoca a pensar e compreender que “o trabalho da saúde não está inserido numa bolha imune aos problemas do capital” (P. 917), logo a PNEPS vem sendo diretamente afetada pelas contrarreformas, pelo aprofundamento do neoliberalismo e a hegemonia do projeto Privatista, tanto que, mesmo após quase 20 anos de criação, ainda é possível constatar

pouca articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e IES; a reduzida implantação das CIES regionais; a participação incipiente dos gestores municipais; a indefinição de parâmetros para construção dos projetos; a ausência de avaliação acerca dos projetos desenvolvidos, no que tange a suas desejadas mudanças nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde; e as dificuldades na utilização dos recursos financeiros (BRASIL, 2018, p. 13).

Assim, apostar apenas no trabalhador e nas relações micropolíticas não nos parece suficiente, por isso concordamos com Nogueira (2019) quando coloca que

o conteúdo da política supramencionada apresenta algumas lacunas, pois a direção da política centra-se nas mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, nas organizações e nas pessoas, não fazendo uma crítica à macroestrutura do sistema e, muito menos, ao processo de sucateamento da saúde que interfere sobremaneira na forma como a política tem sido estruturada e gestada no campo da saúde. (P. 107).

Por sua vez, Castro (2008) coloca que “a linha de educação permanente que a OPAS vem trabalhando desde a década de 1980 tem como centro das preocupações o trabalhador, o trabalho e a sua contribuição à prestação da atenção à saúde da população” (P. 246-247). Tomamos nota do que diz Santos (2020) de que o “Estado burguês não funciona apenas como instrumento de coerção de uma classe sobre outra, mas como peça chave de convencimento ideológico, ou seja, como caráter educador da própria sociedade burguesa e do capital” (P. 24). Logo, esta realidade nos apresenta elementos que, assim como na saúde, nos possibilita compreender que vários projetos também disputam a PNEPS.

Leite, Pinto e Fagundes (2020) acreditam que “A educação permanente, nessa perspectiva, poderia atuar como instrumento pedagógico transformador; e a organização de saúde como uma instituição, permeada por contradições, que estaria potencialmente aberta às mudanças e à conservação do setor saúde” (P. 11). Seria nessas contradições que se colocam as questões centrais para a defesa dos projetos das classes sociais que imprimem seus interesses nos projetos de saúde, estando a PNEPS inscrita nesse complexo contraditório de luta de projetos e também como mecanismo de disputas.

Por isso, cabe considerar a PNEPS como uma política com particularidades

que demandam debruçar em suas limitações, mas também em sua importância estratégica, como dispositivo que não só propicia reflexões no cotidiano de trabalho, para e no serviço, mas pode ser um “dispositivo que pode contribuir com uma cumulativa consciência coletiva e crítica” (FERNANDES, 2016. P. 41). Logo,

conhecer e identificar a origem das necessidades por formação nas organizações e, neste caso, no âmbito das políticas sociais, é um ponto de partida para a problematização das relações existentes e do que está em jogo na elaboração das políticas de gestão do trabalho, no que diz respeito a formação no e para o trabalho nos dias de hoje (FERNANDES, 2016. p. 38).

Fernandes (2016) também lembra não haver como pensar em formação de trabalhadores sem considerar as condições em que este trabalho se realiza. Por isso, a PNEPS está diretamente vinculada ao processo de trabalho no SUS e aos seus trabalhadores (FERNANDES, 2016), possui múltiplas determinações, afeta e é afetada pelas condições concretas da realidade, situada em um contexto de contrarreformas.

O impulso para as ações utilizadas com os recursos de EPS são conduzidas a partir das prioridades definidas nos PAREPS construídos em conjunto entre as CIES e os CRGs, posteriormente, depois do Decreto n.º 7.548/2011, as Comissões Intergestoras Regionais (CIR). Os PAREPS, além de sinalizar as características da região de saúde, os problemas identificados, sujeitos, justificativas entre o problema e a necessidade de EPS, resultados, formas de avaliação, destinação de recursos, precisaria ser aprovado no âmbito dos colegiados de gestão, CGR, atualmente CIR, para materialização (BRASIL, 2004). Essa dependência do aval dos gestores para materialização a nosso ver parece prejudicial, por contrariar a autonomia da própria CIES, necessitando da articulação e convencimento dos gestores tal, tanto que a Portaria n.º 1.996 de 2004 aponta que, em caso de não aprovação do PAREPS na CGR/CIR ocorre a devolução para a CIES realizar a adequação (BRASIL, 2004).

Surge então na PNEPS uma questão: qual o papel do controle social por meio dos conselhos estaduais e municipais de saúde? Por ser materializada de forma regionalizada, a PNEPS, sinaliza como atribuições do Conselho Estadual de Saúde (CES) a definição da PNEPS nos estados, a aprovação do Plano Estadual de

Educação Permanente em Saúde (PEEPS) e o acompanhamento e avaliação deste Plano (BRASIL, 2004). Os demais planos, PAREPS, necessariamente precisam estar em alinhamento ou compondo o PEEPS.

No próximo capítulo, que pretendemos nos debruçar especificamente sobre as ações realizadas por meio dos Termos de Cooperação entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde, apresentaremos mais detalhadamente a respeito dos principais programas, projetos e ações fruto desses processos. Aqui trataremos de analisar a PNEPS no curso histórico a qual, como nos referimos, não está alheia e, de certa forma, suscetível as relações de força e interesses em jogo.

Embora o contexto já estivesse delicado, em 2016 chega ao poder Michael Temer, que aplica suas investidas do processo de aprofundamento das contrarreformas nas políticas sociais aceleradamente. Segundo Santos (2020),

Nessa direção, as ações do governo Temer deixaram explícitas a intenção de uma contrarreforma no SUS, desconstruindo a concepção de saúde como uma alternativa emancipatória; e aprofundando a expropriação de direitos sociais, dentre eles, o direito à saúde. Assim, vivenciamos a expropriação de direitos e políticas sociais para suprir as necessidades da reprodução ampliada e acirrada do capital (P. 76).

Outra constatação evidenciada em nossos estudos foi o movimento ocorrido entre 2017 – 2018, sob auspícios do (des)governo Temer, quando a PNEPS passou por um processo de reavaliação, repercutindo na elaboração de novos planos de EPS e descentralização de recursos para os estados (BRASIL, 2018).

Importante considerar que o processo não ocorreu como demanda dos trabalhadores, nem das instituições que acompanham o processo de EPS, seja as CIES, ou outros espaços deliberativos. O processo ocorreu sob impulsionamento da gestão, conforme apresentado no documento *“Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?”*,

a SGTES, por meio de seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), convocou os mais diversos atores envolvidos na PNEPS e lançou o debate sobre a necessidade de sua atualização, numa clara

intenção de retomar a discussão sobre a política, resgatar conceitos, promover ânimos, demonstrar sua potencialidade e desafios, reconhecer a sua contribuição para o SUS, mas, acima de tudo, apontar caminhos, a partir de consensos, para que a PNEPS se mantivesse na agenda do País e que, de fato, seja implementada em cada espaço onde haja o SUS (P. 07).

Esse movimento, foi chamado pela pasta de “retomada da EPS” e envolveu quatro grandes frentes: PRO EPS-SUS, o Incentivo a formalização de Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde, a criação do Laboratório de Inovação em Educação na Saúde da América Latina e também a pauta da EIP (BRASIL, 2018).

O PRO EPS-SUS foi regulamentado por meio da Portaria n.º 3.194, de novembro de 2017 e visa como objetivo geral “estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho” (BRASIL, 2017). O programa, segundo a Portaria que regulamenta, pode ser resumido a um incentivo financeiro para os estados que apresentarem um PEEPS que tenha duração mínima de 1 (um) ano e seja elaborado pelas CIES e devidamente pactuado na CIB. O PRO EPS-SUS especifica os valores de recurso a partir da quantidade de regiões de saúde, prevendo o repasse entre 150 mil reais para estados com 1 a 10 regiões de saúde e 400 mil reais para estados com mais de 31 regiões de saúde (BRASIL, 2017).

Embora o PRO EPS-SUS tenha marcado uma nova onda de recursos para a PNEPS, descentralizando, para além dos recursos para operacionalização dos PEEPS, recursos diretamente para os municípios que optaram por aderir à proposta (BRASIL, 2017). Cabe ressaltar que em 2012 os recursos da PNEPS foram suspensos e desde então a DEGES não solicitava mais os PAREPS para os estados. O PRO EPS-SUS, mesmo que implementado em um contexto de (des)governo ultraneoliberal retomou esse movimento. Jesus (2022), em estudo a respeito da PNEPS, aponta que “nesse íterim, os estados, em maior ou menor grau, continuaram com suas programações, porém sem o monitoramento do DEGES” (P. 59) e, o PRO EPS-SUS, podemos considerar, ressuscitou a PNEPS nos estados.

Outra estratégia especificada foram os COAPES, criados ainda no governo Dilma, pela Portaria Interministerial, envolvendo o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, n.º 1.127, de 04 de agosto de 2015, que propõe a formalização e estratégias de negociação entre os sujeitos envolvidos com a integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2015). O COAPES, impulsiona a contratualização dos cenários de prática, para reconhecer e estabelecer o SUS como escola, uniformizando um fluxo nacional, fato que já vinha ocorrendo em alguns municípios e estados do país por meio de contratos e convênios, mas que o COAPS passou a estimular esse processo ampliadamente (BRASIL, 2018). Em síntese, trata de “um dispositivo da PNEPS ofertado aos sujeitos do SUS (gestores, trabalhadores e usuários) e da Educação Superior da área da saúde (gestores, docentes e estudantes) para promover processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no e para o SUS” (BRASIL, 2018. p. 64).

O COAPES pode ser compreendido como uma via de mão dupla, pois “A rede de saúde se favorece com a inserção multiprofissional dos estudantes e residentes, além de contribuir para a formação de seus trabalhadores, qualificando-os para as demandas do SUS e colaborando para o seu aperfeiçoamento” (BRASIL, 2018. P. 65). O processo é acompanhado por um Comitê Gestor Local do COAPES e por um Comitê Nacional, responsável por auxiliar os contratantes e as comissões locais. A implementação desse processo contou com a formação de Preceptores em todo o território nacional (BRASIL, 2018).

O Laboratório de Inovação, toma como pressuposto a importância de considerar as novas possibilidades e estratégias tecnológicas e de cuidado. No caso do Brasil estão sendo trabalhados em duas perspectivas, ou melhor,

duas tipologias de laboratórios: (a) uma com características empíricas, que se fundamenta na análise ex post de experiências que desenvolveram soluções inovadoras relativas ao problema em foco, com resultados que demonstram melhorias concretas; e (b) outra, que são os laboratórios de inovação experimentais, que se propõem a acompanhar metodologicamente o desenvolvimento de uma experiência de inovação e analisar os efeitos de sua introdução (BRASIL, 2018. p. 34).

No caso do Laboratório de Inovação em Educação em Saúde, com ênfase na

EPS, foi uma iniciativa entre a DEGES/SGTES/MS e a OPAS/OMS, constituindo a primeira experiência nesse sentido da América Latina, afirmando a condição subimperialista do Brasil no campo. O desenvolvimento da proposta ocorreu oportunamente na ocasião da “retomada da EPS” no país, promovendo um mapeamento das experiências de EPS no Brasil, organizadas em três eixos: “integração ensino-serviço-comunidade”, “educação e práticas interprofissionais” e “gestão da PNEPS” (BRASIL, 2018).

Nesse processo de retomada também é dada voz e vez a EIP como abordagem prioritária (BRASIL, 2018). A EIP já é antiga proposta dos aparelhos multilaterais de hegemonia sinalizada, segundo Ogata et al. (2021) nos Relatórios da OMS desde a década de 70, especificamente em 1973 por um grupo de “*experts*” e ressurgiu forte em 2010 como possibilidade de desenvolvimento de uma prática no âmbito do SUS com base na colaboração entre os profissionais de formações diferenciadas.

Destacamos que a implementação da EIP no Brasil faz parte de um acordo estabelecido em 2016, entre os Estados-Membros da OPAS, quando o organismo reativou a discussão das políticas de educação em saúde (BRASIL, 2018). Em consequência desse processo, uma série de estímulos foram fomentados, a exemplo do edital do PET-Saúde Interprofissionalidade em 2018. Portanto, como são estratégias recentes, são poucos os estudos que analisam criticamente o sentido e repercussão desse processo que infelizmente não daremos conta de realizar neste material.

Ainda em 2018, temos também outro grande marco, com a escalada da extrema-direita, ultraconservadora no poder, agora não pela via golpista, mas em consequência desta pelo pleito eleitoral. Jair Bolsonaro foi eleito com pouco mais de 55% dos votos válidos no segundo turno. Este período vem sendo caracterizado nos estudos contemporâneos como fase negacionista e de desconstrução de direitos e políticas sociais.

Como se não bastasse, em 2020, com a chegada da Pandemia da SARS-CoV-2, mais conhecida como Covid-19, a Política de Saúde, o SUS, conseqüentemente seus trabalhadores e os processos de trabalho, como linha de frente, passaram por profundas mudanças, principalmente ao ter por parte do

governo um “discurso que submete a defesa da vida à economia” (BEHRING, CISLAGHI E SOUZA, 2020. p. 106). Neste período ficou em xeque o conhecimento científico, as conquistas do SUS frente aos interesses mais diversos do capital.

De toda forma, tomando que o foco da PNEPS trata da formação de trabalhadores de saúde, que atuam com as condições de vida da classe trabalhadora nos serviços do SUS, é essencial para o fortalecimento não só do SUS, mas também para a melhoria dos serviços prestados à população. No entanto, a materialização desta Política, embora tenha particularidades, tem sido fruto de parcerias e acordos internacionais, em especial com a OPAS/OMS. Assim, concordamos com Santos (2020) quando coloca que, atualmente “não é mais possível realizar a análise de como se opera o imperialismo, deslocada da explicação do aparelhamento estatal dos países subordinados às decisões, acordos e órgãos multilaterais.” (p. 32). Tal discussão nos parece central e será considerada no próximo tópico.

3.3 Considerações acerca das relações multilaterais para a materialização da PNEPS: os Termos de Cooperação

Como apontamos no item anterior, retornamos a esclarecer que nossa análise nos permite a considerar a OPAS e a OMS como organismos que disputam a hegemonia nas decisões e direcionamentos que determinam, entre outras políticas de saúde, a PNEPS. Utilizamos essa concepção partindo do olhar apresentado nos estudos de Silva (2017) e Santos (2020) que consideram os organismos multilaterais a partir da concepção gramsciana de aparelhos privados de hegemonia.

Nas palavras de Santos (2020), “os aparelhos privados de hegemonia existem na sociedade civil, portanto é permeada de organizações que tanto podem defender interesses, que fortalecem a ideologia e as medidas do capital financeiro, quanto podem fortalecer uma contra-hegemonia” (P. 15). Nesse entendimento, os organismos multilaterais passam a desempenhar essa função de aparelho privado de hegemonia defendendo os interesses do capital, por este motivo, tais organismos passam a ser compreendidos aqui como aparelhos multilaterais de hegemonia.

Segundo Sarreta (2009)

a OPAS e OMS compreendem que a EPS é da mesma maneira: ferramenta para a investigação e a (auto) análise do trabalho, instrumento de problematização, mecanismo para elaborar conflitos, proposta de busca e incorporação crítica de novas tecnologias e de novos procedimentos, ou seja, novas formas de fazer as coisas, podendo constituir-se em uma das principais estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Isto não significa que as diversas atividades de formação e capacitação no setor saúde correspondem ao que se caracteriza como educação permanente (P. 199).

Como evidenciado na ocasião de tratar o histórico da PNEPS a relação entre a PNEPS e a OPAS/OMS é umbilical, tendo em vista a importância do processo formativo para adesão dos trabalhadores às estratégias apresentadas. A OPAS e a OMS voltam a estabelecer relações e mediar relações não somente no Brasil, mas também em toda a América Latina, sob o argumento de “melhorar os resultados de saúde” (PADILLA, PINTO, NUNES, 2018) Quanto a essa atuação,

No caso específico do Brasil, cabe destacar a intensa participação da Representação da OPAS/OMS, pela vasta experiência internacional desenvolvida nos últimos anos, na cooperação com países da América Latina e Caribe com a formação de quadros para os Ministérios de Saúde e outras instâncias governamentais, assim como na formulação de políticas de apoio ao desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países (PADILLA, PINTO, NUNES; 2018. p. 149).

Como esclarecemos, a Cooperação Técnica do Brasil e a OPAS/OMS é anterior, tendo um histórico significativo de bases legais, iniciado com Decreto Legislativo n.º 11, de 1956 (Aprova o Convênio Básico entre o Brasil e a OMS para Assistência Técnica de Caráter Consultivo), seguido do Decreto n.º 59.308, de 1966 (trata do Acordo Básico de Assistência Técnica com a Organização das Nações Unidas, suas Agências Especializadas e a Agência Internacional de Energia Atômica), o Decreto Legislativo n.º 108, de 1983 (acordo entre o Brasil e a OPAS para funcionamento do Escritório), o Decreto n.º 97.590, de 1989 (oficializa o Adendo ao Acordo para o Funcionamento do Escritório de Área da OPAS/OMS no Brasil) e o Decreto n.º 3.594, de 8 de setembro de 2000 que dispõe da execução do

Ajuste Complementar ao Convênio Básico entre o Governo da República Federativa do Brasil e a OMS e o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Repartição Sanitária Pan-Americana para o Funcionamento do Escritório de Área da OPAS/OMS (BRASIL, 2013).

Assim, esta atuação por meio das Cooperações Técnicas que vêm sendo firmados Termos de Cooperação entre o Ministério da Saúde do Brasil com a OPAS/OMS é recente, acontecendo desde os anos 2000. A OPAS/OMS considera que

Os TC refletem o sinergismo das prioridades de ação em saúde nos níveis global, regional e nacional por meio da utilização do marco lógico para a elaboração de projetos, com a definição clara dos resultados a serem obtidos, o que se espera de cada um dos parceiros para alcançar os resultados previstos e as atividades necessárias para o alcance dos resultados e dos indicadores (OPAS, 2011. p. 05).

Além disso, encontramos no material “*Portfólio de cooperação técnica OPAS/OMS*” a observação de que os TCs, por serem orientados pelas OPAS/OMS, “refletem as prioridades de seus Países Membros. Objetivam, também, o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030¹ das Nações Unidas” (OPAS, 2018. P. 05). Ou seja, está estreitamente relacionado aos interesses

¹ A Agenda 30 é um acordo firmado em 2015 entre 193 Estados-membros da ONU. O acordo envolve um Plano com 17 objetivos de desenvolvimento sustentável, são eles: “1. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares; 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável; 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades; 4. Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos; 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas; 6. Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos; 7. Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos; objetivo 8. Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos; 9. Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação; 10. Reduzir a desigualdade nos países e entre eles; 11. Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis; 12. Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis; 13. Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos; 14. Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável; 15. Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade; 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis; 17. Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.” (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2023)

do capital internacional e demais aparelhos multilaterais de hegemonia vinculados.

Dessa forma, um dos documentos que analisamos foi o “*Manual de Normas e Orientações para a cooperação Técnica Internacional com a Opas/OMS*” do ano de 2013 que apresenta os procedimentos para os instrumentos de Cooperação Técnica, Termos de Ajuste e Cartas Acordos. O manual é organizado em três partes, sendo a primeira direcionada para os objetivos, conceitos e parceria OPAS/OMS e Ministério da Saúde; A segunda parte direcionada para a gestão dos termos e a Terceira Parte tratando dos Arranjos de Gestão.

Segundo o manual, a criação, formalização e acompanhamento de um TC conta com o envolvimento de várias secretarias do Ministério da Saúde para serem atendidas as demais conformidades normativas e legais recomendadas pelas agências e órgãos de controle nacionais. A Portaria n.º 2.053, de 30 de agosto de 2011, que “dispõe sobre a gestão de Projetos de Cooperação Técnica com Organismos Internacionais, no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas” antecede o Manual, assim como o documento “*Diretrizes para Elaboração e Gestão Conjunta de Termos de Cooperação Técnica*” que traça as bases para a cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Opas/OMS.

Além desses instrumentos normativos, também dão base de sustentação aos TCs a própria legislação do SUS como a Lei n.º 8.080 de 1990 quando fala da internacionalização, o Ajuste Complementar de 2000, executado por meio do Decreto n.º 3.594, de 8 de setembro de 2000 que “Dispõe sobre a execução do Ajuste Complementar ao Convênio Básico entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização Mundial da Saúde e ao Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Repartição Sanitária Pan-Americana para o funcionamento do Escritório de Área da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil, de 16 de março de 2000” (BRASIL, 2013. p. 14), ainda somamos nesse arcabouço legal Decretos, Acórdãos do Tribunal de Contas da União e Portarias que tratam as relações internacionais (BRASIL, 2013).

No entanto,

A partir do ano 2000, após a assinatura do Ajuste Complementar, a Opas/OMS iniciou a execução da cooperação técnica no Brasil por meio de Termos de Cooperação Técnica, considerados projetos cofinanciados pelo governo. Nesse contexto, o governo brasileiro, por meio das três esferas da Saúde no País, contribui com recursos próprios para projetos, que são integrados ao orçamento da Opas/OMS. Com o governo brasileiro, a Opas/OMS garante a execução da cooperação técnica de forma planejada, programada, monitorada e avaliada, a fim de alcançar os objetivos nacionais, regionais e globais em saúde. As atividades de cooperação técnica da Opas/OMS no Brasil são conduzidas dentro de parâmetros estritamente delineados nos acordos internacionais vigentes (BRASIL, 2013. P. 17).

O Ajuste Complementar, firmado por meio do Decreto n.º 3.594, de 8 de setembro de 2000, deixa explícito que a cooperação ocorrerá, conforme o Artigo II

por intermédio de: intercâmbio de cientistas, gestores e pessoal ligado à saúde; troca de informações; consultoria, treinamento, realização de seminários, simpósios, oficinas de trabalho; publicações; pesquisas, transferência de tecnologia, aquisição para o Governo de recursos materiais, em particular imunobiológicos, medicamentos, inseticidas e outros insumos estratégicos para uso em ações de saúde de relevantes para o cumprimento deste Ajuste Complementar nos termos do Artigo IX do Adendo ao Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Repartição Sanitária Pan-Americana para o Funcionamento do Escritório de Área da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil, além de outras formas que possam vir e ser estabelecidas de comum acordo, consistentes com as missões e programas em desenvolvimento por ambas as Partes. (BRASIL, 2000).

Cabe sinalizar que a OPAS/OMS usa a modalidade de Execução Direta, tendo como atividades divididas entre as que são responsabilidade da administração de todos:

(i) a contratação de pessoal e compras, de acordo com as normas e os procedimentos da Organização; (ii) o fornecimento do Relatório Financeiro oficial da Opas/OMS (enviado pela Sede da Organização, em Washington, DC) e do Relatório de Gestão, com periodicidade semestral; (iii) a solicitação de apoio de outras entidades para implementar ações específicas de um projeto, desde que previsto em sua programação. A seleção é realizada de acordo com as normas da Opas/OMS e o instrumento jurídico que rege as relações com as outras entidades é a Carta-Acordo (BRASIL, 2013. p. 18).

Nesse sentido também são realizadas atividades em conjunto com o

Ministério da Saúde, mas sob responsabilidade da OPAS/OMS, a saber, “(i) pela formulação, pelo monitoramento e pela avaliação de projetos; (ii) pela elaboração e pela revisão dos planos de trabalho geral e semestrais, os quais definem as demandas de execução por período” (BRASIL, 2013. p. 18).

Assim, os “TCs configuram o marco legal da cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Opas/OMS” (BRASIL, 2013. p. 21) tendo período de vigência estabelecido no referido Manual de 5 (cinco) anos, podendo ser prorrogados por mais 5 (cinco) anos. Durante este período pode haver alteração na Matriz Lógica, desde que acordada entre as partes, no caso de ocorrer grandes mudanças no projeto (BRASIL, 2013). Fazem parte dos TCs os Termos de Ajustes que “são instrumentos jurídicos que permitem a operacionalização dos Termos de Cooperação, por meio da inserção de metas e recursos financeiros para a implementação das ações propostas nos TCs” (BRASIL, 2013. p. 28). Cada Termo de Ajuste tem como intenção atender cláusulas do TC “em função dos redirecionamentos dos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde, excetuando-se o seu objeto. Os Termos de Ajuste também são instrumentos de programação da execução o TC (BRASIL, 2013. p. 28).

Em síntese, as atividades previstas nos TCs são realizadas por meio de instrumentos administrativos específicos de forma que, com os recursos previstos, é possível a utilizar em passagens, diárias, contratos de Pessoa Física (por produto) e contratos de Pessoa Jurídica. No caso deste último os instrumentos administrativos possíveis são por meio de contratação de produtos e/ou serviços, realização de eventos, compras nacionais e internacionais, apoio a cursos e seminários e também por Carta Acordo (BRASIL, 2013). A Cartas Acordo também são instrumentos elaborados, só que para especificar o financiamento de um projeto que faz parte do TC, com a supervisão técnica da representação da OPAS/OMS no Brasil, que será desenvolvido por uma instituição sem fins lucrativos

com reconhecida experiência e prestígio técnico nacional, com capacidade de gestão institucional e mecanismos que deixem transparentes os processos administrativos e financeiros [...] assinadas em sua maioria com universidades, centros de pesquisas e fundações, com duração máxima de 24 meses, incluindo os 60 dias para a prestação de contas (BRASIL, 2013. p. 40).

Como qualquer outro instrumento público, o TC tem formas de acompanhamento e avaliação que “são realizados conjuntamente pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e da Opas/OMS, ao final de cada semestre, por meio da elaboração do “Relatório de Gestão dos TC” (BRASIL, 2013. p. 49). O Relatório é apresentado a partir da Matriz Lógica dos TCs, considerando as metas e indicadores (BRASIL, 2013). Esses instrumentos, a nosso ver, são materiais interessantes para analisar as atividades de Educação Permanente desenvolvidas entre os anos 2016 a 2020 no nosso país, marco cronológico do estudo de nossa pesquisa.

Desde o início das parcerias firmadas entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde, encontramos, no que diz respeito à gestão da educação para o trabalho no SUS, os seguintes que materializaram/materializam a agenda nacional de cooperação técnica: TCs n.º 08, n.º 41, n.º 57 e n.º 102. O quadro a seguir apresenta uma síntese de cada termo, sinalizando seu título, objeto, período de vigência e valor.

Quadro 1 - Síntese dos TCs que abordaram a gestão da educação para o trabalho no SUS

TCs	N.º 08	N.º 41	N.º 57	N.º 102
Título	Programa de Capacitação Técnico-Gerencial em Saúde	Programa de Cooperação Internacional em Saúde	Gestão da Educação e do Trabalho no SUS	Fortalecimento da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para o SUS: para alcançar o acesso à Saúde Universal
Objeto	Desenvolver Políticas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde para o SUS	Apoiar o Programa de Cooperação Internacional em Saúde do MS e Fiocruz	Apoiar o aprimoramento da gestão do SUS, com foco na EP de seus profissionais e na qualificação da gestão do trabalho.	Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS.
Área técnica responsável	SGTES/MS.	SGTES/MS, CRIS/Fiocruz/MS e AISA ² .	SGTES/MS e OPAS/OMS UT HRH.	SGTES/MS; e Capacidades Humanas para a Saúde (UT HRH).
Vigência	27/07/2000 a 26/07/2010	31/12/2005 até 30/12/2015	30/12/2008 até 28/12/2018	22/03/2018 a 21/03/2023
Número de TA	10 TAs	3 TA	4 TA	em andamento
Total do TC	R\$ 267.145.000,00	R\$ 43.995.000,00	R\$ 243.000.000,00	R\$60.000.000,00 ³

Fonte: Relatório Final do TC n.º 57 e Relatório Técnico Anual do TC n.º 102 (2018 e 2020).

A respeito do TC n.º 08, ele considerou um pacote de ações que envolveram desde atividades de redirecionamento da Atenção Primária/Atenção Básica com o Pró-Saúde, assim como ações que dão base para o Telessaúde e UNA-SUS, entre outras atividades de capacitação, pós-graduações, criação de redes colaborativas, gerenciamento, comunicação financiados com recursos do Ministério da Saúde transferidos para à OPAS/OMS (OPAS, 2011).

O TC n.º 41 tem um foco mais específico, pois “atende às orientações contidas no documento firmado em 20/08/2007 pelas diretoras da OPAS e da OMS e pelo Ministro da Saúde: *“Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a*

² AISA é a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde.

³ Como o TC continua em andamento, utilizamos como referência o valor previsto no Relatório Anual de 2020.

República Federativa do Brasil, 2008-2012” (OPAS, 2011. p. 152). Isto porque, o TC cogita fortalecer a cooperação internacional em saúde por meio de intercâmbios e trocas “entre o Brasil e os países integrantes da OPAS/OMS, no marco da Cooperação Sul-Sul e com prioridade para a América do Sul (Unasul) e para os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop)” (OPAS, 2011. p. 152). Este TC teve como objetivo fomentar as relações internacionais no campo da saúde por meio do fortalecimento das capacidades entre os países Sul-Sul para a cooperação, a mobilização de Redes Colaborativas e apoio a projetos. Como exemplo de ações desenvolvidas, entre outras, temos o Programa de qualificação avançada em gestão intersectorial da saúde, Grupos de estudos, Apoio a Redes Colaborativas, Cursos, Premiações entre outras ações.

Este TC, em especial, sinaliza que

Em fevereiro de 2009, tornou-se efetiva a contribuição de 200.000 dólares por parte das autoridades brasileiras para a execução pela OPAS, das perspectivas da Estratégia Global de Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual. Essa dotação foi suplementada com 300.000 dólares para reforçar os serviços e atividades PHI da OMS/Genebra. Em comum acordo com as autoridades brasileiras os recursos foram destinados principalmente para as atividades relacionadas à gestão dos direitos de propriedade intelectual a partir de uma perspectiva de saúde pública e à socialização e divulgação da Estratégia Global na região (OPAS, 2011. p. 166).

Ainda a respeito do TC n.º 41, o relatório da OPAS (2011) considera que ele vem fortalecer o SUS “em duplo sentido”, no que diz respeito a visibilidade de suas ações internacionalmente, mas também por meio de intercâmbio com os outros países “visando formar blocos de aliança com outros países em defesa de interesses comuns” (OPAS, 2011. p. 173). O documento, esclarece que “o que se almeja é fortalecer uma proposta para a saúde cujo escopo doutrinário aponte para a construção de sistemas de saúde de cobertura universal, equânime e integral” (OPAS, 2011. p. 173). No entanto, conforme sinalizamos no capítulo anterior, a concepção de cobertura universal da OPAS/OMS diverge da concepção de universalidade prevista na Constituição Federal de 1988 e mais ainda da concepção de universalidade, integralidade e gratuidade defendida pelo movimento de reforma sanitária brasileiro.

No que diz respeito ao TC n.º 57, conforme encontramos no relatório, o objetivo foi repassar para Instituições de Ensino Superior apoio financeiro para direcionar a formação dos trabalhadores de saúde no sentido de alinhar com os interesses do SUS, pois a

expansão do mercado de trabalho em saúde na área da atenção básica, propiciada pelo processo de municipalização do SUS e da estratégia de saúde da família, fortalece a necessidade de mudança na formação dos profissionais. Essas razões impulsionam as instituições acadêmicas a aceitarem o desafio de cooperar com o desenvolvimento do SUS, rompendo posição isolacionista comum no passado. Esse distanciamento ocorre tanto na formação graduada, quanto na pós-graduação na área da saúde coletiva e da atenção básica. Hoje, frente à mudança do mercado de trabalho e à firme decisão do SUS de fortalecer a atenção básica as Instituições de Ensino Superior passam a aderir a essa proposta (OPAS, 2011. P. 299).

O último TC n.º 102 está em vigência desde 2018 com prazo de validade até o corrente ano, 2023, podendo ser prorrogado. Esses dois últimos TCs serão melhor trabalhados e apresentados no capítulo seguinte quando nos debruçamos nas atividades desenvolvidas por meio deles. No entanto, considerando o caráter contraditório e complexidade das questões aqui pautadas, podemos lançar suspeitas que, assim como na década de 80 ocorreram intervenções no sentido de produzir mudanças no processo de formação dos trabalhadores de saúde, atualmente com esta nova roupagem, por meio destes TCs, também vem ocorrendo interferências na condução da PNEPS por parte da OPAS/OMS.

No entanto, cabe lembrar que em 2015 foi firmado o compromisso dos Estados Membros das Nações Unidas com a Agenda 2030, formada por 17 ODS, como também 169 metas. Tais metas, “buscam erradicar a pobreza e abordar suas causas subjacentes, combater desigualdades, proteger o ambiente, promover a prosperidade, bem como implementar um modelo de desenvolvimento que beneficie todas as pessoas, sem deixar ninguém para trás” (OPAS, 2022. p. 15). Nesse sentido, há um reconhecimento expressivo que

O Brasil contribui significativamente à agenda regional e global, e participa ativamente nos corpos de governança da OPAS e da OMS. Além disso, também contribui em uma diversidade de foros como: Mercado Comum do

Sul (Mercosul), Cimeira Ibero-americana, G-20, BRICS, entre outros (OPAS, 2022. P. 54).

Além disso, a condição do Brasil como país subimperialista e a necessidade de processo de manutenção desse *status* contribui para a consolidação das relações multilaterais. Assim, o Brasil passa a ser referência para as relações Sul-Sul, inclusive colocando em prática e em prioridade as propostas dos países imperialistas, aguçadas por meio de seus aparelhos multilaterais de hegemonia. A respeito dessas propostas, especificamente no período que diz respeito nos anos entre 2016 a 2020, trataremos a seguir.

CAPÍTULO 4 - AS CONTRADIÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NOS ANOS 2016 A 2020

Iniciamos o quarto e último capítulo, lembrando o que foi apresentado no Capítulo 1, quando trouxemos que uma das maiores dificuldades do desenvolvimento da pesquisa foi acessar os documentos. Nosso intuito primordial era ter contato direto com os Termos de Cooperação (TC), as Cartas Acordo, mas, infelizmente, nosso acesso foi ao Relatório Final do TC n.º 57 e os Relatórios Anuais de 2016, 2017, 2018 e 2020, disponíveis na página da OPAS/OMS. Inclusive, embora na página da OPAS/OMS tenha expresso a existência dos relatórios anuais, o Relatório de 2019 não está disponível, sendo que, ao procedermos para o *download* do arquivo e ao abrirmos o documento nos deparamos com o Relatório do 1º Semestre de 2020. Embora tenhamos solicitado via e-mail e portal da transparência e até por rede social ao organismo, não obtivemos resposta, de forma que nos coube ceder a esta lacuna. Portanto, as análises que aqui traremos dizem respeito a um olhar aprofundado para os anos de 2016, 2017, 2018 e 2020, sem saltar a vez do estudo do TC n.º 57 que aponta ações dos anos entre 2008 a 2018.

Outra observação preliminar necessária é a distinção de ações de educação permanente em saúde (EPS) e estratégias ancoradas nos princípios da PNEPS. Isto porque, como sinalizamos, o termo utilizado pela OPAS e nos Termos de Cooperação é Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde. O que aqui pretendemos é considerar as estratégias/ações de EPS que envolvem as diretrizes da política e as demais estratégias que dão sustentação a projetos e programas estruturantes da PNEPS, conforme esclarecido nos Capítulos 2 e 3. Sendo assim, ampliamos nosso olhar para as ações intrinsecamente relacionadas a PNEPS, nesse sentido englobamos ações que envolvem o processo de formação para e no SUS, as de integração ensino-serviço-comunidade, entre outras, tendo em vista nosso olhar para o objeto em sua totalidade.

Mesmo que os relatórios anuais dos TCs tenham, pela sua própria natureza, caráter sucinto e objetivo, é possível identificar ações que, mesmo que tenham sido apresentadas como iniciativas, são priorizadas e que permeiam todo o curso dos

anos, as quais destacamos.

Tanto que uma das tendências que sobressai é a necessidade de ressignificação da PNEPS, conforme ocorreu em 2018, impulsionada pela gestão em um movimento chamado de “retomada”, como uma espécie de reconhecimento do descaso da interrupção dos repasses financeiros prometidos na Portaria n.º 1.996/2007. Além dessa retomada, também salta aos olhos o impulsionamento da educação interprofissional (EIP) pelo volume significativo de ações para visibilidade e implementação no Brasil. Essa proposta, embora tenha relatos de ter começado as discussões na década de 70, na literatura brasileira é fenômeno recente, mas fortemente promovida pela OPAS/OMS. Outro ponto crucial que apresentaremos é que, durante a pandemia da COVID-19, foram desenvolvidas inúmeras ações estratégicas por meio dos TCs, as quais consideramos como ações de EPS, mas que a PNEPS também foi utilizada como estratégia para disseminar os interesses do governo ultraneoliberal que estava no poder.

Esses movimentos enfatizam a condição de fragilidade que a política se encontra, mas destaca a potencialidade da EPS como ferramenta de aprimoramento do SUS e resistência às inflexões da contrarreforma na política de saúde. Dito isto, seguimos para a exposição desses elementos.

4.1 A importância dos Termos de Cooperação para a implementação da PNEPS

O SUS, como parte da conquista do movimento de reforma sanitária brasileiro, retrata a continuidade da resistência e defesa de um projeto societário pautado na garantia de direitos sociais e vai à contracorrente do Projeto Privatista. (SOARES, 2020; SILVA, 2013) Consideramos nos capítulos anteriores que o curso histórico pela via da dialética apresenta que esse processo é repleto de contradições e que colocar a PNEPS como objeto de pesquisa nos remete a percebê-la em meio a totalidade, como impulsionadora e também como fruto de processos sociais.

Percebemos por meio dos relatórios dos TCs, encontramos um retrato do que foi acertado e realizado pelo Ministério da Saúde com a OPAS/OMS, de forma que

em um primeiro levantamento encontramos no período de 2008 a 2018 a seguinte quantidade de projetos relacionados a ações específicas do TC n.º 57, a saber:

Quadro 2 - Síntese de informações do TC n.º 57

ANOS	2008 a 2018
QUANTIDADE DE PROJETOS	351 projetos em formato de Carta Acordo
PARCERIAS	123 Instituições
EVENTOS	245 Eventos realizados com a colaboração de 191 trabalhadores com experiência na temática

Fonte: OPAS; MS/SGTES, 2019

O relatório final do TC n.º 57 retrata as ações desenvolvidas em dez anos de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS, assim como traça o histórico da gestão da educação e do trabalho em saúde no Brasil. Consideramos essa cronologia de ações como um cuidado necessário para o reconhecimento de que a política de formação, educação e gestão do trabalho faz parte e também está intrinsecamente relacionada ao processo histórico da sociedade como um todo, mas não fica estagnada, nem isolada.

De toda forma, é importante evidenciar que a PNEPS, desde a sua implantação com a Portaria n.º 196/2004, como apontam Vieira et al. (2006) “sustenta duas concepções [...] como a proposta de mudança, tanto para o processo de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, como é, concomitantemente, para a própria reorganização dos serviços desta área” (P. 39). Assim, ela permanece com este aspecto duplo, como política formal, composta por princípios, diretrizes e proposta de financiamento regular por meio da Portaria n.º 1.996/07 (FERNANDES, 2016; LEMOS, 2016), mas também como estratégias que estruturam e reestruturam a PNEPS, como práticas de ensino aprendizagem em serviço, entre outras (SARRETA, 2009).

O TC n.º 57 tem início no momento chave da PNEPS, logo após sua regulamentação. Isto porque, o lançamento das novas diretrizes da Portaria n.º 1.996 foi publicada em 2007 em consonância com o Pacto pela Saúde lançado em

2006 (LEMOS, 2016). Dessa forma, o TC n.º 57 constituiu o período de implementação dessas novas diretrizes da PNEPS, marcando a primeira década da implementação, embora o Pacto não seja sequer citado no relatório final do TC n.º 57.

Lemos (2016) aponta que tanto o Pacto pela Saúde como a PNEPS constituíram como “apostas de novas formas de gestão do serviço público de saúde” (P. 43). O Pacto pela saúde é regulamentado pela Portaria GM n.º 399 de 2006 e possui três dimensões: o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Este último, por sua vez, é responsável pela gestão do trabalho e da educação em saúde, a qual insere-se a PNEPS (LEMOS, 2016).

Como dito no Capítulo 3, foi nesse período histórico que houve mudança na gestão do Ministério da Saúde do governo Lula, quando o centrão toma as rédeas da gestão da Política de Saúde e ocorre um acirramento dos processos de contrarreformas, como sinalizado nos estudos de Silva (2013) e Soares (2020). Essa alteração de gestão na PNEPS passou a dar mais visibilidade aos processos institucionais pela via das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), desestimulando os Polos de EPS (LEMOS, 2016).

Nos parece que esse processo desmobilizou os sujeitos que estavam envolvidos nos polos de EPS, pois a partir de então, a discussão referente aos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) precisavam passar pelas CIES, com aprovação nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e, posteriormente, na Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Essa foi uma das críticas atribuídas a nova Portaria da PNEPS, pois a organização dos Polos de EPS contava com a participação de vários sujeitos, mas sob a justificativa de ser a CIES o termo utilizado na Lei n.º 8.080/90, os Polos de EPS foram paulatinamente substituídos (LEMOS, 2016). Nessa perspectiva, ocorreu uma significativa redução da participação da população e do controle social, que não foi apresentado como peça chave nesse fluxo de aprovação dos PAREPS.

Embora, a Portaria n.º 1.996/2007 apresentou que a PNEPS é conduzida com a participação das CIES, pelas Comissões de Gestão Regional (CGR)⁴, constatamos

⁴ As CGR depois do Decreto n.º 7.508/2011, ainda sob a vigência do TC n.º 57, transformaram-se nas Comissões Intergestoras Regionais.

a partir dos relatórios dos TCs que a OPAS/OMS, aqui compreendidos como aparelhos multilaterais de hegemonia, tiveram forte participação nesse processo. Pudemos constatar isto não só pela quantidade de Cartas Acordo firmadas, como evidenciamos, mas também pela capilarização das estratégias implementadas nas áreas de gestão, formação e regulação de recursos humanos. Nesse sentido os Relatórios foram organizados em:

Políticas Integradas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Políticas de Gestão de Trabalho em Saúde; Políticas de Gestão da Educação na Saúde; Fortalecimento da Capacidade Decisória dos Gestores de Recursos Humanos em Saúde; Capacidade Nacional para Cooperação Internacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (OPAS; MS/SGTES, 2019. p. 04).

No Relatório Final do TC n.º 57, a PNEPS está inserida expressamente no eixo das Políticas Integradas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ao lado de propostas como: o Programa Telessaúde Brasil Redes, Portal Saúde Baseado em Evidências (PSBE), a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), PROVAB, o Programa Mais Médicos (PMM), o InovaSUS Gestão do Trabalho e Gestão da Educação e o Laboratório de Inovação em Saúde (Gestão do Trabalho e Educação na Saúde), entre outras, que são estratégias estruturantes dessa política. Cabe considerar fazerem parte deste mesmo eixo, “processos e programas de natureza político estratégicos [...] e que dependiam de articulação com outras Secretarias do Ministério da Saúde” (OPAS; MS/SGTES, 2019. p. 17), ou seja, eram estratégias mais complexas que necessitavam de articulações que iam além da SGTES-MS.

No texto do relatório final do TC n.º 57, a PNEPS é reconhecida como “importante estratégia para a qualificação e aprimoramento dos trabalhadores do SUS e o aperfeiçoamento organizacional” (OPAS; MS/SGTES, 2019. p. 18), porém, o fato da política ter sido apresentada desconexa/separada das outras propostas que vão de encontro a ela, que possuem diretrizes em comum e ainda que seguem a mesma via sugerida pela política, nos parece uma fragmentação que contradiz a importância atribuída a PNEPS em sua portaria de implementação. Ora, apontamos no Capítulo 2 que as políticas sociais são fruto de um processo histórico e abarcam

para sua materialização propostas de ações que possuem estruturas menos complexas com prazos definidos.

Uma política social comporta princípios, diretrizes e se materializa por meio de programas, projetos e ações no cotidiano dos serviços. Como nos dizem Behring (2018) e Behring e Boschetti (2011), às políticas sociais são criadas a partir das demandas postas pela luta de classes, são complexas e, para ser efetivas, são indispensáveis a existência de ações que a estruturam, financiamento e atenção para serem de fato implementadas. Por este motivo, não nos parece ser cabível segregar da PNEPS de outras ações que tomam o mesmo marco de diretrizes e objetivos, como os programas que integram o eixo da Gestão da Educação em Saúde.

De fato, a respeito dos Programas e Projetos em Gestão da Educação na Saúde, o próprio relatório do TC n.º 57 aponta que “os programas e projetos executados neste eixo tiveram como pilar os referenciais técnicos e políticos da educação permanente em saúde, estimulado por meio da integração ensino-serviço-comunidade” (OPAS; MS/SGTES, 2019. P. 72), demonstrando a compreensão de que a PNEPS, pelo menos, a lógica de EPS estaria apresentada também em outras ações.

Segundo Sarreta (2009)

a Política de EPS surge como estratégia para a formação profissional visando superar as deficiências e limitações na formação dos trabalhadores da saúde. Arquetada como estratégia do SUS, a Política consagra a intenção de consolidar a Reforma Sanitária, como resultado de reivindicações coletivas, de instituições e órgãos representativos da saúde pública. Tem como objetivo central a transformação das práticas de saúde, das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, para que sejam estruturadas a partir do próprio processo de trabalho (P. 166).

No entanto, mesmo considerando a limitação deste trabalho em uma análise aprofundada sobre cada estratégia/programa, ressaltamos os pilares e amplitude da EPS no Relatório Final do TC n.º 57 é que

São pilares dessa política os princípios da educação permanente em saúde, compreendida como **estratégia para a reorientação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, e para a organização dos serviços**. Implica, portanto, o desenvolvimento de um trabalho articulado entre o sistema de saúde, as instituições formadoras, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão das políticas públicas de saúde (OPAS; MS/SGTES, 2019. p. 18. Grifos nossos).

Essa consideração confronta o fato que a PNEPS estaria em outra esfera que as demais propostas de formação no e para o SUS, ainda que, no âmbito dos PAREPS parte das ações componham propostas em alinhamento, voltadas para a qualificação dos serviços no âmbito do SUS por meio de ações formativas de caráter de educação continuada que ocorram a partir das necessidades identificadas no cotidiano das práticas profissionais, de gestão e de integração ensino-serviço-comunidade. Nesse quesito, lembramos que a focalização e o isolamento das questões sem conexão direta com a totalidade, como se fosse algo à parte, isolado, compõe uma das estratégias do capital. De forma que não parece razoável desconsiderar ou desvincular os programas, ou estratégias de formação em saúde dos trabalhadores do SUS da proposta de PNEPS em uma análise como a nossa, que considera esse objeto em sua totalidade.

Essa desconexão da política instituída dos programas que possuem princípios similares, considerando ser esse processo organizado de forma operacional/logística para a formalização da organização do TC, acaba por enfraquecer a política em si, atrofiando seu repertório de sustentação. Essa lógica assemelha a proposta neoliberal de transformar as políticas sociais “em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise” (SILVA, 2013. p. 35). Lembramos que o “neoliberalismo constitui essa reação burguesa à crise do capital, onde a ofensiva sobre a classe trabalhadora será intensa e duradoura” (BEHRING, 2023. p. 12) e é essa lógica neoliberal que favorece a segregação dos debates e os isolamentos das pautas.

Ora, é muito mais simples executar uma ação desconectada da totalidade, alheia, mas não é assim que analisamos a PNEPS, pois esta é vinculada a outras ações, seja em sua condição enquanto política ou enquanto estratégia. Tanto se faz presente esse isolamento da PNEPS, que o relatório final do TC n.º 57, expõe demais ações e estratégias segregadas e não um todo integrado, como podemos

evidenciar a partir dos resultados esperados elencados no TC n.º 57 e no TC n.º 102 sintetizados no quadro abaixo.

Quadro 3 - Resultados esperados nos TCs

TC	RESULTADO ESPERADO
TC 57: Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde (2008-2018)	1. Apoio à elaboração e implementação de políticas integradas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.
	2. Apoio à elaboração e implementação de políticas de Gestão do Trabalho na Saúde.
	3. Apoio à elaboração e implementação de políticas de Gestão da Educação na Saúde
	4. Fortalecimento da capacidade decisória dos gestores de Políticas de SGTES pela disponibilização de informações estratégicas
	5. Apoio ao fortalecimento da capacidade nacional para a cooperação internacional no campo da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
TC 102: Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS: para alcançar o acesso à saúde universal. (2018-vigente)	1. Apoio à elaboração e implementação de políticas integradas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.
	2. Construir estratégias facilitadoras para o melhor exercício da Política de Gestão do Trabalho na Saúde, na perspectiva do reconhecimento do trabalhador como agente transformador do seu ambiente de trabalho e a capacitação desses atores para o enfrentamento dos desafios do SUS.
	3. Apoio à elaboração e implementação de políticas de Gestão da Educação na Saúde.
	4. Fortalecimento da capacidade decisória dos gestores de Políticas de SGTES pela disponibilização de informações estratégicas.
	5. Apoio ao fortalecimento da capacidade nacional para a cooperação internacional no campo da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
	6. Desenvolver capacidade de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS.

Fonte: Relatórios Anuais dos TCs n.º 57 (2016, 2017 e 2018) e n.º 102 (2018 e 2020).

Tais resultados são organizados de forma alinhada com os planejamentos da SGTES/MS e OPAS/OMS, como podemos observar nos relatórios dos TCs.

Os Resultados Esperados definidos na Matriz Lógica do TC 57 foram discutidos para contribuir com o Eixo 4, Força de Trabalho em Saúde, do Programa Mais Saúde em sintonia com a Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil - 2008/20129, que estabelecia como prioridade de gestão do Setor Saúde entre outras: “colaborar com diversos atores nacionais no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde destinada a fortalecer a gestão do trabalho e a formação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores do SUS.” (OPAS; MS/SGTES, 2018, p. 09 - 10).

E o que é apresentado no TC n.º 102 de que este

[...] inicia dando continuidade ao cumprimento de diversas diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2016 – 2019 (PNS), bem como para com os pontos previstos no Plano Estratégico da OPAS/BRA 2014 – 2019 (PE) de forma direta e indireta. Cada resultado esperado foi aprimorado para fazer uma reflexão específica atual sobre a contribuição desse resultado com cada ponto do planejamento do país bem como da OPAS/BRA (OPAS; MS/SGTES, 2020, p. 36).

Logo, todos os resultados esperados nos TCs visam o alcance das finalidades programadas que, no caso do TC n.º 57, foi “Apoio à elaboração de políticas e à implementação dos processos de gestão do trabalho e da educação no SUS” (OPAS; MS/SGTES, 2019. p. 5) e, no caso do TC n.º 102, é “contribuir para fortalecer a construção de capacidades e formação de perfis profissionais necessários a consolidação do SUS, enfrentando os desafios das políticas públicas nas áreas de gestão do trabalho e educação na saúde” (OPAS, 2018b, p. 5).

Nesse sentido, evidenciamos uma síntese com os principais programas e projetos com estreita relação com a PNEPS, mas que diante da proposta de segregação da PNEPS são colocadas, ao menos no relatório do TC n.º 57, em outras dimensões ou desconexo a política, tais como os intitulados Programas e Projetos em Gestão da Educação na Saúde. São elas:

- **Pró-saúde:** surgiu para promover uma educação voltada para o cuidado integral e atento aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Ações foram realizadas no sentido da formação de trabalhadores da atenção primária em saúde: médicos, enfermeiros e odontólogos. Por meio do TC operou com matriz lógica exclusiva,

somando mais de 80 Cartas Acordo e em 2013 integrou ao PET Saúde;

- **PET Saúde:** aspira, aperfeiçoar e propiciar especialização em serviço por meio de estágios e vivências, iniciação ao trabalho. No decorrer dos TCs apresentou edições temáticas: Saúde da Família; Vigilância em saúde (PET-Saúde/VS); saúde mental (PET-Saúde/SM); redes de atenção (PET-Saúde/Redes); mudança curricular, integração ensino-serviço-comunidade (PET-Saúde/GraduaSUS); e Interprofissionalidade (PET-Saúde/Interprofissionalidade). Por meio do TC teve três projetos (Carta acordo); uma chamada pública para artigos na Revista Interface em 2016; e apoio financeiro para reuniões, visitas técnicas e eventos (congressos e seminários);
- **Ver SUS:** visa promover a integração entre estudantes de graduação de várias áreas de saúde e trabalhadores do SUS, por meio de vivência e estágios. Por meio dos TC, promoveu intercâmbio e construção de Fóruns regionais, de forma que entre 2012 a 2018, somam 130 projetos, 30 seminários e mais 14 mil estudantes participando, totalizando mais 66 mil participantes envolvidos;
- **PRÓ-RESIDÊNCIAS:** visou expandir os programas de residências em medicina e multiprofissional em áreas estratégicas do SUS. As ações desenvolvidas foram no sentido de política de bolsas; apoio financeiro; formação de tutores, preceptores e gestores; apoio Matricial; entre outras. Por meio dos TCs Apoio técnico e administrativo ao Pró-Residência Médica E Pró-Residência Multiprofissional.

Além dos programas relacionados com a PNEPS também evidenciamos as seguintes estratégias com maior volume de ações e também repercussão no decorrer dos anos aqui analisados. No que diz respeito das estratégias, destacamos:

- **COAPES:** destacamos as ações de discussão e elaboração do COAPES; apoio logístico para mobilização nos territórios e, elaboração do manual de Apoio aos Gestores do SUS para a implementação do COAPES. De 2015 a 2018 foram identificados 26 contratos assinados,

envolvendo: 62 Instituições de Ensino; 9 Escolas Técnicas; 89 municípios e 12 estados, além de uma Carta Acordo com o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC). Lembrando que o objetivo do COAPES é formalizar a integração ensino-serviço-comunidade, estabelecendo contrapartidas entre as instituições de ensino e os serviços do SUS, “instituinto o SUS como uma rede escola”;

- **Formação de docentes e preceptores:** parte das formações foram desenvolvidas por meio do Programa FAIMER⁵ Brasil que ofertou Especialização em Ensino na Saúde (60 vagas na especialização, e 25 vagas no Mestrado), formação de preceptores; apoio em todos os Congressos Brasileiro de Ensino Médico (COBEM) no período de vigência do TC. Entre 2009 a 2017 foram firmados projetos anuais para execução do Programa FAIMER; o objetivo dessa estratégia é “formar educadores em saúde capazes de potencializar e difundir políticas de integração ensino-serviço-comunidade e adequação curricular às necessidades de saúde” (P. 60). Parte dos projetos de formação tiveram ênfase em Especialização em Ensino em Saúde; e Parcerias com entidades médicas.
- **Educação profissional técnica de nível médio:** entre as ações evidenciadas encontramos a elaboração de: diretrizes curriculares, mapa de competências, materiais didáticos; estruturação de cursos técnicos: Vigilância em Saúde, qualificação em Mamografia, Órteses e Próteses, Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Saúde Indígena, Caminhos do Cuidado⁶; apoio a eventos, tais como: reuniões semestrais e anuais; seminários regionais; Oficinas e Seminários sobre formação técnica do SUS e a PNEPS; e Congressos nacionais das associações de ENSINO; e apoio prioritário ao PROFAPS. O objetivo

⁵ Foundation for Advancement of International Medical Education and Research, traduzindo, Fundação para o Avanço da Educação e Pesquisa Médica Internacional (FAIMER).

⁶ O “Caminhos do Cuidado” foi uma formação em Saúde Mental com ênfase em Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde e Técnicos de Enfermagem das Equipes de Atenção Básica que, entre 2013 a 2015, formou em torno de 237 mil Agentes Comunitários de Saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem da Atenção Primária de todo o país. Fonte: https://programadrogas.fiocruz.br/projetos_e_atividades/68. Acesso em 29 de julho de 2023.

era desenvolver ações de educação profissional e técnica realizadas por meio da RETSUS em parceria com outras instituições de ensino; e

- **EIP** a qual apresentaremos no item 4.2.2 deste capítulo.

Entre tantas estratégias e ações realizadas para efetivação de projetos e programas, como o Pró-saúde, PET Saúde, VER-SUS e o PRO-RESIDÊNCIAS (Uni e multiprofissional) podemos apontar que estes foram divisores de água na formação de uma geração de trabalhadores de saúde com olhar para os territórios, o trabalho em equipe e cuidado na atenção básica. Ao mesmo tempo que envolve estudantes de graduação ou pós-graduação (no caso das residências em saúde), contribui também para a formação dos trabalhadores que dividem os cenários de práticas com esses estudantes. Alimenta também as instituições de ensino superior (IES), ao estabelecer uma via de mão dupla com docentes, trabalhadores, gestores e controle social, afastando o mito “teoria, na prática, é outra” a partir do conhecimento da realidade concreta do SUS. Ainda nesse sentido, ocorreram os processos de formação de preceptores para o acompanhamento desses e de outros processos formativos, assim como formações específicas, realizadas pelas escolas técnicas de saúde e outras instituições de ensino.

Chama atenção que em continuidade a esse processo, com o TC 102, foi possível formalizar o COAPES, regulamentado pela Portaria Interministerial n.º 1.127/2015. O COAPES, impulsionou a contratualização dos cenários de prática, visando reconhecer e estabelecer o SUS como escola, uniformizou um fluxo nacional, fato que já vinha ocorrendo em alguns municípios e estados do país por meio de contratos e convênios, mas que o COAPES passou a estimular esse processo ampliadamente (BRASIL, 2018). Em síntese, trata de “um dispositivo da PNEPS ofertado aos atores do SUS (gestores, trabalhadores e usuários) e da Educação Superior da área da saúde (gestores, docentes e estudantes) para promover processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no e para o SUS” (BRASIL, 2018. p. 64).

O COAPES pode ser compreendido como uma via de mão dupla, pois “A rede de saúde se favorece com a inserção multiprofissional dos estudantes e residentes, além de contribuir para a formação de seus trabalhadores, qualificando-os para as demandas do SUS e colaborando para o seu aperfeiçoamento” (BRASIL, 2018. p.

65). O processo é acompanhado por um Comitê Gestor Local do COAPES e por um Comitê Nacional, responsável por auxiliar os contratantes e as comissões locais. A implementação desse processo, como evidenciamos, contou com o apoio da OPAS/OMS e também impulsionou a realização de outra estratégia incidente no TC n.º 102, a saber, formação de Preceptores em todo o território nacional.

Além dessas estratégias, os relatórios expõem ações com menos incidência, continuidade. Nesse sentido, realçamos ações relacionadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que ocorreram pela via do TC n.º 57. Nesse ponto, elucidamos que foi necessária a integração entre os ministérios da Saúde e da Educação, para transformar as DCN dos cursos da área de saúde. Uma das consequências desse processo foi o Pró-saúde, assim como debates envolvendo uma série de sujeitos, como associações, conselhos, movimentos sociais, profissionais, instituições de ensino e pesquisa. Nessa área tem como destaque durante a execução do TC n.º 57 a implantação das DCN dos cursos de medicina e revisão das DCN da graduação de Enfermagem (OPAS; MS/SGTES, 2018. p. 5.)

Essas duas profissões são centrais para a implementação do Projeto de Saúde Privatista sugerido pela OPAS/OMS. Isto porque, são profissões que fazem parte do coração da AB no Brasil, sendo a porta de entrada principal do SUS, segundo o Decreto n.º 7.508/2011. Também destacamos a relevância do processo porque a AB nos governos Temer e Bolsonaro sofreu intensos ataques no sentido de preparar esse nível de atenção para implementação concreta da Proposta Privatista, como podemos evidenciar com a Portaria N 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que altera a Portaria n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 que alterou a forma de financiamento e os repasses de recursos da União para os demais entes federados assim como a Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, conhecida como “nova” Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que revisa a organização e as diretrizes da AB.

Essas ações vão ocorrer concomitantemente a esses TCs, porém a OMS havia sinalizado em seu relatório *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos*, publicado em 2007, críticas desmedidas a respeito do financiamento, forma de gestão, registros de informações e alocação de recursos da Atenção

Básica no SUS, comparando com os gastos dos países de capitalismo imperialista (SANTOS, 2020).

No entanto, essa prática de comparar os países imperialistas com países de capitalismo dependente é antiga dos aparelhos multilaterais de hegemonia, como sinalizamos anteriormente. De forma que, desde a década de 70, esse comportamento apresenta contradições, tanto que Vieira et al. (2006) nos esclarece que o modelo da medicina comunitária, da família, a qual é o cerne da Atenção Básica, caracteriza a contradição do capitalismo “[...] pois, ao mesmo tempo em que diminuía os custos da medicina para a população pobre, possibilita o desenvolvimento da medicina privada” (P. 13). O foco dos lucros era a média e alta complexidade, principalmente os hospitais e, segundo Vieira et al. (2006) pois havia o entendimento que “os recursos disponíveis devem priorizar a atenção básica, pois através de ações simples e preventivas haveria uma triagem no atendimento corroborando com a diminuição dos custos” (P. 13). Como verificamos, isso foi feito nos países de capitalismo dependente, a exemplo do Brasil. Porém, com o avanço da crise estrutural do capital e a incessante busca por mais lucro, chegou a vez da Atenção Básica se transformar em nicho de mercado e ser privatizada.

Como resgatamos no Capítulo 3, a história da formação dos trabalhadores em saúde teve um episódio parecido quando, sob a máscara de diversificar e qualificar os trabalhadores do serviço, foram criadas profissões e funções de saúde com esse objetivo (VIEIRA ET AL., 2006), de baratear os custos na área de saúde. No mesmo estudo, Vieira et al. (2006) nos esclarecem que para essa transição, de foco do modelo hospitalar para atenção básica, passou também pelo processo formativo de trabalhadores, pois “investiu-se em uma certa formação do pessoal de saúde de nível elementar e técnico, uma vez que alguns serviços, antes realizados por profissionais de nível superior, seriam repassados para os demais membros da equipe” (P. 14).

Como a questão do financiamento e a briga pelo fundo público dos países dependentes por parte dos países imperialistas é um elemento que perpassa todo esse processo, não parece razoável deixar passar e não apontar essa ação e as que delas deságuam como uma das inflexões do avanço das contrarreformas na PNEPS. Um desses pontos é o fato que, isoladamente no relatório do TC n.º 57, a

revisão das DCN de Enfermagem será uma estratégia orquestrada e promessa cumprida diante das orientações postas pelo Banco Mundial em seu relatório *Um Ajuste Justo: Análise da eficiência e da equidade do gasto público no Brasil* de 2017.

Neste relatório, encomendado por Joaquim Levy durante sua presença no Ministério da Fazenda em 2015, na gestão de Dilma Rousseff, o Banco Mundial apresenta propostas de redução de gastos, diante da ineficiência e proposta de melhoria dos gastos públicos (SANTOS, 2020). Segundo Santos (2020) “O BM, no documento de 2017, recomenda uma ampliação dos procedimentos realizados pelos enfermeiros, orientando a substituição de médicos em alguns serviços” (P. 101). Santos (2020) cita o próprio Banco Mundial,

Se o número de consultas e internações aumentasse, e os procedimentos mais rotineiros fossem realizados por profissionais” de “saúde de nível mais baixo (por exemplo, enfermeiros), seria possível melhorar significativamente a eficiência e a qualidade dos atendimentos. As normas poderiam ser ajustadas para permitir que os profissionais de enfermagem realizassem consultas e prescrevessem certos medicamentos e exames em unidades de atendimento primário” (BANCO MUNDIAL, 2017, p.117 apud SANTOS, 2020.)”. Vale a pena ressaltar que é uma prática da enfermagem, na Estratégia Saúde da Família, uma maior atuação da categoria frente à ausência ou intermitência do médico em longos períodos ou sem médicos nas equipes. Outro ponto negativo para essa ampliação são as disputas corporativas, principalmente pelos médicos que não chegam a reconhecer que o Brasil apresenta uma escassez desses profissionais (SANTOS, 2020. p. 101-102).

Como a mão de obra médica é relativamente cara e escassa no país, uma alternativa para a continuidade do acesso à saúde na lógica da OPAS/OMS como universal passa pelo processo de ressignificação da formação e das normativas da enfermagem⁷, mesmo que custe o preço da integralidade. Tais contradições, ao mesmo tempo que qualifica para a continuidade do modelo de atenção em saúde, barateia os custos do SUS.

⁷ A respeito dessa discussão, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) emitiu parecer em 27 de abril de 2023, notificando o Ministério da Saúde para serem tomadas medidas cabíveis quanto a aceitação da prescrição do profissional de enfermagem nas farmácias, inclusive no Programa Farmácia Popular do Brasil. Sem querer entrar no mérito da questão, considerando os limites de nossa competência, o que observamos no Parecer não é uma crítica a esta conduta, pelo contrário, tal recomendação, às vistas de nossas limitações frente a questão, pode ser compreendida como uma ampliação do escopo de atuação da categoria. O Parecer completo pode ser acessado pelo link: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-federal-no-3-2023-proger-dpac-spc-cofen_110306.html. Acesso em 03 de setembr

Atentamos que o relatório do TC n.º 57 também apresenta a criação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil (ObservaRH) como potencial para o fomento da EPS nos territórios, serviços e práticas profissionais no SUS. Essa iniciativa, com marco no ano de 2003 pela OPAS/OMS nos países das Américas, fornece para a OPAS uma porta de entrada para o manancial de informações de toda organização dos sistemas de saúde, ao abarcar 26 estações de trabalho, formalizadas pela Portaria n.º 01/2004 (OPAS; MS/SGTES, 2019). A ação foi fomentada por meio deste TC e segue até a atualidade. O ObservaRH é uma ferramenta, hoje, essencial para a gestão do trabalho e da educação em saúde organizado em uma Rede Brasileira dos Observatórios de RH em Saúde.

Além do ObservaRH, no âmbito do Fortalecimento da Capacidade Decisória dos gestores de Recursos Humanos em Saúde foram fortalecidos as questões referentes a Gestão do Conhecimento em Recursos Humanos em Saúde (GCRHS) e o Sistema de Informação.

Cabe sinalizar que ainda fez parte do desenvolvimento do TC n.º 57 no eixo Políticas de Gestão do Trabalho na saúde, ações que puderam implicar na materialização da EPS como estratégia de pensar as práticas no serviço, a exemplo do PROGESUS e a Qualificação de Gestores e Gerentes do SUS. Entendendo que as condições de gestão e trabalho integram esse processo maior e interferem as relações e a integração ensino-serviço-comunidade nesse eixo ainda foram desenvolvidas ações como as sintetizadas no quadro abaixo.

Quadro 4 - Estratégias no âmbito da Gestão do Trabalho

ESTRATÉGIA	NORMATIVA	VIGÊNCIA
Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS)	Resolução n.º 52/1993 do CNS; Resolução n.º 331/2003 do CNS; Resolução n.º 708/2003.	1993 — Instalação; 2003 – 2019 — Funcionamento; 2019 – 2023 — Interrupção e reinstalação.
Agenda Nacional de Trabalho Decente para os Trabalhadores(as) do Sistema Único de Saúde (ANTD-SUS)	Protocolo — n.º 009 /2015 - MNNP – SUS.	Instituída desde 2013 – 2014.
Dimensionamento da Força de Trabalho ⁸	-	2012
Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS (PCCS-SUS)	Portaria MS n.º 2.517, de 1º de novembro de 2012.	2004
Regulação do Trabalho em Saúde	Portaria GM/MS n.º 827, de 05 de maio de 2004 — Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde (CRTS); e Portaria GM/MS n.º 174, de 27 de janeiro de 2006	2004

Fonte: OPAS; MS/SGTES, 2019.

Essas ações diretamente voltadas para a Gestão do Trabalho em Saúde, implicam nas condições de vida, de trabalho e também na qualidade dos serviços prestados em saúde. No entanto, como fazem parte de uma política específica não conseguiremos aqui nos debruçar, tendo em vista os objetivos de nossa pesquisa, mas, por compreendermos que nosso objeto faz parte de uma totalidade, não poderíamos deixar de apresentar essas informações extraídas do relatório, mas que podem ser aprofundadas em outros estudos.

Ainda nesse sentido, de ações relacionadas aos nosso estudo, mas que não comportam análises aprofundadas nos limites de nosso trabalho, evidenciamos que também estabeleceu relações e estratégias no sentido de estruturar a Capacidade Nacional para a Cooperação Internacional no Campo da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. De forma que por meio do TC n.º 57 foram mobilizados e

⁸ Segundo o Relatório Final do TC n.º 57, “no final de 2012, a SGTES/MS, assumiu em seu planejamento anual o compromisso de elaborar estratégias para subsidiar as políticas de provimento e fixação, bem como, ofertar modelos de dimensionamento” (OPAS; MS/SGTES, 2019, p. 38). Entre as estratégias fruto desse processo temos o como o PMM, a reestruturação do PROVAB o redimensionamento da Atenção Básica e Serviços Pré-Hospitalares Fixos e Hospitalares de Urgência.

desenvolvidas ações, como a contribuição no Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, Dimensionamento e capacitação da força de trabalho do SUS – Cooperação técnica com a Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Programa de Pasantia Directivos Del Sus - SSPA Andalucía, Estratégia Regional de Recursos Humanos para a Saúde Universal; e Cooperação Tripartite Brasil, Cuba, Haiti.

Especialmente nesse eixo salta aos olhos que o Brasil exerce sua condição como país subimperialista. Marine (2012), como dissemos anteriormente, expõe o

subimperialismo como a forma que assume a economia dependente ao chegar à etapa dos monopólios e do capital financeiro. O subimperialismo implica dois componentes básicos: por um lado, uma composição orgânica média na escala mundial dos aparatos produtivos nacionais e, por outro lado, o exercício de uma política expansionista relativamente autônoma, que não apenas é acompanhada de uma maior integração ao sistema produtivo imperialista, senão que se mantém no marco da hegemonia exercida pelo imperialismo à escala internacional (P. 59)

Nessa perspectiva, Brettas (2022. p. 131) apresenta que em um país subimperialista como o Brasil “o Estado dependente terá de assumir a responsabilidade de assegurar a reprodução deste capital imperialista internacionalizado, que passa a depender das condições existentes em seu local de destino”. Logo, o Brasil, ao assumir essa função, é referência para relações internacionais entre os países dependentes na América latina, inclusive no que diz respeito à educação em saúde, como podemos demonstrar nesse resultado esperado, mas mantém a subalternidade diante do aparelho multilateral de hegemonia.

Além desse ponto, outras pistas demonstram que essa condição de subimperialismo se reflete também na gestão da educação em saúde, quando olhamos para o histórico do processo de formação dos recursos humanos em saúde no Brasil e a estreita relação e investimento dado pelos aparelhos multilaterais de hegemonia desde a década de 70, com maior ênfase na década de 80.

Como apresentado por Castro (2008), foi neste período década de 70 e 80 que as relações entre a OPAS/OMS estreitaram como o Brasil no campo da

formação dos trabalhadores. Neste mesmo período ocorreram interferências e orientações do Banco Mundial voltadas para a política de saúde, como explica Rizzotto (2012) e Correia (2007), as quais permaneceram até a história mais recente como tratado nos estudos de Santos (2020).

Nessa relação, como sinalizamos, o TC n.º 57 foi o segundo Termo de Cooperação entre a OPAS/OMS e a SGTES/MS. Segundo o relatório, o objetivo dessa estratégia de cooperação técnica era de fato o fortalecimento dos Recursos Humanos para a Saúde, mas que “além da memória histórica e continuidade das ações que foram sendo desenvolvidas neste campo, é importante ressaltar a consolidação de um trabalho técnico conjunto desde a fase inicial para elaboração dos projetos até o seu monitoramento e avaliação” (OPAS; MS/SGTES, 2019. p. 96).

Isto porque,

A cooperação técnica buscou contribuir com o entendimento das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Assim o trabalhador se apresentou como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. As ações de cooperação técnica foram percebidas como um processo de troca, intercâmbio, de criatividade, coparticipação e corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuo (OPAS; MS/SGTES. 2019, p. 46).

Se o trabalhador é tão central nessa lógica, não identificamos mecanismos que favoreceram a participação ativa desse trabalhador nos momentos de avaliação, planejamento, referentes às ações desenvolvidas nos TCs, inclusive a compreensão desse arranjo de TC não é um assunto apresentado para os trabalhadores. Embora o foco das ações fossem o trabalho desenvolvido no SUS por eles ou para os que fossem assumir essa função, estudantes de saúde, não reparamos essa ênfase nos materiais analisados. O que podemos apreender é que essa compressão parte da perspectiva que sinalizamos no Capítulo 3, de capital humano, que aposta nas ações individuais, na cultura da ajuda mútua.

Neste mesmo período de investimento no capital humano, no caso, dos trabalhadores de saúde, o grande volume de ações e recursos financeiros envolvem além dos custos um envolvimento que talvez seja muito maior, isto porque elas

entrelaçam os processos de apoio e articulação possíveis. Nesse campo da organização e estratégia de implementação de projetos de saúde se coloca no cotidiano dos serviços de saúde processos de forma que as ações desenvolvidas por meio dos TCs conseguiram alcances nunca imaginados para os primeiros anos de uma política.

Houve um investimento nos processos de formação dos trabalhadores de saúde e da PNEPS, o TC n.º 57 demonstra isso. Por meio do TC é possível demonstrar a trilha percorrida pela política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e acompanhar as mudanças políticas, econômicas e sociais que o país vivencia, representando um retrato da PNEPS e demais estratégias de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no período que esteve vigente, de forma que, conseguimos constatar a capilaridade ou relação umbilical entre a OPAS/OMS e a SGTES/MS.

Como retrato desse processo para adensar nossa análise, tomaremos o período entre os anos de 2016 a 2020 no próximo tópico, quando o TC n.º 57 (2008 – 2018) foi encerrado e veio a cena o TC n.º 102 (2018-atual). Neste período conseguimos encontrar nos relatórios anuais, semestres que, mesmo sem nenhuma ação prevista desenvolvida, são relatadas a participação e apoio da OPAS em outras atividades, o que demonstra uma relação umbilical, cumplicidade e uma interferência direta deste aparelho multilateral de hegemonia na PNEPS.

4.2 PNEPS e ultraneoliberalismo: uma ênfase nos anos entre 2016 a 2020

Neste momento da análise daremos ênfase no período em que o ultraneoliberalismo é implementado no nosso país, marcado historicamente quando ocorre a interrupção do governo da presidenta Dilma Rousseff, por meio do golpe institucional, midiático, jurídico e parlamentar em 2016, quando chega ao poder do executivo federal o vice-presidente, Michel Temer. O governo de Temer tratou de seguir a cartilha da mais nova face do neoliberalismo, o ultraneoliberalismo, ao entregar a política nacional aos interesses do capital internacional, instituindo uma “brutal apropriação do fundo público e para a exponencial expropriação de direitos”

(SOARES, 2020. p. 282).

O impacto desse processo refletiu na política de saúde e, conseqüentemente, na PNEPS. Conseguimos visualizar o marco dessa transição principalmente no Relatório Técnico anual do TC n.º 57 de 2016, visto que o relatório expressa que “pela extrema instabilidade política nacional que culminou no impeachment da Presidente da República. Instabilidade essa que teve suas repercussões no Ministério da Saúde e, portanto, também na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde” (OPAS; MS/SGTES, 2016. p. 8).

Esse mesmo relatório curiosamente sinalizou que essa instabilidade não afetou a condução estratégica da cooperação entre o país e o aparelho multilateral de hegemonia, de forma que considera que “o Termo de Cooperação 57 engloba todos os temas técnicos do campo de Recursos Humanos em Saúde, a redefinição de foco se deu em termos mais operacionais do que estratégicos e pode-se considerar que houve continuidade em linhas gerais e estratégicas” (OPAS; MS/SGTES. 2016. p. 8).

Além disso, segue no curso do relatório que

Também houve continuidade na intensa relação entre as diretorias da SGTES/MS e suas coordenações com a UT de Capacidades Humanas para a Saúde, mesmo após a troca da gestão. Ao longo dos anos essa UT e a SGTES estabeleceram um fluxo de trabalho institucionalizado no qual o intercâmbio técnico favorece o desenrolar das diversas ações, permitindo a manutenção da coerência técnica das atividades com o Plano de Trabalho Semestral e Bianual da OPAS, bem como com o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual e à Programação Anual de Saúde do governo brasileiro (OPAS; MS/SGTES. 2016. P. 8).

Logo, o relatório deixa claro que o golpe institucional, midiático, jurídico e parlamentar ocorrido não redirecionou os rumos que o Ministério da Saúde e a OPAS vinham articulando para o Brasil por meio dos TCs. Notamos que no marco deste ano, mesmo com toda a instabilidade, as ações previstas pelo TC foram operadas com 78,3% total das ações finalizadas/programadas (OPAS; MS/SGTES, 2016), o que nos fez refletir sobre o projeto político de saúde que vinha sendo implementado e o direcionamento das ações planejadas pelo TC. Este período é colocado no Relatório Anual do TC n.º 57 de 2016 como de “extrema instabilidade

política nacional" (OPAS; MS/SGTES, 2016. p. 08) mas há um sinal de que "pode-se considerar que houve continuidade em linhas gerais e estratégicas" (OPAS; MS/SGTES, 2016. p. 08).

No caso, o interesse central do aparelho multilateral de hegemonia é a continuidade da política de formação de trabalhadores da saúde e a implementação das contrarreformas na política de saúde e no estado brasileiro, pois, como nos diz Soares (2020) os governos do PT vinham seguindo a cartilha do neoliberalismo pela via do social-liberalismo. No entanto, a mudança de governo, mesmo que abruptamente, não interferiu no alcance da maioria das ações programadas para este ano.

Dessa forma, a chegada do novo governo sinalizava o interesse em submeter o país "a um novo e decisivo teste" (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015, p. 02) por meio do "consenso" como aponta no polêmico documento *Uma ponte para o futuro*. O governo Temer escalou para ir a campo uma seleção composta em sua linha de frente por um time que "retrata bem" a burguesia brasileira, composta em sua grande maioria por homens brancos.

Na divisão das pastas recaiu para o Partido Progressista (PP) o desafio de aprofundar as contrarreformas na política de saúde. O ministro escolhido foi Ricardo Barros⁹, que assumiu o ministério em maio de 2016 e seguiu até o final do governo em 2018. Barros já era um político de carreira, com mandatos desde 1995 e empresário no ramo da comunicação e engenharia no Paraná, mas não possuía nem formação em saúde, nem experiência na área. Podemos dizer que o ministro acumulou, a partir do cargo, muitas polêmicas, investigações, criticou sem constrangimento a universalidade do SUS, defendeu a participação da iniciativa privada e os planos de saúde populares.

Soares (2020) lembra que "A proposição dos planos populares de saúde corroborou a afirmação do então ministro da Saúde, Ricardo Barros, de que não era o ministro do SUS, induzindo à interpretação de que representava o mercado privado da saúde" (P. 285). Lembramos que essa proposta, dos planos populares de

⁹ Conforme biografia disponível no site da Câmara dos Deputados que pode ser acessada através do link: <https://www.camara.leg.br/deputados/73788/biografia>. Acesso em 09 de julho de 2023.

saúde, é apresentada à sociedade brasileira ainda em 2014, no governo de Dilma, quando foi lançado o manifesto que deu base para a criação do Instituto Coalizão Saúde (ICOS) o qual é atualmente um dos maiores defensores dos planos populares de saúde (SANTOS, 2020). Em uma de suas entrevistas para a Revista Exame¹⁰, Barros atreveu a chamar os trabalhadores do SUS de colaboradores incorporando as expressões da iniciativa privada para o SUS e considerou como um dos principais gargalos para alcançar uma “eficiência” no SUS a qualificação desses trabalhadores.

Mesmo com essa visão, o ministro só nomeou alguém para assumir a SGTES, a pasta responsável pela qualificação, ou melhor, pela educação em saúde, em setembro de 2016. O escolhido também fazia parte da cota das indicações políticas do centrão, Rogério Luiz Zeraik Abdalla que, assim como seu chefe, não tem formação em saúde, nem possui experiência na saúde. Mesmo assim, escárnio à parte, Abdalla aceitou o desafio de assumir a pasta responsável pela formação dos trabalhadores do SUS. Pois bem, por conta dessa demora, algumas atividades precisaram ser adiadas, mas sem muita preocupação, pois o relatório avalia que “A baixa execução de atividades previstas foi considerada pelas partes envolvidas compatível com o cenário político” (OPAS e MS/SGTES, 2016. p. 19).

De toda forma, localizamos no relatório técnico anual do TC n.º 57, o reconhecimento de que “Possuir um único TC para toda a Secretaria é considerado estratégico para garantir uma atuação mais estruturante e sustentável, mesmo ou principalmente em momentos de câmbio na gestão” (OPAS e MS/SGTES, 2016. p. 19). De fato, como aparelho multilateral de hegemonia, a OPAS/OMS possui seu próprio planejamento e a existência de apenas um TC nesta matéria simplifica a continuidade de seu planejamento independente do que ocorrer com o país, pois o que puder ser continuado, segue o fluxo, sem interromper o que estava previsto. Assim, o TC serve como um escudo para este aparelho multilateral de hegemonia, blindando das intempéries que ocorrerem nos países de capitalismo dependente. Dessa forma, o projeto privatista continua avançando, com a aceleração da implementação do ultraneoliberalismo e suas inflexões que, no governo Temer, são sentidas por toda população, em especial os usuários do SUS.

¹⁰ A entrevista foi realizada no dia 12 de setembro de 2017, tem como jornalista responsável Claudia Gasparini e título: **Os planos do governo federal para melhorar o SUS**. Pode ser acessada pelo link: <https://exame.com/brasil/os-planos-do-governo-para-melhorar-o-sus/>. Acesso em: 09 de julho de 2023.

Behring (2023) nos esclarece que é neste período que tem como marco o ultraneoliberalismo no Brasil, especialmente, “o Novo Regime Fiscal – EC 95 e 93 (2016); a contrarreforma trabalhista de 2017; a entrega do pré-sal; a contrarreforma da previdência” (P. 18). O congelamento dos gastos em políticas sociais por 20 anos pela Emenda Constitucional n.º 95 de 2016 sinalizam um futuro incerto e nefasto para o SUS, pois “o governo de Michel Temer não poupou esforços no sentido de realizar o desmonte almejado, destituindo os direitos constitucionais” (SOARES, 2020. p. 282), nas palavras de Behring (2023) “desde então o Brasil tem sido a cena de um processo de devastação das pessoas e do meio ambiente sem precedentes” (P. 18).

Soares (2020), analisando o período Temer, apresenta que “as inflexões realizadas no curto espaço de tempo de seu governo, de 2016 a 2018, tiveram um impacto enorme sobre a estruturação do SUS e seus princípios fundamentais e, por conseguinte, sobre a materialidade do direito à saúde” (P. 283). Justamente neste período que finaliza uma década de ações implementadas pelo Ministério da Saúde em cooperação técnica com a OPAS/OMS, encerrando o ciclo do TC n.º 57 e estruturando um novo TC, o n.º 102 — Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS: para alcançar o acesso à saúde universal.

No entanto, o destino dos recursos para os TCs já estava traçado e, pelo que foi possível constatar nos relatórios, não houve um impacto direto, porém o processo de desfinanciamento do SUS em curso faz com que as ações executadas por meio destes TCs encontrem um SUS fragilizado e trabalhadores cada dia mais precarizados. Nas palavras de Soares (2020)

No governo Temer, há uma captura do Estado pelos interesses do grande capital portador de juros e dos grandes grupos corporativos nacionais e internacionais, que passaram a instrumentalizar e direcionar a política de saúde quase que diretamente, como se os “donos” do mercado também passassem a ser, inclusive explicitamente, os “donos do poder” (P. 289).

Nesse sentido, no decorrer deste tópico revelamos pistas de que o novo TC teria suas ações alinhadas à continuidade desse processo de inflexões no âmbito da PNEPS e da gestão da educação em saúde. Essa implementação do

ultraneoliberalismo no Brasil tem nuances e nesse contexto que estamos analisando, não ocorre de forma tão clara, por ser mascarada pela atuação dos aparelhos multilaterais de hegemonia e também apresenta resistências, como elucidamos nos exemplos exibidos nos tópicos 4.2.1 e 4.2.2. No entanto, isso ocorreu de forma contraditória, pois a organização pela via do TC preserva a continuidade das ações e blinda de excessos bárbaros, como desenvolveremos no tópico 4.3 deste capítulo. Logo, ocorre em constante tensão e em movimento, sendo necessário estabelecer as devidas mediações.

Vejamos o que o estudo de Castro (2008) diz

Nesse caminhar pela história da Organização, identifica-se a capacidade de movimentação e articulação de seus consultores com as instituições nacionais e com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ressaltando-se que a conjuntura em que ocorreu esse movimento deu uma feição especial à cooperação técnica em recursos humanos da OPAS. [...] No contexto de luta pela saúde e pela democracia, foram concebidos projetos pedagógicos que faziam parte de uma proposta que tinha como perspectiva reconceituar os processos de capacitação destinados à força de trabalho empregada no setor. [...] Na construção de cada uma dessas propostas de capacitação destinadas aos trabalhadores da saúde, estiveram presentes diferenças de natureza políticas/pedagógicas entre grupos de poder que atuavam no interior das instituições (P. 244).

O que, pela análise dos relatórios, podemos concordar que continuou prevalecendo essas tensões e disputas internas, visto que indubitavelmente, entre as centenas de ações desenvolvidas e milhares de trabalhadores envolvidos, não é de se esperar que ocorressem processos homogêneos. Sem dúvidas houve uma via de mão dupla, mas seria ousadia, a partir das informações coletadas nos relatórios, que todas as direções caminham para o mesmo fim. No entanto, não podemos desconsiderar que houve a priorização, ou melhor, um investimento em ações que implicaram na execução de atividades que redirecionaram as ações no campo da formação dos trabalhadores de saúde, contribuindo para sua inflexão.

Porém, para ficar claro, estamos olhando para ações desenvolvidas durante os TC, considerando o recorte de nossa pesquisa, de forma que apresentaremos o Quadro 5 e o Quadro 6 que referem as ações apresentadas, respectivamente, nos relatórios dos TCs n.º 57 e TC n.º 102.

Quadro 5 - Principais atividades do TC n.º 57 nos anos 2016 a 2018

RESULTADO ESPERADO	PROGRAMAS/ESTRATÉGIAS/AÇÕES	ANO	MET A
1 — Apoio à elaboração e implementação de políticas integradas de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.	Ações de apoio: Telessaúde; Ver-SUS; Portal de Evidências; PROVAB; Residências; comissões gestoras estaduais e políticas de provimento e formação.	2016	66,7
		2017	47%
		2018	96%
2 — Apoio à elaboração e implementação de políticas de Gestão do Trabalho na Saúde.	Ações de apoio: MNNP-SUS; projetos na área de Gestão do Trabalho (desprecarização, regulação, valorização, dimensionamento da força do trabalho); InovaSUS; Apoiar as ações do Mercosul; Mostra de Experiências e Práticas de Gestão do Trabalho no SUS; pesquisa sobre o Perfil dos ACS.	2016	94,7
		2017	83%
		2018	100%
3 — Apoio à elaboração e implementação de políticas de Gestão da Educação na Saúde.	Ações de apoio: Pró-Saúde e PET-Saúde; PROFAPS; Congressos (ABRASCO/ COBEM/FENEPAS ¹¹), eventos, oficinas, encontros, seminários, atividades (Ações Técnicas e estratégicas), capacitações (Segurança do Paciente, Monitoramento e Avaliação); Acompanhamento das ações que estruturam a PNEPS; Monitoramento do observatório UNB; requalificação física e Tecnológica/EAD ¹² da ETSUS; DCNs (Enfermagem, odontologia e agentes comunitários); 03 Especializações na área da PNEPS	2016	74,2
		2017	54%
		2018	84%
4 — Fortalecimento da capacidade decisória dos gestores de Políticas de SGTES pela disponibilização de informações estratégicas.	Ações de apoio: Rede ObservaRH; transferência de tecnologia em Formação de Recursos Humanos para Saúde com Uruguai e Haiti.	2016	75,0
		2017	65%
		2018	87%
5 — Apoio ao fortalecimento da capacidade nacional para a cooperação internacional no campo da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.	Ação para apoiar as ações internacionais em Recursos Humanos em Saúde (RHS).	2016	0
		2017	50%
		2018	50%

Fonte: Relatórios anuais 2016, 2017 e 2018 do TC n.º 57 (grifos nossos).

O quadro evidencia que mesmo com a interrupção do governo PT e a chegada da nova gestão do governo Temer, as ações continuaram em desenvolvimento, seguindo em crescente até o último ano do TC n.º 57. No entanto, no relatório do ano de 2016, em três resultados esperados, encontramos

¹¹ Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FENEPAS).

¹² Ensino à distância (EAD).

observações que remetem as dificuldades no exercício das ações previstas em consequência da interrupção da gestão, vejamos:

- Com relação ao resultado 1:

“Mudança da gestão no Ministério da Saúde, que **redefiniu as ações** programadas e realizadas no primeiro semestre” (OPAS; MS/SGTES, 2016. p. 9)

[...]

A instabilidade da gestão no primeiro semestre **teve ainda alguma repercussão no segundo semestre**. Mas aos poucos novos gestores se apropriaram da importância do acesso democrático à informação de qualidade para uso da evidência na prática da atenção básica em saúde. (OPAS; MS/SGTES, 2016. p. 20. Grifos nossos).

- Com relação ao resultado 2:

“Em função da indefinição das diretrizes políticas durante o período de transição dos dirigentes da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, **diversas agendas** da Secretaria Executiva da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS **foram suspensas**, inclusive uma reunião ordinária da Mesa Nacional, as quais só foram retomadas a partir da definição do novo secretário da SGTES, no mês de setembro. **Algumas atividades** programadas visando o apoio técnico nos territórios no processo de instalação ou reinstalação de mesas de negociação (consolidação do SiNNP-SUS), **precisaram ser adiadas na espera da definição do quadro político da SGTES**. Essas **não puderam ser retomadas em tempo hábil para realização em 2016**, em função do momento político e de restrições impostas pelas eleições municipais. Tal impacto pode ser verificado pela redução do número de atividades externas desenvolvidas pela Secretaria Executiva da MNNP-SUS em 2016.” (OPAS; MS/SGTES, 2016. p. 22. Grifos nossos).

- No que diz respeito ao resultado 5, que não teve ações desenvolvidas no ano de 2016, encontramos:

“As mudanças na gestão no Ministério da Saúde e o foco nas políticas nacionais em detrimento das internacionais **diminuíram a demanda de ações internacionais** apoiadas e desenvolvidas pelo TC 57. Para as ações em cooperação internacional, a instabilidade política e o foco na agenda nacional contribuíram para a baixa quantidade de ações na área.” (OPAS; MS/SGTES, 2016. p. 16. Grifos nossos).

De forma que se percebe o impacto da mudança dessa gestão e ainda as consequências na demora de escolha de responsável para a pasta da gestão do trabalho e educação em saúde. A contrapeso dessa questão, encontramos no relatório técnico anual 2016, informações que justificam a continuidade e a realização de ações previstas, vejamos:

- Resultado 1:

“**A participação em todo o processo de planejamento** da SGTES, com alinhamento estratégico, técnico e operacional, **contribuiu para o acompanhamento e execução das ações previstas** que tiveram execução sem muitos entraves administrativos e operacionais.”

“**O intenso contato** entre a unidade técnica de RHS, a área de compras da OPAS Brasil, a área jurídica e de gestão do conhecimento do Escritório Regional da OPAS em Washington fizeram com que esse processo ocorresse sem maiores problemas.” (OPAS; MS/SGTES, 2016. p. 9. Grifos nossos).

- Resultado 2

“**A estreita relação** entre a equipe técnica da OPAS com a equipe técnica da SGTES **facilitou a organização e realização das atividades** previstas para o semestre. Todas as ações realizadas no semestre apresentaram maior potência devido a parcerias constituídas pela OPAS e SGTES com diversas instituições que apresentam estreita relação com o objeto da gestão, regulação e negociação do trabalho (OPAS; MS/SGTES, 2016. p. 11. Grifos nossos).

- Resultado 3:

A articulação constante da equipe técnica da OPAS com a equipe técnica da SGTES possibilitando uma maior qualificação das demandas e posteriormente dos projetos. As atividades propostas nesse período atendeu as diretrizes do Planejamento realizado pela SGTES com a participação da OPAS (OPAS; MS/SGTES, 2016. p.13. Grifos nossos).

- Resultados 4 e 5 apresentam que “**A estreita relação** entre a equipe técnica

da OPAS com a equipe técnica da SGTES facilitou a organização e realização das atividades previstas para o semestre” (OPAS; MS/SGTES, 2016. p. 11. Grifos nossos).

O reconhecimento por meio do uso de expressões como “intenso contato”, “estreita relação”, “articulação constante” transparecem que existe um vínculo entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde e que a mudança da gestão não inviabilizou a realização das ações. Isto demonstra a consolidação da cooperação técnica e ainda que as ações previstas fazem parte de um objetivo maior vinculado aos interesses em comum e ao planejamento do Ministério da Saúde e também da OPAS/OMS. Também chamou a atenção a questão da liderança reconhecida quando no Relatório Técnico Anual de 2016 evidenciamos que “Essa multiplicidade de atores envolvidos requer necessariamente uma forte liderança” (OPAS; MS/SGTES, 2016. p. 20).

Especificamente no ano de 2017, percebemos uma queda no alcance das metas, curiosamente foi o período com menor desempenho desse triênio, entre as dificuldades destacadas pela OPAS/OMS:

As dificuldades ocorridas neste período foram referentes aos ajustes necessários dos projetos, para atender as normas constantes no Instrutivo de Carta Acordo da OPAS e as normas das diversas instituições de naturezas jurídicas diferentes. Este processo requereu um maior contato entre as áreas técnicas e administrativas a fim de adequar os fluxos e procedimentos, aumentar a precisão na formulação dos instrumentos administrativos e obter a aprovação dos projetos (OPAS; MS/SGTES, 2017. p.23).

Percebemos também o caso específico da Agenda de Trabalho Decente que segundo o Relatório Técnico Anual 2017, ocorreu “devido à impossibilidade de obtenção de requisitos para aprovação administrativa. Essas dificuldades foram observadas e serão consideradas futuramente a fim de evitar contratempos em estabelecer parcerias com novas instituições” (OPAS; MS/SGTES, 2017. p. 16)

Neste ano, ficou pontuado no relatório do TC a necessidade de que o planejamento e execução fosse mais eficiente, considerando a chegada do fim da vigência do TC em 2018, que foi um ano muito intenso e volumoso de ações no

âmbito da gestão do trabalho e da educação em saúde.

Enfatizamos que no decorrer desses anos 2016-2018, no âmbito da gestão da educação e EPS, chama atenção o resultado esperado 3 “Apoio à elaboração e implementação de políticas de Gestão da Educação na Saúde” que teve um grande volume de ações. Apontamos que as ações nesse resultado consistiram na execução de atividades já consolidadas por meio do histórico do próprio TC n.º 57, como Telessaúde; Ver-SUS; Portal de Evidências; PROVAB; residências; Pró-Saúde e PET-Saúde; PROFAPS. Quanto a esse quesito, os relatórios técnicos anuais reafirmam o que consideramos no item anterior de que essas ações fariam parte de um eixo estruturante da PNEPS, ao ser citado “Acompanhamento das ações que estruturam a PNEPS” quando introduz a apresentação de tais ações realizadas.

Ainda percebemos nesse período a existência de ações com caráter de educação continuada como capacitações nas áreas de Segurança do Paciente, Monitoramento e Avaliação, três especializações na área da PNEPS. E ainda ações clássicas complementares ao processo de formação como Congressos (ABRASCO/COBEM/FENEPAS¹³), eventos, oficinas, encontros, seminários, atividades (Ações Técnicas e estratégicas). Outras ações que também fomentaram as ações no sentido da educação continuada foi o Monitoramento do observatório UNB; requalificação física e Tecnológica/EAD¹⁴ da ETSUS e as DCNs (Enfermagem, odontologia e agentes comunitários). Isto porque o processo de requalificação física e tecnológica das ETSUS faz parte da atualização dessas escolas para o desenvolvimento de suas ações que abarcam educação continuada, embora também exerçam estratégias de EPS, entre outras de educação em saúde.

Também destacamos a pauta das DCN que está correlacionada a discussão que trataremos no item 4.2.2 deste capítulo, pois essa discussão foi em parte no sentido de implementar a EIP nos cursos de graduação. Chama atenção que no ano de 2018 é possível alcançar a maior quantidade de metas mesmo diante da intensidade de ações desenvolvidas. Neste ano encontramos que, segundo a OPAS/OMS

¹³ Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FENEPAS).

¹⁴ Ensino à distância (EAD).

A consistência técnica do TC 57, desenvolvido nos últimos 10 anos, facilitou a abordagem técnica da área, permitindo interações com outras unidades e a relação com as contrapartes das três esferas de governo. O alinhamento do planejamento entre MS e OPAS facilitou também o cumprimento das metas programadas para ambas as instituições. [...] Em todo o momento da execução fez-se necessário a tentativa de agilizar o andamento dos acordos técnicos programados nos planos de trabalho. Isso implica em realizar, de forma conjunta e continuada entre SGTES e OPAS/BRA, uma análise aprofundada sobre a melhor forma de aplicar e de harmonizar processos e instrumentos técnico-administrativos da cooperação técnica entre a Organização e a contraparte nacional. Seguiu sendo um desafio, dentro do semestre, ajustar os tempos administrativos às necessidades técnicas, agilizar os processos na emissão de pareceres técnicos, formulação e revisão de TR para eventos e encontros entre outros aspectos que são os que permitem a continuidade das ações na ponta. [...] Devido ao término do TC, será necessário planejar e executar de forma eficiente a fim de garantir a oportunidade dos produtos e resultados a serem alcançados no último período de sua vigência (OPAS; MS/SGTES, 2017, p. 37).

Tais constatações só fomentam que os TCs foram essenciais para a implementação da PNEPS no Brasil e como a relação entre o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS é contraditória, de forma que a cada TC o processo vai aprimorando.

Observamos que houve uma alteração na estrutura da exposição dos relatórios anuais do TC n.º 57 e do TC n.º 102, de forma que houve mudança nas terminologias, assim como nos relatórios do TC n.º 57 havia uma clara apresentação das atividades desenvolvidas, sendo que nos relatórios do TC n.º 102 esta exposição é por meio de Indicadores e Metas. Por conta do conteúdo, aqui explicitamos as metas, de forma sistematizada no Quadro 6.

Quadro 6 - Síntese das metas a partir dos resultados previstos no TC n.º 102 nos anos 2018 a 2020.

RESULTADO ESPERADO	PRINCIPAIS METAS	ANO	MET A
1 Apoiar a instituição da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde , visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre a gestão do SUS nos níveis federal, municipal e no DF, no que se refere ao planejamento da formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde.	Instituição, implementação, funcionamento de sistema de informação, ter espaços intersetoriais e fortalecimento da área da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e contar com uma referência nacional para o monitoramento dos avanços da política.	2018	100%
		2020	0%
2 Construir estratégias facilitadoras para o melhor exercício da Política de Gestão do Trabalho na Saúde , na perspectiva do reconhecimento do trabalhador como agente transformador do seu ambiente de trabalho e a capacitação desses atores para o enfrentamento dos desafios do SUS.	Fortalecimento, reorientação dos processos de trabalhos ancorados na Política de Gestão do Trabalho na Saúde como: Programa de Desprecarização do Trabalho; Regulação do Trabalho e da formação e do exercício profissional, MNNP, PCCS-SUS e Provimento emergencial.	2018	50%
		2020	50%
3 Promover ações para a melhoria dos níveis de resolutividade e de qualidade dos serviços de saúde prestados à população, no âmbito do SUS, fundamentadas na Política de Gestão da Educação na Saúde.	Fortalecimento das ETS, IE, SMS e SES, graduação, pós-graduação e residências; tele-educação, telediagnóstico e teleconsultoria; e qualificação de profissionais/gestores de saúde.	2018	90%
		2020	41%
4 Constituir ações , visando à promoção da educação em saúde , ao fortalecimento das iniciativas próprias de gestão das políticas públicas de saúde e à produção de informações e conhecimentos de trabalhadores e gestores relativos ao direito à saúde e aos serviços prestados pelo SUS .	Agenda sistemática de pesquisa para redirecionar a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e fortalecer a produção de evidências aplicada à gestão descentralizada do trabalho e a da educação na saúde e a disseminação da produção de evidências no SUS na busca da qualificação dos processos de trabalho.	2018	0%
		2020	87%
5 Estabelecer mecanismos de cooperação internacional , visando à solução de problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente a solução de questões que envolvam os países do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul.	Promover a liderança técnica e fortalecer a participação e o intercâmbio ativo do Brasil nas agendas regionais no campo.	2018	100%
		2020	0%
6 Desenvolver a capacidade de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS .	Investigações e/ou estudos, inquéritos aplicados, no tema boas práticas, Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Relatório anual das ações da cooperação.	2018	100%
		2020	83%

Fonte: Relatórios anuais 2018 e 2020 do TC n.º 102 (grifos nossos).

Ao analisar os resultados previstos no TC n.º 102, conforme o quadro 6,

podemos indicar que houve a continuidade das ações, as metas estabelecidas, em substituição do nome ações, pode ter favorecido a execução de um leque maior de estratégias. Outro ponto interessante é que, ao cruzarmos o percentual de metas do ano de 2018, encontramos uma excelente taxa de execução, mas, ao nos depararmos com o Relatório Técnico Anual de 2018, podemos perceber que a quantidade de ações foram reduzidas e concentradas no segundo semestre deste ano, de forma que no primeiro semestre basicamente não houve execução de ações em virtude do andamento das ações do TC 57.

Como não foi possível acessar o Relatório Técnico Anual de 2019, seguimos para o ano de 2020, que avaliamos uma queda no desenvolvimento das ações em consequência da covid-19 momento que trataremos com maior ênfase no item 4.3 deste capítulo.

Essas informações quantitativas nos aproximam da amplitude de estratégias e ações desenvolvidas para implementação do processo de gestão da educação na saúde no SUS em parceria com a OPAS/OMS no período analisado. Diante disso, podemos afirmar que o “protagonismo silencioso” da OPAS/OMS, como é tratado por Castro (2008), quando analisa essa relação multilateral, permanece. Logo, com essas informações e a partir do que traçamos no capítulo anterior, podemos constatar que sem as cooperações técnicas com a OPAS/OMS a gestão da educação em saúde e PNEPS teriam outro contorno.

Em nossa pesquisa pudemos observar, a partir das categorias imperialismo, aparelhos multilaterais de hegemonia, neoliberalismo e contrarreformas, as quais nos debruçamos no capítulo 2, que o rumo sugerido pela OPAS/OMS acompanha os ditames do capitalismo imperialista, por ser, ao mesmo tempo, filho e criador desse processo que faz parte da essência desse organismo internacional. Mesmo que outras ações possam ser realizadas individual ou coletivamente internamente neste aparelho multilateral de hegemonia em defesa de um projeto de saúde alinhado com o da classe trabalhadora, por meio das ações propostas ou acompanhadas por este aparelho esbarra com os limites impostos inerentemente pelo capital.

A respeito da condução da OPAS/OMS, no estudo de Castro (2008), quando ela se refere às experiências Larga Escala, CADRHU e GERUS, a autora assevera que

[...] as experiências educacionais relatadas faziam parte de um projeto de qualificação dos serviços de saúde, onde a equipe da OPAS/Representação no Brasil teve um papel estratégico na formulação e na orientação pedagógica, assim como na composição dos seus conteúdos. É bem verdade que, a depender da conjuntura, a OPAS assumiu um papel mais determinante na condução, com contatos diretos com as universidades, escolas, secretarias estaduais e municipais de saúde, garantindo, assim, a continuidade dos projetos em conjunturas adversas [...] se torna difícil caracterizar qualquer um desses projetos educacionais, como uma experiência ou iniciativa exclusiva da OPAS. Todavia, não se pode deixar de ressaltar o papel destacado do Programa de Cooperação em Desenvolvimento de Recursos Humanos dessa organização, no que diz respeito à arte de articular, organizar, sistematizar e galvanizar propostas mais consistentes, mais relevantes e com maiores possibilidades de impacto nacional (CASTRO, 2008. p. 235).

De fato, é inegável a capacidade e eficiência desse organismo multilateral de hegemonia para planejar, articular e colocar em prática as estratégias pactuadas com os países dependentes, até porque essa foi uma das demandas postas para a criação da OPAS em 1902 e interesse dos Estados Unidos, conforme sinalizado análises de Ianni (1978). O sucesso da execução das ações e das articulações confirmam que essa experiência foi alcançada na trajetória centenária.

Ainda é possível afirmar, a partir da síntese das ações nos quadros apresentados, respectivamente nos TC n.º 57 e TC n.º 102, que ainda prevalece entre as práticas de educação em saúde a lógica da educação continuada em detrimento da EPS mesmo após uma década de regulamentação da PNEPS latentemente. Ao analisarmos os relatórios dos TCs fica perceptível que parte das ações voltam para a continuidade da educação formal dos trabalhadores, ou seja, são no âmbito de formação continuada, como cursos de qualificação, técnicos e pós-graduações.

Vieira et al. (2006) esclarecem que a educação continuada, na década de 1980, foi “responsabilizada pelo fracasso na implantação do modelo almejado” (P. 22). Nesse contexto a educação continuada na análise das autoras

[...] vinha se caracterizando pelo estabelecimento de uma educação parcelada, fora do contexto real das necessidades de saúde, criticam-se ainda as suas bases pedagógicas, ou seja, a forma verticalizada como os programas vinham sendo pensados: o favorecimento do atendimento de

determinadas profissões hegemônicas; a separação entre teoria e a prática etc. A educação permanente vai, paulatinamente, constituindo-se em contraposição ao modelo anterior, como uma das estratégias para enfrentar o aumento da demanda e a pressão da população pelo acesso à saúde (VIEIRA ET AL, 2006. p. 22)

No entanto, como evidenciamos, a partir da análise dos relatórios, essa prática prevalece, inclusive em detrimento da lógica da EPS. Lembramos que a Portaria n.º 1996/2007 coloca que as diretrizes da PNEPS que devem conduzir o planejamento da formação dos trabalhadores, inclusive dos trabalhadores de nível técnico e ainda que, “a proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, em seus problemas e desafios” (BRASIL, 2007. p. 7)

Reconhecemos que a PNEPS vai sendo deixada de lado. Um dos sinais disso é o fato do processo de financiamento com repasses regulares conforme foi prometido não foi cumprido. Dessa forma, não será tão simples refazer o caminho do recurso, requerendo estudos mais aprofundados. Inicialmente, a Portaria n.º 1.996/2007 houve uma distribuição e alocação de recursos que previa 7 critérios, são eles:

O primeiro grupo de critérios trata da adesão às políticas setoriais de saúde [...] equivale a 30% (trinta por cento) do total [...] Os seguintes critérios compõem este grupo: C1: Cobertura das Equipes de Saúde da Família (10%); C2: Cobertura das Equipes de Saúde Bucal (10%); e C3: Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial - 1caps/100.000hab. (10%). O segundo grupo de critérios trata da população total do Estado e do quantitativo de profissionais de saúde que prestam serviços para o Sistema Único de Saúde [...] O peso desse grupo [...] equivale a 30% (trinta por cento) do total. [...] Os seguintes critérios compõem este grupo: C4: Número de profissionais de saúde que presta serviço para o SUS (20%); e C5: População total do Estado (10%). O terceiro e o último conjunto de critérios buscam dar conta das iniquidades regionais [...] O peso desse grupo de critérios na distribuição dos recursos federais para a Educação Permanente em Saúde equivale a 40% (quarenta por cento) do total [...] Os seguintes critérios compõem este grupo: C6: IDH-M 2000 (20%); e C7: Inverso da Concentração de Instituições de Ensino (Instituições de Ensino Superior com Curso de Saúde [MEC/INEP] e Escolas Técnicas do SUS [MS/RETSUS] - (20%).

No entanto, não houve uma continuidade do repasse dos recursos interrompidos em 2011, retomando apenas em 2017 por meio da Portaria n.º 3.194,

de 28 de novembro de 2017, que trata do PRO EPS-SUS, que institui o incentivo financeiro para a elaboração de novos PAREPS e, em seu Artigo 2, expõe como “objetivo geral estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho” (BRASIL, 2017).

O PRO EPS-SUS repassa recursos na modalidade fundo a fundo e conforma uma Comissão de Monitoramento e Avaliação específica para acompanhar as ações (BRASIL, 2017), contraditoriamente, como sinalizamos no capítulo anterior, esta estratégia desconsiderou as atividades que estavam em curso nos estados e municípios e, não percamos de vista a totalidade, é implementada em um contexto de investida nas contrarreformas na política de saúde por meio do ultraneoliberalismo.

Ainda a respeito do financiamento da PNEPS ou de ações no sentido da EPS, foi divulgado pela SGTES a esse respeito

Análises da implementação dessa política nos estados e municípios pelo DEGES (diagnósticos 2013, 2014 e 2015) e por diferentes estudos (Ferraz et al., 2014; Nicoletto, 2013; Macêdo et al., 2014; França et al., 2016) apontam evidências importantes sobre os avanços e as dificuldades enfrentadas no processo. Entre as dificuldades citam-se a pouca articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e IES; a reduzida implantação das CIES regionais; a participação incipiente dos gestores municipais; a indefinição de parâmetros para construção dos projetos; a ausência de avaliação acerca dos projetos desenvolvidos, no que tange a suas desejadas mudanças nas práticas de formação, gestão e atenção na saúde; e as dificuldades na utilização dos recursos financeiros (BRASIL, 2020. p. 14).

E completa que “em relação ao financiamento, todos os estados apontam, como dificuldades, a descontinuidade dos repasses financeiros do Ministério da Saúde (desde 2011), e problemas na gestão cotidiana para execução dos recursos” (BRASIL, 2020. p. 15). Ora, nenhuma política pode ser sustentada sem recursos.

Talvez por esse motivo neste período entre 2016 a 2020, duas fortes investidas são colocadas em prática, uma foi a “retomada da EPS”, em 2018. Outra, que aconteceu a partir das mediações realizadas e das categorias trabalhadas, é a

inusitada “descoberta” do SUS como interprofissional. São essas duas questões que daremos maior ênfase nos subtópicos a seguir.

4.2.1 Retomada da EPS para quem?

Na língua portuguesa, retomar é um verbo com função transitiva que necessita de um complemento, embora tenha claro significado que envolve o sentido de recuperar, reaver, reconquistar, continuar (o que foi interrompido). Ora, quando alguém fala ou sugere a necessidade de retomar algo é como se ela não estivesse mais ocorrendo, estivesse interrompido, perdido. Porém, pela análise dos relatórios do TC n.º 57 a PNEPS ainda que de forma precária e com fragilidades, como o processo de desfinanciamento, a PNEPS estava viva e ativa nos territórios.

Isto porque a PNEPS em seu duplo sentido, vai além dos PAREPS e seus adjacentes, significa também uma estratégia para educação no e para o SUS como trata a Portaria n.º 198/2004 e a Portaria n.º 1.996/2007. A PNEPS é composta por diretrizes que englobam uma gestão regionalizada por meio dos CRG, atualmente CIR, com participação das CIES (BRASIL, PORTARIA 1.996/2007). Nessa instância de pactuação regional que vão se organizar outras ações, como o processo de operacionalização de programas, ações e projetos que tratam da formação de trabalhadores de saúde, como a pactuação de turmas, prioridades regionais, estratégias de formação, identificação de demandas/prioridades, eventos, destinação de recursos. Embora, algumas atividades desenvolvidas no âmbito da formação dos trabalhadores tenham driblado esse espaço, desconsiderando as CIES, esse processo, a nosso ver, trata de um reflexo da fragilidade da política que, fica a mercê das gestões regionais.

Logo, a EPS “toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto” (BRASIL, 2020. p. 13). O que é estimulado por meio do processo de descentralização dessa política.

A descentralização nesse contexto pode ser considerada uma via de mão dupla. Segundo Soares (2020), o Pacto de Gestão “atribui à descentralização e regionalização do sistema uma natureza operacional e de política consensualizada, ficando para o âmbito do controle social o debate e deliberação sobre a macropolítica e, no máximo, sobre o desenho já elaborado nas Comissões Intergestoras e no Colegiado Regional de Saúde” (P. 102). Nesse sentido, a descentralização e a regionalização vão constituir duas faces da mesma moeda com uma proposta de compartilhamento de responsabilidades entre as esferas, um planejamento organizado e pactuado cooperativamente entre os gestores do SUS.

No entanto, em um contexto de contrarreformas na política de saúde, lembramos o que nos diz Boito Junior (1999 apud Vieira et al., 2006)

que a descentralização proposta pelas políticas neoliberais se caracteriza como uma forma de repassar às instâncias estaduais e municipais o compromisso do Estado com os direitos sociais, uma vez que a maioria das vezes, transfere-se a responsabilidade para outras instâncias do governo, sem o correto repasse de verbas (P. 25).

Segundo Vieira et al. (2006) para a OPAS/OMS a EPS terá como principal enfoque a descentralização. No entanto,

A descentralização proposta pelos organismos internacionais, no âmbito das reformas neoliberais, apresenta-se como uma alternativa para romper com o afastamento do Estado das demandas da população. A crítica ao caráter centralizado e burocrático do Estado é um dos principais entraves para o impedimento de uma política social mais eficaz. Tal crítica, quando dirigida aos países da América Latina, acaba gerando um grande consenso, uma vez que, na maioria desses países, foram grandes as lutas contra o Estado burocrático e cerceadores dos direitos durante o regime militar (VIEIRA ET AL, 2006. p. 25).

Logo, essa contradição foi naturalizada, vista como vantagem, de forma que no âmbito da PNEPS ganha força potencial por conta da lógica de refletir as necessidades dos serviços a partir da percepção dos trabalhadores, gestores, usuários e das instituições de ensino que utilizam o SUS como rede escola. Ou seja, a descentralização nessa ótica fica bem na proposta da PNEPS, porém isso não

justifica o esquecimento do repasse de recursos previamente estipulados.

O resultado desse processo no decorrer dos anos foi a constituição de uma política fragmentada, heterogênea, suscetível a sensibilidade dos gestores locais e, apenas em 2017, dez anos após a Portaria n.º 1996/2007, ocorreu o retorno ao repasse de recursos também em uma perspectiva descentralizada e regionalizada por meio do PRO EPS-SUS.

Antes dessa nova safra de repasse de recursos, reparamos no Relatório Técnico anual do TC n.º 57 algumas ações prévias para um processo de novo olhar para a PNEPS, como aquela que

Em 2016 o DEGES/MS iniciou uma série de atividades que dariam suporte à revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Essas atividades estavam concentradas, basicamente na articulação técnica e política de atores envolvidos na pauta, espalhados por todo o território nacional e com diferentes inserções profissionais (gestões municipal e estadual, academia, trabalhadores e sociedade civil) (OPAS E MS/SGTES, 2018a. p. 31).

De forma que no primeiro semestre de 2017

[...] foi marcado pela retomada da discussão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com objetivo de analisá-la na perspectiva de mudanças a partir dos problemas existentes e alternativas para seu fortalecimento que serão apresentados por representantes das cinco regiões do país que trabalham e vivenciam a sua implementação. Para este desenvolvimento foi realizada oficina nacional na OPAS Brasil com representantes de áreas técnicas do Ministério, de instituições parceiras nacionalmente que trabalham a educação permanente em saúde, além do desenvolvimento de um projeto que será firmado no segundo semestre de 2017 com o Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) e GT Abrasco que fará a condução junto com o DEGES do movimento de revisão da política em todo o país (OPAS E MS/SGTES, 2017. p. 13-14).

No material *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*, de 2018, encontramos outros elementos que dão a cara e nome a idealização dessa proposta

No primeiro semestre de 2017, Cláudia Brandão, Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, apresentou uma proposta, ao mesmo tempo, necessária e ousada. Necessária porque tem sido, nos últimos anos, difícil pautar e priorizar a discussão e as ações de Educação em Saúde e, conseqüentemente, a Educação Permanente em Saúde. Ousada, porque propunha um debate em um momento difícil, quando toda e qualquer iniciativa tende a gerar desconfiança.

A proposta apresentada veio cercada de todos os necessários cuidados: participação de todos e compromisso de encaminhar o resultado do processo. Assim, no dia 18 de maio de 2017, no auditório da OPAS em Brasília, foi realizada a primeira Reunião Técnica Preparatória para a atualização da PNEPS, com o objetivo de deliberar sobre o processo. Participaram deste evento o DEGES/MS, o CONASS¹⁵, o CONASEMS, o CNS, Escolas de Saúde Pública e Escolas Técnicas do SUS. Ao final deliberaram pela realização de oficinas regionais, com aproximadamente 10 participantes por estado. Definiu-se o perfil dos participantes: representantes das CIES, ESP, ETSUS, SES, COSEMS e Conselhos Estaduais de Saúde. A condução metodológica deste processo ficou sob a responsabilidade do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. (BRASIL, 2018. p. 21).

A respeito dessa retomada encontramos no Relatório anual do TC n.º 57 de 2017 a confirmação de que houve a formalização de uma Carta Acordo no TC n.º 57 entre Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) e GT de Recursos Humanos da ABRASCO com “o propósito de juntamente com o DEGES/SGTES/MS e representantes das cinco regiões do país, analisar a Política de Educação Permanente no SUS, com base nos resultados destas oficinas regionais, que serão apresentados no primeiro semestre de 2018 para pactuação e publicação” (OPAS E MS/SGTES, 2017. p. 22).

Com esse processo, foram articuladas outras ações pelo TC n.º 57, tendo em vista que “a cooperação técnica centrou esforços na revisão e atualização da Política Nacional de Educação Permanente e Saúde”. Encontramos no relatório expressamente as seguintes ações apresentadas no Quadro 7.

¹⁵

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Quadro 7 - Principais ações da “retomada da EPS” expressas no TC nº 57 no ano de 2017

PERÍODO	AÇÕES
1º Semestre	Articulação com o Prêmio InovaSUS 2015.
	Reuniões e articulação para o lançamento do Edital do Laboratório de Inovação em Educação na Saúde durante as oficinas regionais de revisão da PNEPS.
	Formulação e estruturação do Laboratório de Inovações em Educação na Saúde/LI, com foco na educação permanente.
2º Semestre	Esforço para a revisão e atualização da PNEPS, por meio da identificação e discussão de pesquisas nacionais e de nós críticos na implementação da PNEPS nos estados e municípios; Elaboração de propostas para atualização.
	Realização de 06 oficinas regionais.

Fonte: Relatório Anual 2017 TC nº 57.

O quadro mostra que antes mesmo do processo de revisão, foram realizadas ações como de articulação em conjunto com o desenvolvimento de outras ações como InovaSUS e fomento da participação dos atores com casamento de agendas como a do Laboratório de Inovação em Educação na Saúde, para propiciar o cenário de discussão da PNEPS

Esse processo não se encontra desconexo com o que vinha ocorrendo na conjuntura de 2017, visto que a PNEPS não está isolada dos demais processos e lutas de classes, ainda mais com a proposta dos Estados e Municípios voltarem a receber recursos para a PNEPS por meio do PRO EPS-SUS. Essa retomada de discussão ocorre no centro do Ministério conduzido por Ricardo Barros, no governo Temer, quer dizer, essas ações de cooperação para uma revisão da PNEPS ocorrem em um contexto favorável para os avanços das contrarreformas, da implementação do ultraneoliberalismo, pela via da formação dos trabalhadores de saúde.

Em 2018 esse movimento seguiu com a realização de atividades realizadas pelo TC n.º 57 como as que organizamos no Quadro 8.

Quadro 8 - Principais ações da “retomada da EPS” expressas no TC n.º 57 no ano de 2018

PERÍODO	AÇÕES
1º Semestre	Apoio à realização da reunião anual do CONARES ¹⁶ que discutiu o PROEPS-SUS e os rumos da PNEPS
2º Semestre	Oficina Nacional para alinhamento dos produtos das oficinas regionais e apresentação do resultado do processo.
	Elaboração de relatório final da Oficina Nacional como subsídio para alteração da PNEPS.
	Pauta da PNEPS na reunião da Comissão de Coordenação das Escolas Técnicas do SUS.

Fonte: Relatório Anual 2018 TC n.º 57 (grifos nossos).

No quadro 8 constatamos que novamente a mesma estratégia de casamento de agendas foi utilizada como a reunião da CONARES. Ainda mais, neste ano ocorrem de fato a Oficina Nacional de Alinhamento, seguido do relatório final para alteração da PNEPS. Assim podemos evidenciar que houve uma mobilização de quase dois anos para rever a PNEPS. O produto dessas oficinas são apresentados no próprio relatório de 2018

O longo e inclusivo processo de revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), cuja versão mais recente data de 2007, ou seja, já tem mais de dez anos de existência, também fora um marco no sentido de envolver gestores, formuladores e demais atores num processo de diálogo técnico e político de alto nível que serviu tanto para instruir, quanto para rever, revisar e atualizar o conteúdo da Política de forma a torná-la mais relevante. Isso contribuiu para fortalecer todas as secretarias no tema, induzindo, inclusive, a ações mais concretas de monitoramento e avaliação de políticas, por exemplo (OPAS E MS/SGTES, 2018a. p. 26).

A reunião de alinhamento dos produtos das Oficinas regionais ocorreu no dia 19 de novembro de 2018, em Brasília, com a participação de representantes de todos os estados, IES, CONAS, CONASEMS, OPAS e DEGES, somando mais de cem pessoas com a mediação e apoio do ISC/UFBA que havia firmado Carta Acordo a esse respeito (OPAS E MS/SGTES, 2018a).

¹⁶ CONARES é o Conselho Nacional de Representantes Estaduais

No relatório técnico anual de 2018, especificamente, no tópico “Detalhar as dificuldades, intervenções requeridas e/ou sugestões para execução do plano de trabalho, se existentes” (OPAS E MS/SGTES, 2018a. p. 33) coloca que

Considerando a magnitude de se realizar uma agenda inclusiva em todo o extenso território continental com a participação ativa e protagonista de atores em todos os Estados brasileiros e com distintas inserções profissionais, a agenda de revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pode se considerar uma ação potente e exitosa do trabalho desenvolvido neste período. Tendo em vista que a agenda propriamente dita fora disparada em 2016, foram quase dois anos de costuras, articulações, pactuações e trabalhos para culminar no relatório final, a ser finalizado pela equipe do DEGES/MS, juntamente com a equipe técnica do ISC/UFBA (OPAS E MS/SGTES, 2018a. p. 33).

Diante dessa empreitada, evidenciamos nesse ponto mais uma contradição, que merece destaque, é que fizeram parte desse movimento sujeitos com histórico alinhado ao Projeto de Reforma Sanitária e ao Projeto SUS Possível (SOARES, 2020) que, mesmo este último sendo braço do projeto privatista, atua no campo da pluralidade e da democracia, o que faz inferir que nesse jogo de forças, o projeto SUS resiste.

Embora, seja dada uma ênfase na participação em torno de 380 pessoas nesse processo, se considerarmos as seis oficinas regionais, são citados como envolvidos representantes de “secretarias estaduais e municipais de saúde; escolas de saúde pública e escolas técnicas do SUS; IES públicas e privadas; Ministério da Saúde; CONASS; COSEMS/CONASEMS; Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde; dentre outras” (BRASIL, 2018. p. 14), observamos a presença da participação da comunidade muito timidamente, isto porque essa é representada nessas participações por meio do controle social no SUS dos conselhos nacional e estaduais. Nesse sentido, considerando que os conselhos são paritários e a representação de movimentos sociais e usuários é uma das cotas dessa paridade, fica realmente muito insipiente essa representação, de forma que não foi apontado nos documentos analisados a citação/registro da participação direta dos usuários. O que compromete a legitimidade do processo, pois mesmo com a mudança já consolidada dos polos de EPS para as CIES, como previsto na Lei n.º 8.080/90, o controle social faz parte do quadrilátero da formação da saúde, compondo a CIES.

Lembramos que o controle social e a participação comunitária na política de saúde fazem parte das bases do projeto de reforma sanitária, as quais foram possíveis legitimar no Art. 198 da Constituição Federal de 1988 como princípio organizativo do SUS, juntamente com a descentralização e o atendimento integral. Tal participação foi estabelecida pela Lei n.º 8.142/1990 que trata do financiamento e do controle social no SUS por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

Rizzotto (2012) aponta que o Banco Mundial

parece não partilhar do mesmo conteúdo da proposta explicitada na legislação brasileira, que seria no sentido de possibilitar a participação, por meio do controle, nos serviços e na formulação das políticas de saúde. Para o Banco, a participação da comunidade deve ser incentivada para que as comunidades passem a assumir a sua responsabilidade pela atenção à saúde, deixando de reputar ao Estado algo que não seria mais de sua exclusiva competência (P. 172 – 173).

Contudo, a participação popular nem foi pautada no processo e não encontramos vestígios de insatisfação nessa ausência nos relatórios analisados, talvez porque o entendimento de participação popular e controle social defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária, duramente inserido como princípio do SUS na Constituição Federal de 1988, de fato não seja o mesmo defendido pelos aparelhos multilaterais de hegemonia do capital. Embora, precisamos externar que existem muitas críticas a respeito do controle social materializado, ainda é uma forma de trazer para o debate outros sujeitos. No entanto, essa estratégia não faz parte do rol de interesses do projeto neoliberal, muito menos na sua face ultraneoliberal e “assiste-se a um completo alijamento da participação social” (SOARES, 2020. p. 322). Essa ausência da participação popular vai se intensificando e a desvalorização da participação popular constitui um dos aspectos do autoritarismo presente no governo federal, que ocorre inclusive nos espaços da EPS.

Soares (2020) nos lembra que “ao que tudo indica, desde o golpe de 2016, os governos despendem um esforço intenso para a reformulação e a reestruturação de diversos programas e políticas de saúde, a fim de flexibilizá-los e criar mais espaços para a atuação do mercado privado” (SOARES. 2020. p. 295). No entanto, se essa

foi a intenção do governo ultraneoliberal de Temer, não deu muito certo, isto porque, no documento “*Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*” é apresentado como resultado desse processo de “retomada da EPS”,

No que tange à pertinência da proposta de atualização da PNEPS, **as oficinas apontaram que não há necessidade de mudanças em seu conteúdo**, exceto revisão de nomenclaturas constantes na portaria, uma vez que o mais importante é avançar com o seu processo de implementação nos estados, ressaltando a importância de mantê-la como uma política de Estado, estratégica para o processo de construção do SUS, por meio da requalificação dos profissionais e trabalhadores de saúde, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços prestados à população (BRASIL, 2018. p 16. grifos nossos).

Logo, ao que tudo indica, o freio da mudança na PNEPS partiu do resultado das oficinas, dos sujeitos envolvidos no processo, de forma que os relatórios e as referências bibliográficas disponíveis que tratam desse processo não nos munem de elementos concretos para conhecer as particularidades desse momento histórico. Assim, reconhecemos o limite desta pesquisa, apontando que só um estudo mais aprofundado com os sujeitos diretamente envolvidos ou com novas publicações a respeito será possível chegar a uma maior aproximação desse movimento.

No ano de 2018 temos também outra novidade, o TC n.º 57 encerra seu ciclo de dez anos com o cumprimento dos objetivos propostos e execução de várias frentes de atuação no âmbito da gestão do trabalho e da educação em saúde no Brasil (OPAS E MS/SGTES, 2019). No entanto, ainda em 2018, antes mesmo do encerramento, a SGTES/MS firmou novo TC, o n.º 102 - Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS: para alcançar o acesso à saúde universal, com o objeto “Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS” que teve neste ano inicial o desenvolvimento de 88% estado de avanços das ações, totalizando 19 ações programadas, 16 ações realizadas e apenas 3 ações adiadas/canceladas, conforme apresentamos no Quadro 6 (OPAS E MS/SGTES, 2018b).

Outro ponto que merece destaque em nossa análise é o caso ocorre desde o TC n.º 57 permanecendo no TC n.º 102, o qual é a respeito do grande investimento

na pauta da interprofissionalidade, é sobre ela que trataremos a seguir.

4.2.2 O caso da interprofissionalidade

No âmbito da saúde coletiva é inegável a difusão e o debate acalorado em torno da interprofissionalidade nos últimos anos, especialmente no período que estamos analisando entre 2016 a 2020. Ao nos depararmos com o Relatório Final do TC n.º 57 e os relatórios anuais de 2016, 2017, 2018 e 2020 é perceptível a ênfase dada à discussão da interprofissionalidade. Contudo, em nossa análise do processo histórico da PNEPS não localizamos na literatura, por meio de nossa pesquisa bibliográfica no âmbito da gestão da educação em saúde e PNEPS essa discussão, nem a citação de expressões como interprofissional, interprofissionalidade no Brasil antes do ano de 2010.

Na literatura brasileira encontramos em 2013 o estudo “Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários” de Peduzzi et al. (2013) publicado na Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). No artigo há um reconhecimento dos estudos a respeito da EIP serem recentes e da confusão da expressão com a multiprofissionalidade. As autoras apresentaram a importância da EIP e prática interprofissional (PIP) como uma urgência, contrapuseram esta expressão a formação uniprofissional e multiprofissional, teceram críticas ao modelo tradicional de formação dos trabalhadores da saúde considerando ele como isolado e ainda sinalizaram algumas vantagens da implementação (PEDUZZI ET AL., 2013). Segundo as autoras a EIP

[...] tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, pois possibilita evitar omissões ou duplicações de cuidados, evitar esperas e adiamentos desnecessários, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais (PEDUZZI ET AL., 2013. P 978).

Não estamos aqui fazendo julgamento da EIP, mas nos cabe apresentar o

que ocorreu, tendo em vista que essas ações fizeram parte do escopo dos TCs. A partir dessa compreensão podemos compreender a interprofissionalidade como a prática colaborativa entre diferentes profissões, mas que tem sido uma investida de outros países, com o apoio dos organismos multilaterais de hegemonia. Ogata et al. (2021) em estudo entre a proposta de EPS e EIP, apresenta um resgate histórico interessante, provocando a partir de um das duas propostas que a EIP era utilizada a princípio pela OMS similarmente a expressão multiprofissionalidade. Dizem as autoras que, a princípio, a interprofissionalidade seria uma “resposta à necessidade do trabalho em equipe e da abordagem integral das necessidades de saúde dos usuários dos sistemas de saúde” (OGATA ET AL., 2021. p. 4).

Em 2010 a proposta retorna à cena, por meio da publicação “Marco para a ação em educação interprofissional e prática colaborativa” quando a EIP é considerada como “resposta ao aumento da complexidade das necessidades de saúde dos usuários dos sistemas de saúde, considerando o envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônicas e da incorporação tecnológica” (OGATA ET AL., 2021. p. 04).

Além dessa questão, encontramos o documento da OMS intitulado *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*, de 2010, que apresenta em suas mensagens principais que “Após quase 50 anos de pesquisa, a Organização Mundial da Saúde e seus parceiros reconhecem haver evidências suficientes para mostrar que a educação interprofissional eficaz proporciona a prática colaborativa eficaz” (2010. p. 07).

Este Marco apresenta que

É importante que os formuladores de políticas analisem este Marco do ponto de vista global. Cada sistema de saúde é diferente e deverão ser implementadas novas políticas e estratégias que sejam adequadas e abordem os desafios e necessidades locais. Este Marco não tem o propósito de ser prescritivo nem de fornecer uma lista de recomendações ou ações necessárias. Tem como objetivo apresentar aos formuladores de políticas ideias sobre como contextualizar o sistema de saúde existente, se comprometer em implementar os princípios da educação interprofissional e da prática colaborativa, e de promover os benefícios da colaboração interprofissional com seus parceiros regionais, educadores e profissionais de saúde (OMS, 2020. p. 11).

Isto porque, segundo o Marco, “Os recursos humanos para a saúde estão em crise” (OMS, 2010. p. 13) e a interprofissionalidade ajudaria a “formar forças de trabalho de saúde mais flexíveis, que permitam suprir as necessidades de saúde locais, maximizando em paralelo os recursos limitados” (OMS, 2010. p. 13).

Ora, ao tomar conhecimento deste documento da OMS não nos parece mais estranho as ações que seguiram por meio dos TC n.º 57 e n.º 102 a respeito da interprofissionalidade. E, mesmo que alguns autores possam afirmar que o “SUS é interprofissional”, não se pode negar essa interprofissionalidade foi plantada e tem alinhamento com os aparelhos multilaterais de hegemonia que apostam nesta proposta para ser disseminada no Brasil.

Em nossa análise a partir dos relatórios dos TCs n.º 57 e n.º 102, reconhecemos que interprofissionalidade aparece primeiramente no relatório anual de 2016 do TC n.º 57, especificamente no primeiro semestre do ano nas discussões do VER-SUS que, para Peduzzi et al. (2013) seria uma das estratégias que têm essencialmente características interprofissionais, assim como o PET. A fim de melhor compreender a incidência da discussão, sintetizamos nos Quadros 9 e 10 ações realizadas que fomentaram a EIP no Brasil a partir do que ficou registrado nos relatórios analisados.

Quadro 9 - Síntese das ações/estratégias impulsionadoras a respeito da EIP no Brasil a partir dos registros nos relatórios TC: 57

ANO	AÇÃO
	Apoio ao projeto que viabilizou debates (trabalhadores, IES e movimentos sociais) sobre EIP, juntamente com outras pautas como núcleos comuns de capacidades, competências e habilidades profissionais na saúde, inovações pedagógicas e metodológicas orientadas para as DCNs.
2016	Reuniões para discutir projetos e avaliação da Carta-Acordo para discussão da EIP , no sentido do fortalecimento de categorias por meio das DCN, projeto FAIMER, Ver-SUS e PET-Saúde; participação na reunião “Educación Interprofesional en Salud: Mejorando la Capacidad de los Recursos Humanos para Lograr la Salud Universal” , discussão do plano de trabalho para implementar a EIP no país e a constituição de uma Rede de EIP para a Região.
2017	Desenvolvimento dos Planos de Ação para Implementação EIP para o Brasil de Fortalecimento da Educação Interprofissional no Processo de Reorientação da Formação Profissional em Saúde; Reuniões: para discutir EIP na Rede de Escolas, no CNS para traçar estratégia única de inclusão da temática nas DCN em revisão, 2ª Reunião Técnica Regional sobre Educação Interprofissional em Saúde, 2º Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (2º CIETIS); Oficinas sobre EIP de alinhamento conceitual; Articulação para Cartas-Acordo (Faculdade de Medicina/UNESP ¹⁷ - para apoio às escolas de medicina para implantação; Faculdade de Enfermagem/USP para mapeamento das iniciativas de EIP); Divulgações de produção de conhecimento e experiências de EIP no Brasil; Propostas de curso (para docentes e gestores das IES; e Mapeamento das Iniciativas de Educação Interprofissional no Brasil e Atualização em Desenvolvimento Docente para a adoção da interprofissionalidade na formação em saúde.
2018	Apoio aos eventos: I Seminário Internacional de Residências em Saúde (SIREs) (inserção do eixo EIP); I Encontro Internacional de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (inserção de EIP nos objetivos), IV Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde , o Colóquio Internacional da Rede Brasileira de Educação Interprofissional em Saúde (REBETIS) e “Oficina com os Coordenadores dos PET-SAÚDE Interprofissionalidade ; Curso de Atualização em Desenvolvimento Docente para a Educação Interprofissional em Saúde (300 vagas); Chamada na Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação para submissão de artigos sobre EIP e trabalho interprofissional em saúde no Brasil; Projeto “Círculos de Cultura sobre educação Interprofissional para o Sistema Único de Saúde”, firmado com a Associação Brasileira Rede Unida (oficinas, reuniões técnicas e seminários nas cinco regiões do país, mapeamento das experiências de EIP, produção de livros e artigos); “Oficina Nacional de alinhamento da PNEPS foi pautado a [...] (3) a incorporação de modelos educacionais inovadores como a Educação Interprofissional em Saúde (EIP)” (P. 25).

Fonte: Relatórios Anuais dos TCs n 57, grifos nossos.

Mesmo com muitas informações, o quadro 9, ainda não traz todas as ações realizadas no sentido de fomentar a EIP de forma que podemos evidenciar a audácia dessa agenda que envolve um complexo de ações interligadas visando colocar a EIP no cotidiano dos serviços. Nos anos que seguiram a implementação do ultraneoliberalismo no Brasil, a EIP esteve em serviço, desde então, afinada com os

¹⁷ Universidade Estadual Paulista (UNESP).

interesses de execução. Embora as dificuldades de execução para o cumprimento das metas e realização das ações, conforme apresentamos nos quadros 5 e 6, percebemos que não houve prejuízo na implementação dessa cultura. Isso se deve ao investimento em diversos resultados no TC n.o 57, que utilizou ações aparentemente desconexas para a realização de debates e reflexões a respeito da EIP, inclusive estratégias que projetam a prática da EIP na atuação dos trabalhadores de saúde, o que se estende também às DCNs dos cursos de graduação, em programas consolidados voltados para a integração ensino-serviço-comunidade, elaboração de Planos de Ação bem elaborados e o estímulo à produção científica.

Outra estratégia evidenciada é utilização de agendas de outras pautas, que passaram a apresentar o tema da EIP, e a introdução da EIP nos eventos realizados com o apoio da OPAS/OMS, conforme o TC n.o 57. O mesmo ocorre no TC n.º 102, como podemos visualizar no quadro 10 que segue.

Quadro 10 - Síntese das ações/estratégias impulsionadoras a respeito da EIP no Brasil a partir dos registros nos relatórios TC 102.

ANO	AÇÃO
2018	Formalização da carta acordo com a FUNDEP para pesquisar e desenvolver metodologia de certificação de competências interprofissionais em saúde apoiada na gestão da informação; Fortalecimento das Carta Acordo que envolvem o tema como: PET-Saúde Interprofissionalidade, monitoramento e acompanhamento, estímulo a produção de evidências científicas relacionadas aos projetos aderentes e de uma forma geral ao processo de EIP, e, a uma atualização do desenvolvimento docente voltada ao tema da EIP (trata-se de uma reedição do curso já disparado em 2017).
2019	-
2020	Assessoramento e acompanhamento e prorrogação por mais 6 meses da Cartas Acordos que envolvem o PET-Saúde/Interprofissionalidade, em detrimento da pandemia.

Fonte: Relatórios Anuais dos TCs n 102, grifos nossos.

O quadro 10 evidenciou as ações que consideramos destaque nesse período analisado pelo estabelecimento e fortalecimento de Cartas-Acordo, inclusive deixando claro que durante a pandemia foi necessário prorrogar as Cartas-Acordo justamente para não prejudicar essa ação promissora e exitosa.

A partir dos Quadros 9 e 10, fica retratado o investimento realizado para que o SUS se torne interprofissional. Assim podemos marcar como início desse movimento a reunião “*Educación Interprofesional en Salud: Mejorando la Capacidad de los Recursos Humanos para Lograr la Salud Universal*” que aconteceu em Bogotá, em dezembro de 2016 (OPAS; MS/SGTES, 2019). Segundo o Relatório Anual de 2016

Essa reunião tinha como objetivo solicitar informações e estimular a discussão dos participantes quanto ao contexto da Educação Interprofissional (EIP) nos diferentes países. Nesse momento foi importante conhecer as experiências de cada país em EIP e sua prática colaborativa, identificando as facilidades e dificuldades, o nível educacional e a articulação com as políticas em desenvolvimento na região. Essa reunião também proporcionou a discussão de um plano de trabalho para implementar a EIP no país e a constituição de uma Rede de EIP para a Região ficando definido que nesse primeiro momento Brasil, Argentina e Chile seriam responsáveis pela Secretaria Executiva dessa Rede. Esse evento contou com a participação dos seguintes representantes: 02 DEGES/SGTES/MS, 01 MEC, 01 Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, 01 Universidade Estadual do Rio Grande do Norte, 01 da Universidade de São Paulo e 01 da OPAS (RELATÓRIO ANUAL 2016. P. 23).

A partir da reunião ficou acordado a elaboração de um Plano de Ação para a Implementação da EIP nos países participantes que traçou estratégias para que fosse inserida a EIP como prioridade no debate da gestão da educação em saúde e nas práticas profissionais no SUS, assim como a criação da Rede de EIP. A criação do Plano teve como base o levantamento realizado em nosso país e a versão preliminar elaborada, “no mês de fevereiro de 2017, foi encaminhada pelo DEGES/SGTES/MS para o escritório regional da OPAS, localizado na cidade de Washington, Estados Unidos da América (BRASIL, 2018. p. 43), atestando a condição do Brasil enquanto país dependente, submetido aos aparelhos multilaterais de hegemonia.

No Plano são sinalizadas cinco linhas de ação: 1) fortalecimento da EIP como dispositivo para Reorientação da Graduação em Saúde; 2) levantamento das iniciativas de EIP no Brasil; 3) desenvolvimento docente para EIP; 4) EIP nos espaços de EPS; 5) fortalecimento dos espaços de divulgação e produção de conhecimento em EIP (BRASIL, 2018). A partir do que conseguimos extrair dos relatórios anuais existe uma relação direta entre essas linhas de ação e as estratégias/ações que nortearam as novas Cartas Acordos por meio dos TCs n.º 57

e n.º 102.

No entanto, ao contrário do que apreendemos, de que a implementação desse processo trata de uma interferência dos aparelhos multilaterais de hegemonia na política de saúde e na formação dos trabalhadores de saúde no Brasil, esse processo é explicitado nos relatórios com a consideração de que “pode-se ressaltar que a inclusão do tema interprofissional do segundo semestre enfatiza a liderança brasileira na área uma vez que esse tema dá vazão para a possibilidade de abordar soluções inovadoras para temas complexos no campo de RHP” (OPAS; MS/SGTES, 2016. p. 24). Ou seja, é considerado um avanço o Brasil se colocar na posição de subimperialista assumindo a centralidade do debate na região.

A interprofissionalidade é divulgada como um contraponto, um modelo substitutivo ao modelo Flexner de formação em saúde, nas palavras das autoras,

o hegemônico modelo Flexner da formação em saúde precisava ser superado com a incorporação da interprofissionalidade na formação das diversas profissões da saúde, de métodos ativos de ensino-aprendizagem que preconizassem o protagonismo dos estudantes, de reformas curriculares que privilegiassem a EIP e o compromisso com a formação para o trabalho em equipe interprofissional. A hegemonia desta matriz flexneriana, presente na maioria das instituições de ensino no Brasil, pode ser considerada um dos nós críticos no processo de implantação da EPS e da EIP (OGATA ET AL, 2021. P. 04).

As autoras sinalizam que a EIP foi sendo introduzida no Brasil nas experiências que antes levaram a proposta de EPS, inclusive pela via de acesso da PNEPS, como exemplo o projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (Ver-SUS), PET-Saúde, Pró-Saúde, Residências e demais que trazem os princípios da integração ensino-serviço-comunidade (OGATA ET AL., 2021). Nesse sentido, há o reconhecimento que foi por meio do incentivo da própria DGTEs e da OPAS/OMS, mas também pela via de grupos e pesquisas em várias instituições de ensino superior e a organização dos Colóquios Internacionais de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (CIETIS) a partir de 2015 que a EIP passou a fazer parte do cotidiano das discussões envolvendo educação em saúde.

Tal questão corrobora com nossa análise dos Relatórios Técnicos dos TCs,

quando identificamos o volume de ações e intensidade que a EIP foi considerada. Inclusive, podemos considerar o ano de 2018 como o ano da EIP no Brasil. Isto porque, diante do volume de ações realizadas e por ser colocado como “principal foco de atuação a educação interprofissional” (OPAS; MS/SGTES, 2018a. p. 18). Curioso que este investimento acontece durante a comemoração dos 10 anos da PNEPS e concomitante a empreitada de atualização dessa política (OPAS; MS/SGTES, 2018a). No mesmo ano, na contextualização do Relatório anual do TC n.º 102 encontramos que

no atual contexto social e político do Brasil, os grandes desafios da política de Recursos Humanos em Saúde são: [...] c) Estabelecer mecanismos eficazes para democratizar a oferta educacional em saúde, avançar na formação Interprofissional e valorizar a formação em Atenção Primária em Saúde (APS), com ênfase na saúde da família como base para sistemas de saúde resilientes (negociação para fortalecer a governança) (OPAS; MS/SGTES, 2018b. p. 4).

Como foi possível revelar no Quadro 10, as estratégias para a implementação da EIP acontecem em várias frentes, seja por articulações políticas a fim de enraizar a proposta das DCN dos cursos de graduação em saúde

debates com profissionais, instituições de ensino e pesquisa e movimentos sociais sobre educação interprofissional e núcleos comuns de capacidades, competências e habilidades profissionais na saúde, incluindo inovações pedagógicas e metodológicas orientadas para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), fortalecendo os processos de mudanças na formação das profissões da saúde. (OPAS; MS/SGTES, 2016. p. 12).

Ainda é possível destacar o investimento para a criação de uma cultura de EIP por dentro dos programas de residências, pós-graduações, na produção científica, por meio da educação continuada, como os cursos ofertados em várias modalidades entre essas EADs, eventos, mas também pela via de estratégias consolidadas, como Ver-SUS e PET-Saúde, entre outras na perspectiva da educação permanente em saúde. Entre os eventos, dos que tiveram apoio da OPAS por meio dos TCs, destacamos o IV Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde, “em novembro de 2018 e contou com a presença de

cerca de 200 participantes, entre estudantes, trabalhadores da saúde, docentes e pesquisadores, além de convidados nacionais e internacionais da Rede Brasileira de Educação Interprofissional em Saúde (REBETIS)” (OPAS; MS/SGTES, 2018b). Os Colóquios Internacionais da REBETIS tiveram início em 2015 e servem como intercâmbio de experiências nacionais e internacionais (OPAS; MS/SGTES, 2018b).

Outro ponto alarmante é a pauta da produção de conhecimento, pois nos relatórios analisados encontramos no ano de 2018 ações que envolvem a chamada de artigos científicos na Revista Interface Saúde e também, por meio do projeto “Círculos de Cultura sobre educação Interprofissional para o Sistema Único de Saúde” que também promoveu a publicações de materiais como livros e artigos a respeito da EIP no Brasil (OPAS; MS/SGTES, 2018a).

A nosso ver, o caso da EIP representa bem a construção de uma hegemonia, nesse caso no âmbito da formação de trabalhadores e mudanças de práticas a partir dos interesses e interferência direta dos aparelhos multilaterais de hegemonia. Mesmo que no Marco divulgado pela OMS a palavra utilizada seja sugestão, recomendação com a observação de que esse processo de implementação deve atender as necessidades de cada país, não nos parece a EIP fazer parte de uma cultura essencialmente brasileira e de nossa reforma sanitária, haja o histórico apresentado em nossos capítulos anteriores.

No entanto, como fruto de um processo social, o caso da EIP revela suas contradições, as quais merecem ser também melhor apreendidas. Porém, não poderíamos, nos limites deste trabalho, deixar passar esse exemplo que salta aos olhos em um período histórico tão turbulento, ser implementada essa nova cultura de cuidado e de mudanças nos processos de educação.

Lembramos que ao considerar a existência da fase ultraneoliberal, destacamos que a formação dos trabalhadores de saúde voltou à pauta da OPAS/OMS. A formação dos trabalhadores sempre esteve na mira desse aparelho multilateral de hegemonia, mas, como nos sinaliza no material *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*, de 2018, a OPAS passou a convocar novamente os sujeitos dos países dependentes para o debate de forma mais intensa nos anos de 2016, (BRASIL, 2018). Curiosamente, este período coincide com essa mudança de gestão

na política de saúde brasileira e do avanço ao fundo público, pela implementação de políticas ultraliberais no Brasil.

Nestes anos, Soares (2020) analisa que “pode-se observar um adensamento e uma reatualização do *projeto de saúde privatista*, agregando-se elementos que instrumentalizam completamente o SUS aos interesses do mercado” (P. 297). Essas questões vão se aprofundar no ano de 2019, quando tivemos a consolidação do ultraneoliberalismo com a chegada de Bolsonaro na Presidência da República e em 2020 a chegada da pandemia da COVID-19, questões que trataremos no tópico a seguir.

4.3 PNEPS em tempos de COVID-19

Identificamos a partir das análises dos relatórios dos TCs que eles foram condutores do processo de implementação da PNEPS nos anos que seguiram a regulamentação da política, assim como de outras ações e contrarreformas na política de saúde no Brasil. No entanto, isso não aconteceu isoladamente e sofreu interferências e resistências. Evidenciamos que, com a chegada do ultraneoliberalismo, nos governos de Temer e Bolsonaro, instaura-se um cenário de barbárie.

Nas palavras de Demier (2020)

O plano do capital, como se sabe, era lavar o golpe pelas urnas, posto que o projeto econômico dos golpistas deveria ser continuado em 2019, mas a partir de então por meio de algum representante orgânico e tradicional da burguesia, o qual, diferentemente de Temer, teria a legitimidade popular que as urnas costumam conferir ao vencedor do pleito. Ocorre que, permanentemente mobilizadas, as massas conservadoras das classes médias, ao longo do processo eleitoral de 2018, mostraram não estarem dispostas a depositar seus votos em qualquer um dos políticos habituais da classe dominante, afinal, “todos os políticos são corruptos” – elas haviam dito em 2013 e continuavam a fazê-lo sem rodeios durante a campanha presidencial. Desenvolvendo a crença de que poderiam elas mesmas governar diretamente o país, nossa pequena-burguesia reacionária foi buscar justamente nos tidos como “não-políticos”, como os militares e juízes – os quais vinham desenvolvendo sua força na medida em que cresciam as tendências bonapartistas da democracia em crise -, os seus lídimos

representantes na cena política nacional. De tão amantes da família brasileira, nossos homens de bem encontraram em uma família em especial, e mais precisamente no seu patriarca, o seu líder, o seu führer (P. 93).

O escolhido foi capitão reformado, com “histórico de atleta”¹⁸ que, segundo Demier (2020)

[...] do ponto de vista histórico, a burguesia brasileira parece só se realizar efetivamente sob Bolsonaro. O seu governo é o produto da união entre uma burguesia golpista com medo das urnas e um neofascista com excelentes chances nelas. O Bolsonaro de hoje é, portanto, o filho daquele romance, o qual, entre tapas e beijos, segue. Bolsonaro é, assim, o Pai e, ao mesmo tempo, o filho, só que o filho, neste caso, veio para trazer a verdade e propagar a palavra da Mãe, nada virgem. Uma burguesia medrosa, apaixonada por um líder neofascista, deu à luz a este governo de traços bonapartistas que, para protegê-la, intenta subverter o seu próprio regime, em nome do Pai. Mas o espírito de um é, também, o espírito de todos, embora os três, neofascismo, burguesia e governo, ainda são sejam um só. Ainda. (P. 97).

Com a chegada dessa nova gestão liderada por essa trindade, mudou o nome à frente da pasta da saúde, mas agora temos um sujeito um pouco mais “qualificado”, Luiz Henrique Mandetta, que “diferencia-se do seu antecessor no governo Temer, que se contrapunha explicitamente à universalidade do SUS” (SOARES. 2020. p. 293). Mandetta, estava como deputado federal pelo extinto Partido Democratas (DEM), que em 2022 se fundiu com o Partido Social Liberal (PSL) e formaram o União Brasil (UNIÃO), mas também é médico com especialização em pediatria e ortopedia, havia assumido cargos de gestão no SUS em seu estado e foi presidente da UNIMED (SOARES, 2020).

Ao assumir o cargo, Mandetta colocou em prática mais uma safra de contrarreformas na política de saúde, estabeleceu como prioridade a Atenção Básica, que acabou se tornando vitrine para diversos ataques e aprofundamento de privatizações e intensificou “a abertura para estratégias privatizantes e que flexibilizam cada vez mais o SUS para atender às necessidades do mercado

¹⁸ Uma das expressões utilizadas pelo então presidente da república durante a pandemia. Fonte: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/03/relembre-o-que-bolsonaro-ja-disse-sobre-a-pandemia-de-gripezinha-e-pais-de-maricas-a-frescura-e-mimimi.shtml>.

privado” (SOARES, 2020. p. 295 – 296). Em sua gestão, o primeiro ministro de Bolsonaro, aniquilou literalmente a pasta que era responsável pela Participação Popular e o Controle Social, a Secretária de Gestão Estratégica, por meio da reestruturação do Ministério da Saúde, como também foi lançada a Nota Técnica n.º 11/2019 que desconstruiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a agregação das Comunidades Terapêuticas e tantos outros retrocessos a Reforma Psiquiátrica Brasileira, entre outras ações. Diante disso, concordamos com Soares (2020) quando aponta que “há uma contínua interferência dos valores do fundamentalismo religioso e neoconservadorismo sobre as ações do Ministério” (P. 293).

Como dito no capítulo anterior, para a pasta responsável pela formação dos trabalhadores do SUS, Mandetta nomeou Mayra Isabel Correia Pinheiro, também médica pediatra, conhecida por sua aversão ao PMM. Tanto que, sob sua gestão, o PMM foi convertido em Médicos Pelo Brasil (PMpB) pela Lei n.º 13.958, de 18 de dezembro de 2019, que também autorizou a criação da pessoa jurídica de direito privado de nome Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), criado pelo Decreto n.º 10.283, de 20 de março de 2020. A ADAPS, pode ser considerada uma forma de privatização não clássica, instituída como serviço social autônomo que ficou responsável pela seleção, contratação de profissionais do PMpB, como também execução de ações no âmbito da atenção primária em saúde de forma complementar ao SUS.

Para Soares (2020) “esse conjunto de alterações no âmbito da política de saúde no primeiro ano de mandato explicita as intencionalidades e a necessidade de um maior espaço de apropriação do fundo público da saúde, num processo de intensificação contínua de privatização, ainda que por vias não clássicas” (P. 296). A autora ainda nos alerta que o Ministério da Saúde neste governo ganha “contornos bem particulares [...] associando-se ao fundamentalismo religioso e servindo de esteio para justificar a profunda desresponsabilização do Estado, inclusive no que se refere ao direito à saúde” (SOARES. 2020. p. 292).

É justamente na gestão de Mayra, Mandetta e Bolsonaro que vivemos um dos momentos mais tensos da história da modernidade, a chegada da pandemia da COVID-19. Não bastasse a política econômica ultraneoliberal, de submissão

tocada pelo Ministro da Economia, Paulo Guedes, o mundo se viu frente a uma pandemia que devastou não só capitais, mas vidas. Isto porque, mesmo com a publicação da Portaria n.º 913/2022, que declarou o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da COVID-19 no ano passado, até a defesa desta dissertação, segundo a página Painel Coronavírus só no Brasil, são mais de 37 milhões de casos de Covid-19 e mais de 700 mil mortes. Ou seja, precisamos conviver com o vírus, mantendo estratégias de prevenção, cuidado e atenção.

Seguimos sobrevivendo e resistindo a estratégia de desmonte e privatização, de submissão ao capital internacional, a qual implica na operacionalização das estratégias da PNEPS em sentido estrito e amplo, especialmente referentes às ações no ano de 2020, sob a vigência do TC n.º 102.

Soares (2020) conta que

O que se desenhava em Temer como uma política de morte, dada a lógica destrutiva das medidas ultraneoliberais e o uso da violência do Estado, tornou-se uma realidade sem precedentes na história brasileira, uma verdadeira tragédia, no governo Jair Bolsonaro – quando se adensa a racionalidade instrumental burguesa sob a perspectiva ultraneoliberal do Estado, aliada ao irracionalismo negacionista, neoconservador e de cunho neofascista. A tragédia culmina numa pandemia sem precedentes, dada a velocidade com que atingiu a população mundial, encontrando no Brasil todos os elementos necessários para a ordenação e a gestão de uma política de saúde de cunho genocida (P. 290-291).

Soares (2020) expõe “a partir da pandemia da Covid-19, em 2020, tais elementos parecem tomar a forma de um projeto em disputa no âmbito da gestão federal da política de saúde, fundamentado no irracionalismo. Suas expressões ideológicas reverberam na configuração de uma política genocida” (SOARES. 2020. p. 297-298). Política genocida, pois o desfinanciamento da política de saúde continua, segundo Mendes (2022) “durante o primeiro ano da pandemia de 2020, o gasto para o seu enfrentamento correspondeu apenas R\$ 39,4 bilhões (valores liquidados), sendo 31,5% do total do orçamento do Ministério da Saúde” (P. 102-103).

Cabe ressaltar que “a pandemia é uma espécie de catalisador de tendências

da crise mundial do capitalismo que já estavam em andamento, apesar de não se limitar a essa característica" (BEHRING E SOUZA, 2020. p. 144). Dessa forma, a pandemia apenas contribui para o processo de inflexão, acelerando uma tragédia que já existia. Exemplo disso é que o

chamado 'orçamento de guerra' de 2020 ofertou a migalha de R\$ 13,8 bilhões de reais para a saúde ao lado do lastro de R\$ 1,2 trilhão para operações de crédito pelos bancos abrindo a possibilidade de compra de títulos podres com recursos do tesouro nacional! Então não estamos falando de guerra contra o vírus, mas de salvamento das empresas no contexto da crise (BEHRING e SOUZA, 2020. p. 146).

No que diz respeito ao que foi desenvolvido no período de 2020, analisado por meio do Relatório anual do TC n.º 102, é perceptível que foi necessário, em consequência do distanciamento social e ineditismo da situação, o adiamento de várias ações do 1º semestre para o 2º semestre e até mesmo a prorrogação de prazos de Cartas-Acordo. Ainda assim, as ações realizadas demonstram que a PNEPS estava ativa e de fato foi muito importante neste momento devastador. Logo, no ano de 2020 houve o "monitoramento e acompanhamento das cartas acordo em execução que dão sustentação a projetos e programas estruturantes para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde" (OPAS; MS/SGTES, 2020. p. 10).

Desde o primeiro semestre do ano de 2020 foram realizadas atividades voltadas para o enfrentamento da pandemia do COVID-19, como ações de contratação de vídeos institucionais, cursos de capacitação, aquisição de dispositivos de videoconferência para o andamento das atividades de gestão do trabalho e da educação da SGTES/MS, uso de várias estratégias de tecnologia para comunicação e educação em saúde assim como

Foi realizado a produção de material educacional em saúde destinado aos profissionais de saúde, estudantes, gestores de saúde, usuários do SUS e técnicos em saúde no âmbito de temas prioritários da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, abordando manejo clínico, saúde mental e protocolo de intubação de pacientes pediátricos frente a pandemia do COVID-19, através do Sapiens Instituto de Psicologia. (OPAS; MS/SGTES, 2020. p. 13).

Logo, ressaltamos que teve um impulsionamento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), tendo em vista as recomendações de distanciamento social. Ainda entre as grandes ações desenvolvidas no ano de 2020 por meio dos TCs, houve a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo” que foi criada pela Portaria n.º 639, de março de 2020, visando formação de profissionais de saúde a respeito de protocolos clínicos. A estratégia envolveu

(a) auxiliar na produção de material educacional [...] sobre os protocolos a serem utilizados no atendimento a pessoas com sintomas do Coronavírus, Covid-19; (b) orientações à população [...]. (c) auxiliar na produção de material educacional em saúde para os profissionais de saúde no âmbito de temas prioritários da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (OPAS; MS/SGTES, 2020. p.14).

Outro destaque do TC n.º 102 no ano de 2020 foi o “*Programa Saúde com Agente*” instituído pela Portaria GM/MS n.º 3.241/2020 que visou formar os ACS e os Agentes de Combate às Endemias (ACE) de todo o país.

O Programa Saúde com Agente irá ofertar, de forma descentralizada, ações educacionais com ênfase na educação permanente e no uso de recursos tecnológicos didático-pedagógicos e multiplataformas, de forma a garantir a qualidade do ensino e a capilaridade necessária para alcançar sua abrangência¹⁹ (OPAS; MS/SGTES, 2020. p.24).

A estratégia constitui como um marco importante para a continuidade e consolidação da PNEPS e, principalmente, da EPS como estratégia prioritária de formação para os trabalhadores de saúde. Mesmo sem elementos para analisar a proposta, faz-se necessário considerar a importância, tendo em vista a capilaridade dos ACS e ACE nos territórios, no contato direto com a população usuária do SUS. Claro que não é possível apostar todas as fichas em uma ação e em uma política, mas lembramos da análise de Vieira et al. (2006) quando apontam que

¹⁹ Até o momento de escrita desta dissertação o programa continua em vigência com 236.453 inscrições homologadas. As informações foram extraídas do site do programa. Disponível em: <https://saudecomagente.ufrgs.br/saude/transparencia/>. Acesso em 29 de julho de 2023.

[...] uma das possibilidades que a educação permanente traz é construir no interior dos serviços, laços mais efetivos de luta para a melhoria do sistema de saúde. No entanto, a luta não pode ficar restrita a uma melhor conformação ao trabalho, e sim, deve romper com os mecanismos de exploração que circunscrevem o trabalho e a vida. Neste sentido destaca-se que algumas ações de educação permanente podem favorecer uma ruptura com o modelo hegemônico, no entanto, se ficarem circunscritos às ações no trabalho, podem ser caracterizadas mais por um mecanismo de “apassivamento” dos conflitos do que pela capacidade de transformação” (VIEIRA ET AL, 2006. p. 83).

Ou seja, a EPS é uma via que pode fortalecer um ou outro projeto de saúde e isso ocorre em um cenário que “quanto mais a pandemia avança e seus impactos se complexificam, mais o mercado capitalista emite sinais de que não consegue dar respostas qualificadas às questões por ela trazidas ou mesmo agravadas” (SOARES. 2020. p. 300). Não cabe aqui atribuir aos limites de uma ação, projeto, programa ou política a responsabilidade de transformação social, mas por meio desta é possível refletir as consequências e desnaturalizar os processos postos. Isto porque, não é nosso objetivo, filiar as ações realizadas durante os anos de 2016 até o ano 2020 por meio dos TC no tocante a PNEPS a determinado projeto, mas lembramos o que Lemos (2016) considera que

muitas instituições de ensino propõem-se a criar metodologias problematizadoras, que reconhecem as questões sociais apenas como mais um dos tantos fatores causais das doenças, mas não se empenham em desenvolver um pensamento e postura política sobre as possibilidades reais de superação das mazelas do capital (2016, p. 43 – 44).

É esta mesma autora que apresenta a importância de

resgatar uma EPS que de fato articule a “utopia” da “saúde como direito de todos”, como possibilidade de qualidade de vida, para usuários e trabalhadores, que em tempos do fortalecimento do neoliberalismo no país se faz extremamente necessária. A luta deve se dar não apenas no cotidiano, mas nos espaços políticos, nas articulações coletivas que fortaleçam o movimento da reforma sanitária e a concretização do SUS constitucional. (LEMOS, 2016. p. 920).

No campo da batalha das ideias, nenhum espaço pode ser desconsiderado e

os esforços de desvelar os reais interesses do capital em um momento histórico de crise estrutural quando as portas da barbárie foram escancaradas, não cabe dar nenhum passo atrás. Em uma perspectiva crítico-dialética apreendemos que, embora existam focos de resistência, o Projeto Privatista vem ganhando força cada vez mais. Frear esse processo é um grande desafio no campo da luta de classes. Tais processos perpassam as relações multilaterais, atravessam e impulsionam o avanço das contrarreformas e as relações de dependência para com os países imperialistas.

No curso da história, houve o acirramento da luta de classes, o governo Bolsonaro apostou em uma política genocida. Além de Mandetta (01 de janeiro de 2019 a 16 de abril de 2020), estiveram à frente do Ministério da Saúde no (des)governo Bolsonaro outros três ministros: Teich (16 de abril de 2020 a 15 de maio de 2020), Pazuello (15 de maio de 2020 a 15 de março de 2021) e Marcelo Queiroga (23 de março de 2021 a 31 de dezembro de 2022). Sendo que Mandetta e Teich, deixaram o cargo por discordarem das posturas da gestão frente ao avanço da Pandemia e, os outros dois últimos estiveram em um afinamento incondicional com o chefe do executivo federal. Amado (2022), em livro que conta os bastidores desse período histórico, apresenta a cara pessoa escolhida por esse governo para a pasta da SGTES que permaneceu durante todo o governo Bolsonaro, que utilizou o cargo com maestria na defesa de algumas pautas.

Isto porque, em um contexto tão delicado, lembramos que até hoje são mais de 700 mil mortes, a Secretaria tomou frente no processo de disseminação do fatídico “tratamento precoce” por meio de ferramentas criadas para propagá-lo como o TrateCov (AMADO, 2022). Segundo Amado (2022), o aplicativo foi criado nos últimos meses de 2020 e, diante do aumento dos casos em Manaus-AM, em janeiro de 2021, Pinheiro apresentou aos profissionais em uma de suas várias idas à cidade, propagando além do aplicativo o “tratamento precoce”.

Nas palavras de Amado (2022)

Em 11 de janeiro, a médica desembarcava novamente no Amazonas, dessa vez com Eduardo Pazuello e liderando uma comitiva de defensores da cloroquina, na autointitulada Missão Manaus. O grupo, de onze médicos e

um psicólogo, passou a tarde visitando unidades básicas de saúde com o objetivo de pregar a palavra da cloroquina. A viagem, de dois dias, não foi divulgada em nenhum dos vários canais de comunicação do ministério, embora diversos vídeos e imagens tenham sido feitos. O objetivo era usar Manaus como cobaia do projeto. Se desse certo, a comitiva repetiria a viagem para as outras 26 capitais. Naqueles dias, 340 médicos da capital do Amazonas foram habilitados para usar o aplicativo. À medida que mais pessoas tomavam conhecimento do TrateCov, as fragilidades do aplicativo vinham à tona. Não havia indicação que não fosse o coquetel da cloroquina. Programadores, cientistas de dados e jornalistas testaram o aplicativo e constataram que em todas as situações a recomendação era cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina, azitromicina e doxiciclina. Nos casos mais graves, receitava-se o corticóide dexametasona, usado para conter a inflamação que o sistema imunológico provoca para tentar conter o vírus, mas que, se receitado a quem não apresenta o quadro indicado para tomá-lo, pode diminuir a defesa do organismo e fragilizar mais o paciente. Em alguns casos, não parecia haver lógica na prescrição do aplicativo. Se o usuário dizia ter dor de cabeça e fadiga, por exemplo, a recomendação era cloroquina e ivermectina. Se indicasse baixa saturação de oxigênio no sangue, cloroquina e ivermectina. Em outra simulação, a um recém-nascido com congestão nasal e dor de barriga, cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina, entre outros medicamentos. Mas Manaus estava alheia a tudo isso. Enquanto Eduardo Pazuello e Mayra Pinheiro propagandeavam o kit cloroquina, o sistema de saúde colapsava (P. 198).

O período da pandemia concorre para um dos capítulos mais tristes e revoltantes da história recente do nosso país, em meio a todo esse processo, encontramos em nossa pesquisa artigos que apresentam a importância da PNEPS, remando contra a corrente dos interesses da gestão à frente do executivo federal. Nesse sentido, em uma busca rápida no Google Acadêmico, utilizando as palavras-chave “educação permanente em saúde covid-19” encontramos a partir de 2019, cerca de 19.000 resultados, o que nos revela que mesmo nesse contexto a produção científica continuou sendo impulsionada na contracorrente do negacionismo pregado pela cúpula do executivo federal.

Embora a proposta de governo neofascista de Jair Bolsonaro tenha perdido no histórico processo eleitoral de 2022, ficarão ainda sequelas dos quatro anos desastrosos desse (des)governo. No entanto, para a derrocada desse projeto de governo, foi necessário juntar forças de várias frentes, esquerda e direita, para superar essa página catastrófica da história que vivenciamos de extrema submissão ao capital internacional e financeirização. Como sabemos, essa superação envolve um processo de educação, transversal para o desenvolvimento da cultura e das relações sociais.

Compreendemos que essa vitória não representa a superação de uma ordem, longe de pensarmos algo assim, por continuarem no jogo os mesmos sujeitos, inclusive na arena continuam os mesmos aparelhos multilaterais de hegemonia que não cessam em suas sugestões e articulações. No entanto, cabe lembrar que, sendo a PNEPS uma política social e tendo sido criada para atender necessidades específicas no capitalismo, constatamos que ela possui limites, mas, como as demais políticas sociais, representam conquistas, estratégias imprescindíveis para a melhoria das condições de vida da classe trabalhadora (BEHRING, 2020). Por outro lado, assim como as demais políticas sociais, a PNEPS não pode sair de vista da luta dos trabalhadores se quisermos seguir em busca de uma verdadeira reforma sanitária brasileira.

CONSIDERAÇÕES APROXIMATIVAS

No momento que iniciamos a trajetória da pesquisa, estávamos no auge da pandemia da Covid-19. De lá para cá foram muitas perdas, mas também algumas conquistas, o que propicia reconhecer que a história é de fato feita e construída pelos homens e mulheres em plena tensão e jogo de forças. Agora, estamos retomando após o processo de implementação em nosso país do ultraneoliberalismo, mas aos auspícios de um novo governo do PT, o qual coalizou diversas frentes democráticas não só do campo da esquerda, mas também da direita conservadora e liberal. Não saberemos como serão os próximos anos, também não serão fáceis, pois todos limites do capital foram ativados e a crise estrutural sociometabólica do capital continua avançando, mas seguimos ao lado do Projeto de Reforma Sanitária, e da classe trabalhadora na luta de classes a fim de que possamos galgar conquistas que venham fortalecer e melhorar minimamente as condições de vida da classe trabalhadora.

Esperamos neste trabalho ter contribuído para o pensamento crítico e agregar em um ponto de vista que precisa reconhecer seus limites do capital e tirar a máscara da neutralidade dos aparelhos multilaterais de hegemonia, em especial os que se colocam como parceiros de políticas essenciais para as condições de vida da classe trabalhadora, como a OPAS/OMS.

Entregamos este trabalho com a sensação de missão cumprida, embora quiséssemos ter mais tempo de dedicação para escrever mais linhas com as inquietações, mediações e evidências que pelos limites do tempo não puderam ser transcritas. Particularmente este trabalho representou um “acerto de contas com o passado”. Mesmo com as intenções na época da graduação de seguir vida acadêmica, o que na ocasião do último semestre da graduação me levaram a semanalmente participar das aulas do mestrado em Serviço Social da UFPB como aluna especial, as inquietações e necessidade de sobrevivência revelaram outras possibilidades de atuação, as quais, a essência formativa, de ensino e aprendizagem foram reencontradas na própria ação profissional, transparecendo a falácia de que, na prática, a teoria é outra. Constatamos que essa segregação não

passa de uma estratégia para nos dissociar da dimensão de totalidade e eis que retornamos com essa intencionalidade de estudar esse processo que é permanente, complexo mas também regado por contradições, que são inerentes ao nosso processo de vida em um modo de produção capitalista.

Assim, esse processo de construção da dissertação, embora dolorido, por exigir a conciliação de dimensões complexas da vida como a maternagem, trabalho e estudos para concurso, entre as outras tarefas inerentes à vida em sociedade, se materializa como um ritual de cura, em retorno e gratidão a UEPB, onde concluímos o curso de graduação em 2009, mas também de gratidão ao SUS, a PNEPS, aos trabalhadores do SUS, aos familiares e amigos. Esse ciclo é concluído em um período de alívio por termos sobrevivido a pandemia, mas também de luta e diálogo para conseguirmos construir bases mais sólidas para a democracia frente às constantes ameaças antidemocráticas em nosso dia a dia e nas próprias instituições em que trabalhamos. Não podemos esquecer que ainda estamos convivendo dia a dia com os que se alinharam ao governo anterior, ou seja, com ultraconservadoristas, olavistas, bolsonaristas, bolsolavistas, negacionistas, por isso não cabe nos calar, mas resistir, enfrentar e lutar.

Acreditamos que conseguimos apresentar o foi previamente sugerido na qualificação de nosso projeto, a partir da compreensão das categorias Imperialismo, Aparelhos Multilaterais de Hegemonia, Neoliberalismo, Contrarreformas na política de saúde e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que foram espinha dorsal dessa dissertação. Sabemos que a realidade é multifacetada, complexa e nosso objeto está inserido nela, o qual tivemos o interesse de contextualizar e registrar as principais impressões da pesquisa. Infelizmente, não tivemos tempo suficiente, considerando as intempéries que a história nos levou, de nos debruçar sobre o financiamento da PNEPS, mas sabemos que a construção do conhecimento é coletiva e essa missão pode ser concretizada por outros pesquisadores ou em outras pesquisas. Não obstante, conseguimos atingir os outros dois objetivos previstos em nossa qualificação de pesquisa que, a nosso ver, foram suficientes para alcançar nosso objetivo geral.

Entre os resultados da pesquisa realizada, podemos destacar nessas considerações aproximativas que de fato a PNEPS é fruto da luta entre projetos de

saúde e, assim como as demais políticas sociais, está em disputa constante de projetos de saúde, que representam projetos societários diferentes. Dessa forma, essa política sofre constantemente ameaças e seu processo de implementação sofreu interferências diretas e sua história está umbilicalmente atrelada a OPAS/OMS, sendo esses organismos multilaterais essenciais para que a PNEPS fosse implementada no Brasil. Isto porque, os TCs firmados proporcionaram a execução de várias estratégias de educação em saúde e da PNEPS em todo o território nacional, por meio de parcerias com várias Instituições de todo país.

Conseguimos reconhecer que a PNEPS foi fragilizada, pois, embora em sua Portaria de implementação, n.º 1996/2007 foi indicado o repasse de recursos regularmente, isso não ocorreu, ficando a política a cargo dos estados, municípios e iniciativas de caráter da “micropolítica” no âmbito das relações sociais dos trabalhadores e CIES. No entanto, a mesma fragilidade que submete a PNEPS aos interesses dos governos, pode também ser um catalisador dos interesses da classe trabalhadora na ocasião de um governo progressista, uma oportunidade de avançar frente ao fortalecimento do SUS pleiteado pelo projeto de reforma sanitária brasileiro.

Ainda pontuamos que, “o golpe de 2016 tem se constituído no marco histórico da maior ofensiva contra o conjunto de direitos da classe trabalhadora brasileira, alicerçados na Constituição de 1988.” (SOARES, 2020. p. 282) e também cravou a implementação do ultraneoliberalismo no Brasil. Foi neste período que a PNEPS voltou a ser pauta dos aparelhos multilaterais de hegemonia e evidenciamos, por meio das ações realizadas pela via dos TCs no período que analisamos, o desenvolvimento de ações que chamam atenção por conferir um possível redirecionamento da PNEPS, a saber, a “retomada da EPS” e o “caso da interprofissionalidade”. Essas ações são aqui compreendidas como inflexões, contrarreformas na PNEPS, interferências diretas dos aparelhos multilaterais de hegemonia na condução desta política de saúde por meio dos TCs.

Outras considerações aproximativas que podemos apontar é que o Projeto Privatista segue “a todo vapor”, mas que, como foi possível verificar nos anos entre 2016 – 2018, ainda existem resistências. Um exemplo que pode ser colocado é que quando houve um impulsionamento para realização de alterações na PNEPS, parte

dos sujeitos que participaram das oficinas regionais e nacional, resistiram a sugestão de alteração da Portaria n.º 1.996/2007, pautando que em vez de uma alteração, caberia realizar repasse regular de recursos e acompanhamento da gestão da política.

Por outro lado, como exemplo de sucesso dessa interferência, sem entrar no mérito teórico metodológico da questão, apresentamos a disseminação da EIP, plantada descaradamente com forte apoio dos aparelhos multilaterais de hegemonia no âmbito do SUS, principalmente nos anos aqui analisados. De forma que, por meio dos relatórios, constatamos que houve todo um aparelhamento promovendo encontros, pautando a interprofissionalidade nos eventos apoiados, nas reuniões, o estímulo a produção científica e uso dos projetos e programas consolidados no âmbito da gestão da educação em saúde.

Evidenciamos nas análises uma prevalência de ações com caráter de educação continuada, mesmo que não possamos negar a importância dessa estratégia, em especial, durante a Pandemia da Covid-19, na qual a PNEPS foi essencial para disseminação de protocolos e formação de trabalhadores de saúde. Porém, durante a pandemia reconhecemos que a PNEPS é passível para propiciar interesses diversos como o enfrentamento em favor da vida, mas também encontramos ações realizadas no sentido de colocar em práticas os interesses do governo negacionista. Consideramos a pandemia como um catalisador das contradições já existentes no modo de produção capitalista, vivendo sua crise estrutural e do sucateamento que o SUS já vinha sofrendo, nesse quesito faz importante alargar nossa compressão e reconhecer a PNEPS na totalidade.

Entendemos que só alcançaremos uma sociedade humanamente emancipada com seres humanos que possam realizar crítica ao modo de produção capitalista e essa crítica é construída no dia a dia, nas mediações e com a empatia com o outro. Por esse motivo, não consideramos ser ilusão pensar a PNEPS como parceira para essa construção, como uma ferramenta para fortalecer a luta do movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, no sentido de organizar uma sociedade mais justa, refletir as relações sociais e de viver para além do modo de produção capitalista.

A respeito da prevalência da micropolítica e outras correntes de pensamento

não marxistas no campo do debate da PNEPS, destacamos que não podemos deixar de apontar a importância da totalidade e expor as contradições do capitalismo, apontar a “questão social”, refletir sobre a exploração do trabalho e também nos colocar como classe trabalhadora. Mas outro desafio surge, pois, ao mesmo tempo que não cabe deixar esse papel crítico, não podemos desconsiderar que é no dia-a-dia que pode ocorrer a solidariedade de classe que muitas vezes é esquecida, e é no cotidiano que as relações de poder, o poder da caneta, do carimbo, do conhecimento profissional são levantadas barreiras para a implementação das propostas da reforma sanitária e a reflexão das práticas de cuidado e atenção, críticas e reflexivas. Apontamos nessas considerações aproximativas a importância de reconhecer essas análises no âmbito da operacionalização da PNEPS.

Dito isto, reforçamos a potencialidade de analisar a PNEPS a partir de uma perspectiva crítico dialética, somar forças na construção do conhecimento, contribuindo por meio de estudos e pesquisas voltadas para as relações entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde que refletem na PNEPS. Com isso, acreditamos que colaboramos na construção de bases para atuação dos trabalhadores do SUS, do Projeto de Reforma Sanitária conforme pautado na década de 80 e, sobretudo, do projeto de sociedade emancipada.

Que este trabalho tenha sua continuidade!

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. S.; CARVALHO, T. Conexões entre questão racial e questão social na formação social brasileira. In: **Formação social e Serviço Social: a realidade brasileira em debate**. São Paulo: Outras Expressões, 2019.

AMARAL, M. S. Breves considerações acerca das teorias do imperialismo e da dependência ante a financeirização do capitalismo contemporâneo. In: **Revista Pensata**. V. 3, N. 1. Novembro, 2013. P. 80 – 96.

BEHRING, E. R. **Ofensiva ultraneoliberal no capitalismo em crise no Brasil e no mundo**. In: Revista Libertas v. 23 n (2023) - jan/jun 2023. Junho, 2023. P. 10-22.

_____. Emancipação, revolução permanente e política social. In: **Que política social para qual emancipação?**. Brasília: Abaré Editorial, 2018. P. 235-259.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e história**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

BEHRING, E. R. CISLAGHI, J. F. SOUZA, G. Ultraneoliberalismo e Bolsonarismo: impactos sobre o orçamento público e a política social. In: **Políticas Sociais e Ultraneoliberalismo**. Uberlândia: Navegantes, 2020. P. 103-122.

BEHRING, E. R.; SOUZA, G. Ultraneoliberalismo e fundo público: análise do orçamento das políticas sociais e do ajuste fiscal em tempos de pandemia. In: **Trabalho e os limites do capitalismo: novas facetas do neoliberalismo**. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020.

BOSCHETTI, I. Crítica marxista do Estado social e dos direitos no capitalismo contemporâneo. In: **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018. P. 77-88.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 abr. 2023.

_____. **Lei n.º 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. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf. Acesso em: 12 abr 2023.

_____. **Decreto n.º 3.594, DE 8 de setembro de 2000**. Dispõe sobre a execução do Ajuste Complementar ao Convênio Básico entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Organização Mundial da Saúde e ao Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e a Repartição Sanitária Pan-Americana para o Funcionamento do Escritório de Área da organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil, de 16 mar 2000. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3594.htm. Acesso em: 12 abr. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 01 nov. 2021.

_____. **Manual de normas e orientações para a cooperação técnica internacional com a Opas/OMS**. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n.º 10, de 20 de agosto de 2014**. Institui a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e o Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde. Diário Oficial da União, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1124_04_08_2015.html. Acesso em: 01 nov. 2021.

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n.º 1.127, de 04 de agosto de 2015**. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Manual Instrutivo Gestores Municipais COAPES.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Manual%20Instrutivo%20Gestores%20Municipais%20COAPES.pdf). Acesso em: 01 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.194, de 28 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html. Acesso em: 01 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRAVO, M. I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

BRETTAS, T. **Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das**

políticas sociais no Brasil. Rio de Janeiro: Consequência, 2020.

CASTELO, R. **O Social-Liberalismo:** auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CASTRO, J. L. de. **Protagonismo silencioso:** a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Natal-RN: Observatório RH-NESC, UFRN; Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2008.

CECCIM, R. B.; FERLA, Educação Permanente em Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. P. 162-167 Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. In: **Physis [online].** 2004, vol.14, n.1, p.41-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2020.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: um desafio ambicioso e necessário. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação.** V.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2021.

CORREIA, M. V. C. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira. In: **Temporalis**, São Luiz, v. 13, p. 11-38, 2007.

ENGELS, F. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: **A dialética do trabalho.** ANTUNES, R. (org.). São Paulo: Expressão Popular, 2004.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil:** ensaio de interpretação sociológica. Curitiba: Kottter Editorial; São Paulo: Editora Contracorrente, 2020.

FERNANDES, R. M. C. **Educação permanente e políticas sociais.** Campinas: Papel Social, 2016.

FONTES, V. **O Brasil e o capital-imperialismo:** teoria e história. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010.

_____. A transformação dos meios de existência em capital – expropriações, mercado e propriedade. In: **Expropriação e Direitos no Capitalismo.** São Paulo: Cortez Editora, 2018.

FREIRE, S. DE M. Estado, democracia e questão social no Brasil. In: **Política Social e Democracia.** 5 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. **Uma ponte para o futuro.** Brasília, 29 de outubro de 2015.

GIL, A. C.. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUERRA, Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

HARVEY, D. **O Novo Imperialismo**. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

IAMAMOMO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 20. ed. São Paulo, Cortez; CELATS, 2007.

IANNI, O. **Imperialismo na América Latina**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1974.

_____. **O. Escravidão e racismo**. São Paulo: HUCITEC, 1978.

JESUS, J. M. DE; RODRIGUES, W. Trajetória da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, 2022. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tes/a/GP8Tbc45LMsFMNvd8fbx9fz/#ModalHowcite>. Acesso em 27 mai 2023.

LEITE, C. M.; PINTO, I. C. de M.; e FAGUNDES, T. de L. Q. Educação Permanente em Saúde: reprodução ou contra-hegemonia?. In: **Trabalho, Educação e Saúde [online]**. v. 18, suppl 1, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/4BZcBgr5mXVpkqQygzM9hrG/?lang=pt>>. Acesso em: 01 abr. 2022.

LEMOS, C. L. S. **A concepção de educação da política nacional de educação permanente em saúde**. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

_____. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2020.

LENIN, V. I. **O Imperialismo: Etapa Superior do Capitalismo**. Campinas-SP: FE/UNICAMP, 2011.

MARINI, R. M.. A acumulação capitalista mundial e o subimperialismo. In: **Revista do Instituto de Estudos Sociais**, 2012.

MARX, K. O capital: crítica da economia política. Conteúdo: v 1., **Livro Primeiro: O Processo de produção do capital**. Tomo 1. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

_____. O capital: crítica da economia política. Conteúdo: v 1., **Livro Primeiro: O Processo de produção do capital**. Tomo 2. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1985.

_____. Processo de trabalho e processo de valorização. In: **A dialética do trabalho**. ANTUNES, R. (org.). São Paulo: Expressão Popular, 2004.

MAZZEO, A. C.. **Burguesia e capitalismo no Brasil**. São Paulo: Ática, 1988.

MÉSZÁROS, I. Crise estrutural necessita de mudança estrutural. **Conferência de Abertura**. II Encontro de São Lázaro. Bahia: UFBA, 2011a. Disponível em: http://www.cristinapaniago.com/yahoo_site_admin/assets/docs/Conferencia_Mezzaros_UFBA_2011.201160029.pdf. Acesso em: 23 mai 2021.

_____. Capítulo 5: A Ativação dos limites absolutos do capital. In: **Para além do Capital: rumo a uma teoria de transição**. (trad. Paulo César Castanheira e Sergio Lessa). 1ª. Ed. Revista, São Paulo: Boitempo, 2011b.

NAÇÕES UNIDAS DO BRASIL. **Sobre o nosso trabalho para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. 2023. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 25 mai. 2023.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão popular, 2011a.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011b.

OGATA, M. N., SILVA, J. A. M., PEDUZZI, M., COSTA, M. V., FORTUNA, C. M., FELICIANO, A. B. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Acesso em: 26/05/2023.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Gabinete da Rede de Profissões de Saúde. Enfermagem & Obstetrícia do Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Gabinete da Rede de Profissões. Geneva; 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/publicacoes/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2023.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Estratégia de Cooperação do País 2022-2027** - Brasil. Versão revisada. Brasília, DF: OPAS, 2022.

_____. **Relatório de Gestão dos Termos de Cooperação**: 2010. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **Portfólio de cooperação técnica OPAS/OMS**. Representação no Brasil. 2ª Edição. Brasília, DF: OPAS; 2018.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; MS/SGTES, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório Final: Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, TC 57 – 2008-2018**. Brasília: 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/relatorios-de>

[avaliacao/TC%2057%20relatorio%20final_130320.pdf](#). Acesso em: 30 out 2021.

_____. **Relatório Técnico do Termo de Cooperação nº 57** - Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde (2016), 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-tecnico-do-termo-cooperacao-no-57-gestao-do-trabalho-e-da-educacao-no-0>. Acesso em: 30 ago. 2021.

_____. **Relatório Técnico do Termo de Cooperação nº 57** - Gestão do Trabalho e da Educação no Sistema Único de Saúde (2017), 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-tecnico-do-termo-cooperacao-no-57-gestao-do-trabalho-e-da-educacao-no-sistema>. Acesso em: 30 ago. 2021.

_____. **Relatório Técnico do Termo de Cooperação nº 57** - Gestão do Trabalho e Educação no SUS (2018), 2018a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-tecnico-do-termo-cooperacao-no-57-gestao-do-trabalho-e-educacao-no-sus-2018>. Acesso em: 30 ago. 2021.

_____. **Relatório Técnico do Termo de Cooperação nº 102** - Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS: para alcançar o acesso a saúde universal (2018), 2018b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-tecnico-do-termo-cooperacao-no-102-fortalecimento-da-gestao-do-trabalho-e-da-0>. Acesso em: 30 ago. 2021.

_____. **Relatório Técnico do Termo de Cooperação nº 102** - Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS: para alcançar o acesso a saúde universal (2020), 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-tecnico-do-termo-cooperacao-no-102-fortalecimento-da-gestao-do-trabalho-e-da-3>. Acesso em: 30 ago. 2021.

PADILLA, M. PINTO, I. C. M.; NUNES, T. C. M. Trabalho e educação em saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no Sistema Único de Saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. In: **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 30 out. 2022.

RIZZOTTO, M. L. F. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.

SANTOS, G. G. dos. **A saúde sob a mira dos aparelhos multilaterais de hegemonia do capital imperialista**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - PPGSS) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande - PB, 2020.

SANTOS, G. G. dos; SILVA, A. X. da. Inflexões da Política de Saúde brasileira e os intelectuais orgânicos. In: **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social: Contrarreformas ou Revolução: respostas ao capitalismo em crise**. V. 1, N. 1. Vitória: 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/25665>. Acesso em: 19 fev. 2023.

_____. Intelectuais coletivos e o processo de contrarreforma na política de saúde

brasileira. In: **SER Social**: Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social / Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. SER Social. V. 22, n. 46, 1. Sem./2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/issue/view/1915/400. Acesso em: Acesso em: 29 ago. 2021.

SARRETA, F. de O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. Tese: Doutorado em Serviço Social. Franca: Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP, 2009.

SILVA, A. X. da. **Lutas sociais e contradições dos sujeitos políticos coletivos no processo da reforma sanitária brasileira**. Tese: Doutorado em Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco, 2013.

_____. Contrarreforma na Política de Saúde e a Função dos Intelectuais Coletivos. In: SILVA, A. X.; NOBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. (Orgs). **Contrarreforma, intelectuais e serviço social**: as inflexões na política de saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2017, p. 23-51.

SILVA, S. S. de S. Expressões contemporâneas do imperialismo e desafios à sua análise. **Revista Katálysis [online]**. 2021, v. 24, n. 2 P. 427-437. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e78015>>. Acesso em: 29 ago. 2021.

SOARES, R. C. **Contrarreforma no SUS e o serviço social**. Recife: Ed. UFPE, 2020.

SOUSA, J. R. de. **Gramsci**: educação, escola e formação – caminhos para a emancipação humana. 1. ed. Curitiba: Appris, 2014.

TONET, I. **Método científico**: uma abordagem ontológica. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.R.; BARRETO, C.M.G.; CARVALHO, V.F. **Análise da Política de Educação Permanente em Saúde**: um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.