

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Adriana Alves da Silva

ENTRE A FORMAÇÃO E A CONFORMAÇÃO:
a educação profissional em saúde no século XXI

Rio de Janeiro

2012

Adriana Alves da Silva

ENTRE A FORMAÇÃO E A CONFORMAÇÃO:
a educação profissional em saúde no século XXI

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para obtenção do
título de mestre em Educação Profissional
em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Júlio César França
Lima

Rio de Janeiro

2012

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S586e Silva, Adriana Alves da
Entre a formação e a conformação: a
educação profissional em saúde no século
XXI. / Adriana Alves da Silva. - 2012.
70 f.

Orientador: Julio César França Lima

Dissertação (Mestrado Profissional em
Educação Profissional em Saúde) - Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio -
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro,
2012.

1. Educação Profissional em Saúde.
2. Educação Superior. 3. Reforma
Educativa. I. Lima, Julio César França.
II. Título.

CDD 370.113

Adriana Alves da Silva

ENTRE A FORMAÇÃO E A CONFORMAÇÃO:
a educação profissional em saúde no século XXI

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para obtenção do
título de mestre em Educação Profissional
em Saúde.

Aprovada em: 21/12/2012

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Júlio César França Lima – FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS

Prof. Dra. Arlinda Barbosa Moreno – FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT

Prof. Dr. Luiz Antonio Saléh Amado – PPFH/UERJ

*Dedico este trabalho
aos meus pais, Silvia e Antônio;
à minha filha, Beatriz;
ao meu companheiro, Leandro.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela força que forneceu em todos os momentos, principalmente quando duvidava que conseguiria concretizar o grande sonho de realizar este curso de pós-graduação, e por ter colocado em meu caminho as pessoas certas, pessoas tão maravilhosas.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram em todos os meus projetos de vida. Sem o suporte de vocês não teria sido possível.

À minha filha Beatriz, por compreender os momentos de ausência.

Ao meu companheiro e amigo Leandro, por todo incentivo e paciência nos momentos de angústia e desespero e por se alegrar comigo por esta conquista.

Aos professores Gustavo Côrrea Matta e José Roberto Reis, que me entrevistaram e acreditaram em mim.

Ao meu orientador Júlio César França Lima, por toda exigência e compreensão.

À secretária da Pós Graduação Michele, por toda ajuda, atenção e gentileza.

Às Coordenadoras de Enfermagem Ivanise Arouche e Jane Conceição, pela compreensão sobre a importância deste curso na minha trajetória profissional e colaborarem com a minha permanência.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, pelos debates tão ricos em sala de aula. Foram momentos especiais que já têm gosto de saudade...

*“É preciso caminhar,
mas temos que saber para onde ir”
(Antonio Jorge Ramalho da Rocha)*

RESUMO

O estudo aborda a Educação Profissional em Saúde (EPS) no ensino superior e utiliza como objeto de análise uma proposta de formação em saúde para o século XXI, publicada na revista *The Lancet*, em dezembro de 2010, através do relatório intitulado “Profissionais de saúde para um novo século: transformação da educação para o fortalecimento dos sistemas de saúde em um mundo interdependente”. O relatório propõe uma reforma educacional para os cursos de Medicina, Enfermagem e Saúde Pública. Esta dissertação problematiza criticamente esta proposta de formação em saúde para o século XXI, propôs a análise sobre a possível relação existente entre a sua formulação e as mudanças operadas nas relações sociais capitalistas e a discussão sobre os principais conceitos contidos na proposta: competência, saúde global e medicina baseada em evidências. A conclusão do estudo indica que a proposta reflete através de seus conceitos centrais as transformações ocorridas nas relações sociais e de trabalho, entre o Estado e a chamada “sociedade civil”, que influenciaram nas últimas décadas e ainda influenciam o planejamento e implementação das políticas sociais. A EPS, a partir dos preceitos da Medicina Baseada em evidências e da noção de competências, aponta para a continuidade de um modelo educacional de base pragmática no século XXI.

Palavras-chave: Educação Profissional em Saúde. Ensino Superior. Reforma Educacional.

ABSTRACT

The study addresses the Health Professional Education (EPS) in higher education and as an object of analysis used a proposed health education for the XXI century, published in The Lancet, in December 2010 through the report entitled 'Health Professionals for a new century: transforming education strengthen health systems in an interdependent world. 'The report proposes an educational reform for courses in Medicine, Nursing and Public Health. This paper critically discusses this proposed health training for the twenty-first century, proposes examines the possible relationship between its formulation changes operated in capitalist social relations and discusses the key concepts contained in the proposal: competence and evidence-based medicine. The conclusion of study indicates that the proposal reflects through its central concepts the changes occurring in labor relations and social between state and so-called "civil society", implementation of social policies. The EPS from the precepts of evidence -based medicine and the notion of competence, points to the continuation of an educational model of pragmatic basis in the XXI century.

Key words: Health Professional Education. Higher Education. Education Reform.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Densidade de escolas médicas por região	44
Figura 2 Hierarquia de Evidências Científicas	47
Figura 3 Currículo tradicional e Currículo Baseado em Competências	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Instituições, graduados e força de trabalho.....	43
Tabela 2 Financiamento de Graduados em Enfermagem e Medicina por região.....	45

LISTA DE SIGLAS

BM	Banco Mundial
CAE	Centro de Atenção Especializada
EC	Estado Capitalista
EPS	Educação Profissional em Saúde
EUA	Estados Unidos da América
EVIPnet	Evidence Informed Policy Network
MBE	Medicina Baseada em Evidências
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
PBE	Política Baseada em Evidências
SBE	Saúde Baseada em Evidências
TI	Tecnologia da Informação
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 MUNDIALIZAÇÃO DO CAPITAL E NOVA SOCIABILIDADE CAPITALISTA	23
3 SAÚDE GLOBAL E MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS (MBE)	35
4 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O SÉCULO XXI: PROJETOS EM DISPUTA	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	65

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como temática a Educação Profissional em Saúde (EPS) no ensino superior, tomando como objeto de análise a proposta de formação em saúde para o século XXI, publicada na revista *The Lancet*¹, em dezembro de 2010, intitulada “Profissionais de saúde para um novo século: transformação da educação para o fortalecimento dos sistemas de saúde em um mundo interdependente”. Essa proposta propõe uma reforma educacional para os cursos de Medicina, Enfermagem e Saúde Pública, e foi elaborada por uma

“Comissão Independente sobre a Educação dos Profissionais de Saúde do Século XXI”, sob a coordenação de Júlio Frenk² e Lincoln Chen³. A elaboração desse documento, doravante denominado “Relatório Frenk e Chen”, contou com a participação de 20 líderes profissionais e acadêmicos de diversos países e com o financiamento da Fundação Bill & Melinda Gates, Fundação Rockefeller e do Conselho Médico da China. O seu objetivo é “desenvolver uma nova visão com recomendações práticas de ações específicas que pudessem catalisar os passos para a transformação da educação dos profissionais de saúde em todos os países, tanto ricos quanto pobres” (Frenk e Chen, 2010, p.7).

O relatório lança a proposta como sendo o modelo de formação em saúde mais adequado para o século XXI, por uma perspectiva global, a partir da crítica que realiza de duas gerações de reformas do ensino em saúde ocorridas no século XX. A primeira geração teria sido baseada na ciência, com a divulgação do relatório Flexner⁴, em 1910, que influenciou o desenvolvimento do modelo biomédico “flexeneriano”, e a segunda baseada em inovações instrucionais, ou baseada em problemas, a partir da segunda guerra mundial.

Diferentemente, a terceira geração defendida pelos autores, deve estar baseada numa visão sistêmica, ou baseada em competências e na interdependência da educação, visando

¹ A *The Lancet* é uma revista científica da área médica. Publicada no Reino Unido pelo *Lancet Publishing Group*, é uma revista médica com tiragem semanal sobre assuntos gerais e três revistas mensais especializadas nas áreas de oncologia, neurologia e doenças infecciosas.

² Professor da Escola de Saúde Pública de Harvard, Boston, USA.

³ Membro do Conselho Médico da China.

⁴ Relatório Flexner: *Medical Education in the United States and Canadá – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, 1910.

“melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, adaptando competências profissionais fundamentais [ou essenciais] aos contextos específicos e baseando-se no conhecimento global” (Frenk & Chen, 2010, p.2). Para a comissão, a reforma educacional nos diversos países deve ser sustentada na concepção que

Todos os profissionais de saúde em todos os países devem ser educados para mobilizar conhecimentos e participar do raciocínio crítico e da conduta ética para que eles sejam competentes para participarem nos sistemas de saúde voltados ao paciente e à população como membros de equipe de resposta em nível local e globalmente conectados (idem, p.2).

Partindo dessas referências iniciais, algumas questões emergem, entre as quais: que mudanças ocorreram no Estado e na sociedade que dão sustentação a esse tipo de proposta? Qual a natureza do termo medicina baseada em evidências e sua relação com a pedagogia das competências? O que significa deslocar o currículo baseado na ciência para um currículo baseado em competências? O presente estudo pretende discutir essa nova proposta de formação em saúde para o século XXI e a possível relação existente entre a sua formulação e as mudanças operadas nas relações sociais capitalistas. Realizou-se a problematização dos conceitos dessa proposta considerando as profundas mudanças que vem se operando na aparelhagem estatal, desde o final dos anos 1990, sob a lógica do “neoliberalismo de terceira via” (Neves, 2010), as mudanças nas políticas educacionais que se expressam na ênfase de construção das competências profissionais e as mudanças nas políticas de saúde sob a égide do que vem sendo denominado de medicina baseada em evidências (MBE)

O desenvolvimento desse estudo justifica-se pela necessidade de refletir criticamente sobre essa proposta de mudanças na formação profissional em saúde, pois parte-se do pressuposto que veiculada como uma “revolução educacional” pode estar encobrendo interesses privatistas do mercado global, tanto na área de saúde, como na educação. É adequado analisar essa proposta de reforma educacional global em confronto com a política educacional brasileira no ensino superior que, segundo SAVIANI (2011, p.7), representa uma “investida que busca subordinar cada vez mais a educação aos ditames do mercado”. Por outro lado, justifica-se também pelo fato de que ao enfatizar especialmente a necessidade de mudanças no ensino médico, de enfermagem e saúde

pública, essa proposta potencialmente destina-se também ao conjunto dos trabalhadores de saúde, inclusive os técnicos de saúde.

O interesse na temática Educação Profissional em Saúde e a construção do objeto surgiu a partir do trabalho como enfermeira preceptora no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, unidade vinculada ao Ministério da Saúde.

Atuei por 6 anos como preceptora de enfermeiros do curso de pós graduação sob a forma de treinamento em serviço (residência de Enfermagem). A oportunidade em atuar como preceptora surgiu a partir do convite em integrar a equipe de atenção especializada em Oncologia Ortopédica, denominada Centro de Atenção Especializada em Oncologia Ortopédica.

Acompanhei os enfermeiros residentes do 2º ano, que permanecem durante um mês em cada um dos 12 Centros de Atenção Especializada, desta forma, permanecem 01 mês na assistência específica aos pacientes portadores de tumores músculo esqueléticos, com o objetivo principal de “aprofundamento na assistência de alta complexidade”. (BRASIL, 2009).

Os Centros de Atenção Especializada (CAE) do referido hospital foram implementados a partir do Plano Diretor Institucional, em Maio de 2006, havendo uma reorganização assistencial baseada no conceito de clínica ampliada⁵ do Sistema Único de Saúde (SUS) . Os CAEs são formados por equipes multiprofissionais alocadas nas diferentes especialidades ortopédicas. Compete ao enfermeiro destes Centros o gerenciamento do cuidado, planejamento, implementação e avaliação das ações de enfermagem a serem prestadas a um grupo específico de pacientes, sendo responsável nas 24h/dia por ele. Além dessas atividades ligadas diretamente a produção do cuidado, cabe aos enfermeiros participar da formação educacional dos enfermeiros residentes com o desenvolvimento de atividades de ensino, como por exemplo, planejamento de aulas em parceria com a equipe da educação permanente e orientação diária dos pós- graduandos.

Porém, dúvidas persistiam quanto a forma adequada em atuar como preceptora,

⁵ Proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) para acompanhamento interdisciplinar ao usuário do sistema de saúde, com diálogo interativo e criativo, responsabilização e compartilhamento entre os serviços. Reconhece do usuário como sujeito no seu processo terapêutico e considera a multicausalidade dos problemas de saúde.

uma vez que reconhecia a limitação de uma formação direcionada exclusivamente ao saber técnico.

Esta experiência despertou o interesse inicial em investigar sobre “o fazer” dos enfermeiros preceptores em uma unidade de saúde de atenção especializada, suas práticas educativas e de produção do cuidado. Observações empíricas no cotidiano do trabalho indicavam uma dicotomia entre a prática de ensino de preceptores e a proposta de ensino da Universidade a que a residência em enfermagem está vinculada.

O objetivo inicial do estudo consistia em identificar o perfil profissional dos preceptores de uma unidade de saúde especializada em ortopedia e analisar sua prática inter-relacionando às concepções teóricas metodológicas que embasam a educação de trabalhadores em saúde. A definição do objeto partiu do pressuposto que o exercício da preceptoria exige metodologia pedagógica e embasamento teórico. “Práticas educativas devem ser norteadas pelas tendências pedagógicas, a forma pela qual é compreendido o processo de ensino- aprendizagem”. (PEREIRA, 2003)

Inicialmente pareceu-me pertinente identificar e problematizar as ações desses agentes no cotidiano para traçar um caminho "ideal" para a formação de enfermeiros no curso de pós graduação sob a forma de treinamento em serviço. Entretanto, o aprofundamento teórico sobre as práticas educativas em saúde e seus referenciais teóricos forneceram elementos que possibilitaram perceber que as ações educativas são construídas a partir de determinantes sociais, políticos e econômicos e são estabelecidas historicamente, mediadas pela luta de classes e disputa de poderes e interesses. Marx, citado por Coutinho (1994), descreve que a totalidade concreta é a síntese de múltiplas determinações.

Logo, compreendi a atuação do preceptor na formação dos residentes como um resultado de múltiplos fatores que, através de suas mediações, desenharam sua prática cotidiana. Apresentou –se, então, uma ampliação do espectro de análise. Para entender a realidade produzida por estes agentes e superar lacunas seria necessário identificar as concepções epistemológicas e teóricas, e o contexto sócio-político.

A busca por literatura sobre as duas políticas sociais, Educação e Saúde, para construção do arcabouço teórico e melhor problematização do objeto, e por fontes de informações sobre as raízes históricas da EPS, levaram –me a leitura sobre o Relatório

Flexner. Um relatório que consistiu na avaliação de 155 instituições médicas de ensino, publicado em 1910, feito por Abraham Flexner, intitulado *Medical Education in the United States and Canada- A Report to the Carnegie Foudation for the Advancement of Teaching*.

A proposta acadêmica flexneriana exerceu grande influência na educação profissional em saúde nos Estados Unidos, inicialmente, e demais países do mundo” (EPSJV, 2011).

De acordo com Pagliosa e Ros (2008), o relatório Flexner é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas nos EUA. Defendeu a “medicina científica” pelo uso das ciências modernas no ensino médico e definiu. Critérios para excelência médica a partir da concepção positivista⁶. Considerado um marco da reforma Educacional do século XX, o relatório Flexner deixa seu legado, e seus conceitos centrais exercem influencia até os dias atuais.

Porém, em 2010, ano do seu centenário, foi publicado o relatório da Comissão Independente sobre a Educação dos Profissionais de Saúde do Século XXI, para análise de instituições formadoras em saúde, assim com foi feito há um século. De acordo com o Relatório Frenk e Chen, o modelo Flexneriano não atende as demandas globais em Educação do século XXI.

O Relatório Frenk e Chen aponta que o avanço do conhecimento em saúde não foi compartilhado equitativamente entre os países, reconhece as disparidades e desigualdades em saúde dentro dos países e entre os países, as rápidas transições demográficas e epidemiológicas. Afirma haver novas demandas para atuação dos trabalhadores de saúde, novos riscos de doenças infecciosas, ambientais e comportamentais que ameaçam a segurança da saúde de todos e que os sistemas de saúde estão mais complexos e dispendiosos. A partir destas constatações faz diagnósticos dos sistemas de saúde e da formação e propõe diretrizes educacionais e institucionais para atender a este novo perfil “mundial”.

⁶ A concepção positivista, a partir do pensamento de Auguste Comte, considera que o conhecimento positivo busca investigar a realidade para saber o que poderá ocorrer a partir das nossas ações. O método positivo caracteriza-se pela observação, desse modo, deve-se observar as particularidades de cada ciência, ou seja, para cada conjunto de fenômeno, adota-se um método próprio ou particular. (SILVA,2010, p.6). Segundo Comte (1978, p.19), o estado positivo caracteriza-se pela subordinação da imaginação e da argumentação à observação. Baseia-se na interpretação sujeita a invariabilidade das leis físicas.

Portanto, pareceu-me pertinente compreender a proposta deste relatório, seus conceitos centrais e problematiza-los, porque ele pretende determinar diretrizes para o ensino superior em saúde neste novo século. Considero o relatório um projeto ambicioso, porque faz um diagnóstico mundial da educação em saúde. Algo compreensível, neste momento histórico de mundialização do capital e construção de um universalismo global.

A proposta de reforma da educação profissional em saúde (EPS) do Relatório Frenk e Chen surge com o propósito de fortalecer os sistemas de saúde no novo cenário do século XXI, conforme sugere o próprio título do relatório.

Segundo seus autores, é um cenário que apresenta novos e persistentes desafios. Reconhece o avanço na educação médica e os resultados na saúde da população a partir do modelo proposto por Flexner, de integração da ciência moderna aos currículos, porém afirmam que esse modelo não responde ao cenário global do século XXI.

Segundo o diagnóstico que realizam sobre os sistemas de saúde e de formação de diversos países, os problemas encontrados se expressam em currículos fragmentados, desatualizados e estáticos; em competências incompatíveis com as necessidades do paciente e da população; no trabalho em equipe precário; na persistência da estratificação por gênero no trabalho em saúde; no foco técnico sem um entendimento do contexto mais amplo; nos encontros episódicos e não contínuos de cuidado; na orientação hospitalar predominante em detrimento da atenção primária; nos desequilíbrios quantitativos e qualitativos no mercado de trabalho; na falta de liderança para melhorar o desempenho do sistema de saúde; e finalmente apontam que os esforços para corrigir o sistema de saúde e a formação profissional fracassaram, em parte, por causa do corporativismo das profissões.

Para concretizar a mudança da EPS, apresentam dois projetos de reformas considerados estratégicos: o projeto instrucional e o projeto institucional. O primeiro tem como conceito central o que denominam de “aprendizagem transformadora” que pressupõe 3 mudanças: da memorização de fatos para a busca, análise e síntese de informação para tomada de decisão; da busca de credenciais profissionais para o alcance das competências essenciais para o trabalho em equipe eficaz; da adoção acrítica de modelos educacionais para a adaptação criativa dos recursos globais para lidar com as prioridades locais. As diretrizes educacionais que devem pautar a reforma instrucional são: adotar o modelo de

competências; adaptar as competências às condições locais recorrendo aos recursos globais; abolir o corporativismo das profissões através da educação interprofissional e transprofissional para garantir e valorizar assim as relações colaborativas não hierárquicas em equipes eficazes; explorar o poder da tecnologia da informação para a aprendizagem; reforçar os recursos educativos com ênfase no desenvolvimento do corpo docente; e promover um novo profissionalismo que utilize as competências como critérios objetivos para a classificação dos profissionais de saúde e desenvolva um conjunto comum de valores em torno da responsabilidade social.

Sobre o projeto institucional, os autores defendem uma reforma baseada na “interdependência da educação” que pressupõe 3 mudanças: de sistemas de educação e saúde isolados para harmonizados; de instituições autônomas para redes, alianças e consórcios; de instituições introspectivas para o aproveitamento dos fluxos globais de conteúdos educacionais, recursos pedagógicos e inovações.

As diretrizes institucionais que devem orientar a reformar institucional são: estabelecer mecanismos conjuntos de planejamento da educação e da saúde, levando em consideração a origem social, faixa etária, sexo, gênero da força de trabalho em saúde; transformar os centros acadêmicos em sistemas acadêmicos envolvendo redes de hospitais e unidades de atenção básica; interligar/interagir através de redes globais, alianças e consórcios; fomentar uma cultura de questionamento crítico.

Para o desenvolvimento desse projeto institucional, os autores convocam um movimento social global de todos os atores (educadores, estudantes e jovens trabalhadores de saúde, organizações não governamentais, organismos internacionais, universidades, entidades profissionais, fundações e doadores) para impulsionar suas recomendações a atingir melhor desempenho dos sistemas de saúde.

Ambas as reformas partem do pressuposto de que

[um] novo projeto de formação profissional em saúde é necessário e oportuno, tendo em vista as oportunidades de aprendizagem mútua e soluções comuns oferecidas pela interdependência global [decorrente da] aceleração dos fluxos de conhecimentos, tecnologias e financiamento entre [as] fronteiras e [da] migração de profissionais e pacientes. (Frenk e Chen, 2010, p.1)

Defendem um novo profissionalismo, que para os autores, pressupõe a utilização das competências

como critério objetivo para a classificação dos profissionais de saúde, transformando os silos convencionais atuais. Um conjunto de atitudes, valores e comportamentos comuns deve ser desenvolvido como o alicerce para a elaboração de uma nova geração de profissionais para complementar a aprendizagem de especialidades do conhecimento com os seus papéis como agentes de mudança responsáveis, de gestores competentes de recursos e promotores de políticas baseadas em evidências. (idem, p.42)

Outro aspecto identificado no relatório é a ênfase no uso do conhecimento científico traduzido em evidências para a orientação da prática em saúde e da política. Para a comissão “[a] próxima geração de aprendizes precisa da capacidade de discriminar grandes quantidades de informações e extrair e sintetizar o conhecimento necessário para a tomada de decisão clínica baseada na população” (FRENK e CHEN, 2010). Esta afirmação nos remete ao movimento chamado Medicina Baseada em evidências (MBE) ou Saúde Baseada em evidências (SBE). Movimento surgiu na década de 1990 na Universidade McMaster (Canadá) e trata-se, inicialmente, do direcionamento para tomada de decisões clínicas em saúde a partir de estudos controlados. Textos produzidos pelo movimento da Medicina Baseada em Evidências anunciam tratar-se de um “Novo Paradigma Assistencial e Pedagógico”. “Trata-se de método clínico-pedagógico de maior aproximação de certezas, que torna a assistência mais qualificada, racional e humanitária, e o ensino, menos dogmático e mais criativo” (DRUMMOND; SILVA, 1998, p.18).

Porém, a MBE tem sido alvo de críticas por procurar estabelecer uma epistemologia particular para arbitrar sobre todo conhecimento médico (TONELLI 2001, p.1213) e servir com instrumento para validar interesses de mercado, além de críticas quanto suas limitações metodológicas, como a produção de evidências incompletas ou contraditórias, distanciamento da ética social etc. (Jenicek ,1997 *apud* Povia , 2002, p.49).

Para Póvoa (2002), esta dita nova modalidade de pesquisa tem sido objeto de interesse para o mercado, especialmente para indústrias farmacêuticas e indústrias de equipamentos médicos hospitalares. As evidências funcionam como instrumento de convencimento para o uso de medicamentos e equipamentos, tornam-se selos de qualidade.

De acordo com Iriart (2008, p.1621), as agências reguladoras em saúde e outros atores interessados em gerar políticas de saúde, são pressionados pelo complexo médico industrial para “aprovar novos fármacos, tecnologias e tratamentos a serem custeados pelos planos de saúde privados e público” e aponta a difusão e generalização dos protocolos clínicos da medicina baseada em evidências como um dos processos que corroboram para essa problemática. Cenário foi favorecido pela crescente ação do complexo médico industrial, desde a década de 1990, através da “radicalização da medicalização e comunicação dirigida diretamente ao usuário”. Logo, existe interesse do mercado em produzir evidências que possam certificar determinado produto ou serviço.

Esta forma de produção do conhecimento recebeu o título de “Medicina Baseada em Evidências” (MBE). Houve disseminação de cursos sobre a busca de informação para a produção do conhecimento através deste modelo. Cursos são oferecidos para todos os profissionais, não só médicos, sob diferentes nomes: Saúde Baseada em evidências (SBE) ou Práticas em Saúde Baseada em Evidências, podendo assim abarcar um número muito maior de profissionais. A disseminação dos conceitos da MBE representa, uma forma de lucratividade por parte dos organizadores de cursos e um instrumento utilizado pelo complexo médico industrial para fornecer um selo de qualidade aos medicamentos e produtos medico hospitalares que produz.

A MBE é orientada pelo uso de métodos estatísticos e informática, está fortemente ligada a epidemiologia clínica pelo desenvolvimento de estudos populacionais. Possui base positivista e pragmática⁷. Valoriza os aspectos objetiváveis traduzido-os em evidências.

Desta forma, constitui um movimento de contribui para a perpetuação da racionalidade científica moderna⁸, não representa um novo “paradigma assistencial e

⁷ Pragmatismo: “Termo derivado do grego prágma, significa, fazer, denota ação, ato ou caso. Conforme a antropologia pragmática de Kant, pragmatismo é a ética prática. Na definição kantiana, o horizonte pragmático representa à adaptação do conhecimento à finalidade moral, aos fins da vida prática, do agir.” Para Kant o pragmatismo “é estar em relação com algum objetivo humano” (PEIRCE, 1983 *apud* NASCIMENTO, 2011, P.43)

⁸ Racionalidade científica Moderna: Concebe a ciência como portadora e produtora de verdades absolutas, é o fim e meio para solucionar todas as inquietações e problemas da humanidade (SIQUEIRA, 2010,p.2). *Segundo Luz (1988, p.36)*, “para a racionalidade moderna,

pedagógico” como é anunciado.

O conceito de competência é central a para análise da proposta pedagógica do relatório. O termo aparece por muitas vezes no relatório como “algo” necessário para a formação mais adequada no cenário deste século.

A pedagogia das competências apoia-se em alguns valores do pragmatismo a validade do conhecimento é julgada não pelo potencial explicativo da realidade, mas por sua viabilidade e utilidade (RAMOS, 2010).

Há semelhança entre os conceitos de Medicina Baseada em Evidências e Formação Baseada em Competências que materializam-se na proposta da Comissão sob uma perspectiva utilitarista.

A leitura inicial do Relatório Frenk & Chen permite perceber alguns movimentos que já estão em curso no nosso país, como a abordagem profissional por competências, a medicina baseada em evidências, o uso do termo da “saúde global” e a formação de redes e consórcios. Considera-se aqui que esses conceitos – competência, evidências e saúde global, expressam a emergência de novas relações sociais que desde os anos 1990 vem configurando o capitalismo.

Este estudo problematiza a proposta de formação em saúde para o século XXI, formulada no relatório “Profissionais de saúde para um novo século: transformação da educação para o fortalecimento dos sistemas de saúde em um mundo interdependente”; analisa a possível relação existente entre a formulação da proposta de formação e as mudanças operadas nas relações sociais capitalistas, particularmente no que diz respeito ao papel do Estado; discute os principais conceitos contidos na proposta: competência e medicina baseada em evidências.

Para a orientação da análise discutimos os princípios neoliberais e sua materialidade

a partir do século XVIII, só há uma grande certeza, um dogma: o da ciência como caminho único para a obtenção da verdade. Portanto, para o processo de sua produção.” De acordo com a perspectiva da autora, outras formas de conhecimento, expressões humanas de significado (ou verdades) como as artes, política, filosofia, religião, serão reordenadas social e epistemologicamente pela razão científica. Elas têm como ponto de partida comum fontes impuras para a produção do conhecimento científico: a imaginação, os sentimentos, os sentidos, as paixões, a especulação e a fé. (idem, 1988, p.36)

nos diferentes cenários, especialmente no direcionamento das políticas sociais, entre elas educação e saúde, que serão objeto do presente estudo.

O recorte utilizado foi o período a partir de 1970, década marcada por uma importante crise econômica mundial, deflagrada pelo alto preço do petróleo - principal fonte de energia da qual dependiam os países industrializados - e pelo desajuste do sistema monetário internacional devido a suspensão da convertibilidade do dólar em ouro, feita pelos Estados Unidos da América (EUA).

Transformações começaram a ser operadas a partir da crise dos anos 1970: declínio do paradigma de acumulação fordista, tomado pelo novo modo de acumulação de capital denominado de acumulação flexível, flexibilidade das relações de trabalho, da produção com a introdução de novas tecnologias.

Esse estudo desenvolveu-se a partir de três capítulos: O primeiro discute a nova sociabilidade capitalista dada a partir da mudança do mundo da produção para o mundo das finanças e a mudança no papel do Estado.

O segundo capítulo aborda a temática saúde global e o movimento da medicina baseada em evidências. A ideia central foi discutir estes conceitos, que são centrais no relatório Frenk e Chen e problematizá-los.

O último capítulo traz a noção de competências, outro conceito central do relatório Frenk e Chen, e a discussão sobre seu uso na EPS no sentido de uma formação eminentemente conformadora, que pretende preparar trabalhadores para atender as novas exigências do capitalismo flexível. Por outro lado, reconhece a EPS fundada em princípios emancipatórios como modelo de formação contra hegemônica.

2 MUNDIALIZAÇÃO DO CAPITAL E A NOVA SOCIABILIDADE CAPITALISTA

As transformações no mundo da produção e do trabalho deflagradas pela crise capitalista, da década de 1970, mostrou a fragilidade do modelo fordista - caracterizado pela extrema divisão do trabalho - e a necessidade de revalorização do trabalho e do trabalhador.

Houve a crise do “padrão de acumulação capitalista estruturado sob o binômio taylorismo-fordismo” e o desejo em obter trabalhadores que saibam articular conhecimentos para lidar com diferentes situações de trabalho.

O mercado de trabalho passou a exigir trabalhadores polivalentes, multiqualificados, que exerçam funções abstratas, menos manuais, que saibam lidar com tarefas imprevisíveis, com capacidades para diagnóstico para solução de problemas, com competências técnicas, comunicativas e comportamentais.

O reflexo no trabalho em saúde é notado através do incentivo ao trabalho interdisciplinar, considerando insuficiente que o trabalhador domine e execute exclusivamente atividades técnicas de sua profissão.

Segundo DELUIZ (2001), as transformações do mundo do trabalho foram caracterizadas pela incorporação e o intensivo uso de novas tecnologias de base microeletrônica tornaram as tarefas indeterminadas, devido as inúmeras possibilidades de uso dos sistemas informatizados, desta forma, a tomada de decisões depende da captação de uma multiplicidade de dados obtidos através destas redes.

Desta forma, o conhecimento toma importância para o capital, torna-se instrumento necessário para a acumulação. Trabalhadores e empresas buscam cada vez mais informação, principalmente através do uso da tecnologia da informação, para produção de conhecimento e utiliza-lo como instrumento para garantir a permanência no mercado.

A crise econômica mundial, de 1970, ocasionou o declínio do paradigma de acumulação fordista, substituído pelo novo modo de acumulação de capital denominado acumulação flexível, com flexibilidade das relações de trabalho e da produção pela introdução de novas tecnologias.

Para compreensão do cenário econômico deste período, cabe pontuar a dinâmica

mundial capitalista pré crise de 70. A dinâmica mundial capitalista antes dos anos 70, foi denominada como “era do ouro” (HOBSBAWN, 1995, p.223), caracterizou-se por um momento de grande prosperidade da produção industrial.

Iniciada após a segunda guerra mundial, a “era o ouro” foi comandada pelo poder econômico dos EUA e constituiu um período de expansão pós-guerra e crescimento industrial.

De acordo com Hobsbawn (1995, p.15) foram “anos de extraordinário crescimento econômico e transformação social, anos que provavelmente mudaram de maneira mais profunda a sociedade humana que qualquer outro período de brevidade comparável”.

O período foi encerrado com a crise mundial de meados dos anos setenta, deflagrada pela crise do petróleo e crise monetária. Com a crise econômica, surge um novo modelo de acumulação dada pela necessidade de supera-la, denominado como acumulação flexível. Modelo marcado por :

“por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego no chamado “setor de serviços”, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas. (HARVEY, 1998, p. 140)

Para superação da crise, o movimento do capitalismo assumiu diferentes formas, com conseqüentes mudanças nas relações sociais e no próprio papel do Estado. Para Peroni (2012 p.2) na esfera ideológica neoliberal, as políticas sociais são contidas para que ajustes necessários ao bom andamento do mercado sejam efetuadas. O chamado Estado mínimo para políticas sociais e máximo para o capital.

O Estado assumiu o papel de administrador da crise, injetando dinheiro público de impostos para “acalmar” o mercado, e sob a ótica neoliberal,

“os estados não fizeram o “dever de casa “de diminuir os gastos públicos, leia-se direitos sociais, como se eles fossem os reais causadores de crises. O papel das políticas sociais é alterado, pois com este diagnóstico duas são as prescrições:

racionalizar recursos e esvaziar o poder das instituições consideradas improdutivas pela lógica do mercado. Assim, a responsabilidade pela execução das políticas sociais deve ser repassada para a sociedade para os neoliberais, a partir da privatização (mercado), e para terceira via, principalmente através do terceiro setor (sem fins lucrativos”. (idem,2012,p.3)

Na esfera de produção, o capital tentou superar a crise pela redução do trabalho vivo, que encarecia a produção, e substituição por nova tecnologia, o que gerou desemprego (HARVEY 1989 *apud* Peroni 2012, p.2) e contribuiu, dentre outros fatores, para mudanças nas relações de trabalho.

Ocorreu um processo de reorganização do capital em resposta a crise, com reformulação das estratégias empresariais e dos países no âmbito mundial, a mundialização da economia, no início da década de 1980. (ANTUNES, 1999 *apud* VIDAL, 2006, p.15).

As relações econômicas para acúmulo de capital migraram do setor de produção para o setor de finanças, o capitalismo “moderno” passou a concentrar-se no manejo monetário por financistas das comunidades industriais. É a hegemonia mundial do capital que rende juros.

Nos anos 80, o Banco Mundial ⁹(BM) destinou recursos para componentes de saúde em projetos e “adotou uma política de financiamento com empréstimos diretos aos países para reformas dos serviços de saúde” (Lima, 2010, p. 305).

Neste período, de acordo com Brow (2006, p.634), a autoridade do BM era crescente e o prestígio da Organização Mundial¹⁰ de Saúde (OMS) seguia o caminho inverso.

“ Um sinal de dificuldade foi o voto, em 1982, da Assembléia Mundial da Saúde pelo congelamento do orçamento da OMS (...) A isso seguiu-se a decisão dos Estados

⁹ Banco Mundial (BM) – Agência especializada das Nações Unidas criada a partir da Conferência Monetária e Financeira em Bretton Woods, no estado americano de New Hampshire, em Julho de 1944. A missão primordial era prover garantias e empréstimos para a reconstrução dos países membros afetados pela segunda guerra mundial. (PEREIRA, 2009, p.58)

¹⁰ Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma agência especializada das Nações Unidas. Foi criada em 1948, com a participação inicial de 56 países-membros. Sua criação remonta a Conferência das Nações Unidas sobre organização internacional, em maio de 1945. Ocasão em que foi apresentada uma ‘recomendação’ para a constituição de uma organização sanitária internacional. (ROCHA, 1999, p.4)

Unidos, em 1985, de pagar apenas 20 por cento da sua contribuição fixada para todas as agências da ONU, e de suspender sua contribuição ao orçamento regular da OMS, em parte como protesto contra o *Essential Drug Program* (Programa de Medicamentos Essenciais) da OMS, ao qual se opuseram as principais empresas farmacêuticas baseadas nos Estados Unidos (...). Esses eventos ocorreram em meio a crescentes tensões entre a OMS, a Unicef e outras agências, e à controvérsia sobre 'atenção primária à saúde' – 'seletiva' *versus* 'integral'.

Os organismos internacionais, como os principais condutores dos interesses sociais do capitalismo mundial, seriam responsáveis pelo aprofundamento e consolidação do processo de mundialização do capital, assim como na difusão dessas noções e estratégias com o objetivo de construir uma nova sociabilidade capitalista. (LIMA, 2010, p.290)

Deste modo, nova sociabilidade capitalista configura-se a partir do movimento de financeirização mundial e do projeto neoliberal, caracterizado pela “superioridade do mercado”. Surge uma nova organização do trabalho e suas relações, que é marcada pela flexibilidade.

A década de 1990 teve como fenômeno marcante a relação entre a globalização, a mudança do papel do Estado e os direitos sociais. O Estado consolida o papel de regulador das relações públicas e privadas e não mais de provedor.

A inserção dos diversos países na economia globalizada ocorreu em diferentes condições. No Brasil, o governo organizou uma ampla reforma nas políticas e nos aparelhos do Estado pretendendo reduzir o “custo Brasil” e solucionar a crise da economia brasileira. Nesta reforma foi empreendida uma luta ideológica que apresenta os direitos sociais como privilégios e entraves ao desenvolvimento. (SILVA, 2001, p.3)

A reforma do Estado brasileiro na década de 1990, foi delineada com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, a partir do

“pressuposto de que o modelo de Estado das últimas décadas, devido a sua forte intervenção na economia e consideráveis gastos sociais, é o agente responsável pela emergência da crise econômica mundial. A alternativa, portanto, para a resolução desta crise, também no Brasil, passa por uma reforma do Estado.” (idem,p.3).

Sob o pressuposto que para o adequado funcionamento do sistema econômico e do regime democrático, era necessária a combinação e complementaridade entre o mercado e o Estado, a reforma do Estado passou necessariamente pela

“recuperação da poupança pública e superação da crise fiscal; redefinição das formas de intervenção no econômico e no social através da contratação de organizações públicas não estatais para executar os serviços de educação, saúde, e cultura; e reforma administrativa pública com a implantação de uma administração pública gerencial. Reforma que significa transitar de um Estado que promove diretamente o desenvolvimento econômico e social para um Estado que atue como regulador e facilitador ou financiador a fundo perdido desse desenvolvimento” (Bresser Pereira 1997, p.17 *apud* Silva, 2001, p.4)

Neste contexto, notamos o corolário do pensamento neoliberal presente nas diretrizes políticas e estas vão de encontro a concepção de Estado Capitalista (EC). Dentre as características centrais do EC destaca-se a separação entre público e privado, Estado e Sociedade, política e economia. A partir destes princípios o Estado redefine suas funções que são legislar, regular, julgar, policiar, fiscalizar, definir políticas e fomentar. Os serviços sociais financiados pelo Estado e prestados por organizações não-estatais, o denominado terceiro setor¹¹.

Para Teixeira (1997), a matriz neoliberal considera o mercado superior ao Estado, e definidor das ações para preservação da economia. A ordem pública instituída pelo Estado é artifício para proteção da liberdade individual.

A autora explica que, o Estado Capitalista produz políticas sociais não só para garantia de direitos, mas também para a acumulação de capital, pelo aumento da circulação de mercadorias, aumento do consumo e da força de trabalho.

O individualismo, utilitarismo e igualdade são princípios para um “pacto social”

¹¹ Terceiro setor: “Esfera pública não estatal, composta pelas organizações sem fins lucrativos e de interesse público, as empresas privadas em suas ações de responsabilidade social e a propriedade corporativa que, além de complementar o Estado, também foi chamado para substituí-lo em funções e atribuições consideradas como não exclusivas. (...) Na base do projeto reformista brasileiro, estão os pressupostos da Terceira Via, sistematizada pelo sociólogo anglo-saxão Anthony Giddens (1999), com o suporte dos organismos internacionais, especialmente o Banco Mundial, cujas premissas ideológicas e políticas assentam-se na reinvenção da sociedade civil e sua ampla participação para promover a governabilidade e a renovação do aparelho estatal, mediante a articulação entre as esferas estatal e privada.” (SIMIONATTO e LUZA, 2011, p.216).

para melhor satisfação de necessidades. Isto significa que o governo existe porque é útil, tanto para proteger os interesses individuais, como para maximizar lucros. É um pacto social para relações mercantis.

Cabe ressaltar que o individualismo proposto por esta corrente de pensamento é um modo de desmobilização da sociedade, faz com que pessoas enxeguem-se isoladamente e não dentro de um grupo social comum. A fragmentação da sociedade impede problematização de atores coletivos, em classes e organizações. Compromete o sentido de coletividade.

A igualdade proposta é entre indivíduos proprietários de si mesmos, que se relacionam livremente no mercado; igualdade para relação de trocas, mas não para participação no governo. Trata de uma filosofia meritocrática, ou seja, o sucesso ou fracasso financeiro passa a ser atribuído exclusivamente ao mérito individual, já que todos possuem igual liberdade para agir no mercado. O modo competitivo de viver dos homens tem o objetivo de atender as demandas do mercado e a produção de capital (MARTINS, 2009).

A imagem de desperdício de recursos pelo Estado e sua ineficiência por falta de competitividade é um dos pressupostos para o surgimento do programa de terceira via, que propõe o desenvolvimento de uma rede de proteção social descentralizada e desvinculada do Estado, surge como uma “ajuda” ao aparelho Estatal que não é capaz de atender a toda demanda da população.

Segundo Deluiz, Gonzalez e Pinheiro (2003), na literatura, há distintos posicionamentos sobre a natureza da nova esfera pública não estatal e sobre o significado das políticas de parceria. Alguns consideram como forma de apaziguar conflitos sociais causados pelo aumento das desigualdades geradas pelas políticas neoliberais. Outros consideram como tentativa de integração dos excluídos na vida social e política.

A utilização de parcerias entre a esfera pública e privada favorece o mercado, por permitir que ele sempre possa “contar com a mão do Estado” para assegurar a estabilidade econômica. O mercado, sob a égide neoliberal, não consegue assegurar a estabilidade, porque produz um sistema econômico, social e político pouco dinâmico, que despreza as questões sociais em que as relações se apóiam, ocasionando dependência de ações diretas

da aparelhagem estatal.

Há destinação de recursos públicos para mobilização de organizações da sociedade civil que queiram prestar serviços sociais em colaboração com a aparelhagem Estatal. A proposta é que o empresariado invista em projetos sociais bem elaborados para a prestação de serviços sociais básicos, como saúde e educação, com o objetivo de compor uma boa relação entre dominantes e dominados, desta forma ocorre a promoção do consenso e do lucro.

Segundo Teixeira (1997), as políticas sociais subsidiam o Estado na função de regulação e controle dos antagonismos de classe e manutenção da dominação, através de ações que incorporam as demandas sociais e contribuem para o consumo de certos serviços sociais. Isto quer dizer que, através de suas políticas sociais o Estado implementa ações que procuram atender as demandas imediatas da classe oprimida e manter o poder da classe dominante, para suavização de tensões. Subsidiam o Estado no controle da relação com a classe dominada, e prevê ações que favoreçam a acumulação, requisito indispensável para manutenção da classe dominante.

Há incentivo ao envolvimento de indivíduos em organizações locais, comunitárias para solução de problemas sem a intervenção direta do Estado, à formação de organizações de ação comunitária (ONGs, institutos e grupos de apoio) . Desta forma o programa de terceira via vem operando em níveis mais elementares da consciência política para educar a população ao novo panorama social em que o Estado não mais assumiria o papel de “protetor” e passaria a ser o indutor do “progresso”.

A transferência de ações de saúde a organizações privadas é evidentemente nociva pelo reforço a ideia de ineficácia associada ao Estado.

A crise do “padrão de acumulação capitalista estruturado sob o binômio taylorismo-fordismo”, a incorporação de novas tecnologias e o processo de globalização originaram muitas mudanças na realidade do trabalho e da educação.

O trabalho flexível teve início no final da década de 1970, quando os lucros estavam excessivamente baixos porque as regras do jogo do mercado eram demasiadamente "rígidas". Esta é a explicação oficial para implementação de “políticas de flexibilização liberal implementadas pelos governos do Reino Unido e, posteriormente, dos Estados

Unidos, sendo, finalmente, seguidas em muitos países da *Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico* ou Económico (OCDE)” (Lipietz,1997, p.82).

Este cenário caracterizou a crise estrutural do fordismo, um modelo produtivo que mostrou-se incapaz de absorver as demandas geradas pelo sistema capitalista (Harvey,2008 p.135), surge então, o chamado pós-fordismo, modo de gestão produtiva que impôs uma nova configuração das relações de trabalho. Modelo fundado no conceito de flexibilidade, diferente da rigidez do sistema fordista.

A organização do trabalho é baseada no atendimento a demanda imediata, para que mudanças no padrão de consumo possam ser acompanhadas. Isso gerou uma reestruturação do mercado de trabalho, com empregos temporários, flexibilidade dos contratos de trabalho, precarização da mão-de-obra e terceirização.

Segundo Deluiz (2001), a incorporação e o uso intensivo de novas tecnologias de base microeletrônica tornaram as tarefas indeterminadas, devido as inúmeras possibilidades do uso dos sistemas informatizados.

As mudanças com ênfase na flexibilidade, possuem algumas consequências negativas e outras positivas.

Segundo Larangeira (2000), apesar do cenário negativo da realidade do trabalho, marcado pelo desemprego estrutural, intensificação do ritmo de trabalho e crescimento do trabalho temporário e de tempo parcial, a flexibilidade apresenta dimensões positivas sobre as relações de trabalho, como a eliminação de funções rotineiras e repetitivas, que podem representar fonte de adoecimento e insatisfação e também possibilitam a realização de um trabalho polivalente, multifuncional, que favorece a utilização do pensamento abstrato.

Ainda afirma, que o processo de mudanças guiado pelas inovações tecnológicas e pela globalização induzem a pensar que esses fenômenos e seus efeitos serão permanentes e cumulativos e que tendem a configurar uma nova dinâmica social, e alerta para o risco de se superestimar o volume de transformações, esquecendo as forças que permanecem alheias a estes processos.

Por outro lado, existem divergências quanto ao caráter negativo do trabalho rotineiro e os benefícios do trabalho flexível na organização das tarefas cotidianas.

O lado positivo das tarefas indeterminadas, é que elas indicam, em um primeiro

olhar, a possibilidade de sair da rotina para solução dos problemas, porque os protocolos não respondem a todas situações geradas. Elas podem indicar autonomia a possibilidade de reflexão para a solução de problemas.

No entanto, estas tarefas não são claras, o trabalho é focado no resultado, mas não existe a clara noção do caminho a ser percorrido para atingi-lo. Então as pessoas tendem a se concentrar em minúcias das tarefas buscando significado para suas atividades. A indeterminação de tarefas e a falta de clareza sobre como resolver os problemas gera sensação de medo e insegurança no trabalho.

Tais sentimentos não correspondem a uma novidade gerada pela indeterminação de tarefas do modelo produtivo flexível, pois eles sempre existiram na relação entre o trabalhador e os empregadores. Eles são causados pela instabilidade e incerteza, entretanto as tarefas indeterminadas as potencializam, pelo intenso estado de vulnerabilidade.

Conforme afirma Sennet (2012), as modernas formas de trabalho são ilegíveis (p.75), possuem uma dinâmica de difícil leitura. A manipulação de aparatos tecnológicos e o uso da informática, não significam um avanço no sentido de proporcionar os trabalhadores o uso de mais recursos intelectuais para solução de problemas no trabalho.

O uso da informática e do maquinário tecnológico quando utilizados para execução de trabalhos simples, substituem a inteligência do usuário pela própria e não exigem grandes recursos intelectuais para seu uso e para solução de tarefas.

Sennet argumenta fazendo um paralelo com o cenário de uma padaria e as mudanças que ocorreram nela, em um período de 25 anos. Os padeiros, no início do período, mesmo reconhecendo a posição relativamente inferior na escala social dada pelo ofício, tinham forte o orgulho da profissão, embora afirmassem não gostar do trabalho. A padaria era um ambiente quente e barulhento e o trabalho artesanal exigia que as mãos permanecessem constantemente mergulhadas em farinha e água. Usavam o olfato e a visão para identificam quando os pães estavam prontos. Precisavam cooperar para coordenar as várias tarefas da padaria. O ofício foi passado dos pais para os filhos.

Anos depois, a padaria mudou: possuía máquinas sofisticadas, o ambiente era mais silencioso e frio. Os padeiros podiam produzir mil pães por dia, ou croissants, conforme a demanda imediata do mercado e não tinham contato físico com os materiais e as bisnagas

de pão. Havia mulheres e horários mais flexíveis. É uma padaria com alta tecnologia e flexível, poderia ser considerada como um paraíso dos padeiros.

Porém, o autor alerta que estas mudanças podem confundir a leitura sobre as relações de trabalho. “Operacionalmente, tudo é muito claro; emocionalmente, muito ilegível” (p.79) Os padeiros sentiam –se degradados pelo modo como trabalhavam, não sentiam orgulho por pressionar os ícones da tela ‘windows’ das máquinas, que definiam os diferentes tipos de pão que seriam produzidos. Os padeiros não sabiam mais fazer pão. Tornaram –se trabalhadores dependentes dos programas, do maquinário.

Este cenário nos chama atenção para algumas características e consequências da transformações do trabalho a partir da incorporação da tecnologia em seus processos e principalmente fornece a oportunidade de desconstruir ideias que fazem parte do senso comum.

A informática tem sido usada como nova ferramenta do capitalismo. O trabalhador depende do maquinário tecnológico para a produção do seu trabalho, além disso, a utilização destes sistemas informatizados não requer recursos intelectuais elaborados na execução de tarefas simples.

Portanto, é falsa a ideia de que o uso de tecnologia da informática permite maior autonomia para todos os trabalhadores na resolução de problemas e exige atitudes criativas por parte de seus usuários. A incorporação da tecnologia da informação no trabalho não consegue responder sozinha às mudanças da realidade do trabalho, marcadas por tarefas indeterminadas, projetos de curto prazo e trabalho em rede.

Todos os padeiros tinham consciência que executavam tarefas simples, que realizavam muito menos do que sabiam. Este processo prejudicou a satisfação do trabalhador no exercício do seu ofício e também a empresa, que passou a ter uma força de trabalho desmotivada e menos comprometida. Sennet destaca o relato de um deles: “Eu vou para casa e faço pão mesmo, sou um padeiro. Aqui, apertado botões”. Todos falavam que não fariam aquilo para o resto da vida. O trabalho simples desmotiva, é fácil e sem desafio.

No entanto, o trabalho simples é lucrativo para o capital porque permite pagar menores salários em atividades que não requerem qualificação e o maquinário tecnológico aumenta a produtividade. A identificação dos trabalhadores da nova padaria com seu ofício

é fraca, há falta de apego e certa indiferença com o trabalho. Como consequência, havia grande rotatividade de trabalhadores na padaria, que insatisfeitos partiam para novo emprego. Os trabalhadores não se dedicam em toda plenitude ao trabalho devido as relações fluidas e superficiais.

O capitalismo flexível exige trabalhadores ágeis, abertos a mudanças de curto prazo, que assumam riscos continuamente. Segue a noção de competências originária do mercado, que determina qual conjunto de atitudes comportamentais são necessárias para o pleno exercício do trabalho.

A ênfase ao risco é concebida como fuga da rotina, é seu oposto, porque ela é encarada como fonte de ignorância mental e de degradante sensação de paralisia.

Outra característica do capitalismo flexível é a flexibilização dos horários nos postos de trabalho, que é atrativa, principalmente para as mulheres que ainda precisam dividir o tempo com atividades domésticas e cuidados com a família, com regimes de meio horário ou trabalho em casa (*home office*). A flexibilização dá impressão de liberdade, porém também são tão supervisionados quanto os que realizam tarefas dentro das empresas. Na verdade, a nova ordem impõe novos controles (Sennet,2011, p.10). Não corresponde a “liberdade” do projeto neoliberal. A liberdade restringe-se ao mercado e ao empregador, que comercializam através das fronteiras transnacionais, o controle por parte dos Estados Nacionais é cada vez menor.

O relatório Frenk e Chen incentiva o “regime de trabalho flexível”, a partir da constatação que a proporção de mulheres na força de trabalho aumenta (p.42). E também incentiva a “capacidade de flexibilidade para enfrentar os desafios locais” (p.42).

No capitalismo financeiro, o mercado é extremamente dinâmico, com rápido retorno. Isso contribui para uma nova ordem do trabalho: as pessoas estão em frequente mudança, na mesma impaciência para o rápido retorno, e assumem constantes riscos, como a ocupação de novos cargos e de vários projetos de curto prazo. A estrutura organizacional passa a ser em rede, em lugar da organização pirâmide, forma mais rápida e facilmente redefinível.

Para Sennet, “não há longo prazo” nesta configuração das relações do trabalho, e fazendo com que a confiança, a lealdade e o compromisso mútuo são corroídos.

Desta forma, os trabalhadores não apresentam –se como um todo, não exprimem todas as suas potencialidades. Dedicam–se parcialmente, o seu envolvimento e cooperatividade são limitados, a relação com a organização torna-se superficial.

3 SAÚDE GLOBAL E A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

A mundialização financeira com conseqüente integração do mercado e interdependência econômica traz a tona o conceito de globalização. Conceito que significa claramente algo transnacional. Para Brown, Cueto e Fee (2006) este conceito assumiu uma maior magnitude no final do século XX.

Saúde global, de modo geral, indica a consideração das necessidades de saúde da população mundial, acima dos interesses de nações em particular (BROWN, 2006).

Inicialmente essa terminologia apresenta-se ligada a pandemias, disseminação de doenças infecciosas e ambientais e outros riscos que ameacem a segurança à saúde do planeta. Riscos que podem apontar a necessidade de um “sistema global interdependente” de vigilância e combate de doenças. Outro sentido dado a este termo é a adotada pelo movimento ambientalista que relaciona-se às ações para prevenção da degradação ambiental mundial, aquecimento global e os efeitos danosos à saúde humana.

Porém, também representa ações transnacionais de empresas médicas e implica disputas de interesses entre os diferentes atores internacionais pela definição das práticas mundiais em saúde e envolve propósitos de mercantilização da saúde.

O Relatório Frenk e Chen destaca a interdependência global, dada pelos movimentos globais de pessoas, de agentes patogênicos, tecnologias, financiamento, informação e conhecimento; utiliza esse último elemento para justificar a necessidade em reavaliar do papel informativo da universidade e o desenvolvimento da capacidade do trabalhador em selecionar grandes quantidades de informações, extraindo os dados necessários para a tomada de decisão clínica, uma vez que, as fontes de acesso e o volume de informações cresceu enormemente. Cenário que gera a necessidade de novos meios, métodos e significado para educação.

A referida interdependência global nos remete a idéia de globalização e saúde global.

Yacht & Bettcher (1998, *apud* Brown, Cueto e Fee, 2006) definem globalização como a crescente interdependência e integração econômica política e social que ocorre a medida que o capital, bens, pessoas, conceitos, imagens, ideias e valores cruzam fronteiras nacionais.

Para Santos (2010, *apud* Matta & Moreno, no prelo) não há apenas uma globalização, e sim globalizações. O autor aponta para três tipos de globalizações: econômica, política e cultural. A primeira dada pela nova ordem econômica mundial, em que o fluxo de capitais e investimentos ultrapassam os limites nacionais e são controlados por empresas transnacionais que movimentam seus recursos nos países, aumentam ou diminuem o investimento afetando tremendamente a economia dos Estados Nacionais. A segunda redefine o papel do Estado na regulação econômica e provisão de políticas sociais.

A terceira é a promessa do surgimento de uma cultura global, com crenças, valores e comportamentos universais potencializados pelo uso tecnologia da informação.

“A ciência tem sido uma das formas mais intensas de globalização do conhecimento e das subjetividades, expandindo-se pelo mundo como uma expressão moderna e iluminista da verdade” Matta e Moreno (2011).

A dinâmica da globalização gerou impacto sobre os sistemas de saúde, políticas de saúde e saúde das populações. A expressão Saúde Global corresponde a ideia de saúde como um fenômeno transnacional.

Para Godue (1992 *apud* ALMEIDA, 2010, p.149) muitas vezes o termo “saúde global aparece em substituição à idéia de saúde internacional, termo criado no início do século passado (em 1913, nos Estados Unidos, no âmbito da Fundação Rockefeller)”. Porém, até os anos 1990, não era tratada com o sentido de relações internacionais, entre os estados nacionais.

De acordo com Lee (2002, p. 10) a relação globalização e saúde das populações teve diferentes ênfases que mudaram no tempo e no espaço. A preocupação inicial era a invasão, através das fronteiras, de agentes externos que impactassem na saúde das populações. Posteriormente, somou –se a ênfase na

“relação entre desenvolvimento econômico mundial e saúde; no relexo dos ajustes macroeconômicos nas condições de vida e saúde das populações e no papel dos organismos internacionais neste processo; nos acordos multilaterais de comercio internacional e fluxos globais financeiros e comerciais envolvendo produção e comercialização de bens e serviços (tais como medicamentos, equipamentos médicos e serviço de assistência médica).” Idem (2002).

Diante o exposto, a saúde internacional era vista como saúde de diferentes estados nacionais, já o termo saúde global a concebe como um único bloco, que indicava a necessidade de formulação de uma política de saúde global, que reconhece a interdependência dos estados nacionais. Primeiramente focada em ações para prevenção de pandemias e disseminações de doenças através de fronteiras e posteriormente foi atravessada por preocupações e ações mais diretamente ligadas ao desenvolvimento econômico.

O Relatório Frenk e Chen faz um diagnóstico dos sistemas de saúde e de formação nos diferentes países e apresenta como proposta o desenvolvimento de uma estratégia comum para a Educação superior para os cursos de Medicina, Enfermagem e Saúde Pública. Nos remete ao conceito de saúde global e interdependência na Educação ao considerar que: “Os movimentos globais de pessoas, agentes patogênicos, tecnologias, financiamento, informação e conhecimento subjazem a transferência internacional de riscos á saúde e oportunidades, e os fluxos entre fronteiras nacionais estão acelerando”. (RELATÓRIO FRENK e CHEN, 2010, p.6).

Por outro lado, o investimento em saúde global funciona como um incremento para a economia, empresas multinacionais conseguem disseminar seus produtos em escala mundial. O investimento de laboratórios farmacêuticos em programas internacionais de prevenção ou eliminação de doenças, é feito frequentemente na forma de parcerias público-privadas, essas “parcerias globais” reúnem fundos de governos e doadores privados. As colaborações do setor comercial são passíveis de crítica porque podem subordinar as ações de saúde e prioridades aos interesses dos “cotistas” destes programas.

Junto ao movimento mundial de mercadorias e pessoas, houve a maior disseminação de informações e saberes. Chegam informações oriundas de todas partes do planeta.

No sentido de obter informações seguras e confiáveis, emergiu, nos anos 90, o movimento da Medicina Baseada em Evidências, considerada por muitos um “novo paradigma assistencial e pedagógico” (DRUMMOND e SILVA, 1998).

De acordo com Pova (2002), o termo inicial “Medicina Baseada em Evidências”, começou a ser usado no início da década de 1990, na Universidade MacMaster (Canadá).

Fortemente ligada ao movimento da Epidemiologia clínica anglo-saxônica, foi primeiramente definida como “abordagem sistêmica para analisar pesquisas publicadas como base para tomada de decisão clínica”, em 1996, foi formalmente conceituada por Sackett *et al.* como “uso consciente e judicioso da melhor evidência atual de pesquisas em cuidados clínicos no tratamento de pacientes individuais” (ATALLAH e CASTRO, 1998).

Identificamos no Relatório Frenk e Chen referências ao “conhecimento traduzido em evidências para orientar a prática e a política”. Propõe o uso de evidências científicas para além do embasamento para decisão clínica individual, inclui o seu uso como instrumento para identificação de prioridades em saúde para o planejamento de políticas.

Drummond e Silva (1998) afirmam que a MBE trata-se de um novo paradigma pedagógico, apoiado pela epidemiologia clínica, bioestatística e informática, para avaliar a qualidade e a importância de informações médicas produzidas através de pesquisas.

É indicada como um método seguro para pesquisadores identificarem estudos científicos com “alta qualidade” e grande rigor metodológico.

Há, de fato, vasta produção de literatura científica. O que leva a um entulho de publicações, uma poluição científica que exige critérios de avaliação sobre sua qualidade metodológica. Seu método de análise com utilização da matemática e estatística ratifica a forma positivista de análise dos problemas de saúde, constitui um reforço a racionalidade médica comum no século XX.

Ainda segundo Drummond e Silva (1998, p7) este “excesso” de publicações ocorre devido, sobretudo, a voraz competitividade universitária traduzida pelo imperativo categórico do academicismo atual “To publish or to perish”.

Devemos ponderar algumas questões sobre este “novo paradigma”, quais são os critérios utilizados para a definição da “melhor evidência”. Indagar sobre o uso da estatística a epidemiologia e a informática como forma soberana em direção a verdades científicas, o uso destas dimensões quantitativas como predominante na produção de conhecimentos científicos em saúde. O uso desta abordagem indica um conteúdo de formação em saúde e orientação pedagógica eminentemente pragmática.

David L.Sackett, um dos idealizadores do movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE), publicou um artigo no *British Medical Journal* renunciando escrever ou

ministrar cursos em temas relacionados a MBE, porque sentia-se frustrado com os efeitos que considerou danosos causado pelo excesso de “experts” na área e ainda sugeriu “a aposentadoria sistemática dos “experts”, sob a forma de cargos e posições que não influenciem o progresso da ciência (POVOA, 2001).

O mesmo autor afirma que, para David L. Sacket, a “posse” dos preceitos da MBE conferiria maior poder persuasivo às opiniões dos experts sobrepondo-se a sua real pertinência científica, alerta sobre riscos de seu uso como um “selo de garantia” da ciência a ser utilizados por experts para confiabilidade em seus estudos científicos, o que os tornaria “autoridades” capazes de produzir pareceres a serem levados em conta para os processos de decisão, principalmente em casos em que há muitas incertezas.

O capital de autoridade proporcionado pela “posse” destes preceitos se utilizado inadvertidamente tornaria um pesquisador um promotor de vendas, seja para obter fundos para pesquisa, ou vender livros biomédicos relacionados à temática.

Já existem iniciativas para “promover o uso sistemático de evidências de pesquisa no processo de elaboração e definição de políticas de saúde, por meio de parcerias entre gestores, representantes do controle social e pesquisadores” (BRASIL, 2009, p.1084).

O relatório Frenk e Chen destaca o conhecimento traduzido em evidências para a orientação da prática em saúde e da política. Também considera a interdependência global, dada pelos movimentos globais de pessoas, de agentes patogênicos, tecnologias, financiamento, informação e conhecimento, ponto relevante para o planejamento das ações no século XXI.

O conhecimento traduzido em evidências utiliza os princípios de produção científica do movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Movimento que inicialmente propôs-se a nortear a prática clínica e posteriormente desdobrou-se na produção de conhecimentos para o direcionamento da Política em Saúde.

Sua interface com a Educação Profissional em Saúde está em seu uso como um novo paradigma pedagógico, que significa a adoção desta metodologia, que sinaliza um conteúdo e orientação eminentemente positivista, na formação em saúde.

O chamado movimento da Medicina baseada em evidências iniciou-se na década de 1990, mesmo momento do emergiu do conceito de saúde global. Ambos os

termos expressam a emergência de novas relações sociais que vem configurando o capitalismo.

A Saúde Global é muito discutida por propor olhar os sistema de saúde do alto, quer dizer, ter uma ampla dimensão do cenário mundial da saúde. É um processo notadamente irrefreável, vista sua proposta inicial, porém a discussão que se faz necessária é: quem olha? A partir de quais concepções? Quais são os seus atores e interesses em disputa? Como são delineados os estudos para diagnósticos populacionais? Como são olhadas as características regionais?

Estudos sobre a população mundial, produzem diagnósticos globais de saúde e indicadores globais. Porém, a consideração da saúde das nações de forma unificada, em que todos os países formam um único bloco, negligencia características próprias de cada povo, suas especificidades, que podem produzir diferentes necessidades de saúde. Indicadores de saúde global apresentam maior distanciamento do objeto do estudo do que indicadores locais.

A Saúde Global é eminentemente um campo de disputas, porque trata de questões que concentram interesses econômicos por parte de indústrias que pretendem disseminar seus produtos por todas as nações.

A definição de políticas e ações globais em saúde depende de atitudes de consciência coletiva em prol de benefícios da população mundial, porém, envolve interesses financeiros. O aquecimento global, a poluição e outros danos ambientais são em grande parte antropogênicos, isto é, não são causados pela natureza ou pelo acaso, mas por atitudes humanas. (BERLINGUER, 1999). São problemas mundiais causados por interesses particulares em detrimento dos interesses coletivos.

Para a discussão desta temática quero destacar a influência do pensamento de Boaventura de Souza Santos sobre o processo de globalização no desenvolvimento deste estudo .

Para Santos (2010, *apud* Matta e Moreno, 2011) não há uma entidade única chamada globalização, e sim globalizações, no plural. Conforme já destacado, para o autor há três tipos de globalizações: econômica, política e cultural. Sendo a primeira relacionada aos fluxos transnacionais de capital e de investimentos, a segunda a redefinição do papel do

Estado na regulação das políticas sociais, e a terceira é a promessa do surgimento de uma cultura global, com uniformização de costumes, crenças, valores e comportamentos. Assim, os processos de globalização não se apresentam exclusivamente em sua face econômica.

A disseminação dos saberes e práticas dominantes -caracterizados na atualidade pelas práticas ocidentais-, ocorre em um processo de colonização que silencia aqueles não reconhecidos pelo pensamento hegemônico.

Matta e Moreno (no prelo) propõem uma analogia a partir dos conceitos de Boaventura Santos, entre Globalização hegemônica/conhecimento- regulação e Globalização contra hegemônica/conhecimento emancipatório, em uma relação entre produção e uso do conhecimento com os processos de globalização. De um lado, a ciência que monitora e intervém nas realidades locais, com concepções universalistas e deterministas (globalização hegemônica). Por outro, lutas por um “outro mundo possível” em múltiplas ações de resistência, que se materializam na busca de estratégias emancipatórias (globalização contra- hegemônica).

A Comissão Interdependente para a elaboração do relatório foi liderada pelos médicos Júlio Frenk e Lincoln Chen e composta por mais dezoito profissionais e acadêmicos de diferentes países.

Júlio Frenk tem uma longa trajetória profissional, foi vice – presidente executivo da Fundação de Saúde do México (organização privada sem fins lucrativos), ocupou cargos executivos na Organização Mundial de Saúde (OMS), foi Ministro da Saúde no México até o ano de 2006 e enquanto Ministro instituiu um novo sistema de seguro de saúde no país, chamado Sistema popular de Saúde.

Segundo Frenk, o início deste novo sistema foi possível graças a poder de convencimento do uso de evidências, que foram utilizadas para prover um selo de qualidade na proposta apresentada ao Estado, como relata: “ Este é quase um caso clássico de como as evidências realmente mudaram inicialmente as percepções públicas, depois fundamentaram o debate para logo virarem lei”. (Oxman, 2010, p.19).

Após ser Ministro da Saúde, foi candidato ao cargo de Diretor Geral da OMS, em 2006, mas perdeu para Margareth Chan. Conforme matéria publicada no “The Wall Street Journal”, em 24 de outubro de 2006, sua candidatura foi comprometida por acusações de

realização de acordo com a indústria de tabaco para realização de doações e não aumento de impostos. (LYONS e MCKAY, 2006).

Hoje, é pesquisador senior do Programa de Saúde Global da Fundação Bill & Melinda Gates e aconselha a fundação sobre questões de Saúde e Estratégias Globais, também é Presidente do Instituto de Saúde CARSO, uma Fundação com foco na inovação dos sistemas de saúde na América Latina.

Lincoln Chen, co-autor do relatório, é Presidente do Conselho de Medicina da China, ocupou o cargo de vice-presidente executivo da Fundação Rockefeller entre 1997 e 2001, atuou na Universidade de Harvard como Diretor de Iniciativa de Equidade Global e foi representante da Fundação Ford na Índia, Nepal e Sri Lanka.

Ambos possuem em seu histórico de trabalho, o desempenho de atividades em instituições que atuam a partir de perspectivas transnacionais. Isto não significa que o relatório tenha se desenvolvido a partir de uma visão global por razão de seus autores, mas denota o modo de enfrentamento dos problemas de saúde, além das Experiências de trabalho com os patrocinadores do relatório (Fundação Bill & Melinda Gates e Fundação Rockefeller E Conselho Médico da China). A revista que publicou o relatório, THE LANCET, foi uma das organizadoras do relatório.

O relatório apresenta diagnósticos sobre a formação superior mundial em saúde, a diversidade de instituições médicas e identifica abundância e escassez entre os países. (Frenk e Chen, p.170).

Em análise as informações estatísticas, observamos que houve limitações metodológicas, quanto a definição dos grupos pesquisados:

- Quanto a definição do Curso de Saúde Pública:

Existe variabilidade de definições entre países que oferecem diferentes graus de títulos. Foram incluídos na categoria Saúde Pública, por exemplo, os cursos de Medicina comunitária e Medicina preventiva. O que gera problema na interpretação dos resultados, já que estes dois também são cursos de Medicina e fariam parte da contagem de cursos de medicina e de médicos graduados a cada ano.

-Quanto aos critérios de inclusão na categoria Enfermagem:

Não houve clareza quanto a contagem dos cursos de Graduação em Enfermagem e de número de Enfermeiros. Deve ser realizada com bastante clareza quanto ao ponto de corte entre a escolaridade secundária e superior, porque é variável entre países.

Tabela 1 : Instituições, graduados e força de trabalho (2008)

	Population (millions)	Estimated number of schools		Estimated graduates per year (thousands)		Workforce (thousands)	
		Medical	Public health	Doctors	Nurses/midwives	Doctors	Nurses/midwives
Asia							
China	1371	188	72	175	29	1861	1259
India	1230	300	4	30	36	646	1372
Other	1075	241	33	18	55	494	1300
Central	82	51	2	6	15	235	603
High-income Asia-Pacific	227	168	26	10	56	409	1543
Europe							
Central	122	64	19	8	28	281	670
Eastern	212	100	15	22	48	840	1798
Western	435	282	52	42	119	1350	3379
Americas							
North America	361	173	65	19	74	793	2997
Latin America/Caribbean	602	513	82	35	33	827	1099
Africa							
North Africa/Middle East	450	206	46	17	22	540	925
Sub-Saharan Africa	868	134	51	6	26	125	739
World	7036	2420	467	389	541	8401	17684

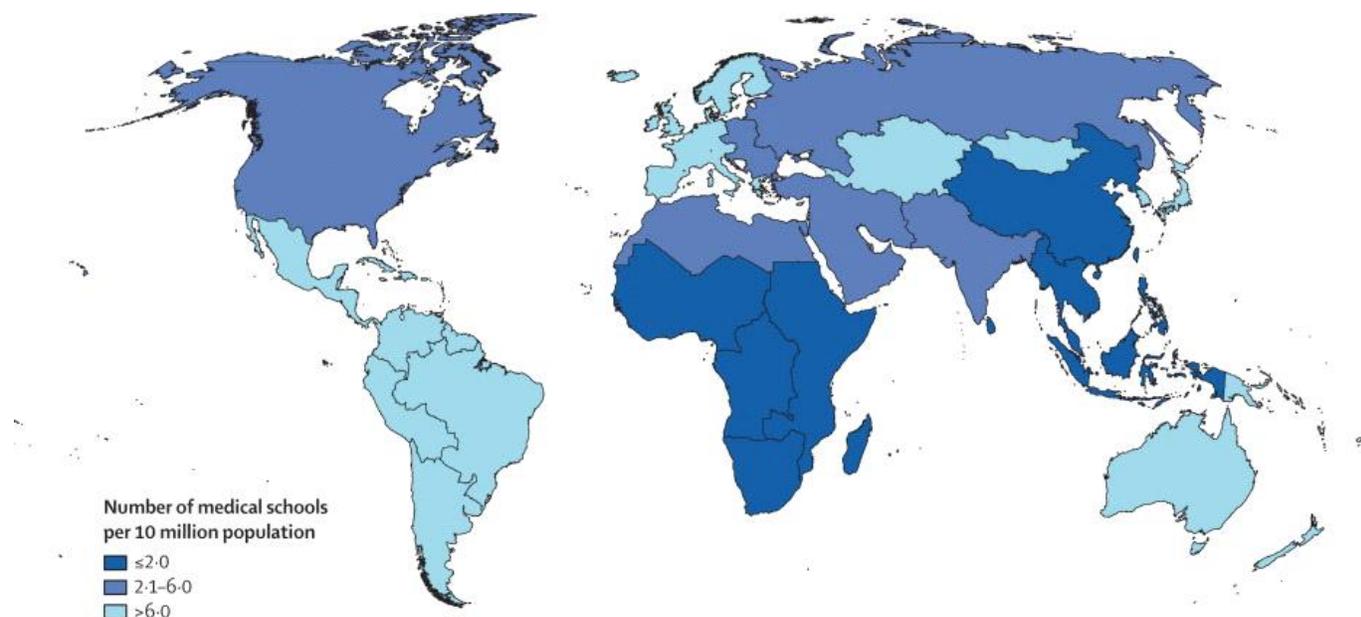
Fonte: Relatório Frenk e Chen

Observamos os que dados numéricos de cobertura assistencial (número de trabalhadores distribuídos entre as nações), foram considerados como critério chave para qualidade dos sistemas de saúde. Assim, foi indicado haver uma relação direta entre número de trabalhadores e a qualidade do serviço em saúde prestado.

Não queremos desconsiderar a importância da constatação sobre a discrepância de oferta de número de trabalhadores em saúde entre os países, porém o estudo restringiu -se a esta avaliação quantitativa, como se o elevado número de profissionais disponíveis na região fosse o fator exclusivo e determinante para a prestação de bons serviços em saúde.

A avaliação não apresentou informações quanto ao tipo de sistema de saúde dos países, sua abrangência e o acesso a eles, que poderiam contribuir para um melhor diagnóstico.

Figura 1: Densidade de escolas Médicas por região



Fonte: idem

A figura apresenta a distribuição de escolas médicas entre os países, não houve apresentação de informações sobre os cursos superiores de enfermagem e saúde pública. A concentração de escolas em determinadas regiões não significa necessariamente maior número de trabalhadores, devido ao fluxo dos médicos entre países.

É necessário pontuar a outra dificuldade na categorização dos dados obtidos. A estimativa do financiamento da Educação Médica e Graduação de Enfermagem foi realizada baseada no custo unitário de educação multiplicado pelo número de graduados. O valor de financiamento estimado é frágil devido a limitação na contagem de graduados em cada área. Como percebemos no trecho a seguir:

“O total de gastos anuais com a Educação Profissional em Saúde é estimado em aproximadamente US\$ 100 bilhões para a Medicina, enfermagem saúde pública e

profissões de saúde afins. A educação de graduados em Medicina é estimada em US\$ 47,6 bilhões e a de graduados de enfermagem em US\$27,2 bilhões. Na ausência de informações detalhadas, os valores para estas profissões individuais são inflados para mais ou menos US\$ 100 bilhões incluindo Saúde Pública e outras profissões relacionadas.” (idem,p.19)

Tabela 2: Financiamento de graduados em Enfermagem e Medicina, por região. (2008)

	Doctors			Nurses/midwives		
	Estimated number of graduates per year (thousands)	Estimated expenditure per graduate (US\$ thousands)	Total expenditure (US\$ billions)	Estimated number of graduates per year (thousands)	Estimated expenditure per graduate (US\$ thousands)	Total expenditure (US\$ billions)
Asia						
China	175	14	2.5	29	3	0.1
India	30	35	1.0	36	7	0.2
Other	18	85	1.6	55	20	1.1
Central	6	74	0.4	15	13	0.2
High-income Asia-Pacific	10	381	3.8	56	75	4.2
Europe						
Central	8	181	1.4	28	39	1.1
Eastern	22	151	3.4	48	29	1.4
Western	42	400	17.0	119	82	9.8
America						
North America	19	497	9.7	74	101	7.5
Latin America/Caribbean	35	132	4.6	33	26	0.9
Africa						
North Africa/Middle East	17	113	1.9	22	24	0.5
Sub-Saharan Africa	6	52	0.3	26	11	0.3
World	389	122	47.6	541	50	27.2

Fonte: Idem

A Comissão descreve como um limitador para o mapeamento da Educação dos Profissionais de Saúde de todo mundo, a diversidade de critérios para o credenciamento de instituições de ensino para certificação profissional (legitimação formal para a concessão de graus). “A OMS informou que mecanismos de credenciamento existem em três quartos dos países do Leste Mediterrâneo, em pouco menos da metade dos países do sudeste da Ásia e em torno de um terço dos países da África” (Frenk & Chen, p.21). Quando há processo de credenciamento, ele segue normas regionais. É um limitador para a avaliação da qualidade do ensino profissional em todo mundo.

A preocupação com as diferenças regionais nos processos de credenciamento das instituições de ensino, confirma que elas podem influenciar na análise dos dados, o risco em considerar todos os países como semelhantes.

A definição de metodologias para a produção de estudos científicos sempre foi alvo de interesse por parte dos pesquisadores, com o objetivo de superar limitações nos desenhos da pesquisa e alcançar maior precisão em seus resultados. O relatório descreve experiência “exitosa” do México no uso do conhecimento baseado em evidências para a tomada de decisões.

“Fundado em 1987, o Instituto Nacional de Saúde Pública do México (NIPH) respondeu a rápida mudança econômica e social nacional, esforçando-se para equilibrar a excelência na sua missão de pesquisa e educação com relevância para a tomada de decisão por meio da tradução proativa de conhecimento em evidências para a política e prática” (Frenk & Chen,p.13)

O movimento da Medicina Baseada em evidências emergiu com uma nova definição metodológica de pesquisa fundamentada na “associação de métodos epidemiológicos à pesquisa clínica”. (Atallah, 1998), com utilização de procedimentos estatísticos para análise de dados e da tecnologia da informática. Fundada nos princípios da epidemiologia clínica, seus idealizadores a apresentam como o elo entre a boa pesquisa científica e a prática clínica. (Atallah, 2004).

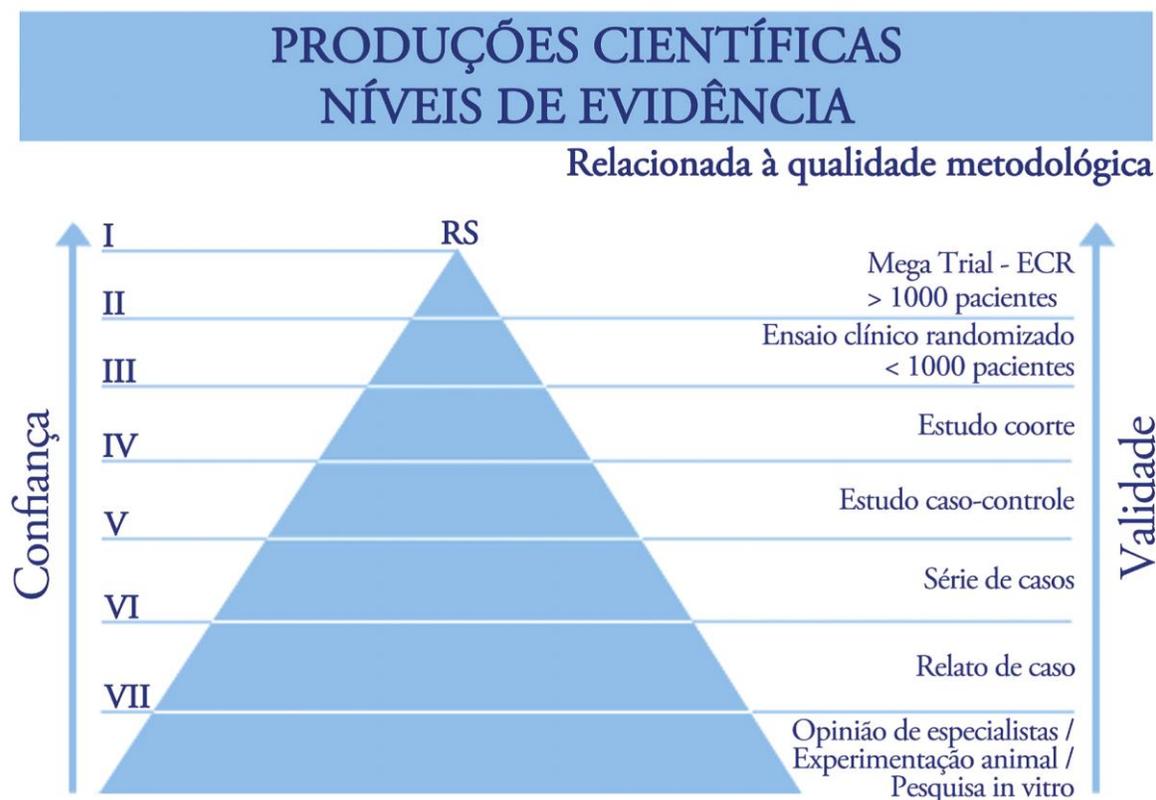
Conforme afirma DIB (2007), o processo da MBE inicia-se com a formulação de uma questão de interesse, seguido pela definição do desenho do estudo que melhor responda a questão.

Os estudos são classificados em níveis de evidência a partir da qualidade do desenho do estudo (Figura 1). As revisões sistemáticas com ou sem metanálises são consideradas como nível I de evidências, seguidas dos grandes ensaios clínicos, denominados *mega trials* (com mais de 1.000 pacientes – nível IIa), ensaios clínicos com menos de 1.000 pacientes (nível IIb), estudos de coorte (nao possuem o processo de randomização – nível III), estudos caso-controle (nível IV), séries de casos (nível V), relatos de caso (nível VI), opiniões de especialistas, pesquisas com animais e pesquisas *in vitro* são classificados com o mesmo nível de evidencia (nível VII).

Cada desenho tem suas vantagens e limitações. (OLIVEIRA, 2011)

“Portanto, se a questão formulada for relacionada a fatores de risco, prevalência de uma doença ou sensibilidade e especificidade de um teste diagnóstico, a ordem dos níveis de evidências apresentados será modificada em virtude da questão clínica. Em outras palavras, a hierarquia dos níveis de evidências não é estática e, sim, dinâmica conforme a pergunta elaborada.” (DIB, 2007, p.2).

Figura 2: Hierarquia das Evidências Científicas



Cook DJ, Guyatt GH, Laupacis A, Sackett DL, Goldberg RJ, Chest 1995; 108(4); 227S-230S

A MBE segue este critério hierárquico para a classificação de estudos, no entanto os pesquisadores admitem que existam características importantes da situação a ser estudada que cause o distanciamento desta regra. Percebemos que as especificidades de cada estudo e de cada situação clínica é que determinará a forma mais adequada no desenho do estudo.

A avaliação clínica do indivíduo em sua singularidade poderá fornecer dados com maior confiança, por fornecer as informações que fogem a regra.

A MBE e seus resultados - as evidências - devem ser tomadas como ponto de partida para investigações mais apuradas. As evidências podem ser indicadores, apenas

sinalizadoras de probabilidades.

O uso das evidências como verdades finais são arriscadas no sentido de apagar a singularidade do sujeito ou de determinadas populações. Críticos da MBE contestam assimilação extrema de protocolos clínicos, conforme afirma Filho (2000, p.1):

“ É importante não se transferir a numerologia estatística dos protocolos clínicos da MBE para a vida do ser humano, pois não podemos definir uma conduta dependendo de um percentual estatístico. Se em um paciente (com passado de neoplasia) existe uma dúvida diagnóstica recente entre uma neoplasia disseminada e uma doença inflamatória, com um protocolo clínico indicando um percentual de 99% de possibilidade de ser uma neoplasia, significa que, em uma casuística de 100 pacientes, um paciente será diagnosticado e tratado equivocadamente. Por exemplo, um paciente tratado com quimioterapia, nas condições citadas acima, terá a sua doença inflamatória agravada, em pleno início de um novo milênio. Este fato, do ponto de vista estatístico, é insignificante, porém, é significativo e deficiente nos aspectos científicos e éticos (humanos).”

A MBE é uma abordagem que foi delineada inicialmente com o objetivo de fornecer aporte para tomada de decisões na prática clínica da medicina. Atualmente é também nomeada por alguns como “Prática Baseada em Evidências”, “Atendimento de Saúde Baseado em Evidências” ou “Saúde Baseada em Evidências”. Não será discutido os equívocos cometidos quanto as diferentes nomeações, é relevante considerar que estes diferentes nomes representaram a abertura de um campo (ou mercado) que abarcou um número maior seguidores, além daqueles da área médica, o seu uso foi para além da prática médica e clínica.

Houve disseminação de cursos de capacitação para a prática da Medicina Baseada em Evidências, publicações de vários livros e portais na internet foram desenvolvidos para oferecer acesso rápido a publicações revisadas. A MBE vem sendo objeto da sociedade mercadocêntrica¹², das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. (Póvoa, 2002 p.47).

¹² Sociedade mercadocêntrica orienta-se pelas regras mecânicas do mercado. Emergiu a partir da formação de uma economia de mercado que influencia todas as dimensões da vida humana. (BATISTELA, 2009, p.24)

A ampliação na adoção de seus conceitos pode justificar –se pela sua gênese que está pautada na possibilidade de fornecer subsídios para seleção de estudos com boa qualidade metodológica - realizada a partir do imenso volume de publicações hoje existente - e também devido ao apelo no uso de valores numéricos como instrumentos de análise, que parecem conferir maior certeza nos resultados e rigor metodológico. Seus métodos coadunam com as características da racionalidade científica atual, tornando –se mais facilmente aceitos.

A tecnologia da informação (TI) configura um instrumento para busca de boas evidências, o acesso a bibliotecas virtuais e plataformas na internet que apresentam estudos e revisões sistemáticas.

No relatório Frenk e Chen, seus autores incentivam a “exploração do poder da TI para a aprendizagem através do desenvolvimento de evidências, a capacidade de coleta de dados e análise” e apontam que a TI tem “um papel cada vez mais central na educação de nível superior por revolucionar o acesso, a compilação e o fluxo de informação e conhecimento” (P.32 p.42).

Afirmações que sugerem uma possível articulação da proposta com os interesses de um dos financiadores do relatório, a Fundação Bill e Melinda Gates. Esta fundação também investe em programas de saúde, com valores que chegam até aos mesmos do orçamento anual da OMS, como ocorreu em 2007. (Matta e Moreno, no prelo)

A “posse” dos preceitos da MBE proporciona um capital de autoridade, por fornecer um poder persuasivo ao pesquisador. Permite uma capacidade de falar e agir com legitimidade, chamada por Bourdieu (1983), de autoridade científica. Para o autor, os caminhos da ciência são determinados por disputas de poder, busca por prestígio e autoridade científica.

A autoridade científica é a considerada como capital social, em que indivíduos lutam no campo científico por sua acumulação. Autoridade científica indica status social. A busca por prestígio e reconhecimento interfere nos caminhos da ciência. O pesquisador depende também de sua reputação junto aos colegas para obter fundos para pesquisa, pra atrair acadêmicos e para conseguir subvenções e bolsas.

Deste modo, diferentes variáveis tendem a interferir no processo de produção

científica, como a tendência de pesquisadores no investimento de assuntos facilmente publicáveis, e com maiores chances de gerar lucro material e a tendência para publicação de estudos que apresentam resultados positivos, com menor número de publicações dos resultados negativos podem gerar conclusões inconsistentes (viés de publicação).

As evidências não podem ser utilizadas como sinônimo de verdade científica, pois não fornecem garantia irrestrita de “certeza” para adoção de condutas.

O uso das evidências estendeu-se ao campo das Políticas de Saúde, modalidade denominada “Política Baseada em Evidências” (PBE).

As evidências são indicadas como insumos do processo de formulação de políticas. (Oxman,2011,p.3). Devem fornecer embasamento, fundamentação, indicação de possibilidades no planejamento das Políticas de Saúde locais (nos diversos Municípios). É importante que não seja compreendida pelos gestores e demais tomadores de decisões como dado final, definidor das ações as serem aplicadas diretamente nos diferentes contextos e localidades sem a análise do cenário local.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um portal na internet para incentivo ao uso sistemático de evidências de pesquisa em Saúde na formulação de políticas – EVIPNet (Evidence Informed Policy Network) www.evipnet.org.

Este portal foi instituído em 2005, em resposta a um apelo da Assembléia Mundial de Saúde e da Cúpula Ministerial sobre investigação em Saúde da Cidade do México, de 2004 (OMS, 2005). No período de gestão do então Ministro da Saúde do México Júlio Frenk. O site propõe ações voltadas para os países de baixa renda ou média per capita.

Cabe destacar, que o papel dos Organismos Internacionais como organizadores das relações sociais internacionais, os torna atores importantes no desenvolvimento de políticas públicas, gerais e setoriais.

A indicação, pela OMS, da diretriz metodológica de produção de evidências como instrumento para o desenvolvimento de PBE é embasada no argumento de ajuda aos países de baixa e média renda. Conforme descrito no portal Evipnet:

“Países de renda baixa e média têm recursos escassos para enfrentar os desafios do sistema de saúde e precisam de evidência de alta qualidade para usar esses recursos de forma eficiente. A evidência científica é um alicerce fundamental para melhorar a situação da saúde pública. Se os gestores do setor de saúde e

tomadores de decisões políticos ignoram evidências sobre as causas dos problemas ou o que funciona melhor para resolver estes problemas, eles correm o risco de desperdiçar recursos preciosos em programas projetados inadequadamente e políticas. O mais terrível consequência de ignorar esta evidência é má saúde para a população.” (EVIPnet, 2012) grifo nosso

É indiscutível a necessidade no emprego racional de recursos financeiros públicos para solução de problemas de saúde e melhoria da qualidade de vida da população, porém o que nos chamou atenção foi o foco financeiro dado pela OMS, em usar as evidências no direcionamento dos países pobres em seus gastos financeiros em saúde, em lugar de fornecer embasamento para o planejamento e implementação de ações locais.

Conforme Matos (2001), a OMS e o Banco Mundial buscam apresentar recomendações sobre os sistemas de saúde como se elas fossem universalmente aplicáveis enfatizando a “oferta de ideias” sobre quais seriam as políticas mais adequadas para os países em desenvolvimento.

A autora aponta ações do BM e da OMS ao longo dos anos 1990:

“O Banco Mundial conquistou lugar proeminente nessa oferta de idéias, ao lograr um conjunto de sugestões sobre as reformas dos sistemas de saúde e das próprias atribuições dos governos no setor. No final desta década, contudo, assistimos a um esforço da OMS para assumir a liderança no que diz respeito ao aconselhamento junto aos governos sobre o andamento das reformas e reestruturações dos sistemas de saúde.”

As recomendações fornecidas por estes organismos internacionais podem ser muito úteis para o direcionamento da política de saúde em diferentes regiões, porém suas indicações seguem alicerçadas em princípios que contribuem para a perpetuação da hegemonia capitalista e reprodução dos discursos dominantes, são construídas a partir do modo de existência capitalista.

O relatório do Banco Mundial: Investindo em Saúde, no ano de 1993 um marco da “agenda neoliberal na saúde” (ROCHA, 1999).

Já existem algumas iniciativas e discussões sobre o uso das evidências em políticas específicas, como a do observatório sobre iniquidades em saúde, com o desenvolvimento de “Políticas de Combate às Iniquidades em Saúde baseadas em evidências científicas”, além de discussões sobre “Política de Inovação Baseada em Evidências” e de “Políticas públicas

de proteção social baseadas em evidências”.

As evidências parecem ser irrefreáveis, mas o fato de sua adoção fazer parte do discurso oficial de agências e organismos internacionais não significa que devam ser vistas como verdades absolutas.

A difusão do conhecimento hegemônico deve ser sempre passível de análises e motivo de luta para desconstrução de ideias cristalizadas que venham servir aos interesses do mercado e do capital.

Existem movimentos populares para a construção de projetos contra hegemônicos, constituídos por grupos de trabalhadores e usuários dos sistemas de saúde, como o “People’s Health Movement” (Movimento Popular de Saúde).

Fundado no ano 2000, é formado por ativistas, acadêmicos e trabalhadores de Saúde, e tem como um de seus objetivos promover saúde através de um movimento participativo, intersetorial, justo e como uma questão de direito, incentiva pessoas a desenvolverem suas próprias soluções para os problemas de saúde locais. Promove Assembléias e participa dos fóruns mundiais de discussão. Configura a constituição uma forma de luta de globalização contra hegemônica, que busca a equidade, valorização da diversidade cultural, política e econômica.

4 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O SÉCULO XXI

A noção de competências ganhou força no Brasil na década de 1990, a partir das reformas educacionais ocorridas no Brasil para atender às demandas do processo de reestruturação produtiva do capital (HOLLANDA, FRERES e GONÇALVES, 2009).

O termo tem sido utilizado em diferentes contextos a partir das transformações trazidas por modelos pós-fordistas que trouxeram a flexibilização da organização e dos contratos de trabalho.

Para Costa (2007), nas tentativas da construção do conceito de competências, alguns apoiam-se na ideia da origem do conceito a partir do discurso empresarial e outros atribuem a sua origem às ciências da cognição.

O relatório Frenk e Chen traz a idéia de competências como um dos seus conceitos centrais. O enfoque do relatório é o uso de competências profissionais compatíveis com as necessidades dos pacientes e da população. É alinhar as competências ao contexto de mudança do século XXI. (Frenk e Chen, 2010 p.1, p.6).

No Relatório Frenk e Chen o currículo e a formação baseada em competências é considerada a forma mais adequada para educação dos trabalhadores porque, de acordo com seus autores, confere uma visão sistêmica para melhorar o sistema de saúde, adaptada ao contexto local e baseando-se no conhecimento global.

A noção de competências que surge a partir da crise do modelo fordista-taylorista, com a crise vivida pelo capitalismo e sua “difusão está diretamente relacionada às transformações no trabalho após o surgimento de “novos” modelos produtivos que trouxeram a flexibilização da organização e dos contratos de trabalho.” (COSTA, 2007). Surge como possibilidade de contribuição com a reprodução das relações capitalistas.

Para Ramos (2001), várias definições são conferidas a noção de competências, em geral é definida como a conjugação de diferentes saberes que os indivíduos mobilizam, seus valores, habilidades e conhecimentos - para realização de atividades, principalmente em situações inéditas ou eventos imprevistos. Definida pela UNESCO como unidade configurada pelo: aprender a conhecer (saber), aprender a fazer (saber-fazer) e pelo aprender ser (saber-ser).

Para o capital, competências (no plural) correspondem a um conjunto de

comportamentos do sujeito, ou seja, atributos comportamentais exigidos pelos trabalhadores no processo produtivo para o enfrentamento de situações imprevistas do trabalho. Para o trabalhador, corresponde a garantia da empregabilidade.

A adoção do modelo de competências ocorre para atender ao mercado, é concebido para constituir novos trabalhadores para empresas flexibilizadas, sob uma perspectiva funcionalista. Materializa-se como fator de produção, apresenta-se como um rol de atributos e comportamentos exigidos aos trabalhadores.

O projeto burguês de Educação concebe a formação de trabalhadores como treinamento para conferência de um ofício, considera importante a qualificação do trabalhador para o desenvolvimento econômico e o progresso. A constante modernização do sistema produtivo com incorporação de novas tecnologias gera a necessidade de constante atualização de conhecimentos do trabalhador. Caso não se atualize tornar-se-á obsoleto para o mundo do trabalho, inadequado ao exercício do seu ofício.

As formas produtivas flexibilizadas exigem a articulação de um amplo espectro de conhecimentos para resolução de problemas, porque neste modelo de organização do trabalho as relações são fluidas, com papéis e tarefas menos definidas.

Portanto, a abordagem baseada em competências atende aos interesses do sistema produtivo porque propicia ao trabalhador a capacidade de enfrentamento de situações diversas no trabalho.

O modelo de competências, sob o ponto de vista do mercado, é adotado como ferramenta para constituição de um sujeito social capaz de ajustar-se as novas transformações da sociedade e desempenhar atividades visando o bem estar de pessoas e países.

Nota-se que o trabalhador é concebido como agente passivo frente às mudanças da sociedade, como se não fizessem parte a construção da história e do próprio conhecimento. O trabalhador deve adequar-se as novas demandas e tirar partido delas para o bom desempenho das atividades profissionais.

Sob esta ótica, a educação profissional está voltada exclusivamente para a instrumentalização do trabalhador para atender às novas necessidades do sistema produtivo modernizado (DELUIZ, 2001).

Há correntes pedagógicas críticas que defendem a formação do trabalhador em seu sentido emancipatório, com a preocupação em construir modelos de formação que contemplem tanto a dimensão técnica, quanto ético-política, que valorizem do saber tácito em confronto com o conhecimento academicamente adquirido.

Por outro lado, também ocorrem movimentos para o desenvolvimento de currículos que contemplem o ensino baseado em princípios de globalização, integração, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade (RAMOS, 2001). Estes currículos podem ser construídos para reproduzir e disseminar o saber hegemônico.

A formação profissional em saúde deve ser construída a partir de situações concretas que possibilitem a mobilização de recursos intelectuais do sujeito para análise crítica do seu processo de trabalho e realização de atividades profissionais. A partir da reflexão crítica das experiências, o trabalhador torna-se um agente com consciência autônoma e de mudanças societárias.

O relatório discute a formação de trabalhadores e o currículo sob a abordagem baseada em competências. Apresenta a definição de Epstein e Hundert: “Competência é o uso habitual e criterioso de comunicação, conhecimentos, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções valores e reflexão sobre a prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade a serem servidos.” Considera competência, conjunto de atributos para o desempenho de tarefas que gerem resultados de acordo com as necessidades dos indivíduos e comunidade. A definição corresponde diretamente a concepção originária do mercado, em que trabalhadores utilizam diferentes saberes para corresponder as tarefas indeterminadas características do trabalho flexível.

Este estudo discute a formação profissional em cursos superiores da saúde a partir da concepção de competências apresentada no relatório, sua utilização como forma adaptadora do comportamento humano à realidade contemporânea e sua conotação utilitarista e pragmática do conhecimento.

Conforme Saviani (2003, p.136 *apud* Santos & Blengini, 2010, p.5) a escola se constitui no mecanismo por meio do qual os integrantes da sociedade se apropriam daqueles elementos instrumentais para a sua inserção efetiva na própria sociedade. Logo, o espaço de formação fornece elementos para produção da existência humana na sociedade.

Para Mézaros (1981, p.273) a educação tem duas funções na sociedade capitalista: produzir trabalhadores qualificados para o funcionamento da economia e atuar como instrumento para um controle político.

A educação profissional brasileira desenvolveu-se a partir da luta de classes em diversos espaços sociais e manifestações dos educadores na tentativa consolidar um sistema de educação mais “saudável”, com resistência a lógica mercantil capitalista, que é uma lógica centrada na necessidade do mercado de trabalho e interesses da burguesia.

Toda prática educativa tem uma intencionalidade, seus objetivos são propostos a partir de um contexto social dado historicamente. Assim, modelos formativos são construídos a partir valores e conceitos que definem um modo de pensar e agir. A Educação pode atuar como força conformadora, que significa formar trabalhadores passivos, que buscam somente adaptar-se a realidade do mercado e responder adequadamente às suas demandas ou emancipatória.

A educação emancipatória propõe mecanismos que possibilitem à classe trabalhadora construções intelectuais para direção da história, concebe o conhecimento como ferramenta para formação da consciência autônoma e instrumento estratégico de mudanças societárias.

Em oposição a esta concepção, a formação escolar neoliberal, tem como objetivo formar pessoas empreendedoras e colaboradoras sob o ponto de vista técnico e ético político, com ações voltadas ao aprimoramento e reforço da realidade social vigente, que não questionam conceitos nem mesmo confrontam valores para tornarem -se agentes para transformação social. É um modelo formação que apresenta viés conformador.

Uma educação escolar é emancipatória quando permite a construção científica, ético política e técnica comprometida com o destino da humanidade, que permite ao trabalhador pensar e decidir com autonomia o rumo da sua própria vida e como membro de uma comunidade. Deve valorizar a conservação da memória cultural do país e da humanidade, reconhecendo-a como força propulsora de transformação da sociedade e fator importante para compreensão da sua historicidade (SANTOS, NEVES e PRONKO, 2007).

As autoras afirmam que, uma das condições político- pedagógicas para concretização de diretrizes educacionais emancipatórias é a “formação de professores da

educação básica e superior direcionada para uma educação de base científica e humanística, crítica e criativa, comprometida com a construção de uma sociedade igualitária” (idem, p.169).

O trabalho é concebido como princípio educativo na educação escolar emancipatória, a partir de sua concepção ontológica, que o entende como o modo de produção da existência humana e eixo central das relações, sua ligação é direta a educação a partir da perspectiva de prática dirigida a emancipação.

Portanto, a educação profissional superior em saúde pode seguir projetos que estão em plena disputa no cenário contemporâneo. A formação baseada em competências apresentada no relatório parece seguir um modelo de formação conformador, que pretende atender a demanda do mercado, quando descreve a necessidade em formar trabalhadores para atender as novas necessidades da população em saúde no novo século.

As novas necessidades, ou mudança do perfil populacional destacada no relatório, correspondem a mudanças no mercado. Um mercado atravessado por intensas diferenças tanto quanto a oferta e a demanda de trabalhadores entre os países (números de graduados), quanto pela diferença entre número de instituições formadoras distribuídas em todo mundo.

A Educação Profissional emancipatória valoriza a singularidade dos sujeitos, sua trajetória de vida, e que proporcionem experiências de aprendizagem ricas, no sentido de mobilizar habilidades para problematização do universo do trabalho e a participação ativa na construção dos processos de trabalho.

O relatório aponta que diferentes estruturas curriculares nos diferentes países correspondem um problema por formarem profissionais com diferentes perfis, o que atrapalha o formação de um trabalhador apto a exercer seu ofício em qualquer país.

A definição de estrutura curricular única pode apagar a singularidade das diferentes regiões e as necessidades locais.

O relatório indica a cooperação de países, através de consórcios para colaboração e progresso “mútuo”. Cita como exemplo a Fundação da escola médica da Nigéria, com a colaboração da Johns Hopkins. Isto nos indica a direção dada pelo relatório em disseminação o modelo de formação dos países ricos para os demais países. Esse “novo” trabalhador emerge para servir ao mercado global em saúde em construção no século XXI,

impulsionado pelo modelo de formação dominante, que pretende formar o trabalhador flexível, capaz de atender as tarefas indefinidas do trabalho em rede.

Abordamos no capítulo a visão originária do setor produtivo e a visão educacional sobre a noção de competências. São noções distintas, que buscam propostas e estratégias sociais diferenciadas e buscam hegemonia em seus projetos políticos.

A noção de competência, sob a visão do setor produtivo, no contexto do neoliberalismo e do capital, é aquela definida como a “capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos (saber), habilidades (saber fazer) e valores (saber ser), necessários para o desempenho eficiente e eficaz do trabalho” (DE LUIZ, 2001). É orientada para a empregabilidade, a flexibilidade, a polivalência, a autonomia regulada, e desenvolvimento competências profissionais.

A palavra competência torna –se competências, no plural, porque corresponde a uma lista de atributos, que correspondem a competências técnicas, comunicativas e comportamentais que são exigidas pelos trabalhadores para atender mudanças sociais, econômicas e políticas da sociedade contemporânea. Pretende garantir tais competências através da educação escolar.

A noção de competência, em uma visão educacional, a considera como um:

“conjunto de conhecimentos, qualidades, capacidades, aptidões que habilitam o sujeito para a discussão, a consulta, a decisão de tudo que concerne um ofício supondo conhecimentos teóricos fundamentados, acompanhados das qualidades e da capacidade que permitem executar as decisões sugeridas” (Tanguy & Ropé, 1997 apud Ramos, 2001).

Esta noção educacional de competências, segundo Ramos (2011):

“em vez de se partir de um corpo de conteúdos disciplinares existentes, com base no qual se efetuam escolhas para cobrir os conhecimentos considerados mais importantes, parte-se de situações concretas, recorrendo-se às disciplinas na medida das necessidades requeridas por essas situações.” (P. 221)

O relatório aponta que as competências equipam os profissionais de saúde para a resolução de problemas (p.39). Ao primeiro olhar esta afirmação parece indicar que as competências conferem ao trabalhador autonomia para solução de situações muitas vezes imprevistas em seu cotidiano de trabalho. Porém, precisamos identificar se o sentido dado ao termo competência corresponde apenas ao uso de atributos para resolução de problemas

imediatos, que respondem rapidamente ao objetivo de obter maior produtividade.

A comissão revela que existe um desequilíbrio, entre os países, em relação ao número de médico e enfermeiros. Existem países com sub-oferta de profissionais e outros que possuem grande número de formados. E nos esclarece sobre o que significa, no relatório, a interdependência entre o sistema de saúde e sistema de educação.

“É o mercado de trabalho que regula o ajuste ou desajuste entre a oferta e a demanda de profissionais de saúde... Em circunstâncias ótimas, há um equilíbrio entre as necessidades da população, a demanda de profissionais pelos sistemas de saúde e o fornecimento destes pelo sistema de educação” (p.8)

Portanto, para a comissão, o sistema de educação deve formar profissionais para suprir as necessidades do mercado de trabalho, porém não discute os fundamentos, concepções educacionais para sua formação.

Considera que a interdependência vai além da exportação e importação de médicos e enfermeiros entre países. Há exportação de escolas. Instituições formadoras dos países ricos estabelecem unidades filiadas nos países de economias emergentes.

“A exportação de escolas parece se concentrar das Universidades de renome dos países ricos para os países emergentes ou ricos em recursos naturais, buscando atender as demandas do mercado” (p.38).

Nota-se a formação de um mercado global de profissionais de saúde, que pretende formar trabalhadores com competências para responder as demandas globais. Médicos e Enfermeiros, para a comissão, são recursos que devem possuir competências que os possibilitem ser alocados em diferentes locais de acordo com a necessidade do mercado e, portanto, substituídos quando houver necessidade.

A abordagem feita no relatório sobre o chamado “Novo Profissionalismo”, está diretamente relacionada a noção de competências. O relatório descreve o novo profissionalismo para o século XXI como “Um conjunto de atitudes, valores e comportamentos comuns que deve ser desenvolvido como o alicerce para uma nova geração de profissionais”. Pretende “promover a qualidade, abraçar o trabalho em equipe, manter uma forte ética de serviço e ser centrado em torno dos interesses dos pacientes e das populações”. (p.33)

Cabe destacar, o desejo de uniformidade dos comportamentos. Encontramos no relatório várias afirmações sobre a necessidade de profissionais que atendam ao novo cenário de saúde formado no século XXI, que é marcado pelo processo de globalização e interdependência. Isto indica a proposta de uma formação padronizada para todo o mundo, e assim os trabalhadores podem migrar para diferentes países evitando confrontos causados por modelos de formação diferentes.

Uma vez que, esse "novo cenário" já está dado, isto é, as necessidades mundiais já foram identificadas e precisam de respostas urgentes e uniformes em todo o mundo, a proposta configura um modo de formação de adaptação do trabalhador, ao cenário mundial, em detrimento das diferenças locais.

É uma proposta que dá ênfase na construção de uma "identidade mundial" para os trabalhadores e a instituição escolar tem a função "normatizar" condutas, primando por profissionais que são capazes de atender as demandas mundiais de forma ordeira e civilizada, por meio de uma educação conformadora.

O relatório propõe uma reforma educacional institucional e instrucional com "visão compartilhada e estratégia comum, com adaptação criativa dos recursos globais para lidar com as prioridades locais" (p.2) A reforma institucional tem como desfecho proposto "interdependência da educação", que implica a formação de redes, alianças e consórcios e o fluxo global de conteúdos educacionais (características do trabalho flexível). A reforma instrucional tem como desfecho proposto a "aprendizagem transformadora", que corresponde à busca de informações, análise e síntese, a partir do uso da tecnologia da informação.

A "aprendizagem transformadora" do relatório é limitada pela indicação da busca por informações e análise delas para a construção do conhecimento, a partir do modelo da medicina baseada em evidências e uso da tecnologia da informação.

De fato, a Formação do trabalhador em saúde deve estar voltada a realidade do século XXI, realidade que é atravessada por mudanças tecnológicas que configuram transformações nas relações de trabalho, mas esta nova realidade também é atravessada por outras relações sociais que estão em constante disputa.

A EPS sob uma perspectiva emancipatória pode ser construída através de

mecanismos que favoreçam a reflexão do trabalhador sobre toda a dinâmica social que envolve os seus processos de trabalho, em que o trabalhador seja agente ativo na configuração destas novas relações.

O ajuste a esta nova realidade torna –se um problema quando ela ocorre pela simples conformação do trabalhador a esta realidade, quando a formação não privilegia a análise e o raciocínio crítico, e o trabalhador torna –se um agente passivo.

As competências, pretendem atender aos princípios do trabalho flexível, produzir trabalhadores que apresentem características para respostas imediatas em curto prazo.

A educação emancipatória, pretende favorecer construção do conhecimento e desenvolvimento das potencialidades do indivíduo, a partir de mobilização de habilidades como a comunicação, os valores, emoções. Deve ocorrer a partir da organização de um conteúdo curricular que contemple situações que permitam a construção do conhecimento em uma dimensão ampliada. Formação que associe o saber tácito ao academicamente construído. Segundo Ramos, (2011):

"o ponto convergente da discussão curricular que toma o desenvolvimento de competências como referência, é a crítica à compartimentação disciplinar do conhecimento e a defesa de um currículo que ressalte a experiência concreta dos sujeitos como situações significativas de aprendizagem." (P.260)

Encontramos no relatório algumas referências sobre a construção de conteúdos curriculares. O relatório aponta como um objetivo educacional o alinhamento da abordagem baseada em competências ao currículo. Indica o currículo como instrumento para alcançar as competências necessárias. (p.29).

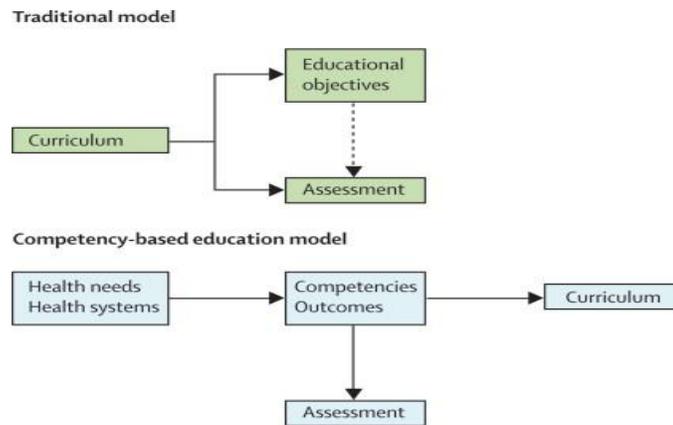
Compara o modelo de currículo tradicional, ao currículo baseado em competências, e aponta que o primeiro desenha os objetivos educacionais, e norteia a avaliação. O currículo fica muitas vezes ligado a um “legado histórico que codifica as tradições” (p.29).

Ao longo do tempo é raramente reexaminado, as suas modificações ocorrem apenas para acomodar novas informações.

Faz uma crítica ao currículo no modelo tradicional, considera que os objetivos educacionais é que devem conduzir o currículo e não o contrário. Já a definição do conteúdo do currículo baseado em competências é apresentado na figura 3, tendo o seu início com a identificação das necessidades de saúde e dos sistemas de saúde e

posteriormente a definição das competências. A avaliação é realizada através das próprias competências geradas, se elas foram ou não atingidas. Como é apresentado na figura a seguir:

Figura 3: Currículo Tradicional e currículo baseado em competências



Fonte: Relatório Frenk & Chem (2010)

A posição da comissão frente a definição de conteúdos curriculares foi breve. Indica a necessidade de delinear currículos baseados em competências, como uma evolução ao modo tradicional, porém não nos esclarece quanto as diretrizes para sua construção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão teórica apresentada é resultado do desejo em realizar um debate sobre a temática Educação Profissional em Saúde nos cursos superiores a partir da publicação do relatório, aqui denominado Frenk e Chen, em 2010, na revista LANCET.

No relatório Frenk e Chen, tomamos os conceitos de saúde global, medicina baseada em evidências e competências, como centrais para a esta discussão.

São movimentos já iniciados desde o último século e apresentam materialidade na proposta apresentada pela comissão.

A noção de competências apresentada relaciona - se com o sentido de uma educação conformadora, aquela em que o trabalhador recebe informações e mobiliza seus saberes para resolução de problemas imediatos dados pelo exercício de um ofício, característica do trabalho flexível. O uso do termo aparece de acordo com a concepção originária do mercado, como habilidade ou capacidade técnica.

A EPS em seu sentido emancipatório rompe com a formação que pretende adaptar, ajustar o trabalhador ao mercado, passivo ao seu processo de trabalho. Ela resulta no desenvolvimento de sujeitos com compromissos coletivos, através de experiências de aprendizagem significativas.

A consideração da saúde mundial, de todos os países como um bloco único segue o movimento das mudanças dado pela dinâmica do mercado, da nova sociabilidade capitalista.

O movimento global , informações, pessoas, tecnologias e saberes, característico deste século, segue o movimento de mundialização do capital. Porém, a disseminação de saberes hegemônicos pode ocasionar o silenciamento de outros saberes, aqueles construídos por diferentes tradições e negligenciar a diversidade de conhecimentos e práticas.

O uso da medicina baseada em evidências não corresponde a um novo “paradigma assistencial e pedagógico” porque não rompe com os modos lógico-rationais de produção de conhecimento científico. Não representa uma inovação pedagógica porque trata de muitos conceitos e princípios já conhecidos.

Este estudo identificou que a proposta apresentada no relatório Frenk e Chen

apresenta elementos para a normatização de um modo de formação que não encerra o modo tradicional, que tem fins instrumentais e pragmáticos.

As transformações das relações de mercado e sociais, e a redefinição do papel do papel do Estado influenciaram nas últimas décadas e ainda influenciam o planejamento e implementação das políticas sociais.

O relatório é rico para a discussão da EPS, porque apresenta vários conceitos que se inter-relacionam na construção do cenário do século XXI, o que não surpreende, porque, como considerou Marx, a realidade concreta é síntese de várias determinações.

É relevante e necessário problematizar novas propostas e projetos que surgem, antes de adotá-los como diretrizes para formação de trabalhadores ou para organização do trabalho em saúde. Novas propostas podem encobrir velhas concepções, que embora apresentem-se sob nova roupagem, podem perpetuar relações de poder, opressão e desigualdade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em Saúde Global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados.

RECIIS: revista eletrônica de comunicação e informação científica & inovação em saúde, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 148-164, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/355/512>>. Acesso em: 2 fev. 2013.

ATALLAH, Álvaro Nagib. A incerteza, a ciência e a evidência. **Revista Diagnóstico e tratamento**, São Paulo, v. 9, n.1, p. 27- 28, 2004.

ATALLAH, Álvaro Nagib; CASTRO, Aldemar Araújo. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência a boa prática. **Revista Imagem**, São Paulo, v.20, n.1, p. 5-9, 1998.

BATISTELA, Everton Marcos. Sociedade, Natureza e Modernidade: Crítica a razão moderna, **Perspectivas e Dimensões**, Paraná, ed. 1, 2009. Disponível em: <http://sites.sudoesteonline.com.br/vizivali/revista/artigos_indiv.asp?id=2>. Acesso em: 18 dez. 2012.

BERLINGUER, Giovanni. Globalização e saúde global. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, jan./abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 dez. 2012.

BLENGINI, Ana Paula; SANTOS, Aline Buy. **O trabalho como princípio educativo na educação básica**: construindo uma nova hegemonia para além da lógica utilitarista do capital. Disponível em: <<http://www.estudosdotrabalho.org/anais6seminariodotrabalho/alinebuyeanapaulablengini.pdf>>. Acesso em: 1 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Evidências científicas: informação para gestão: texto de difusão técnico-científica do Ministério de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p.1084-1085, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: a clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Requisitos mínimos do Programa de Residência de Enfermagem UNIRIO-INTO. Rio de Janeiro: MS, 2009.

BOURDIEU, Pierre. **Sociologia**. São Paulo. Editora Ática, 1983.

BROWN, Theodore. M; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. A transição de saúde pública internacional para “global” e a Organização Mundial de Saúde. **História ciência Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, jul./set. 2006.

CASTIEL, Luís David; PÓVOA, Eduardo Conte. Dr. Sackett & “Mr.Sacketeer”. Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 205-214, jan./ fev. 2001.

COMTE, Augusto. **Curso de filosofia positiva**: discurso preliminar sobre o conjunto do positivismo: catecismo positivista. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os Pensadores).

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e política**: a dualidade de poderes e outros ensaios. São Paulo: Editora Cortez,1994.

COSTAS, Luciano Rodrigues. A crise do fordismo e o embate entre qualificação e competência: conceitos que se excluem ou que se complementam?. **Política & trabalho**: revista de ciências sociais, Paraíba, n. 26, p. 127-142, Abr. 2007.

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Revista Formação**, Brasília, v. 2, p. 7- 16, 2001.

DELUIZ, Neise; GONZALEZ, Wania; PINHEIRO, Beatriz. ONGs e políticas públicas de educação profissional: propostas para a educação dos trabalhadores. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 29-41, 2003.

DIB, Regina Paolucci El. Como praticar Medicina Baseada em Evidências. **Jornal Vascular Brasileiro**, São Paulo, v. 6, n.1, p.1-4, 2007.

DRUMMOND, José Paulo; SILVA, Eliezer. **Medicina baseada em evidências**: novo paradigma assistencial e pedagógico. São Paulo, Editora Atheneu, 1998.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Saúde no século 21: novos desafios devem definir os rumos da formação. **Revista RETS**, Rio de Janeiro, v.3, n.9, p. 2-9, jan./fev./mar. 2011.

FERRETTI, Celso João. O Pensamento Educacional em Marx e Gramsci e a concepção de politécnica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, supl., p 105- 128, 2009.

FILHO, Edmilson Vieira Gaia. Medicina baseada em evidências: quais os limites?.**Jornal Pneumologia**, São Paulo, v. 26, n. 6, Dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862000000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2012.

FRENK, Julio. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in a interdependent world. **The Lancet**, v. 376, p. 1923-1958, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journal/lancet/article/PIISO140-6736%2810%2961854-5/fulltext>>. Acesso em: 2 Abr. 2011.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. 17. ed. São Paulo: Ed. Loyola, 2008.

HOBSBAWM, Eric. **A era dos extremos**: o breve século XX (1914-1991). São Paulo: Cia das letras, 1995.

HOLANDA, Francisca Helena de Oliveira; FRERES, Helena; GONÇALVES, Laurinete Paiva. A pedagogia das competências e a formação de professores: breves considerações críticas. **Revista Eletrônica Arma da Crítica**, Fortaleza, v.1, n.1, p.122-135, 2009.

IRIART, Celia. Capital financeiro versus complejo médico industrial: los desafios de las agencias regulatorias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p.1619-1626, 2008.

LARANJEIRA, Sonia Maria Guimarães. As transformações do trabalho num mundo globalizado. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 2, n. 4, p.14-19, jul./ Dez. 2000.

LEE, Kelley; BUSE, Kent; FUSTUKIAN, Suzanne. **Healthy Policy in a Globalising world**. New York, Melbourne: Cambridge University Press, 2002.

LIMA, Julio Cesar França. **Política de Saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

LIPIETZ, Alain. O mundo do pós-fordismo. **Revistas Eletrônicas FEE**, Rio Grande do Sul, v. 24, n. 4, 1997. Disponível em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/article/viewFile/1256/1613>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

LUZ, Madel Therezinha. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LYONS, John; MCKAY, Betsy. Tobacco deal haunts contender for who chief: seen as industry blueprint, pact with cigarette makers may be dr. frenk's undoing. **The wall street journal Atlanta**, 24 out. 2006. Disponível em: <<http://online.wsj.com/article/SB116164895471701497.html>>. Acesso em: 6 out. 2012.

MATTA, Gustavo Correa; MORENO, Arlinda Barbosa. Saúde global: uma abordagem crítica a partir da obra de Boaventura de Sousa Santos. In: NUNES, J.A; BARROS,M.H (Org.) **Produção do conhecimento e agir político**. 1. ed. Portugal: Editora Almedina. (No prelo).

MATTOS, Ruben Araújo. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2012.

MARTINS, André Silva. **A direita para o Social**: a educação da sociabilidade no Brasil Contemporâneo. Minas Gerais: Editora UFJF, 2009.

MÉSZÁROS, István. **Marx**: a teoria da alienação. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.

NASCIMENTO, Edna Maria Magalhães. Pragmatismo: uma filosofia da ação. **Revista Redescrições**: revista on line do GT de Pragmatismo, Ano 3, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.gtpagmatismo.com.br/redescricoes/edicao4.htm>>. Acesso em: 23 dez. 2012.

NEVES, Lucia Maria Wanderley. **Direita para o social e esquerda para o capital**: intelectuais da nova pedagogia da hegemonia. São Paulo: Xamã editora, 2010.

OLIVEIRA, Debora Aparecida Lentini. **Práticas clínicas baseadas em evidências**: módulo pedagógico. Disponível em: <http://www.nesc.ufg.br/uploads/19/original_Pr_ticas_cl_nicas_baseadas_em_evid_nci_as.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Evidence Informed Policy Network. 2005. Disponível em: <http://global.evipnet.org/?page_id=37>. Acesso em: 1 nov. 12.

OXMAN, Andrew. et al. **O que é políticas baseadas em evidências?**. Disponível em: <espace.eportuguese.org/tiki-download_file.php?fileId=413>. Acesso em: 10 nov. 2012.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; Da ROS, Marco Aurélio .O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista brasileira de educação médica**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 492 -499, 2008.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1527- 1534, 2003.

PEREIRA, João Marcio Mendes.**O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-2008)**. 2009. 386f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense. Niterói.2009.

PÓVOA, Eduardo Conte. **Entre escuta e a ausculta**: uma crítica à racionalidade médica ocidental, centrada na medicina baseada em evidências. 2002. 92 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2002.

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação?. 4.ed. São Paulo, Cortez editora, 2011.

RAMOS, Marise Nogueira. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Revista Formação**, Brasília,v.2, p.19 -27, 2001.

RAMOS, Marise Nogueira. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; UFRJ editora. 2010.

ROCHA, Paulo de Medeiros. **Banco Mundial e saúde**: a marca liberal dos anos 90. Rio de Janeiro: UERJ, 1999. (Estudos em saúde coletiva, 196).

SANTOS, Marco Antonio; NEVES, Lúcia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela Alejandra. **Fundamentos da educação escolar do Brasil Contemporâneo**. Rio de Janeiro. EPSJV, FIOCRUZ. 2007. (Série Caderno de Debates).

SAVIANI, Demerval. A pedagogia crítica e a defesa do ensino público. **Caros Amigos**, São Paulo, n. 53, p. 7, jun. 2011.

SENNETT, Richard. **A corrosão do caráter** : as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 17.ed. Rio de Janeiro: Record, 2012 .

SIMIONATTO, Ivete; LUZA, Edinaura. Estado e sociedade civil em tempos de contrarreforma: lógica perversa para as políticas sociais. **Textos & Contextos**: revista eletrônica da Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre. v. 10, n. 2, p. 215 - 226, ago./dez. 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/9830/7329>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

SILVA, Ilse Gomes. A reforma do Estado Brasileiro nos anos 90: processos e contradições. **Lutas Sociais. Revista do Núcleo de Estudos de Ideologias e lutas sociais**. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.pucsp.br/neils/downloads/v7_ilse_gomes.pdf> Acesso em: 15/01/2013.

SILVA, Vitor Rosa. **O positivismo de Auguste Comte**: A lei dos três estados. Trabalho monográfico (Pós-graduação *lato sensu* em Filosofia Contemporânea) - Faculdade São Bento da Bahia, Salvador, 2010. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/66047373/O-POSITIVISMO-DE-AUGUSTE-COMTE-A-LEI-DOS-TRES>>. Acesso em: 23 dez. 2012.

SIQUEIRA, Sandra. A relação entre a ciência e o senso comum: para a compreensão do patrimônio cultural de natureza material e imaterial. **Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, São Paulo, 2010. Disponível em: <www.pontourbe.net/edicao9-cirkula/202-a-relacao-entre-ciencia-e-senso-comum-para-uma-compreensao-do-patrimonio-cultural-de-natureza-material-e-imaterial+%22racionalidade+cient%3%ADfica+moderna%22&cd=16&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 23 dez. 2012.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Estado capitalista e política social**. Association Latinoamericana de Medicina Social, jul.1987.

TONELLI, Mark. Why Alternative Medicine Cannot be Evidence-based. **Academic Medicine**, v.76, n.12, p.1213- 1220, dec.2001.

VIDAL, Marina Valeria. **Pressupostos políticos-ideológicos e características do terceiro setor no âmbito das Políticas Sociais da Argentina**. 2006. 148f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)- Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. **Total de folhas**. Disponível em: <http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0410368_06_cap_02.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.

WALKER, Robert Kenyon; SILVA, Francisco de Assis Batista. **O relatório flexner e a educação médica: estudo de caso de avaliação do ensino superior**. Disponível em: <www.senaaires.com.br/revistavirtual/artigos/artcient/artcient2.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2010.