

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

Carlos José Moreno Pinto

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:
uma análise das ações de EPS do Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro

2017

Carlos José Moreno Pinto

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:
uma análise das ações de EPS do Estado do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Prof.^a Dra. Monica Vieira

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

P659p

Pinto, Carlos José Moreno

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: uma análise das ações de EPS do Estado do Rio de Janeiro / Carlos José Moreno Pinto. - Rio de Janeiro, 2017.

123 f.

Orientadora: Monica Vieira

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

1. Educação Permanente. 2. Educação Permanente em Saúde. 3. Comissão Permanente de Educação Ensino-Serviço. 4. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. I. Vieira, Monica. II. Título.

CDD 374

Carlos José Moreno Pinto

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:
uma análise das ações de EPS do Estado do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz.

Aprovado em 31/03/2017

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Mônica Vieira (FIOCRUZ/EPSJV)

Dr^a Márcia Lopes (FIOCRUZ/EPSJV)

Dr^a Tânia França (IMS/UERJ)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos professores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e seus colaboradores, que de forma direta e indireta estiveram envolvidos no processo de minha formação e a dos demais alunos do mestrado.

Dos professores que conheci nessa jornada, dedico um agradecimento carinhoso a minha orientadora Prof. Mônica Vieira, dedicada e paciente, soube conduzir o trabalho de forma serena, com ideias e sugestões que foram de extrema importância, e foi muito gratificante ter usufruído de sua experiência e de seu saber, algo que guardarei para sempre.

Outras ideias e sugestões brilhantes vieram das professoras Márcia Lopes e da Professora Tânia França, o que me fez enxergar outros rumos mais sensatos para realizar a pesquisa. Agradeço as duas professoras por isso.

Agradeço aos meus amigos: Manassés Moura e Alcione Abreu, que tiveram uma importância fundamental na elaboração do projeto inicial para meu ingresso na Escola Joaquim Venâncio.

Agradeço ao meu amigo Gilson, que me deu a oportunidade de conhecer de perto o trabalho de uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, o que possibilitou, mais tarde, a minha presença na CIES/RJ.

Agradeço a minha esposa Madalena que sempre esteve junto, dando força e coragem para eu continuar prosseguindo no mestrado, junto vinha também o apoio dos meus familiares que acompanham minha trajetória profissional e sabem que nada foi fácil. Com toda essa ajuda, tenho a certeza que a autoria dessa pesquisa não é só minha, foi uma construção coletiva onde todos tiveram sua parte de colaboração, por isso agradeço “de coração” a todos vocês.

*“Há escolas que são gaiolas e há
escolas que são asas.*

*Escolas que são gaiolas existem para
que os pássaros desaprendam a arte do
vôo. Pássaros engaiolados são pássaros
sob controle. Engaiolados, o seu dono
pode levá-los para onde quiser.
Pássaros engaiolados sempre têm um
dono. Deixaram de ser pássaros. Porque
a essência dos pássaros é o vôo.*

*Escolas que são asas não amam
pássaros engaiolados. O que elas amam
são pássaros em vôo. Existem para dar
aos pássaros coragem para voar.
Ensinar o vôo, isso elas não podem
fazer, porque o vôo já nasce dentro dos
pássaros. O vôo não pode ser ensinado.
Só pode ser encorajado. ”*

(Rubem Alves)

RESUMO

A dissertação apresenta uma análise das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) no âmbito de execução da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Estado do Rio de Janeiro (CIES/RJ), tendo como recorte o período de sua criação no ano de 2009, até o final do ano de 2016. A pesquisa identificou os temas mais relevantes, discutidos nas reuniões ordinárias da CIES/RJ, os quais foram tomados como eixos principais para a análise das ações de EPS. A metodologia da pesquisa foi de caráter qualitativo, utilizado como recurso a análise de conteúdo de Bardin, onde foram selecionados diversos documentos relacionados com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), sendo que os principais foram: as Atas de reunião da CIES/RJ; os Planos Estaduais de EPS/RJ; e os encontros Estaduais de EPS/RJ em especial o III Encontro, ocorrido em dezembro de 2016. O estudo teve como objetivo principal, compreender a noção da relação trabalho-educação e o sentido de qualificação, presente nos temas selecionados para análise, os quais estiveram em pauta com maior frequência nas reuniões da CIES/RJ, que foram: a elaboração do regimento interno da CIES/RJ; cursos e capacitações; e a execução dos recursos financeiros da PNEPS. A partir desses temas foi possível concluir que a relação trabalho-educação e o sentido de qualificação, são noções que atendem ao modo de produção existente, onde foi observada uma preocupação maior em criar meios e estratégias de garantir um conhecimento ao trabalhador, para que este desempenhe sua função da melhor forma possível, nas várias etapas de produção da saúde.

Palavras-chave: Educação Permanente. Educação Permanente em Saúde. Comissão Permanente de Educação Ensino-Serviço. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. CIES.

ABSTRACT

The dissertation presents an analysis of the actions of Permanent Education in Health (EPS) in the scope of execution of the Permanent Commission of Integration Teaching-Service of the State of Rio de Janeiro (CIES/RJ), taking as a cut the period of its creation in the year 2009, until the end of the year 2016. The research identified the most relevant topics discussed at the Ordinary meetings of the CIES/RJ, which were taken as main axes for the analysis of the actions of EPS. The research methodology was qualitative, used as a resource for the content analysis of Bardin, where several documents related to the National Policy of Permanent Education in Health (PNEPS), being the main ones: the meeting agendas of CIES/RJ; The State Plans of EPS/RJ; and the state meetings of EPS/RJ – especially the III Meeting, which took place in December 2016. The case study has had as its primary objective, to understand the notion of the relation work-education and the sense of qualification, present in the related themes for analysis, which have been at hand more frequently in the CIES/RJ meetings, which were: the elaboration of the internal regimen of the CIES/RJ, courses and training and the PNEPS's financial resources execution. From these themes it was possible to conclude that the work-education relation and the sense of qualification are notions that are adequate regarding the existing production procedure, in which a bigger concern in creating means and strategies of guaranteeing knowledge to a worker could be observed, so one can perform one's function the best way possible, in the many stages of Health Production.

Key Words: Permanent Education; Permanent Education in Health; Permanent Commission of education-service; National Policy of Permanent Education in Health; and CIES/RJ.

LISTA DE SIGLAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica
ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
BM – Banco Mundial
CADRHU - Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde
CEA – Centro de Estudos e Aperfeiçoamento
CEEAL - Curso de Especialistas em Educação para América Latina
CES – Conselho Estadual de Saúde
CGES - Coordenação Geral de Educação em Saúde
CGESP – Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas
CGR - Colegiado de Gestão Regional
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIES – Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNRH - Conferências Nacionais de Recursos Humanos para Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COAPES - Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
CODEP - Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DF – Distrito Federal
DGERTS - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
ENADE - Exame Nacional de Desempenho do Estudante
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
EPS – Educação Permanente em Saúde

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ERJ – Estado do Rio de Janeiro
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ETIS - Escola Técnica Isabel dos Santos
FAETEC - Fundação de Apoio à Escola Técnica
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FNEPAS - Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
GDP - Gerência de Desenvolvimento de Projetos
GERUS - Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde
GM – Gabinete do Ministro
HEAL – Hospital Estadual Azevedo Lima
HSL - Hospital Sírio Libanês
HUAP – Hospital Universitário Antônio Pedro
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IEP – Instituto de Ensino e Pesquisa
IMS – Instituto de Medicina Social
INEP – Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa
INIGRANRIO - Universidade do Grande Rio
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA - Lei Orçamentária Anual
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
NEP – Núcleo de Educação Permanente
NOB/RH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OCDE - Organização para Cooperação no Desenvolvimento Econômico
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
OSS – Organização Social de Saúde
PAREPS - Plano de ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PAS – Programação Anual de Saúde
PCCS - Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PEEPS - Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PPA – Plano Plurianual de Saúde

PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

PROADI-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS

PROGESUS - Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS

PS – Plano de Saúde

PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira

RAG – Relatório Anual de Saúde

RJ – Rio de Janeiro

SECTI - Secretaria de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação

SEDS - Superintendência de Educação em Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SESDEC - Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SINDSPREV - Sindicato dos trabalhadores da Saúde, Trabalho e Previdência Social

SJC - Subsecretaria Jurídica e Corregedoria

SUS – Sistema Único de Saúde

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNESA - Universidade Estácio de Sá

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNIFESO – Centro Universitário Serra dos Órgãos

UNIG - Universidade de Nova Iguaçu

UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UNIVERSO - Universidade Salgado de Oliveira

UPA–Unidade de Pronto Atendimento

VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do SUS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 - A CONCEPÇÃO HISTÓRICO-ONTOLÓGICA DA RELAÇÃO TRABALHO-EDUCAÇÃO	17
1.1 RELAÇÃO TRABALHO-EDUCAÇÃO E A FORMAÇÃO HUMANA	18
1.2 A ESCOLA E OS MODOS DE PRODUÇÃO CAPITALISTA	21
1.3 A FORMAÇÃO PARA O MUNDO DO TRABALHO	24
1.4 COMPETÊNCIA X QUALIFICAÇÃO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	30
1.5 A LÓGICA DA COMPETÊNCIA NO SÉCULO XXI	36
CAPÍTULO 2 - EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA PARA O SUS	39
2.1 DA NOÇÃO AO CONCEITO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	39
2.2 A RELAÇÃO DE ORGANISMOS INTERNACIONAIS COM A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	44
2.3 OS PASSOS PARA CRIAÇÃO DA PNEPS E A INFLUÊNCIA DO GOVERNO LULA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO SUS	48
2.4 OS IDEÁRIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	52
CAPÍTULO 3 - PERCURSO METODOLÓGICO	61
3.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	61
3.2 APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS SELECIONADOS: E SUA RELEVÂNCIA NA PESQUISA	64
3.3 APRESENTAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: PANORAMA DEMOGRÁFICO E ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS	66

3.4 SITUAÇÃO POLÍTICA E ECONÔMICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	70
3.5 ESTRUTURA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UM BREVE HISTÓRICO DAS MUDANÇAS COM ÊNFASE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE À ATUAL SITUAÇÃO DA CIES/RJ	72
3.6 CIES/RJ: QUAL O SEU PAPEL?	76
CAPÍTULO 4 - CIES/RJ E O SEU PROCESSO DE TRABALHO FRENTE A PNEPS	85
4.1 REGIMENTO INTERNO DA CIES RJ	85
4.1.1 A relação trabalho-educação no processo de construção e de mudanças do Regimento Interno da CIES/RJ	86
4.1.2 A composição das representações de órgãos e instituições na CIES/RJ	87
4.2 OS CURSOS E CAPACITAÇÕES EM DISCUSSÃO NA CIES/RJ	90
4.3 EXECUÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DA PNEPS NO ÂMBITO DO ERJ	97
4.4 ENCONTROS ESTADUAIS DE EPS/RJ:	105
4.4.1 I Encontro de EPS do ERJ	105
4.4.2 I Encontro CIES/RJ	106
4.4.3 II Encontro Estadual de EPS/RJ	107
4.4.4 III Encontro Estadual de EPS/RJ: Avanços e Desafios	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	118

INTRODUÇÃO

Este estudo buscou analisar as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, desenvolvidas pela Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Estado do Rio de Janeiro (CIES/RJ). O período de análise considerou o ano de criação da CIES¹ em 2009 e se estendeu até 2016. A partir da EPS como tema central, o estudo teve como objetivo principal compreender a noção da relação trabalho-educação e o sentido de qualificação, presente nas ações selecionadas para análise.

A pesquisa torna-se relevante pela possibilidade de compreender se as ações formuladas e implementadas pela CIES/RJ estiveram em consonância com os ideários da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004. Para tanto, foram considerados os fatores que tornaram possível, assim como os que impossibilitaram e ou dificultaram os processos de formulação e implementação dessas ações, levando em conta o contexto político, social e econômico do período de análise dessas ações.

Além do objetivo geral, a pesquisa buscou alcançar os seguintes objetivos específicos: compreender o processo de formulação e implementação das ações de Educação Permanente em Saúde da CIES/RJ; identificar as ações formuladas neste período e quais foram implementadas; compreender a função dos representantes que integram a CIES/RJ; e entender de que forma se dá a relação da CIES/RJ com órgãos públicos e privados envolvidos nas ações de EPS.

A proposta de integração ensino-serviço no Sistema Único de Saúde (SUS), já estava prevista na lei federal nº 8.080 de 29 de setembro de 1990, a lei que criou o SUS, nesta mesma lei, encontra-se descrito como atribuição do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, o que já estava definido na Constituição Federal de 1988. A lei nº 8.080/90 previa a criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, cuja finalidade era:

Propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do (SUS), na esfera correspondente, assim

¹ A CIES/RJ foi criada através da deliberação conjunta do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES/RJ) com a Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ) nº 01 de 20 de março de 2009.

como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições. (BRASIL, 1990).

A Educação Permanente em Saúde não estava presente no SUS naquele momento. Sua descrição no SUS se dá em meados da década de 1990, relacionada com a formação e capacitações de profissionais da atenção básica, onde a integração do ensino-serviço se fazia através dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família.

A ideia de eleger a EPS como estratégia pedagógica no SUS, se concretiza num cenário de mudanças políticas no ano de 2003, a partir de reformulações na área de formação de recursos humanos para saúde. Consequente a esses fatos, foi instituída a PNEPS através Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004.

Na época a Educação Permanente em Saúde era efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde, definido como instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão. (BRASIL, 2004a).

A CIES é descrita a partir da Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS, e esta será a Portaria de referência em EPS, mesmo que não tenha sido descrito nela a revogação da Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, a qual instituiu a PNEPS.

Tanto a Portaria nº 198/2004 quanto a Portaria nº 1.996/2007, descrevem respectivamente as atribuições dos Pólos de Educação Permanente e das CIES, assunto que será descrito com mais detalhes no segundo capítulo desta dissertação.

Na instituição da PNEPS através da Portaria nº 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, cabe ressaltar algumas das considerações que o Ministério da Saúde (MS) descreveu e que colaboram na compreensão das propostas desta política.

Partes do texto de algumas delas fundamentam tais propostas, como: a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) na consolidação da Reforma Sanitária; responsabilidade do MS na ordenação e formação de recursos humanos para a área de saúde; a importância da integração ensino-serviço na saúde; a efetivação do controle da sociedade sobre o Sistema único de Saúde (SUS); qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde; a Educação Permanente como conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde; a Educação Permanente em Saúde realiza a

agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004b).

As demais considerações citadas tanto na primeira Portaria de fevereiro 2004 quanto na segunda Portaria de agosto de 2007 também são relevantes, mas as identificadas no parágrafo anterior são pontuais em relação à atenção, a gestão, a formação e ao controle social. Com isso, seria possível pensar que a PNEPS considera a EPS como uma nova estratégia de gestão para saúde?

Esta é uma questão passível de reflexão já que a EPS é contrária as estratégias anteriores que dizem respeito à gestão e, principalmente, à formação e qualificação dos profissionais de saúde. Os documentos de educação permanente criticam o entendimento dos termos formação e qualificação nos moldes da Educação Continuada, pois entendem que baseia-se na transmissão de informações e ações pontuais para um público específico. A EPS, por outro lado, estaria baseada em uma aprendizagem significativa, entendida por Ceccim como uma aprendizagem que “promove e produz sentidos além de propor que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços” (CECCIM, 2004, p. 49).

As ações de EPS analisadas nesta pesquisa referem-se a CIES do nível central do Estado do Rio de Janeiro (CIES/RJ) pois o Estado do Rio de Janeiro está dividido em nove regiões de saúde: Bahia da Ilha grande (com 03 municípios); Baixada Litorânea (com 09 Municípios); Centro-Sul (com 11 municípios); Médio Paraíba (com 12 municípios); Metropolitana I (com 12 municípios); Metropolitana II (com 07 municípios); Noroeste (com 14 municípios); Norte (com 08 municípios) e Serrana (com 16 municípios). Cada uma das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro possui sua CIES regional e uma Comissão Intergestores Regional (CIR) (RIO DE JANEIRO, 2012, p. 17).

Atualmente, participo das reuniões da CIES regional metropolitana II, representando o Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL) e atuo como coordenador da educação continuada do CEA/HEAL, na CIES regional Metropolitana II venho participando das reuniões desde 2015. Também atuo como membro do Núcleo Sindical no HEAL, representando o SINDSPREV/RJ - Sindicato dos trabalhadores da Saúde, Trabalho e Previdência Social do Estado do Rio de Janeiro.

A atuação com a educação dos profissionais de saúde no HEAL foi iniciada em 2008 e baseava-se em uma metodologia de aprendizagem norteadas ainda pela

preocupação do conhecimento da ciência para entendimento e execução da prática. Desde 2014 coordeno a educação continuada do hospital.

O fato de ser Educação Continuada e não Educação Permanente é devido a resolução nº 1.129/SES de 16 de maio de 1997, descrever o cargo desta maneira não sendo alterada até os dias atuais. Embora a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tenha sendo instituída em 2004, isso não fez com que houvesse uma alteração na resolução ou na estrutura dos Centros de Estudos das Unidades Hospitalares da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Fato observado nas várias reuniões que participei, que eram encontros regulares dos coordenadores dos centros de estudos dos hospitais da SES/RJ.

Em 2008, atuando mais diretamente na coordenação da educação continuada do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento do Hospital Estadual Azevedo Lima (CEA/HEAL), houve a oportunidade de participar de reuniões do CEA/Nível Central na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ). Eram raros os momentos em que a educação permanente era abordada como estratégia de capacitação dos profissionais; poucos coordenadores participavam das reuniões e dos poucos que iam, poucos sabiam da PNEPS, alguns confundiam com o conceito de educação continuada e de outras estratégias pedagógicas, fato que evidenciava cada vez mais a importância de disseminar o conceito de Educação Permanente em Saúde. Uma vez que esta é a proposta norteadora no processo de educação em saúde.

Neste período, os problemas no SUS no campo da gestão, da atenção, do financiamento e de recursos humanos, entre outros, vão se agravando e se estendem até os dias de hoje. Especificamente no Estado do RJ, é a partir de 2007 que se observa o início de um período mais conturbado na política, não desconsiderando, historicamente, outros períodos em que problemas políticos foram relevantes, mas percebi que os problemas do atual governo do Estado do Rio de Janeiro têm a sua origem em de 2007, com a posse do governador Sérgio Cabral.

Atualmente em 2017, onde a crise da gestão e a crise política/econômica, vão agravando cada vez mais o aumento da dívida do Estado do RJ, e como se não bastasse isso, surgem escândalos de corrupção e desvio de dinheiro público em todas as esferas públicas e principalmente no nível federal, envolvendo vários partidos políticos.

A gestão do atual governador do Estado do RJ, Fernando de Souza (Pezão), que foi vice-governador da gestão de Sergio Cabral, assumindo o governo em 2014, concede a gestão de várias Unidades de Saúde da SES/RJ à Organizações Sociais de

Saúde (OSS), causando revolta, constrangimento e mobilizações dos servidores e entidades sindicais contra a entrada dessas OSS, pois muitas estão envolvidas com desvio de dinheiro público e má gestão.

Essa situação gerou uma série de problemas nas relações profissionais, problemas que devem ser discutidos não só nas instâncias colegiadas, mas nas CIES regionais e CIES/RJ. Algumas dessas OSS apresentam em seu organograma um Núcleo de Educação Permanente (NEP).

Considerando essas situações conflitantes citadas anteriormente, e considerando que a PNEPS parte da problematização e da reflexão crítica do trabalho, realizando este processo de forma coletiva, buscando a melhor forma para resolução desses problemas, que envolve não só os gestores, mas os trabalhadores e usuários do SUS, torna-se necessário a compreensão e o entendimento das ações de EPS no Estado do Rio de Janeiro. Sendo relevante o seguinte questionamento: será que as ações de EPS no Estado do Rio de Janeiro estão em consonância com o ideário da PNEPS?

CAPÍTULO 1 - A CONCEPÇÃO HISTÓRICO-ONTOLÓGICA DA RELAÇÃO TRABALHO-EDUCAÇÃO

“O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza” (MARX, 2013, p. 255). Esta concepção de trabalho, em Marx, nos revela o sentido da interação do homem com a natureza, sendo um processo em que o homem utiliza de suas forças naturais para se apropriar dos recursos da natureza externa, modificando-a e ao mesmo tempo modificando sua própria natureza.

Pressupondo o trabalho sob forma exclusivamente humana, diferente das formas instintivas do restante dos animais, o trabalho humano é previamente idealizado e imaginado no consciente, “ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira” (MARX, 2011, p. 212).

Baseado nesta concepção de trabalho, em que a formação do homem se dá a partir de sua interação com a natureza, se encontra o processo educativo, uma vez que “Trabalho e educação são atividades especificamente humanas. Isso significa que, rigorosamente falando, apenas o ser humano trabalha e educa.” (SAVIANI, 2007, p.152).

Entendendo o trabalho sob esta concepção ontológica, Frigotto (2008), “afirma que o trabalho não se reduz à atividade laborativa ou emprego, mas à produção de todas as dimensões da vida humana.” Sendo que:

Na sua dimensão mais crucial, o trabalho aparece como atividade que responde à produção dos elementos necessários e imperativos à vida biológica dos seres humanos como seres ou animais evoluídos da natureza. Concomitantemente, porém, responde às necessidades de sua vida intelectual, cultural, social, estética, simbólica, lúdica e afetiva. Trata-se de necessidades, que, por serem históricas, assumem especificidades no tempo e no espaço. (FRIGOTO, 2008, p. 400).

Etimologicamente a palavra trabalho vem do latim *tripalium*, termo formado pela junção dos elementos *tri*, que significa “três”, e *palum*, que quer dizer “madeira”. *Tripalium* era o nome de um instrumento de tortura constituído de três estacas de madeira bastante afiadas e que era comum em tempos remotos na região europeia.

Ciavatta (2008) descreve que “As palavras trabalho, *labor* (inglês), *travail* (francês), *arbeit* (alemão), *ponos* (grego) têm a mesma raiz de fadiga, pena, sofrimento, pobreza.” Sendo assim, as ações praticadas por pessoas que não recebiam um salário, eram entendidas como um trabalho, o qual historicamente estava associado ao sofrimento, a fadiga, a pobreza, pena. Este sentido conotativo do termo trabalho foi materializado nas fábricas-convento, fábricas-prisões e fábricas sem salário. Com o passar do tempo.

Essa transformação moderna do significado da própria palavra trabalho, em sua nova positividade, representou também o momento em que, a partir do século XVI, o próprio trabalho ascendeu da “mais humilde e desprezada posição ao nível mais elevado e a mais valorizada das atividades humanas, quando Locke descobriu que o trabalho era fonte de toda a propriedade. Seguiu seu curso quando Adam Smith afirmou que o trabalho era fonte de toda riqueza, e alcançou seu ponto culminante no “sistema de trabalho” de Marx onde o trabalho passou a ser a fonte de toda a produtividade e expressão da própria humanidade do homem (HANNAH ARENDT, p.139 apud DECCA, 1985, p. 8).

Com o surgimento da indústria mecanizada, o sentido do trabalho toma seu apogeu, “a fábrica, ao mesmo tempo que confirmava a potencialidade criadora do trabalho, anunciava a dimensão ilimitada da produtividade humana através da maquinaria” (DECCA, 1985, p. 9).

1.1 RELAÇÃO TRABALHO-EDUCAÇÃO E A FORMAÇÃO HUMANA

Para Saviani (1989) o trabalho é o que define a existência humana e o que caracteriza a realidade humana. Sendo assim, Saviani conclui que o trabalho também define a existência histórica do homem. O trabalho que se refere, é o ato do homem, na sua relação com a natureza, para garantia de sua existência, diferente dos animais.

Os animais têm sua existência garantida pela natureza e, por consequência, eles se adaptam à natureza; o homem tem que fazer o contrário, ele se constitui no momento em que necessita adaptar a natureza a si, não sendo mais suficiente adaptar-se à natureza. Ajustar a natureza às necessidades, às finalidades humanas, é o que é feito através do trabalho. Trabalhar não é

outra coisa senão agir sobre a natureza e transformá-la. (SAVIANI, 1989, p. 9).

A necessidade de o homem aprender a ser homem e aprender a produzir sua própria existência, que é a produção do homem, é ao mesmo tempo a formação do homem, ou seja, um processo educativo, neste sentido a educação coincide com a origem do homem. (SAVIANI, 2007). Sendo assim, a relação trabalho-educação é uma relação de identidade.

Os homens aprendiam a produzir sua existência no próprio ato de produzi-la. Eles aprendiam a trabalhar trabalhando. Lidando com a natureza, relacionando-se uns com os outros, os homens educavam-se e educavam as novas gerações. A produção da existência implica o desenvolvimento de formas e conteúdos cuja validade é estabelecida pela experiência, o que configura um verdadeiro processo de aprendizagem. (SAVIANI, 2007, p. 154).

Para Frigoto (2008) “O trabalho como princípio educativo, então, não é, primeiro e sobre tudo, uma técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um princípio ético-político.” Afirmando ser frequente a ideia de o trabalho como princípio educativo estar relacionado a uma proposta didática ou pedagógica do aprender fazendo.

Na relação trabalho-educação como processo de produção da existência humana, Saviani mostra o exemplo da produção comunal ou comunismo primitivo, afirmando que a educação se identificava com a vida. A expressão “educação é vida e não preparação para a vida.” (SAVIANI, 2007, p.155).

Nas comunidades primitivas não havia uma divisão de classes, os homens se apropriavam coletivamente dos meios de produção de sua existência, e neste processo eles se educavam e educavam as novas gerações. Deste modo Saviani explica os fundamentos histórico-ontológicos da relação trabalho-educação:

Fundamentos históricos porque referidos a um processo produzido e desenvolvido ao longo do tempo pela ação dos próprios homens. Fundamentos ontológicos porque o produto dessa ação, o resultado desse processo, é o próprio ser dos homens. (SAVIANI, 2007, p.155).

Sendo a educação, inerente ao processo de trabalho na formação do homem, a da existência humana passa a tomar outro sentido na história da humanidade, no momento em que o modo de produção passa a ser expropriado de uma maioria dos homens. A terra passa a ser propriedade de poucos, consequência de um processo histórico, advinda do desenvolvimento da produção que levou a divisão do trabalho.

Saviani explica que a existência da classe dos proprietários e da classe dos não-proprietários, em decorrência da posse de terra, principal modo de produção, causa a ruptura da unidade vigente das comunidades primitivas, isso fez com que os homens da classe dos não-proprietários fossem obrigados, com o seu trabalho, “manterem-se a si mesmos e ao dono da terra, convertido em seu senhor.” (SAVIANI, 2007, p.155).

Caracteriza-se assim o modo de produção escravista na antiguidade, no qual a maior parte do trabalho era realizado pelo escravo. Com a existência das duas classes, em que a garantia da existência de uma se dá pelo trabalho de outra, ou seja, os proprietários vivem do trabalho escravo, a educação passa a não ter o mesmo sentido no modo de produção das comunidades primitivas.

Aos proprietários, que possuem o tempo livre, é dada uma educação voltada para as atividades intelectuais, a arte da palavra e nos exercícios físicos de caráter lúdico ou militar, e para os escravos era dada uma educação assimilada ao processo de trabalho.

Assim, após a radical ruptura do modo de produção comunal, nós vamos ter o surgimento da escola, que na Grécia se desenvolverá como *paidéia*, enquanto educação dos homens livres, em oposição à *duléia*, que implicava a educação dos escravos, fora da escola, no próprio processo de trabalho. (SAVIANI, 2007, p.156-157).

Saviani (2007) afirma que a origem da palavra escola, derivada do grego, advém desta época, seu significado etimológico é o lugar do ócio, do tempo livre. Essa nova forma de educação a ser institucionalizada nesta sociedade, está relacionada ao surgimento da sociedade de classes, que também tem a ver com o processo de aprofundamento da divisão do trabalho.

A escola vai se desenvolvendo no passar do tempo, tornando-se mais complexa a ponto de se tornar referência para as demais formas de educação. Surge uma nova escola na Idade Média após a ruptura do modo de produção escravista da Idade Antiga.

No sistema feudal a escola traz a marca da igreja católica, e o modo de produção capitalista, de tal forma que:

Provocará decisivas mudanças na própria educação confessional e colocará em posição central o protagonismo do Estado, forjando a ideia da escola pública, universal, gratuita, leiga e obrigatória, cujas tentativas de realização passarão pelas mais diversas vicissitudes. (SAVIANI, 2007, p. 157).

1.2 A ESCOLA E OS MODOS DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Segundo Saviani (2007), a maneira como a escola se organizou, a tal ponto de levar a separação entre educação e trabalho, é consequência dos modos de produção, ou seja, de como os homens produziam seus meios de vida. Essa separação observada no modo de produção escravista e feudal, onde a escola se atenta ao trabalho intelectual e não ao trabalho manual, tendo a preocupação de formar dirigentes e lideranças políticas a partir do domínio da arte da palavra, do conhecimento dos fenômenos naturais e das regras de convivência social.

No caso do trabalho manual, que não exigia o preparo escolar, o aprendizado se fazia concomitante a prática, ficando a cargo dos mestres de ofício das próprias corporações de ofício, processo que demandava um longo tempo, “o aprendiz adquiria o domínio do ofício exercendo-o juntamente com os oficiais, com a orientação do mestre, por isso mesmo chamado de “mestre de ofícios” (SAVIANI, 2007, p.158).

A divisão de trabalho manual e trabalho intelectual foi acontecendo ao longo da história em decorrência da separação entre escola e produção, levando a deduzir que a separação entre escola e produção não coincide exatamente com a separação entre trabalho e educação. Sendo possível considerar que:

Após o surgimento da escola, a relação entre trabalho e educação também assume uma dupla identidade. De um lado, continuamos a ter, no caso do trabalho manual, uma educação que se realizava concomitantemente ao próprio processo de trabalho. De outro lado, passamos a ter a educação de tipo escolar destinada à educação para o trabalho intelectual. (SAVIANI, 2007, p.157).

Ainda na sociedade feudal, com a mudança na forma das relações sociais, assim como a mudança dos modos de produção, surge, especificamente, o modo de produção

capitalista, o que fará com que a escola se relacione, de certa maneira, ao mundo da produção.

Com o surgimento da sociedade de mercado, constituída pela burguesia, e os avanços das forças produtivas, há um desenvolvimento na economia medieval. A produção, que era baseada na subsistência humana, onde seu excedente era usado ocasionalmente para troca, passou a ativar o comércio.

A organização sistemática na produção de excedentes voltados para troca e, conseqüentemente, a ativação do comércio, marca o surgimento da sociedade capitalista. Mudanças importantes acontecem, tanto no processo de produção quanto nas relações sociais.

O eixo do processo produtivo desloca-se do campo para a cidade e da agricultura para a indústria, que converte o saber de potência intelectual em potência material. E a estrutura da sociedade deixa de fundar-se em laços naturais para pautar-se por laços propriamente sociais, isto é, produzidos pelos próprios homens. Trata-se da sociedade contratual, cuja base é o direito positivo e não mais o direito natural ou consuetudinário. (SAVIANI, 2007, p.158).

Nesta conjuntura econômica e social, é exigido minimamente da sociedade o conhecimento do alfabeto, que será viabilizado pela escola. A potência intelectual convertida em potência material, ou seja, a criação de máquinas impulsiona a produção, levando a Revolução Industrial no final do século XVIII e primeira metade do século XIX.

A máquina substitui o homem em algumas tarefas na produção, de modo a reduzir a necessidade de qualificação, o que levou a uma simplificação dos ofícios. Ocorre a mecanização das operações manuais, onde parte da produção é feita pelas máquinas e outra com o auxílio do homem na manipulação das máquinas.

Mesmo com o surgimento da mecanização, no processo de produção, reduzindo a necessidade de qualificação específica, havia um patamar mínimo de qualificação geral. Presente de forma adequada no currículo da escola elementar. Com o impacto da Revolução Industrial

Os principais países assumiram a tarefa de organizar sistemas nacionais de ensino, buscando generalizar a escola básica. Portanto, à Revolução

Industrial correspondeu uma Revolução Educacional: aquela colocou a máquina no centro do processo produtivo; esta erigiu a escola em forma principal e dominante de educação. (SAVIANI, 2007, p.159).

A escola criada pela burguesia, sobre a base do ensino primário, dividiu a formação em dois grandes campos: uma voltada para a prática e outra para as profissões intelectuais, a primeira dispensava os fundamentos teóricos, limitando a formação do indivíduo para execução de tarefas específicas e a segunda era dado um amplo domínio teórico com a finalidade de preparar os indivíduos da elite e os representantes das classes dirigentes, que iriam atuar nos diferentes setores da sociedade.

A proposta da burguesia de uma escola dualista busca o apoio do Estado e de seus aparatos legais para tal consolidação, principalmente no sistema de ensino com a reformulação da lei de diretrizes e bases. Momento em que

O sistema de ensino bifurcou-se entre as escolas de formação geral e as escolas profissionais. Estas, por não estarem diretamente ligadas à produção, tenderam a enfatizar as qualificações gerais (intelectuais) em detrimento da qualificação específica, ao passo que os cursos profissionalizantes, diretamente ligados à produção, enfatizaram os aspectos operacionais vinculados ao exercício de tarefas específicas (intelectuais e manuais) no processo produtivo considerado em sua particularidade. (SAVIANI, 2007, p. 159).

A forma como o currículo escolar se apresenta na sociedade contemporânea, é uma consequência do desenvolvimento dos modos de produção e de suas relações sociais. A partir da concepção de educação em Gramsci, Saviani (2007) traz o exemplo do currículo escolar Brasileiro, mostrando a relação entre trabalho e educação nos diferentes níveis de aprendizado.

No nível fundamental essa relação é implícita e indireta, uma vez que o conhecimento ofertado é o mínimo para que o cidadão participe ativamente da sociedade, e o acervo que configura o currículo da escola elementar

Inclui a linguagem escrita e a matemática, já incorporadas na vida da sociedade atual; as ciências naturais, cujos elementos básicos relativos ao conhecimento das leis que regem a natureza são necessários para compreender as transformações operadas pela ação do homem sobre o meio

ambiente; e as ciências sociais, pelas quais se pode compreender as relações entre os homens, as formas como eles se organizam, as instituições que criam e as regras de convivência que estabelecem, com a consequente definição de direitos e deveres. O último componente (ciências sociais) corresponde, na atual estrutura, aos conteúdos de história e geografia. Eis aí como se configura o currículo da escola elementar. (SAVIANI, 2007, p. 160).

É nesta estrutura que está a base do princípio educativo do trabalho, já no ensino médio a relação entre trabalho e educação será explícita e direta, onde terá o papel de recuperar a relação entre o conhecimento e a prática do trabalho, o conhecimento básico não será o suficiente, sendo necessário além do domínio teórico, ter o domínio da prática com o objetivo de entender como esse conhecimento se articula com os modos de produção.

Não se trata de uma proposta de escola profissionalizante onde é dado um conhecimento específico para uma determinada habilidade, ausente do conhecimento dos fundamentos desta habilidade e da articulação dela com o conjunto do processo de produção, e sim de uma escola politécnica onde a

Politecnia significa, aqui, especialização como domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas utilizadas na produção moderna. Nessa perspectiva, a educação de nível médio tratará de concentrar-se nas modalidades fundamentais que dão base à multiplicidade de processos e técnicas de produção existentes. (SAVIANI, 2007, p. 161).

A escola idealizada por Gramsci é diferente da concepção dada pela burguesia, uma escola única diferenciada, ele pensava em uma escola ativa, “desinteressada” com uma formação geral, independente da ocupação que o indivíduo vai exercer na sociedade, com o objetivo do aluno atingir uma autonomia mediada pela heteronomia. E finalmente na formação de profissionais de nível universitário, no ensino superior, o objetivo é de “possibilitar a toda a população a difusão e discussão dos grandes problemas que afetam o homem contemporâneo.” (SAVIANI, 2007, p. 161).

1.3 A FORMAÇÃO PARA O MUNDO DO TRABALHO

A formação para o mundo do trabalho, através de escolas profissionalizantes e instituições de ensino, trouxe também a concepção de qualificação do trabalho e

posteriormente a noção de competência, termos que estarão relacionados com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), principalmente em sua segunda fase, a partir do ano de 2007, com as novas diretrizes desta política.

Chinelli, Vieira; Deluiz (2013) aponta a qualificação para o trabalho sendo algo construído historicamente e esta, estar relacionada com o paradigma de organização de produção e regulação social, referente ao período do taylorismo/fordismo. Mas com as mudanças nos modos de produção, conseqüente as inovações tecnológicas e as novas formas de gestão, a demanda para o mercado de trabalho seria

Não apenas um trabalhador no sentido tradicional do termo, mas um ativo ‘colaborador’ que compartilharia espontaneamente dos objetivos da empresa, aliando para tanto níveis elevados qualificação técnica – saber-fazer – a atributos de caráter subjetivo – saber-ser. Para tornar-se compatível, a pedagogia deve orientar-se para o ‘aprender a aprender’, sustentada pelo que vem sendo denominado na literatura pertinente ‘modelo de competência (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013, p. 25).

Mesmo sendo polissêmico o conceito, tanto de qualificação quanto de competência, ambos estão relacionados com a noção de empregabilidade, existindo um debate sobre esses conceitos, pautado “no quadro das interpretações político-econômicas sobre as relações entre o novo paradigma produtivo, as relações de trabalho e a formação para o trabalho.” (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013, p. 26).

O cenário socioeconômico evidenciado por Chinelli, Vieira, Deluiz (2013), é a crise do emprego, principalmente das populações mais pobres, com uma drástica redução do acesso ao mercado de trabalho, sendo que por outro lado, há uma convergência no debate, sobre o surgimento, tanto quantitativo quanto qualitativo, de novos postos de trabalho, havendo uma necessidade urgente de capacitação dos trabalhadores para ocupação desses postos, configurando um problema de agenda pública. Relevante, neste cenário político, é o fato da inexistência de um

Consenso no que se refere ao sentido e aos conteúdos da formação para o trabalho, nem sobre a melhor organização institucional (regulação) do mercado. Muito ao contrário, trata-se de um campo atravessado por inúmeros debates entrecruzados que expressam tanto as especificidades das diferentes economias nacionais quanto as perspectivas e os interesses dos grandes atores sociais. (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013, p. 27).

Segundo Chinelli, Vieira, Deluiz (2013), este é o contexto em que se dá o deslocamento da noção de qualificação para a noção de competência, correspondendo a passagem do padrão taylorista/fordista para a organização flexível do trabalho, onde existe um mercado cada vez mais competitivo com maior exigência na qualidade dos produtos e dos serviços, o que vai demandar

Novos atributos e habilidades por parte dos trabalhadores, nem sempre diretamente relacionados ao conhecimento profissional (isto é, à ‘qualificação’), mas associados à subjetividade e às formas através das quais ela se expressa no espaço do trabalho. (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013, p. 30).

Sendo a qualificação um termo polissêmico, torna-se necessário mostrar o seu conceito descrito por autores, como Marise Ramos e Gisela Tartuce, que em seus estudos descrevem esses conceitos, com base em autores relevantes no campo da sociologia do trabalho, entre eles cabe destacar: Georges Friedmann e Pierre Naville, considerados os pais da sociologia do trabalho na França, no pós-guerra.

O conceito marxiano de qualificação profissional é descrito por Ramos (2013, p.15) “como uma articulação entre as condições físicas e mentais que compõe a força de trabalho, utilizadas em atividades voltadas para valores de uso”. O que faz com que haja o aumento do potencial do trabalho, algo fundamental no processo de produção capitalista.

Segundo Ramos (2013, p.15), “a qualificação profissional é entendida como educação, como processo educativo que é parte da formação humana”, a autora faz uma observação da qualificação como instrumento contra hegemônico ao capitalismo, onde deve ser vislumbrada sua relação com a cultura.

Neste sentido, pode haver o entendimento de que a educação somente pode ser validada se for colocada como um poderoso instrumento contra a cultura da barbárie, de modo a combater impulsos de destruição existentes em sociedades com alto grau de desenvolvimento tecnológico. (RAMOS, 2013, p.15).

Segundo Tartuce (2004), a qualificação é um tema que toma centralidade após a segunda guerra mundial, sendo o seu conceito relacionado aos modos de produção

capitalista e a forma como se dá as relações sociais neste tipo de sociedade. A produção industrial, principalmente na época fordista-taylorista, é objeto de estudo para definição do conceito de qualificação. A produção era em massa, de forma sistematizada e hierarquizada, onde cada trabalhador exercia uma determinada função específica na linha de montagem em um determinado tempo, previamente programado.

Para Tartuce (2004, p. 355), “a realidade francesa é, talvez, histórica e analiticamente, aquela que melhor expressa as condições para a construção social e teórica do conceito de “qualificação”, o que fundamentou a visão “substancialista” de Friedmann e a visão “relativista” de Naville.

Friedmann, considerado como “pai fundador” da sociologia do trabalho francesa, constrói a sua concepção de qualificação a partir da observação direta do trabalho na indústria, “a fim de visualizar, nas condições concretas de diversas situações de trabalho, os efeitos do progresso técnico sobre o trabalho humano (TARTUCE, 2004, p. 361).

Seus estudos sobre o tema se iniciam no ano de 1930, na lógica do modelo de produção taylorista-fordista, que se estendeu ao longo do século XX. Dos livros escritos por Friedmann, especificamente os publicados a partir da década de 1940, entende-se que

A qualificação está relacionada principalmente à complexidade da tarefa e à posse de saberes exigidos para desenvolvê-la; ou seja, à qualidade do trabalho e ao tempo de formação necessário para realiza-lo. Apesar de tender, em vários momentos, para uma concepção mais ampla da qualificação, o autor concentra sua reflexão na apropriação do saber do trabalhador pela máquina e/ou pela organização capitalista e toma a qualificação nela mesma, como uma “coisa” que pode ser mensurada pelo grau e pela frequência de atividade intelectual que o trabalho exige para ser executado (ALALUF, 1986 apud TARTUCE, 2004, p.361).

Tartuce (2004) descreve que na concepção “substancialista” ou “essencialista” de Friedmann, ele considera a qualificação do trabalho como sendo o conteúdo do trabalho e a qualificação do trabalhador sendo o saber e o saber-fazer, em que ambas são necessárias para realização do trabalho. Diferente da concepção de Friedmann, Naville considera a qualificação sendo um valor social, ou seja:

É um processo e um produto social, que decorre, por um lado, da relação e das negociações tensas entre capital e trabalho e, por outro, de fatores socioculturais que influenciam o julgamento e a classificação que a sociedade faz sobre os indivíduos. (TARTUCE, 2004, p. 362).

Defendendo uma concepção relativista ou historicista, sua análise da qualificação está centrada no homem, mas não como um fenômeno técnico individualizado, e nem a partir do conteúdo de tarefas, como Friedmann analisava, e sim “como relação social complexa entre as operações técnicas e a estimativa de seu valor social” (RAMOS, 2006, p. 45).

Essa concepção faz sentido, principalmente quando a qualificação toma centralidade na prática social, especificamente na França logo após a segunda guerra mundial

Havia grande reivindicação para limitar as grandes disparidades de salários, provenientes do modo incerto de fixação da remuneração para capacidades de trabalho de natureza diferente ou idêntica. Salários homogêneos para o mesmo tipo de trabalho, como expresso no *slogan* “para qualificações iguais, salários iguais”, tornam-se, assim, a exigência central do movimento sindical, e várias greves foram realizadas nesse sentido. Os trabalhadores vão se organizar e negociar normas de referência, primeiro no nível da empresa, depois da localidade e finalmente do ramo profissional. Essas normas constituem, pois, tentativas de padronização e objetivação dos modos de comparação de diferentes capacidades de trabalho, visando a torná-las relativamente independentes dos atributos individuais dos trabalhadores; melhor dizendo, visando a torná-las independentes da arbitragem do capital no julgamento desses atributos (CADRES, 1984 apud TARTUCE, 2004, p. 356).

A origem das classificações profissionais se dá a partir dessas normas, fazendo com que haja um ordenamento hierarquizado das qualificações dos indivíduos, por meio dos postos de trabalho, conseqüentemente definindo as regras que irão reger a trajetória profissional dos trabalhadores assalariados, explícitas no contrato de trabalho, mostrando a forma de recrutamento, a remuneração básica, os níveis e a hierarquia de salário, e a promoção. Este é um momento em que a qualificação é a base para “o início de uma estruturação coletiva de normas para direitos e regulações do uso do trabalho, fundada em negociações, convenções e acordos” (TARTUCE, 2004, p. 357).

A qualificação do trabalho se constituirá referência das regulações sociais, as quais “visam reconhecerem o trabalhador como membro de um coletivo dotado de um estatuto social além da dimensão puramente individual do contrato de trabalho” (CASTEL, 1988 *apud* RAMOS, 2006, p. 42).

O que seria uma resposta a ausência de dois princípios fundamentais da regulação social, presentes no século XVIII, a partir do processo de industrialização, que seriam:

a) as regras coletivas registrantes das ligações entre os empregados e empregadores, que deram lugar ao contrato particular b) a aprendizagem profissional, que tornou o aprendiz um jovem operário submetido, sem proteção, a tarefas pouco formadoras. (RAMOS, 2006, p. 42).

Aprimorando a tese de Naville, Touraine define a qualificação “como um *status* reconhecido no sistema social de produção, associado a um potencial de participação na vida técnica da produção” (RAMOS, 2006, p. 46). Historicamente Touraine descreve as três fases deste sistema social de produção, classificando-as em:

Fase A, em que predomina o sistema artesanal, o trabalhador tinha larga autonomia para proceder à fabricação. Sua qualificação não dependia das máquinas, pouco especializadas, nem da empresa, mas de sua habilidade. Na fase B, transição ao sistema taylorista, predomina uma forma mista de organização do trabalho e da padronização de procedimentos. A qualificação dos trabalhadores seria determinada pelo nível de conhecimento especializado e por seu rendimento. Na fase C, a fase da automação, predomina o sistema técnico, quando a fabricação é assegurada pelas instalações, independente dos trabalhadores que supervisionam seu funcionamento. A qualificação dependeria menos de um saber-fazer técnico do que da atitude, da comunicação e de traços da personalidade do trabalhador. (RAMOS, 2006, p. 46).

Outro autor que trata da qualificação do trabalho como algo derivado das relações sociais é Schwartz, considerando o determinismo tecnológico, o determinismo societal e o princípio da eficiência produtiva, como fases de um debate sobre o significado histórico-social da qualificação, isso fez com que Schwartz concedesse à qualificação três dimensões:

Conceitual, social e experimental. A primeira define a qualificação como função do registro de conceitos teóricos formalizados e, então, dos processos de formação, associando-a ao valor dos diplomas. A segunda dimensão coloca a qualificação no âmbito das relações sociais que se estabelecem entre os conteúdos das atividades e o reconhecimento social dessas atividades, remetendo-a às grades de classificação coletiva. Por fim, a terceira dimensão está relacionada ao conteúdo real do trabalho, em que se escrevem não somente os registros conceituais, mas o conjunto de saberes (incluindo os saberes tácitos) que são postos em jogo quando da realização do trabalho. Esta última dimensão estaria sendo perseguida como condição de eficiência produtiva. (RAMOS, 2006, p. 43).

Diante dessas e outras concepções de qualificação, esses e outros autores demonstram uma preocupação com a questão do avanço tecnológico nos modos de produção e a forma como se dão as relações sociais, principalmente na fase do taylorismo-fordismo e na fase de automação. Surgindo a tese da desqualificação inelutável e a polarização das qualificações como processo contínuo e intermediário à desqualificação. (RAMOS, 2006, p. 46).

No contexto histórico da automação surge também a discussão da polivalência do trabalhador e a noção de competência relacionada ao conceito de qualificação. O trabalhador que era reconhecido socialmente por um diploma, o qual garantia o seu conhecimento e fazia a interface entre a formação e o emprego, “deixa de ser o único ou principal pressuposto para o emprego e passa a concorrer com as formações ditas qualificantes que visam a adaptação ao emprego” (RAMOS, 2006, p. 47). A questão levantada por Ramos (2006) é se o diploma garantiria a competência.

1.4 COMPETÊNCIA X QUALIFICAÇÃO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A noção de competência envolve mais a questão subjetiva do trabalho, ela considera o saber tácito e a capacidade de abstração do indivíduo frente as adversidades no cotidiano do trabalho, já a qualificação do trabalho está relacionada a dimensão conceitual e a dimensão societal descrita por Schwartz.

Ramos (2006) mostra que a partir dos anos de 1980, com os avanços tecnológicos e com novos sistemas de organização do trabalho, que seria uma reestruturação produtiva, a qualificação

Entrou numa fase em que, sob alguns aspectos, é tomada como pressuposto da eficiência produtiva; por outros, ela tende a ser abandonada como conceito organizador das relações de trabalho e de formação, dando lugar a noção de competência. (RAMOS, 2006, p. 52).

Aspectos mais subjetivos são valorizados, principalmente os que transcendem ao prescrito, aspectos que vão além das aquisições de formação, formando um conjunto de saberes e de saber-fazer realmente colocado em prática. Por esses aspectos a qualificação passa a ser concebida com qualificação real, relacionada a terceira dimensão de qualificação descrita por Schwartz, a dimensão experimental.

Nessa dimensão são valorizados os saberes tácitos, “como aqueles saberes que, por resistirem à automação, seriam exatamente indispensáveis para supervisionar os autômatos” (RAMOS, 2006, p. 53). São saberes fundamentais na aquisição e no desenvolvimento de tarefas qualificadas, algo que não é adquirido facilmente através da linguagem explícita ou através de métodos de ensino formais, é algo apreendido através da experiência subjetiva. Esse conhecimento

Não seria inferior, mas estaria na base da constituição da experiência da qualificação adquirida por antiguidade num posto, sendo insubstituível mesmo quando as mais modernas tecnologias informatizadas busquem internalizar no equipamento a experiência, a vivência e a memória do trabalhador individual. (RAMOS, 2006, p. 53).

Outro aspecto importante são os saberes sociais ou saber-ser, que vão além do saber técnico, saberes relacionados com a personalidade do indivíduo, atributos individuais como a responsabilidade, para as tarefas que exigem um grau de vigilância elevado, a capacidade de abstração, no enfrentamento das adversidades no processo de trabalho, a facilidade de comunicação no ambiente de trabalho, o “espírito” de liderança e de trabalhar em equipe com a noção de interdependência dos postos de trabalho.

Nesse contexto Ramos (2006) afirma que a qualificação é compreendida, cada vez mais, como uma construção social dinâmica, sintetizando as três dimensões de Schwartz, a conceitual, a social e a experimental. Dizendo ainda que nenhuma dessas dimensões, isoladamente, pode ser tomada como qualificação, assim como a qualificação não pode se reduzir a uma ou algumas dessas dimensões.

De fato, a qualificação deriva de uma construção social, porém Tartuce (2004), chama a atenção em conhecer a realidade histórica na qual foi construída, ciente que os primeiros estudos foram na França, em um determinado tempo e com os modos de produção característicos da época. Se tratando do Brasil ela afirma

Em primeiro lugar, é preciso atestar que a qualificação não teve aqui a centralidade adquirida nos países centrais, ou melhor, na França. Se, como bem mostrou Naville, a qualificação varia no tempo e no espaço, mesmo dentro do “modo de regulação fordista” ela possuía conotações diferentes conforme o lugar: vimos que a existência de um sistema de qualificações codificado em uma grade de classificações profissionais que hierarquiza os indivíduos por meio dos postos de trabalho e no nível dos ramos profissionais é uma característica tipicamente francesa, o que, aliás, faz com que o conceito de “qualificação” tenha uma relevância que não se lhe dá para além das fronteiras da França (SAGLIO, 1998 *apud* TARTUCE, 2004, p.375). Da mesma forma, isso também significa que o debate em torno da disputa política “qualificação(ões)” *versus* “competência(s)” parece ser muito particular a esse país. Em contrapartida, mesmo nos países onde não havia essa formalização em categorias – como na Alemanha e no Japão, onde sempre se classificaram os atributos gerais do indivíduo –, havia forte ênfase no mercado de trabalho interno, o que implicava uma carreira profissional previsível, ainda que desigual. (TARTUCE, 2004, p. 375).

Segundo Ramos (2006) a discussão relativa à qualificação no Brasil se dará, principalmente a partir da década de 1980, e seu entendimento sofreu muita influência pela visão do Centro Interamericano de Investigação e Documentação sobre Formação Profissional da Organização Internacional do Trabalho (Cinterfor/OIT), que definia a qualificação “como capacidade adquirida para realizar uma tarefa ou desempenhar-se num posto de trabalho satisfatoriamente” (González, 1996 *apud* RAMOS, 2006, p.56).

O trabalhador tinha que ter qualidades básicas e necessárias para desempenhar uma tarefa e atuar num determinado posto de trabalho, das quais incluída a destreza manual e certas aptidões mentais. O que deveria atender as novas formas de organização do trabalho devido as mudanças tecnológicas. Isso faz repensar no conceito de qualificação que coloca o posto de trabalho como foco no processo de produção, surgindo assim diversas investigações com o propósito de

Compreender as implicações e as expectativas quanto ao desempenho do trabalhador adequado ao atual estágio de racionalidade técnica-científica da produção, buscando identificar mudanças nos perfis profissionais e nas organizações do trabalho. (RAMOS, 2006, p. 56).

No contexto tecnológico da automação, e de seus avanços cada vez mais acelerados, a subjetividade do trabalhador é vista de forma central para os novos modos de produção, fazendo com que houvesse uma análise mais atenta na formação e na qualificação do sujeito, valorizando de forma central, tanto nas pesquisas quanto na própria divisão do trabalho “o conhecimento por ele mobilizado nas relações de trabalho e sua autonomia” (RAMOS, 2006, p. 57).

Essa “autonomia” do trabalhador, demandada pela sofisticação da base técnica de produção, faz alguns autores a pensar num aumento da qualificação do trabalhador, tanto as qualificações tácitas quanto as qualificações sociais, porém autores como Carvalho (1994) e Antunes (1995), citados por Ramos, recomendam

Evitar uma conclusão generalizada sobre a tendência de aumento da qualificação, já que essa questão depende dos contextos tecnológicos e social, levando, inclusive, a hipótese da desespecialização e mesmo da precarização de grande parcela de trabalhadores – a primeira ideia devido à mudança do conteúdo do trabalho; a segunda, em virtude da desregulamentação e flexibilização do mercado de trabalho. (RAMOS, 2006, p. 57-58).

Ao mesmo tempo, a subjetividade do trabalhador é tanto condicionada quanto reprimida, pelas condições subjetivas de produção, nestas estão presentes, por exemplo: a dinâmica interativa nas relações de trabalho; as formas de ação e reação dos trabalhadores aos métodos de racionalização do aparelho produtivo e aos apelos de cooperação, que acontecem sobre uma materialidade de relações, organizações, processos e instituições.

Essa condição levaria o trabalhador a “atuar segundo a lógica do capital, inibindo a plena objetivação do indivíduo humano como personalidade consciente, crítica e solidária. (RAMOS, 2006, p. 59). A autora conclui que

As subjetividades dos trabalhadores sofrem, portanto, os influxos complexos das conflituosas estratégias relativas ao jogo que preside o movimento de

qualificação e desqualificação, tornando-se divididas e contraditórias. (RAMOS, 2006, p. 59).

Deluiz (1995) ao se referir sobre redefinição dos atributos de qualificação para o trabalho, onde são exigidas novas habilidades no processo de produção de bens e serviços, como exemplo: a capacidade de pensar, planejar, refletir, inovar e avaliar, fatores que estão na dimensão subjetiva dos trabalhadores, essas novas qualificações

Possibilitam, por um lado, pôr em discussão o papel dos indivíduos na produção, não mais como apêndice de máquinas, mas como sujeitos ativos, em um processo de reconstrução de sua identidade. Por outro lado, permitem desenvolver o questionamento sobre a natureza e a qualidade ética do trabalho com o qual se está envolvido, o que remete às discussões sobre as implicações do uso da tecnologia, sobre o que e como produzir – incluindo efeitos ambientais – integrando, desse modo, as diferentes dimensões dos sujeitos como produtores, consumidores e cidadãos. (DELUIZ, 1995, p. 168-169).

A relevância dada a subjetividade do trabalhador, principalmente a partir da década do ano de 1980, faz alguns autores repensarem o conceito de qualificação e sua relação com a noção de competência, para isso Ramos (2006) a partir de alguns autores, discute essa relação trazendo as dimensões de qualificação descrita por Schwartz já citadas anteriormente neste capítulo.

Ramos (2006) afirma existir uma convivência complementar dessas noções, mostrando o exemplo, citado anteriormente, da construção conceitual de qualificação pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), que compreende a qualificação como a capacidade potencial do trabalhador de realizar atividades de trabalho e a competência como alguns aspectos do conjunto de conhecimentos e habilidades dessa capacidade.

A competência, que emerge, também, da necessidade de novos modelos de gestão do trabalho, é vista como mediadora entre conceito de qualificação apresentada pela OIT e o desempenho efetivo, que segundo Ramos (2006) é uma concepção que não difere, essencialmente, da ideia de qualificação como capacidade potencial e a noção de competência como manifestação subjetiva dessa capacidade potencial.

A dimensão social do conceito de qualificação é colocada em questionamento pelos mesmos motivos que colocaram em cheque a dimensão conceitual: a crise do emprego; o fim da ilusão planificadora e os novos métodos de gestão. O que vai permitir o surgimento de um livre mercado de negociações como exemplo de um dos novos modos de regulação do mercado de trabalho. Um dos motivos está na perda da legitimidade dos parâmetros reguladores de algumas corporações e entidades de classe. Em oposição a esse fato,

A competência é apresentada como um bem privado que se deve permutar no mercado livre e bem informado. Assim, os modos de negociação, paritárias, nacionais e classistas, sobre os quais repousava a qualificação, perdem a importância. (RAMOS, 2006, p. 63).

A gestão por competência faz com que o trabalhador seja responsável por gerar sua própria promoção, fazendo com que haja uma mudança na forma de progressão funcional, que era baseada “no modelo de carreira, em que a trajetória profissional era enquadrada pelos parâmetros de classificação, correspondentes aos conjuntos de postos reunidos por similaridade técnica.” (RAMOS, 2006, p. 63).

Outras mudanças ocorrem sob a lógica da gestão por competência, a exemplo: as formas de avaliação e auto avaliação; o contrato por objetivo e o controle da qualidade dos produtos ao invés do controle direto sobre as tarefas. E a presença do Estado como agente regulador no mercado de trabalho torna-se menos necessário.

Segundo (Dugué, 1998 *apud* RAMOS, 2006) observa-se que a partir dos anos de 1980, tanto na França quanto em outros países, houve uma diminuição das intervenções do Estado como agente regulador na oferta e demanda de emprego, diferente do que havia no pós-guerra, em que o Estado conformou a política de educação, adequando essa para formação profissional às necessidades da indústria. Com a competência a autora mostra que

A referência aos postos ideais (definidos no coração dos negócios coletivos e paritários) se rarefizeram em proveito das formas de adaptação à adversidade do concreto. Desenvolvem-se as negociações por ramos profissionais, os acordos por competência na empresa, as novas formas de certificação, acompanhadas da validação das aquisições profissionais. Em todos esses casos, as regulações tenderam a não mais se efetuar sob a égide do Estado.

São os parceiros sociais (ao nível dos ramos profissionais ou da empresa) ou mesmo, ao extremo, os indivíduos que realizam os acordos, limitados e conjunturais, mas que não diminui os efeitos globais. (DUGUÉ, 1998 *apud* RAMOS, 2006 p. 65).

A noção de competência estará mais evidente na dimensão experimental da qualificação, relacionada ao trabalho real, estando mais atenta para a atitude, o comportamento e os saberes tácitos dos trabalhadores, que serão as subjetividades do sujeito na realização do trabalho. (RAMOS, 2006).

1.5 A LÓGICA DA COMPETÊNCIA NO SÉCULO XXI

Zarifian (2012) fez uma crítica a definição de competência dada pelo Movimento das Empresas na França (Medef), em 1998, nas jornadas internacionais de Deauville. Definida da seguinte forma:

A competência profissional é uma combinação de conhecimentos, e saber-fazer, de experiências e comportamentos que se exerce em um contexto preciso. Ela é constatada quando sua utilização em situação profissional, a partir da qual é passível de avaliação. Compete então à empresa identifica-la, avalia-la, validá-la e fazê-la evoluir. (ZARIFIAN, 2012, p. 66).

O autor coloca algumas limitações a este conceito, embora reconheça sua relevância, quando aponta uma mudança radical que é preciso operar no tocante ao modelo do posto de trabalho. Afirmando que a competência é realmente a competência do indivíduo e não a qualificação de um emprego.

As limitações da definição de competência dada pelo Medef em 1998, descritas por Zarifian, apontam: “1 - Não informa nada sobre as implicações de mutações no trabalho e de sua organização” (Ibid., p.67), afirma que tal definição pode ser aplicada a qualquer período histórico e a qualquer organização de trabalho. Dando um exemplo da organização Taylorista, mesmo na ausência da referência ao posto de trabalho.

Outra limitação é que, “h implicitamente, essa definição *comporta um flanco neo-artesanal.*” (Ibid., p. 67). O autor dá o exemplo de um padeiro ao fazer um “bom” pão, em que a competência é dada no momento da fabricação, e validada no local. Sendo

Muito provável que seja possível inferir a combinação de conhecimento, de saber-fazer, de experiência e de comportamento que precisaria ser empregada em contexto preciso (diante do forno), combinação que explicaria o êxito do cozimento. (Ibid., p. 67).

Em relação a esta visão neo-artesanal, o autor mostra que não se leva em conta as condições modernas de produção, citando em particular as redes de trabalho, “que contribuem para preparar, cuidar, sustentar a atividade profissional; na dimensão coletiva da incorporação dos efeitos dessa contribuição; na avaliação de uma forma de organização via seu desempenho econômico.” (Ibid., p 67). Segundo Zarifian a visão neo-artesanal isola o indivíduo em sua situação de trabalho, que ao mesmo tempo leva a

Apontar um problema real (a responsabilidade pessoal assumida por um trabalhador, o reconhecimento da individualidade) e, em termos falsos (a falta de referência ao caráter altamente socializado da atividade). ” (Ibid., p.67-68).

Por último, a terceira limitação descrita pelo autor, está relacionada com a validação da competência, entendendo que “ao assentar a produção da competência em sua utilização *in situ*, suprime-se o efeito de suas condições de produção.” (Ibid., p.68). O autor afirma que essas competências

Apoiam-se em conhecimentos (em corpos de saberes) que nutrem sua dinâmica de renovação. Ora, esses conhecimentos formam-se socialmente, se quisermos escapar de uma validação absolutamente momentânea (tal indivíduo é competente tal dia diante de tal situação), o êxito das ações deve remeter a uma dialética de interdependência forte entre competências e conhecimentos, mobilizada por fontes e autores diferentes (por mais que a empresa seja o local em que se utiliza competência ela não é, de longe, o único local de sua produção) (Ibid., p. 68).

Segundo Zarifian (2012), a avaliação da competência não deve ser apenas do indivíduo que exerce a ação, ela deve ser igual a avaliação do processo que permite seu desenvolvimento vitorioso.

Diferente da definição dada pelo Medf em 1998, a proposta de Zarifian (2012) está “fundamentalmente centrada na mudança de comportamento social dos seres

humanos em relação ao trabalho e sua organização.” (Ibid., p. 66). De forma a integrar várias dimensões e, logo, reunir várias formulações.

A proposta define que a competência é “o tomar iniciativa” e “o assumir responsabilidade” do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara (ZARIFIAN, 2012, p. 68). Em suas formulações, a exemplo do “ tomar iniciativa”, “ enfatiza o que muda fundamentalmente na organização do trabalho: o recuo da prescrição, a abertura de espaço para a autonomia e a automobilização do indivíduo” (Ibid., p.68).

A autonomia e a descentralização das tomadas de decisão, são contrapartidas na questão do “assumir responsabilidade”, para o autor é uma relação forte, o fato em que a realização de algo, depende do sujeito, e a ele é dada confiabilidade, seja a segurança de um equipamento, o cuidado com o doente ou a aprendizagem dos alunos.

Zarifian (2012) mostra que o sujeito ao se deparar com situações um pouco mais complexas, em que excede as suas competências, serão necessárias competências que ele não possui e de auxílios que se baseiam na solidariedade da ação, no sentido de corroborar eticamente com suas tomadas de iniciativas. Nesta lógica a competência é entendida como

A faculdade de mobilizar rede de atores em torno das mesmas situações, é a faculdade de fazer com que esses atores compartilhem as implicações de suas ações, é fazê-los assumir áreas de co-responsabilidade. (ZARIFIAN, 2012, p. 74).

Ao mesmo tempo em que há a mobilização de rede de atores, “a situação mais complexa exige que as competências de uma rede possam, de maneira mais livre possível, convergir e associar-se em função dela.” (Ibid., p.74). Segundo o autor este é o reencontro do sentido do desenvolvimento da organização do trabalho transversal, ou por projeto. Sendo que o último tem como característica essencial, tornar coletivas as situações de trabalho, que tem por definição: “a condução de um projeto é uma trama de situações coletivas que se encadeiam, do início ao fim do projeto” (ZARIFIAN, 2012, p. 74).

CAPÍTULO 2 - EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA PARA O SUS

2.1 DA NOÇÃO AO CONCEITO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A noção de educação permanente é bem antiga, segundo Moacir Gadotti, que estudou profundamente o tema para sua tese de doutorado e chega a fazer uma referência ao filósofo chinês Lao-tsé, que dizia, há sete séculos antes de Cristo, que todo estudo é interminável. Mas a expressão “Educação Permanente”, surge pela primeira vez em 1955 na França por Pierre Arents em um contexto de reforma educacional. (GADOTTI, 2012, p.124).

Esse projeto de reforma demonstrava a noção de continuação do aprendizado depois da escola, da instrução e da educação recebidas na escola. No ano seguinte o ministro da Educação Nacional da França, René Billères, torna oficial a expressão “Educação Permanente” que tratava do prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público. A Educação Permanente foi algo relevante nos anos seguintes. (GADOTTI, 2012, p.124).

Não distante da pesquisa de Gadotti, a pesquisadora do tema Educação Permanente, Laura Feuerwerker, descreve em um de seus textos, que a ideia de Educação Permanente é produzida na Europa no campo da educação nos anos de 1930, e sua intensidade aumenta nos anos de 1960, mas relacionada ao modelo capitalista, quando a Educação Permanente estava:

Sempre associada a iniciativas que envolviam a aprendizagem de adultos em momentos de reestruturação produtiva e necessidade de reposicionar grandes contingentes de pessoas no mercado de trabalho em função da intensificação da industrialização e da urbanização. (FEUERWERKER, 2014, p. 92).

Feuerwerker cita Pierre Furter, como um dos educadores dos anos de 1960 que trabalhou fortemente na construção do tema, apesar da existência de várias formulações sobre Educação Permanente na época. Furter destacava que “o homem está em permanente construção e em suas relações no cotidiano sempre produzem conhecimentos/sabedoria que interferem em suas possibilidades de conduzir a vida. ” (FEUERWERKER, 2014, p. 92).

Feuerwerker cita outro aspecto importante de Furter relacionado ao processo de Educação Permanente, que se encontra muito próximo ao desejado na Educação Permanente em Saúde, é que:

Qualquer processo educativo, dirigido a adultos, que se pretenda efetivo, deve ser desencadeado a partir da identificação de necessidades de aprendizagem por parte dos “educandos” e precisa dialogar com seus saberes prévios, tenham sido eles adquiridos sistematicamente por meio de processos educativos formais ou por meio de sua experiência cotidiana (FEUERWERKER, 2014, p. 92-93).

Furter é citado também por Vanilda P. Paiva como sendo um importante membro da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), na divulgação da Educação Permanente na América Latina. A autora descreve Furter como professor no curso de especialistas em educação para América Latina (CEEAL), realizado em São Paulo no ano de 1964/1965, organizado pela UNESCO e o Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa (INEP) (PAIVA, 1985, p. 69).

A Educação Permanente, segundo Paiva (1985), foi uma estratégia pedagógica apropriada ao contexto histórico no período pré e principalmente no pós, 2ª guerra mundial, pelo fato da automação industrial e aos novos modos de produção.

Foi a partir dos anos de 1970 que o tema da Educação Permanente passou a ser tratado e desenvolvido de forma sistemática por organismos internacionais como: a UNESCO; o Conselho da Europa e pela Organização para Cooperação no Desenvolvimento Econômico (OCDE). (GADOTTI, 2012, p. 122).

A UNESCO é citada por Cristiane Lemos, pesquisadora e doutora em educação, como responsável pela difusão da Educação Permanente no final dos anos de 1960, da seguinte forma:

Fundamentada na teoria do capital humano², que compreende a qualificação do fator humano como um dos mais importantes meios para a produtividade econômica e o desenvolvimento do país. (LEMOS, 2016, p. 914).

² Conceito elaborado por Theodoro Schultz nos anos de 1956-57 o qual considerou a instrução como um componente da produção no sistema capitalista, orientando a necessidade de investimento no conhecimento e habilidades para o aumento de rendimentos futuros, similar a qualquer investimento em bens de produção, o que o faz definir “capital humano” como o montante de investimento que uma nação ou indivíduos fazem na expectativa de retornos adicionais futuros” (PEREIRA, 2008, p. 68).

Gadotti questiona essa Educação Permanente apresentada pela UNESCO, das seguintes formas: “para quem e contra quem combate a Educação Permanente? Para qual homem e para qual sociedade?” (GADOTTI, 2012, p.123). Os questionamentos se justificam pelo fato da UNESCO apresentar a Educação Permanente como um conceito desideologizado, pensamento contrário ao de Gadotti, que tenta demonstrar que é um discurso ideológico.

A concepção de um discurso ideológico, está presente na pesquisa de Lemos, quando ela cita a análise de Vanilda Paiva sobre a produção teórica e o contexto de implantação de Educação Permanente na França, compreendendo ser “uma ferramenta ideológica do Estado para inculcar nos trabalhadores novas formas de trabalho com centralidade às necessidades do capitalismo tardio”. (PAIVA apud LEMOS, 2016, p. 914).

No relatório para a UNESCO, da comissão internacional sobre educação para o século XXI, intitulado como “Educação: um Tesouro a Descobrir”, conhecido como o relatório Jacques Delors, escrito em 1996, o entendimento de Educação Permanente vai além de uma educação prolongada para vida toda, estando ela associada a democracia com a seguinte observação:

Finalmente, se se busca uma relação sinérgica entre a educação e a prática de uma democracia participativa então, além da preparação de cada indivíduo para o exercício dos seus direitos e deveres, convém apoiar-se na Educação permanente para construir uma sociedade civil ativa que, entre os indivíduos dispersos e o longínquo poder político, permita cada um assumir a sua parte de responsabilidade como cidadão ao serviço de um destino autenticamente solidário. A educação dos cidadãos deve realizar-se durante toda a vida para se tornar uma linha de força da sociedade civil e da democracia viva. Confunde-se, até, com a democracia, quando todos participam na construção de uma sociedade responsável e solidária, respeitadora dos direitos fundamentais de cada um. (DELORS, 1998, p. 63).

Estaria a Educação Permanente em Saúde pautada nos ideários da Educação Permanente apresentada pela UNESCO ou seria mais um discurso ideológico, segundo Gadotti e Paiva? Qual será a relação dessa estratégia pedagógica no campo da saúde, especificamente na área de recursos humanos?

Educação Permanente em Saúde (EPS) é um tema que vem sendo pesquisado com frequência em artigos científicos, dissertações de mestrado e doutorado, sendo possível observar nas diversas pesquisas, críticas em relação ao seu conceito, que em muitas das vezes é confundido com outras estratégias pedagógicas, como educação continuada e educação popular.

Lemos (2016), afirma que a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), através do seu Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, dissemina a Educação Permanente em Saúde (EPS) a partir dos meados do ano de 1980, criando a diferenciação dos termos: educação permanente e educação continuada, considerando a última mais reducionista. A distinção entre as duas, no meio acadêmico, não tem unanimidade.

Segundo Roschke et al (1993), a Educação Permanente chega na saúde a partir de 1984, época marcada por certo empenho continental em coletar diversas experiências educativas em saúde, que vinham se produzindo nos países das Américas. Esse esforço tinha o objetivo de identificar alguns elementos que contribuíssem para o desenvolvimento de novas formas de abordar os problemas apresentados na capacitação do profissional de saúde.

Tal propósito partia de uma visão diferenciada para o desenvolvimento de recursos humanos, em um contexto de uma crise social, política e econômica que estava em pleno desenvolvimento na região. Experiências educativas na saúde, na década de 1980, foram observadas pelo Ministério da Saúde no Brasil e em outros países da América Latina.

A partir do exame destas experiências, teve início um processo de fundamentação conceitual e metodológica de elaboração coletiva de uma proposta, que mais tarde foi coordenada pelo programa de desenvolvimento de recursos humanos da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). Logo após foram se somando outros grupos nacionais que se mobilizaram para um interesse comum: mudar as práticas educativas com objetivo de transformar a prática de saúde nos serviços. O trabalho coletivo se consolida no biênio 1987-1988 em torno de uma proposta pedagógica baseada na noção de que o trabalho é fundamental para aprendizagem.

Neste contexto a Educação Permanente em Saúde é definida como: “a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população”. (ROVERE, 1994, p. 9). Este conceito se mantém para

implantação da Educação Permanente em Saúde no Brasil, que se inicia com uma discussão no âmbito da Política de recursos Humanos no SUS.

Na década de 1980 houve um debate profundo e uma série de renovações em relação as estratégias de capacitação dos profissionais de saúde. Neste período, Maria Cristina Davini relata que a Educação Continuada foi alvo de análise crítica por estar centrada na transmissão de conhecimentos atualizados, distanciada dos problemas concretos e ser direcionada quase que exclusivamente, à capacitação de médicos, sem o enfoque multidisciplinar. (BRASIL, 2009, p. 52)

O termo Educação Continuada, relacionado a qualificação dos profissionais de saúde, surge no Brasil a partir da VI Conferência Nacional de Saúde, em 1977, quando passa a ser utilizado sistematicamente. A concepção estava ligada a formação médica nos anos de 1950 e somente a partir do ano de 1963 que passa a contemplar a formação do nível médio. (MOTTA, 1988 in VIEIRA et al, 2006, p.12).

Os questionamentos em torno das estratégias de capacitação levaram a construção do enfoque e metodologias de Educação Permanente. O aprendizado, no contexto da prática, cria um novo paradigma sob a visão de que o conhecimento é algo que não se transmite, mas:

Se constrói a partir das dúvidas e do questionamento das práticas vigentes à luz dos problemas contextuais. Ela inclui a busca de formação no trabalho de equipe (em lugar de unidisciplinar), a integração das dimensões cognitivas, de atitudes e competências práticas, priorizando os processos de longo prazo em detrimento das ações isoladas através de cursos. (BRASIL, 2009, p. 53).

A EPS foi introduzida no Sistema de Saúde (SUS) em 1997 pelo Ministério da Saúde, ao instituir os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o Programa Saúde da Família, tendo como concepção ser um espaço de articulação de uma ou mais instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às universidades ou instituições isoladas de educação superior que se consorciam ou celebram convênios com a Secretaria Estadual de Saúde e/ou Secretaria Municipal de Saúde, para implementar programas destinados ao pessoal envolvido na prestação de serviços em saúde da família.

Os 12 primeiros Pólos de Capacitação foram constituídos em novembro de 1997, essa denominação permaneceu até 2002, quando posteriormente, em 2003, foi substituída pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS voltados para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das instituições formadoras.

Os Pólos passam a ser entendidos como lócus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva da ampliação da qualidade de gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS.

2.2 A RELAÇÃO DOS ORGANISMOS INTERNACIONAIS COM A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.

PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN (2008), afirmam que no final do ano de 1973 inicia-se um processo de parceria entre Brasil e OPAS/ Organização Mundial de Saúde (OMS), na área de desenvolvimento de recursos humanos na área de saúde. E pela primeira vez:

Representantes do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação e Cultura (MEC) assinaram com a OPAS um acordo de cooperação técnica, tendo em vista a formação de recursos humanos em grande escala, com intuito também de ter impactos nos serviços de saúde do país. Sua expressão concreta foi a elaboração do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), a partir de um acordo de cooperação complementar ao compromisso estabelecido em 1973. (PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008, p. 930).

Essas ações situam-se no âmbito da gestão e da educação para o trabalho. Elas são desenvolvidas sob a forma de consultoria, desenvolvimento de tecnologia e apoio na execução de cursos, entre outras. (CASTRO, 2008, p. 34).

Embora sendo criada em dezembro de 1902, com o nome de Oficina Sanitária Internacional, e ganhando outros nomes no decorrer dos anos, foi a partir do ano de 1958 que foi denominada Organização Pan-Americana de Saúde. A OPAS inicia com a

representação de 12 países da América, sendo que o Brasil não está presente como país-membro, oficialmente isso acontece em 29 de outubro de 1929.

Sob a denominação de Repartição Sanitária Pan-Americana no ano de 1951, a OPAS e o Brasil assinam um convênio no qual se estabeleceu oficialmente o Escritório de Zona³ para representação da OPAS no Brasil. A representação da OPAS no Brasil se dá através de assessoramento às autoridades federais e estaduais de saúde, referente ao:

Planejamento e execução de programas sanitários de longo alcance; colaborar na aquisição de equipamento e materiais não disponíveis no país; participar do planejamento e coordenação de diversos eventos, em parceria com as instituições estaduais e federais de saúde; e promover a participação de profissionais internacionais em projetos e programas do Brasil, realizados em cooperação com a Representação. (CASTRO, 2008, p.116).

Na época a OPAS não havia designado um consultor para assuntos relativos às políticas de recursos humanos, algo que acontece no ano de 1964, mesmo assim, existe o apoio no campo da capacitação de recursos humanos, a exemplo: do terceiro Congresso Regional de Enfermagem realizado em julho de 1953 e a parceria com a Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo na organização do Programa de Adestramento em Sorologia de Doenças Venéreas.

Mesmo sob um contexto político crítico nos anos de 1960, a ditadura militar, as relações da OPAS com o Brasil continuam. É o brasileiro José Roberto Ferreira, que no ano de 1964, está como assessor da Divisão de Ensino Superior do Ministério de Educação e Cultura e diretor adjunto da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e de Escolas de Medicina (FEPAFEM), iniciando relações profissionais com a OPAS, até que em 1969 aceita o convite da OPAS e vai trabalhar em Washington, desenvolvendo trabalhos com escolas de medicina em diversos países, chegando a ser nomeado no ano de 1975, para o cargo de diretor do Departamento de Recursos Humanos da Oficina Central da OPAS, onde permaneceu até o ano de 1996. (CASTRO, 2008, p. 119-120).

³ A política de regionalização de Fred Soper (1947-1959), quarto diretor geral da OPAS, o qual promoveu a criação de seis zonas regionalizadas, distribuídas da seguinte forma: Zona I, com sede em Washington, para os Estados Unidos, Canadá, Alaska e territórios sem governo próprio;

Zona II, na cidade do México, para Cuba, República Dominicana, Haiti e México; Zona III, na cidade de Guatemala, para Honduras Britânica, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá; Zona IV, em Lima, para Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela; Zona V, no Rio de Janeiro, para o Brasil; e Zona VI, em Buenos Aires, para Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai. Esse processo de regionalização pretendia promover a descentralização do planejamento e da execução dos programas, tendo em vista maior eficiência no uso dos recursos financeiros e maior agilidade nas decisões.

Segundo Castro (2008) é no ano de 1974, que José Roberto Ferreira, junto com outros membros da OPAS, apresentam ao Ministério da Saúde, uma proposta de cooperação técnica para a área de recursos humanos em saúde. Um projeto orçado com um valor superior a 25 milhões de dólares acabou sendo executado e coordenado pela sede a OPAS no Brasil, a princípio a proposta de execução e coordenação foi para a Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ, que de forma cautelosa recusou, “por ser um orçamento várias vezes maior do que o existente para escola e que a mesma não possuía estrutura administrativa para comportar um projeto de tal magnitude” (CASTRO, 2008, p. 123).

O projeto recebeu o nome de Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), sendo o primeiro programa interministerial de recursos humanos em saúde e que daria início ao Programa de Cooperação em Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS/Representação no Brasil.

Sua implantação no ano de 1975, se deu em um contexto político e econômico tenso e complexo, havia uma crise do Estado, o fim da expansão do período econômico, embora o governo ainda militar, mas era o início do declínio e esgotamento da ditadura militar no Brasil, e no setor saúde se presenciava um crescente processo de deterioração. (CASTRO, 2008, p.125).

Outros programas e ações na área de saúde foram acontecendo, sob a influência e apoio da OPAS, a exemplo das estratégias dos Programas de Extensão de Cobertura, que tinham o objetivo de estender o acesso dos serviços de saúde à população de baixa renda, especialmente aos grupos populacionais da zona rural. O Programa de Interiorização dos Serviços de Saúde (PIASS) criado no ano de 1976 é um exemplo dessa estratégia.

Outros projetos que deram sequência foram: o Projeto Larga Escala, iniciado na primeira metade da década de 1980; o Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (CADRHU), lançado na segunda metade dessa mesma década; e o Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (GERUS) implementado na década de 1990.

Os atores que estavam à frente de cada projeto, eram pessoas que, de certa forma, mantiveram ou continuavam mantendo uma relação com a OPAS, concomitante a execução desses projetos. Outro fato importante é a relação desses projetos com a PNEPS, lembrando que a OPAS foi grande divulgadora da Educação Permanente nos países da América latina nos anos de 1980.

A PNEPS traz a ideia do aprendizado no trabalho, presente principalmente no Projeto Larga Escala, assim como a necessidade de integração do ensino e serviço, presente no PPREPS, atribuição primordial da atual Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço (CIES). No projeto CADRHU, um aspecto observado em relação com a PNEPS, é o protagonismo do trabalhador na gestão do sistema de saúde, descrito da seguinte forma:

O propósito a ser reforçado era a compreensão da função recursos humanos, como um componente da gestão do sistema e dos serviços de saúde; e o trabalhador, como um elemento central do processo produtivo, ator fundamental para a viabilização dos processos de mudança. (CASTRO, 2008, p. 208).

No decorrer da implantação e execução desses projetos, fatos importantes aconteceram no cenário político Brasileiro, alguns desencadeados por esses projetos, e outros relacionados com os objetivos desses projetos. Fase de maior efervescência do Movimento da Reforma Sanitária, onde muitos atores deste movimento, estiveram envolvidos em trabalhos com a OPAS.

Acontecimentos como: a 8ª e 9ª Conferências Nacionais de Saúde (CNS), respectivamente no ano de 1986 e 1992, sendo a 8ª CNS a mais importante por ser precursora do Sistema Único de Saúde (SUS); a Constituinte em 1988, com a nova Constituição Federal, que marca a criação do SUS; a 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Recursos Humanos para Saúde (CNRH), que ocorreram, respectivamente, no ano de 1986 e 1993. Na 1ª CNRH o tema central é "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária" e a conferência constituiu-se:

Em um fórum privilegiado de debate da problemática específica da área de recursos humanos. Vale ressaltar que as discussões dessa conferência foram desenvolvidas a partir de cinco grandes eixos: Valorização Profissional; Preparação de Recursos Humanos; Órgãos de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde – Estratégias de Integração Institucional; A Organização dos Trabalhadores de Saúde; e A Relação do Trabalhador de Saúde com o Usuário dos Serviços. (CASTRO, 2008, p. 39).

Mesmo com a implantação do SUS no ano de 1990 e a nova Constituição Federal de 1988, ambos derivados de um movimento a favor da democracia e dos

ideários da reforma sanitária, o governo Brasileiro continuou apresentando uma política neoliberal, e mais acentuada a partir do ano de 1995, com a liderança do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) na figura de Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, que se mantém por dois mandatos (de janeiro de 1995 a janeiro de 2003).

2.3 OS PASSOS PARA CRIAÇÃO DA PNEPS E A INFLUÊNCIA DO GOVERNO LULA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO SUS.

Magalhães (2015, p.21), afirma que na implementação do SUS, já havia uma necessidade de qualificação dos profissionais de saúde, entendendo que a política de formação até esse momento, não atendia as necessidades do Sistema de Saúde, o modelo de cursos e capacitações, assim como outras estratégias para a formação desses profissionais, tinham como características de ser pontuais e sem eficácia, causando pouco impacto no desenvolvimento do serviço de saúde, o que para a autora, “processos esses contraditório com o novo modo de agir em saúde proposto pelo SUS”

No ano de 2000, foi realizada a primeira oficina sobre educação permanente em saúde pelo Departamento de atenção básica do Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida e a coordenadoria geral de políticas de recursos humanos, esta oficina teve como objetivo central

Aprofundar as bases conceituais de educação permanente em saúde e estabelecer um processo de reflexão mais sistematizado sobre o tema, uma vez que grande parte da demanda das atividades dos Pólos de capacitação, criados em 2000, girava em torno dessa questão. (MAGALHÃES, 2015, p. 21).

Em 2003, com a reestruturação do Ministério da Saúde, é criada a secretaria de gestão do trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a qual através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges):

É responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da

população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde; à interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária. (BRASIL, 2004b, p. 6).

Em janeiro de 2003 Luiz Inácio Lula da Silva assume o tão almejado cargo de presidente da república do Brasil, e com ele as propostas do partido dos trabalhadores, com a esperança de um Brasil melhor e mais justo, dando início a mudanças e reformas nos vários setores públicos. No campo da saúde, no mesmo ano de 2003, é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

Sua criação se dá através do decreto nº 4.726 de 09 de junho de 2003, este aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, deixando claro as funções da SGTES e de seus dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES); e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DGERTS).

Dentro das várias competências da SGTES, estava a proposta de se fazer cumprir ao que já era estipulado ao SUS na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 200 e reiterado na lei nº 8.080/90, que é de promover a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, e tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor da saúde, compete também a SGTES de promover a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, bem assim com entidades representativas da educação dos profissionais. Fica claro que existe uma preocupação com a formação e a qualificação do trabalhador na saúde.

Sobre a criação da SGTES, Maria Luiza Jaeger⁴ em entrevista na pesquisa de Vieira et al (2011) afirma que “A ideia da SGTES surgiu basicamente de quem trabalhou no documento da política de saúde do Governo Lula”, no caso foram: Ricardo Ceccim e Maria helena Machado. Ceccim assume a direção do DEGES (2003-2005) e Maria Helena assume a direção do DGERTS (2003-2010). Sua criação mobiliza as demais esferas de governo: estadual e municipal, fazendo com que haja:

⁴Socióloga; ex-representante da CUT na Comissão Nacional da Reforma Sanitária; ex-secretária estadual de saúde do Rio Grande do Sul, e ex-secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde. Em 1986 participou da Conferência Nacional de Saúde, na delegação da CUT [Central Única dos Trabalhadores] e foi indicada para participar de 1986 a 1988 da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

Uma revisão das estruturas responsáveis pela questão dos recursos humanos em saúde e à ampliação do quantitativo de secretarias – que se aproximaram do órgão federal no que diz respeito à denominação e ao desenho institucional – nesses níveis de governo. (VIEIRA, 2011, p. 97).

A SGTES não fica isenta da influência da OPAS, já que no ano de 2003 é deslocado para a Secretaria, a coordenação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Rorehs), criada em 1999 por iniciativa da Opas. Causando alguns conflitos na questão da operacionalidade e também divergências conceituais, principalmente no que diz respeito ao entendimento sobre recurso humano, trabalho e educação, além da estratégia pedagógica a ser adotada.

Neste sentido a Educação Permanente em Saúde (EPS) é eleita como estratégia na Política de Educação em Saúde no SUS, mas não exatamente da forma que foi concebida e da maneira como foi desenvolvida pela OPAS na década de 1980, a PNEPS vem pautada no “quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.” (CECCIM, 2004, p. 41).

Em 2003, do dia 07 ao dia 11 de dezembro, tivemos a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que cita com importante a Promoção e implantação da educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde, em todos os níveis de formação, englobando conteúdos gerais e as especificidades locais, orientados pelos princípios do SUS, da ética profissional, com ênfase na humanização das relações e do atendimento. Finalmente em 13 de fevereiro 2004 temos a Portaria GM/MS nº 198 que Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

Embora a PNEPS tenha sido instituída no ano de 2004, o termo Política Nacional de Educação Permanente já aparece no decreto 4.726/2003 nas competências do DEGES, sendo uma delas a participação na PNEPS. Outra das várias competências é de fazer a integração ensino-serviço, com a preocupação da qualidade dessas instituições e da adequação da rede de serviços do SUS à condição de campo de ensino para a formação de profissionais de saúde.

Ao DGERTS cabe uma preocupação com a necessidade da quantidade e qualidade do profissional de saúde mediante ao que a população necessita, outra

competência é a viabilização de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) no SUS, citado na lei federal nº 8.142/90 e publicizado pelo DGERTS através da Cartilha de Diretrizes do PCCS-SUS no ano de 2005.

No mesmo ano de criação da SGTES, a discussão sobre a até então denominada política de recursos humanos no SUS se expressa através da resolução nº 330 de 04 de novembro de 2003. Nessa resolução os “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)” passam a ser entendidos como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS. Nesse contexto, o modelo de educação permanente baseia-se nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema, bem como nas atribuições e competências definidas para os diferentes trabalhadores do SUS e para as equipes de trabalho, conforme sua localização no Sistema de Saúde, que facilite uma interlocução permanente entre educação, trabalho e regulação.

Com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH/SUS) aprovada em 2002, é possível destacar dois pontos importantes em relação a educação permanente em saúde, são eles: “Os Gestores das três esferas de gestão do SUS deverão elaborar, anualmente, um Programa Institucional de Educação Permanente para todos os níveis de atuação do conjunto de trabalhadores da Saúde sob suas responsabilidades e Organizar centros de estudos nas unidades de saúde, que devem ser considerados como células básicas de discussão técnica que fomentam o desenvolvimento do trabalhador do SUS”. Com isso é possível entender que todos os níveis de atenção devem ser contemplados com a PNEP.

Outro fato importante ocorrido antes da instituição da PNEPS, foi a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), final do ano de 2003, do dia 07 ao dia 11 de dezembro, na qual é descrito, de forma relevante, a promoção e implantação da educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde, em todos os níveis de formação, englobando conteúdos gerais e as especificidades locais, orientados pelos princípios do SUS, da ética profissional, com ênfase na humanização das relações e do atendimento. Finalmente em 13 de fevereiro 2004 temos a portaria nº 198 que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde.

2.4 OS IDEÁRIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.

A proposta da PNEPS considera uma série de fatores, descritos na Portaria 198/2004, levando ao entendimento que a Educação Permanente desta política, difere em alguns pontos da Educação Permanente em Saúde difundida pela OPAS a partir dos anos de 1980 na América Latina.

Entre as considerações é possível destacar, de forma resumida, algumas que evidenciam essa diferença: a consolidação da reforma sanitária brasileira por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial; o incremento da participação social nas decisões políticas do SUS; a EPS deve efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde.

Segundo Lemos (2016), na primeira fase da PNEPS, existe um grande diferencial que é o quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, afirmando que desse modo:

Amplia o âmbito da atuação da EPS da tradicional parceria ensino/serviço já previsto na OPAS para outros segmentos. A ideia é de retirar o planejamento dos órgãos centrais e promover uma gestão da educação descentralizada e de forma democrática pelos PEPs ou “Rodas de Gestão” compostos por diversos setores envolvendo, agora, na elaboração do planejamento da EPS: trabalhadores, gestores, usuários (controle social), professores/acadêmicos. (LE MOS, 2016, p. 916).

A portaria 198/2004 além de mostrar a proposta da PNEPS, descreve a forma como deve ser conduzida. Na época, a condução locorregional era feita pelo Colegiado de Gestão configurado como Polo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão), atualmente pela Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES). Com suas funções e composição descritas na Portaria 198/2004.

Outro aspecto importante apresentado na Portaria 198/2004 é sobre o financiamento da PNEPS, sendo esta uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, pela esfera federal, ela será financiada com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde, mediante a aprovação de projetos e

estando de acordo com os critérios e a tabela de alocação e efetivação de repasses dos recursos financeiros do governo federal para os projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPs), pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite.

A PNEPS deveria ser entendida e implementada nacionalmente, que seria uma ação de competência da SGTES e mais especificamente do DEGES, algo já descrito anteriormente no decreto 4.726/2003. Na época Ricardo Burg Ceccim era diretor do DEGES, cargo ocupado por ele de 2003 até o ano de 2005.

Ainda na sua direção, no ano de 2005, o Ministério da Saúde através da SGTES e o DEGES, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), promovem o Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Na apresentação do curso aos alunos descrita em um dos volumes do curso, é possível entender a finalidade do curso a partir do texto feito por Ricardo Ceccim, quando ele afirma que o curso:

Constitui estratégia fundamental da iniciativa central da Política Nacional de Gestão da Educação na Saúde, que é aprendizagem significativa às transformações do trabalho, para que o trabalho em saúde seja lugar de atuações críticas, reflexivas, propositivas, compromissadas e tecnicamente competentes.[...] Tudo isso indica a escolha da educação permanente em saúde como ato político de defesa do trabalho no SUS, para que corresponda às necessidades da população, conquiste a adesão dos trabalhadores, constitua processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduza docentes, estudantes e pesquisadores a sua mais vigorosa implementação. Fruto das lutas sociais por saúde, o SUS expressa, em seu ideário, o sonho de um sistema de saúde universal, equânime, altamente resolutivo, acolhedor, responsável e capaz de contribuir com o desenvolvimento da autonomia das pessoas e população para um andar a vida com mais saúde. (BRASIL, 2005, p.11-12).

Ceccim enfatiza a problematização do processo como ponto fundamental da PNEPS, sendo através dela “e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas”. (BRASIL, 2004b, p.10). De acordo com esta concepção:

A EPS apresenta-se como uma estratégia de educação na saúde com um olhar sobre as necessidades da população, configurando-se como um processo de gestão participativa e transformadora, incluindo instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários, conformando o “quadrilátero da formação. (FRANÇA, 2016, p. 84).

Com a saída do Ministro da Saúde, Humberto Costa, em julho de 2005, entra em seu lugar Saraiva Felipe, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro, ocasionando uma mudança na equipe da SGTES e nas orientações da PNEPS. No ano seguinte em fevereiro de 2006, é lançado a Portaria GM/MS nº 399, o Pacto Pela Saúde, documento que contempla “o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.” (BRASIL, 2006). A PNEPS é descrita no Pacto de Gestão, de forma enfática para sua implementação nas três esferas.

As mudanças que ocorrem na SGTES no ano de 2005, acabam ocasionando a elaboração de novas diretrizes na PNEPS, presente na Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, a definição de novas diretrizes, para implementação da PNEPS, deve se adequar às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, documento apresentado em fevereiro de 2006 com diretrizes pactuadas pelos gestores para a execução do SUS.

O Polos de Educação Permanente não estão presentes nesta última portaria, passando a ser denominado de Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. A condução regional da PNEPS se faz por meio dos Colegiados de Gestão Regional, que a partir do ano de 2011 passa a ser denominada de Comissão Intergestores Regional (CIR). Para Ceccim, a PNEPS muda o rumo original que se pretendia na sua institucionalização, em depoimento ele afirma:

A principal mudança é que eles passaram a entender educação permanente como uma didática, porque a política deles não é a de encontrar com todo mundo. A política deles é dizer o que deve ser feito. [...] nós não tínhamos uma política de edital, nós tínhamos uma política de fórum. A política de edital diz: encaixem-se nesse desenho, concorram a esse desenho e nós vamos financiar. A política de fórum é: o fórum vai inventar o que vai acontecer. E nós trabalhávamos com a política de fórum de educação

permanente. E o grupo atual trabalha com a lógica do edital. (CECCIM, 2003-2005 apud VIEIRA, 2011, p. 106).

A CIES passa a ser a instância fundamental na condução da PNEPS, tanto as estaduais quanto as regionais, e passa a ser alvo de pesquisa científica. Os artigos que analisam a CIES começam a surgir a partir de 2008, sendo que a maioria não descreve e nem trata a CIES como tema central da pesquisa, citando apenas suas atribuições na PNEPS, presentes na Portaria nº1.996/2007.

Os artigos que tratam de uma análise da PNEPS são os que fazem observações mais específicas a CIES, mas sendo que dessa minoria de artigos, a maioria trata das CIES regionais.

A maioria dos artigos que tratam da PNEPS, tanto os anteriores a 2007 e os posteriores, foram elaborados a partir de pesquisas baseadas em relatos de experiências, com uma análise qualitativa do processo.

Nessas análises, foi possível compreender, mais aspectos negativos do que positivos em relação às propostas e considerações descritas, tanto na primeira quanto na segunda portaria ministerial da PNEPS. Pode-se apontar o mesmo, acerca das estratégias relacionadas a EPS, elaboradas pelo Ministério da Saúde, através da SGTES.

A SGTES aparece como alvo de críticas em pesquisas a partir de 2006. Segundo Vieira ET AL (2006, p.93) observaram a “ausência de critérios relativos ao acompanhamento dos projetos nas diferentes instâncias envolvidas (SGTES, secretaria executiva dos polos, ou instituições executoras dos projetos).” Os autores apontaram a necessidade desse acompanhamento, indicando que a ausência deste acompanhamento pode pôr em risco a efetividade do projeto de EPS.

Outro estudo relacionado à análise da implementação da PNEPS, mostrou a falta de evidência de “transformações nos processos de trabalho com repercussão na qualidade da assistência e na melhoria das condições de trabalho” (CAVALCANTI et al, 2013, p. 605).

Tendo como objeto deste projeto a CIES/RJ, é relevante destacar algumas observações de alguns artigos científicos que trataram especificamente desta instância. É o caso de uma pesquisa realizada em 2010 e publicada em 2013, que teve como objetivo:

Conhecer o entendimento dos membros das Comissões de Integração Ensino-Serviço, em relação à participação dos trabalhadores na definição de propostas educativas, fatores que facilitam ou limitam a elaboração e o provimento dos planos regionais e as características das propostas educativas. (SILVA et al, 2013, p. 296).

O estudo foi direcionado as CIES do Estado do Rio Grande do Sul, baseado em relatos dos trabalhadores dessas Comissões, indo à busca dos fatores facilitadores e limitadores na implantação dos planos regionais de EPS. Os relatos dos trabalhadores em relação aos fatores facilitadores se mostram estar de acordo com as atribuições das CIES descritas na Portaria nº 1.996/2007, são eles:

- I – Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;
- II – Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria;
- III – Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;
- IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e
- V – Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão. (BRASIL, 2007).

Na descrição das atribuições da CIES, é importante informar que os Colegiados de Gestão Regional são atualmente as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Já nos fatos limitadores, os relatos apontam uma deficiência e ausência dos fatos que eles consideraram como facilitadores. Dos fatos limitadores relatados, destaca-se: “a falta de envolvimento pessoal; a pouca participação do controle social e dos

movimentos sociais; e desinteresse e desconhecimento da grande maioria dos gestores dos serviços de saúde” (SILVA, 2013, p. 301).

Silva (2013) assim como outros autores, evidencia a importância da CIES no processo de EPS, e ainda aponta a importância do envolvimento da gestão neste processo. Mas entende que a EPS:

Representa uma importante alternativa de superação a modelos de gestão e atenção estagnados, de ações partidárias de apelo eleitoral, de valorização do tecnicismo do modelo biomédico baseado na tríade consulta /exames /medicalização. (SILVA, 2013, p. 305).

Outro estudo de caso, realizado por Moraes no ano de 2012 e publicado em 2015, que trata de uma análise qualitativa sobre a implementação da PNEPS no Distrito Federal, Moraes fez uma coleta de dados de 24 membros que estão envolvidos diretamente com a implementação da PNEPS no Distrito federal, sendo que 21 destes membros eram chefes dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS, descrito por ele como “unidades executoras das atividades de educação na saúde na rede do SUS/DF.” (MORAES, 2015, p. 266).

Foi uma pesquisa que evidenciou uma realidade diferente do que está preconizado na PNEPS. A começar pelas atribuições que deveriam ser da CIES e CIR, como o Plano de ação Regional de EPS (PAREPS). Moraes identificou que esse Plano era elaborado pela Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CODEP) que “à época responsável pela implementação da PEPS em toda a rede pública de saúde no DF, por meio da Gerência de Desenvolvimento de Projetos (GDP). (MORAES, 2015, p.265).

Após a construção do PAREPS, A CODEP apresenta e “pactua para a CIES, para o Conselho de Saúde do DF e, por fim, para o CGR para aprovação. (MORAES, 2015, p.265). Importante destacar que a atual Comissão Intergestores Regional (CIR) na época da pesquisa era o Colegiado de Gestão Regional (CGR).

Os problemas não se restringem propriamente ao processo de trabalho, mas também ao financiamento, algo pouco discutido nos artigos sobre PNEPS. Quanto ao financiamento da PNEPS no Distrito Federal, vale destacar um relato de um dos membros entrevistados:

Na questão do financiamento, a gente tem mais uma parte complicada de orçamento que é: nós temos um orçamento que pertence à Fundação e a gente tem um recurso da educação permanente que é para capacitação e educação permanente [...]. Esse é totalmente organizado por aqui, e nós temos também recurso que vem do Ministério da Saúde, que cai diretamente no fundo de saúde. Então, ele não vem para a Fundação, precisa ser uma negociação de transferência para cá ou uma negociação direta, que é o que a gente tem feito — preparar os processos aqui e encaminhar para a Secretaria pagar. (C1). (MORAES, 2015, p. 266).

O estudo mostrou que seria necessário a elaboração de projetos, para ter acesso ao financiamento previsto na Portaria nº 1.996/2007. Conforme o relato anterior, Moraes identificou dificuldades para ter esse financiamento, o que provavelmente pode ser um fator limitador na implementação das ações programadas.

Moraes faz uma observação importante em relação a CIES, nota “a pouca participação da CIES na construção das estratégias de intervenção na área da educação na saúde, sendo suas responsabilidades assumidas pela CODEP. (MORAES, 2015, p. 267), complementando, dizendo que a CIES deve ampliar as suas responsabilidades e não ficar apenas como instância que aprova ou não os Planos Regionais de EPS.

Não muito diferente, das críticas dos autores vistos anteriormente, em relação a implementação da PNEPS, Moraes aponta a necessidade de:

Uma mudança político-organizacional, de gestão e de paradigma, o que requer um longo processo de mudança cultural e social nas relações de trabalho e de vida dos atores envolvidos, já que ela apresenta metas ambiciosas que visam a mudanças nas práticas hegemônicas nos serviços de saúde. Estas só serão possíveis com a efetiva participação do controle social, dos trabalhadores da saúde e das instituições de ensino na construção e implementação das propostas. (MORAES, 2015, p. 268).

Moraes finaliza, afirmando que para implementação da PNEPS se faz necessário a criação de estratégias com a finalidade de ampliar os espaços democráticos, ampliar os espaços de escuta do trabalhador e usuário, de forma a possibilitar esses encontros para a discussão dos problemas do cotidiano.

A revisão da literatura permite supor dois possíveis problemas a serem observados com a proposta do projeto, que visa uma análise das ações de EPS

desenvolvidas pela CIES/RJ. Será que a PNEPS no Estado do RJ encontra dificuldades para implementação de suas Propostas?

Visto que, dos artigos que fizeram uma análise da PNEPS desde 2006 a 2015, tiveram em suas conclusões, muito mais, aspectos negativos do que aspectos positivos, em relação a implementação da EPS e da atuação das CIES.

Nos novos rumos da EPS, são publicados pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2014, através da Portaria nº 278, que institui diretrizes para implementação da PNEPS, no âmbito do Ministério da Saúde (MS).

Anterior a Portaria 278, em novembro de 2013 a Rede Unida lançou o Programa Educação Permanente em Saúde em Movimento, com a perspectiva para a formação de 6 mil especialistas em educação permanente em saúde nas diversas regiões do Brasil. No evento estiveram presentes os professores Emerson Merhy (UFRJ) e Ricardo Burg Ceccim (UFRGS), e o representante do Ministério da Saúde, Alexandre Medeiros.

O Programa foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES)/Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EDUCASAUDE) e da Rede Governo Colaborativo em Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e da Associação Brasileira da Rede Unida.

O Ministério da Saúde, publica o seguinte documento no ano de 2014: Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas do Ministério da Saúde. Esse documento traz uma série de observações sobre a PNEPS, mas o que chama atenção é uma observação da política no âmbito do Ministério da Saúde:

Embora a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde¹ tenha sido instituída em 2004, no âmbito da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), apenas em 2012 este tema passa a ser discutido na Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas (CGESP/SAA/SE/MS). (BRASIL, 2014, p. 14).

A partir desse momento é que o Ministério da Saúde dá uma atenção específica a EPS, criando uma agenda para 2014, nela já embutida a ideia de movimento, descrita da seguinte forma:

Este movimento, a partir da reflexão dos avanços e desafios da EP, propõe então uma nova agenda, que estamos chamando de Educação Permanente em Movimento no MS, com o objetivo de fortalecer a Educação Permanente como dispositivo estratégico de gestão e de aprendizado no trabalho, com o trabalho e para o trabalho. (BRASIL, 2014, p.16).

A frente da Educação Permanente em Saúde em Movimento, está Ricardo Burg Ceccim, ex-diretor do DEGES em 2003 e o mesmo que estava à frente do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde em 2005. A valorização do encontro e da troca dos saberes, estava presente no curso em 2005 e está na EPS em movimento. Seria essa a nova proposta de fazer EPS?

CAPÍTULO 3 - PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A pesquisa foi realizada com base na metodologia qualitativa, que segundo Minayo (2014, p.57), “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões.” Para a autora estes fatores são produtos das interpretações humanas, que dizem a respeito de como eles vivem, de como constroem seus artefatos e a si mesmos, e de como sentem e pensam.

Este método, além de ter fundamento teórico, permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos e que são referentes a grupos particulares. Tendo como característica a “empíria e a sistematização progressiva de conhecimentos até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo” (MINAYO, 2014, p. 57).

Para conseguir atingir os objetivos desta pesquisa, recorreu-se a um vasto conteúdo bibliográfico, dando maior relevância a uma série de documentos relacionados com o tema da pesquisa, e para a análise desses documentos, foi eleita como metodologia mais apropriada, a Análise de Conteúdo.

A análise de conteúdo “aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.” (BARDIM, 2016, p. 44). Para o autor, este método tem como intenção a inferência⁵ de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). A finalidade de produzir inferências sobre qualquer dos elementos básicos do processo de comunicação é a razão de ser deste método. (SHIROMA, 2004).

A análise de conteúdo procura “extrair sentidos dos textos, respondendo à questão: o que este texto quer dizer?”(SHIROMA, 2004, p.19 apud Orlandi, 2001, p. 17). sendo que tradicionalmente é um método quantitativo de investigação, envolvendo o estabelecimento de categorias e contagem do número de ocasiões/instâncias em que essas categorias são usadas num texto. no entanto, este método pode ser combinado com outro método que forneça análise qualitativa do texto (SHIROMA, 2004).

⁵Inferência: operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras. Inferir: extrair uma consequência (BARDIN, 2016, p.45 apud Petit Robert, Dictionnaire de la langue Française, S.N.L.,1972).

Segundo Bardin (2016), este método, pretende conhecer variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica etc., através de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares. É um método que

Oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não aparente, o potencial de inédito (do não dito), retido por qualquer mensagem. Tarefa paciente de “desocultação”, responde a esta atitude de *voyer* de que o analista não ousa confessar-se e justifica a sua preocupação, honesta, de rigor científico. Analisar mensagens por esta dupla leitura de uma segunda leitura se substitui à leitura “normal” do leigo, é ser agente duplo, detetive, espião... Daí a investir-se o instrumento técnico enquanto tal e a adorá-lo como um ídolo capaz de todas as magias, fazer dele o pretexto ou o álibe que caucione vãos procedimentos, a transformá-lo em gadget inexpugnável do seu pedestal, vai um passo... Que é preferível não transpor. (BARDIN, 2016, p. 15).

Bardin (2016, p.15) afirma que o método “é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.” Um dos objetivos que corresponde a sutileza dos métodos de análise de conteúdo é “a superação da incerteza: o que eu julgo ver na mensagem estará lá efetivamente contido, podendo esta “visão” muito pessoal ser partilhada por outros? Por outras palavras, será a minha leitura válida e generalizável?” (BARDIN, 2016, p. 35).

A pesquisa tem como referência os passos metodológicos na análise de conteúdo descrito por Shiroma (2004), que são: a pré-análise, onde se define os documentos que serão objeto de análise, visando responder as questões da pesquisa; a categorização, onde se define as unidades de análise que devem ser privilegiadas, de acordo com os objetivos da pesquisa; a codificação, sendo a articulação à aplicação das categorias com os documentos selecionados; e a interpretação dos resultados, que consiste em inferir, o sentido do conteúdo do material analisado, com base na categorização.

Outra técnica utilizada em alguns momentos da pesquisa foi a “Observação Participante” que pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sobre sua importância “alguns estudiosos a tomam não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação, mas como método em si mesmo, para

compreensão da realidade” (MINAYO, 2014, p.273). Outros autores definem a técnica como:

Um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto.” (MINAYO, 2014, p. 273-274, apud SCHWARTZ; SCHWARTZ,1955, p. 355).

Foram eleitos os principais documentos que descrevem as ações e propostas de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro (ERJ). Sendo assim foram selecionados os seguintes documentos: os Planos Estaduais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PES/RJ): 2008-2011; 2012-2015 e 2016-2019; as Programações Anuais de Saúde do ERJ (PAS/RJ) do ano de 2010 a 2016; os Relatórios Anuais de Saúde do ERJ (RAG/RJ); as Atas das reuniões ordinárias da Comissão Intergestores Bibartite do ERJ (CIB/RJ) dos anos de 2008 a 2016; todas as Atas das reuniões da CIES/RJ desde a sua criação em 2009 até 2016; os Planos Estaduais de EPS elaborados desde o ano de 2009 até 2016; dispositivos legais (leis, portarias, decretos e resoluções); e todo e qualquer documento que contribuísse no entendimento destes documentos e da pesquisa.

Ciente da existência de outros documentos públicos que tratam da EPS no ERJ, a exemplo das atas de reuniões do Conselho Estadual de Saúde, dos relatórios das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) de cada região de saúde do ERJ, Atas das reuniões do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do ERJ (COSEMS/RJ), entre outros, não significa ter dado menos importância a estes documentos, e sim pelo motivo que os documentos selecionados, além de terem sido suficientes para atingir o objetivo da análise, muito de seus assuntos estão presentes nos demais documentos públicos, no que diz respeito a educação em saúde do ERJ.

Cabe ressaltar que o acesso a determinados documentos foi por meio de solicitação no setor de protocolo da SES/RJ, a exemplo das Atas de reuniões da CIES/RJ e dos Planos Estaduais de EPS do ERJ, por não se encontrarem publicizados como os demais.

3.2 APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS SELECIONADOS: E SUA RELEVÂNCIA NA PESQUISA

Os três primeiros documentos selecionados, fazem parte dos instrumentos do planejamento do SUS, o PlanejaSUS, que são: o Plano de Saúde (PS); a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Saúde (RAG). Estes estão descritos na Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, a qual estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

O planejamento além de ter como pressuposto o monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS, deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, seus objetivos e metas, devem ser compatíveis com os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de Gestão, de ter transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade, e sua concepção de planejamento se faz a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.

Plano de Saúde: é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. (BRASIL,2009).

Sendo que os Planos Estaduais de Saúde deverão ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse recursos aos Municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde e terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade inter-regional.

Programação Anual de Saúde (PAS): é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Tanto para Estados e

Municípios, a PAS deverá conter: a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. (BRASIL, 2009).

Relatório de Gestão: é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. E deve contemplar os seguintes itens: as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; as metas da PAS previstas e executadas; a análise da execução orçamentária; e as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde. (BRASIL, 2009).

Serão nestes documentos que encontraremos algo descrito sobre as propostas e ações relacionadas com a PNEPS, além de identificar detalhes da execução ou da não execução dessas ações e propostas. Será possível também identificar a presença ou ausência de propostas e projetos discutidos nas Atas de reuniões da CIB e ou CIES/RJ, assim como nos Planos Estaduais de EPS do ERJ.

Atas de reuniões: são documentos oficiais que registram de forma resumida as ocorrências, deliberações, resoluções e decisões das reuniões, que no caso da pesquisa serão as Atas de reuniões da CIB/RJ e da CIES/RJ, que devem ter uma regularidade de no mínimo uma vez por mês.

As Atas de reunião, especificamente as Atas de reuniões da CIES/RJ, é o conjunto de documentos mais relevante da pesquisa, será a partir dessas Atas que se fará a relação com os demais documentos selecionados. É importante ressaltar que foram disponibilizadas todas as Atas de reuniões da CIES/RJ elaboradas desde sua criação em 2009 até o ano de 2016. Sendo disponibilizado Atas de reunião a partir do mês de setembro do ano de 2013 até setembro do ano de 2016, entendendo dessa forma que não houve Ata de reunião nos anos de 2009 a 2012.

Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde: é um documento previsto na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, que deve ser construído a partir dos Planos Regionais de EPS, os quais são construídos de acordo com as pactuações entre os gestores de cada esfera, considerando as prioridades sinalizadas nos Instrumentos de Gestão, tanto no Âmbito Nacional quanto no Estadual. A previsão da realização de suas ações e projetos são para o ano seguinte.

Os Planos Estaduais de EPS/RJ, não estão publicizados, seu acesso foi através de solicitação no setor de protocolo da SES/RJ, sendo disponibilizado os PEEPS/RJ: 2009/2010; 2010/2011; e 2011/2012. Os demais não foram elaborados, cabendo ressaltar que os anos seguintes foram de intensa alteração na estrutura da SES/RJ.

Embora sejam anteriores a elaboração das Atas de reunião, se tornam relevantes por mostrarem um panorama das ações e propostas desenvolvidas no período de criação da CIES/RJ. Sinalizam também as adversidades enfrentadas pelo grupo da SES/RJ que fazia a condução da PNEPS no ERJ.

3.3 APRESENTAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: PANORAMA DEMOGRÁFICO E ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS.

Segundo o atual Plano Estadual de Saúde do ERJ 2016-2019 O estado do Rio de Janeiro (ERJ) é uma das menores Unidades da Federação, com área total de 43.864,31 km², mas é a terceira mais populosa do Brasil. Dividido politicamente em 92 municípios, oito regiões administrativas e nove regiões de saúde, a densidade demográfica do ERJ é variada em cada região, indo de 57 a mais de 3.000 habitantes por quilômetro quadrado, respectivamente, nas regiões Noroeste e Metropolitana I, para uma população estimada para 2016 de 16.635.996, segundo o IBGE.

Divisão do ERJ por Regiões de Saúde

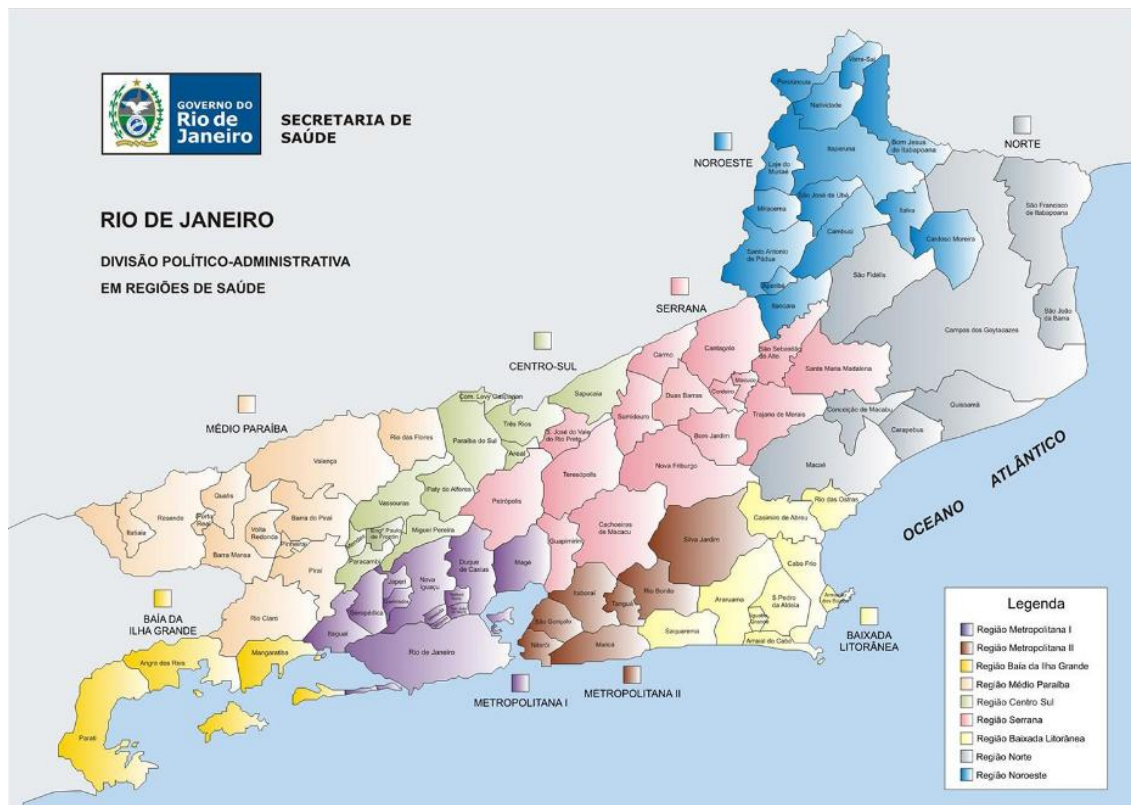


Fig.1 Disponível em: <<http://www.scielo.br/img/revistas/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-1125-gf01.jpg>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

As nove regiões de saúde são: Metropolitana I; Metropolitana II; Baía da ilha grande; Médio paraíba; Centro sul; Serrana; Baixada litorânea; Norte; e Noroeste.

Sobre a rede de atenção à saúde no ERJ, cabe ressaltar alguns indicadores que servem como critérios na distribuição e alocação dos recursos financeiros da PNEPS para as regiões de saúde do ERJ.

Cobertura de equipes de atenção básica – Cob. ESF – ano de 2015

Cobertura de equipes de Saúde Bucal – Cob. ESB – ano de 2015

Região	População	Cob. ESF	Cob. ESB
Total	16.550.024	57,17%	36,51%
Baía da Ilha Grande	269.533	94,20%	77,98%
Baixada litorânea	768.941	66,31%	58,22%
Centro-Sul	327.784	94,48%	91,35%
Médio Paraíba	879.181	90,87%	76,54%
Metropolitana I	10.118.003	50,18%	25,41%
Metropolitana II	2.021.681	55,45%	29,77%
Noroeste	336.571	92,75%	75,18%
Norte	892.046	51,86%	67,53%
Serrana	936.284	66,60%	43,07%

Fonte: O autor.

Notas: os dados apresentados foram gerados em 21/03/2016, apresentando a situação existente na época da consulta aos bancos de dados e do fornecimento de dados pelas áreas técnicas. Eventualmente, as bases de dados municipais podem estar mais atualizadas que as bases estaduais ou nacionais, podendo existir, então, diferenças entre os indicadores disponibilizados e os calculados pelos municípios a partir de suas bases.

Quanto a população, vale destacar alguns pontos importantes, iniciando pelo índice de envelhecimento que aumentou consideravelmente, sendo que nas regiões Metropolitana I e Noroeste são as que concentram o maior percentual de idosos no Estado do Rio de Janeiro, seguidas pelas regiões Centro Sul, Serrana e Metropolitana II.

Em termos de condições materiais de vida, as desigualdades nas condições de habitação dos que residem no ERJ são fatores que ajudam na construção das desigualdades em saúde. A começar pela infraestrutura de serviços de saneamento, que são mais agregados nas áreas urbanas do estado. Todas as regiões de saúde apresentam um percentual de urbanização superior a 80%, o que significa que mais de 80 em cada 100 habitantes residem em áreas consideradas urbanas pela administração municipal.

O documento sinaliza que o envelhecimento da população e o aumento das enfermidades crônicas são fatores que requerem maiores esforços para enfrentamento de problemas na área da saúde. A desigualdade social é evidenciada no Plano, pois de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, com base na PNAD/IBGE 2013, o ERJ possui 3,77% de sua população vivendo em condições de extrema pobreza, apesar de possuir a sexta maior renda per capita nacional, essa desigualdade entre municípios e regiões revela que a distribuição da renda não ocorreu de forma correspondente ao aumento da riqueza nos anos recentes.

O ERJ, apesar de ser um dos mais ricos do país, ainda apresenta índices preocupantes de desigualdade em seu território, que repercutem sobre o estado de saúde de seus habitantes, bem como sobre o acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Segundo o Plano Estadual de Saúde 2016-2019, as regiões Norte e Noroeste apresentam as maiores proporções de pessoas em condições de extrema pobreza, mas entre seus municípios também existem contrastes significativos, o que mostra a necessidade de ter atenção à espacialização dos problemas, inclusive, de saúde.

Os estudos do perfil epidemiológico do ERJ, mostraram vários dados relevantes sobre as diversas doenças e casos que incidem nas regiões de saúde, valendo destacar alguns, a exemplo da distribuição dos óbitos segundo grupos de causas, onde aponta que as doenças do aparelho circulatório respondem pela maioria das mortes no Estado (30,42%), seguidas pelas neoplasias (17,05%) e pelas causas externas (11,22%). Juntos, estes três grupos correspondem a mais da metade dos óbitos ocorridos em 2014.

As doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças ligadas à nutrição e ao metabolismo e as doenças respiratórias respondem por mais de 70% de todos os óbitos do estado. Isso mostrou a necessidade de inserção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) entre as prioridades das políticas de saúde nas diversas esferas de governo.

Em relação as taxas de mortalidade por AIDS, em uma análise do período de 2004 a 2013, a região da Baixada Litorânea também apresentou valores abaixo dos verificados para o estado, mas acima das taxas observadas em nível nacional, durante boa parte do período, com tendência irregular e decréscimo em 2013. Na região Serrana a taxa de mortalidade por AIDS também apresentou valores abaixo dos verificados para o estado, mas acima das taxas observadas em nível nacional, durante 2004 e 2006. Já na região Norte, as taxas apresentaram valores abaixo dos verificados para o estado, mas

acima das taxas observadas em nível nacional durante 2000 e 2005. A Médio Paraíba apresentou valores abaixo dos verificados para o estado, mas acima das taxas observadas em nível nacional entre 2004 e 2006.

3.4 SITUAÇÃO POLÍTICA E ECONÔMICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O Estado do Rio de Janeiro (ERJ), é uma das unidades federativas mais importantes do Brasil, em seu aspecto econômico e político. Sendo a terceira cidade mais populosa do Brasil, que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui uma população estimada no ano de 2016 de 16.635.996 habitantes em seus 92 municípios, ocupa o segundo lugar na lista das unidades federativa do Brasil por densidade demográfica segundo o IBGE. Concentrando em sua capital, a cidade do Rio de Janeiro, cerca de 37% desta população, estimada para 2016 em 6.498.837.

Sua economia está baseada na produção de petróleo e gás natural sendo o maior estado do Brasil nesta área, algo que garantia uma arrecadação financeira expressiva até o final do ano de 2012. Em 2009 sua economia representou 10,9% do Produto Interno Bruto (PIB), em 2010 o repasse dos Royalties de Petróleo provenientes da extração e exploração do petróleo e do gás natural atingiram R\$ 2,9 bilhões.

Esse repasse diminuiu consideravelmente a partir de 2013 com a criação da Lei federal nº 12.734 de 30 de novembro de 2012, sancionada pela presidente Dilma Rousseff, fazendo com que os Royalties de petróleo fossem distribuídos também para Estados e Municípios não produtores de petróleo, acarretando uma diminuição do percentual para o Estado do Rio de Janeiro.

Antes da votação no Congresso pela aprovação ou não do projeto de lei do deputado federal Vital do Rêgo do Partido do Movimento Democrático Brasileiro do Estado da Paraíba (PMDB-PB), houve manifestação contrária do Governador do Estado do Rio de Janeiro, Sérgio Cabral Filho (PMDB-RJ), chegando a ir para as ruas do centro da cidade do Rio de Janeiro com uma multidão, em protesto contra a aprovação do projeto de lei.

No dia 06 de novembro de 2012 o projeto foi aprovado na Câmara com 286 votos a favor e 124 contrários, aguardando o sancionamento da Presidente. Mesmo com as manifestações contrárias, a lei foi sancionada. O que determinou novas regras de distribuição entre os entes da Federação dos royalties e da participação especial devidos em função da exploração de petróleo, gás natural e outros hidrocarbonetos fluidos, e

para aprimorar o marco regulatório sobre a exploração desses recursos no regime de partilha.

Essa diminuição atingiu os principais estados e municípios produtores de petróleo da Região Sudeste, dos 92 Municípios do Estado do Rio de Janeiro a cidade do Rio de Janeiro foi muito prejudicada, esta pertence a região metropolitana I, que é uma das 9 regiões de saúde do Estado do RJ, é a região de saúde que concentra o maior número de serviços de saúde, onde está localizada a Secretaria Estadual de Saúde e grande parte dos serviços de referência de alta complexidade em saúde.

Atualmente no final do ano de 2016 o governador Luiz Fernando de Souza (Pezão), anuncia uma série de propostas que levam a redução do salário dos servidores estaduais e o aumento de impostos estaduais, entre outras medidas que estão no chamado “pacote da maldade” nome dado pelos manifestantes contra essas medidas. Fruto de um déficit no orçamento do Estado do RJ.

A grande maioria da população do Estado do RJ, incluindo a maior parte de seus servidores, tanto da saúde, educação, segurança, da justiça e outras categorias, apontam que o problema de falência do Estado do RJ se deu a partir do governo do PMDB pelo governador Sérgio Cabral, que assumiu em janeiro do ano de 2007, cumprindo o primeiro mandato e reeleito para o segundo mandato, o qual não cumpriu integralmente, renunciando ao cargo em 03 de abril de 2014.

Haviam intensas manifestações populares contrárias ao governador Sérgio Cabral, denúncias de corrupção e de improbidade administrativa entre outras. Em seu lugar assumiu o seu Vice, Luiz Fernando de Souza (Pezão) que após o final do mandato conseguiu ser eleito como Governador dando continuidade a partir de 01 de janeiro de 2015.

Neste mandato o Governador Luiz Fernando de Souza (Pezão), sofre diversas críticas da população e dos servidores, contrários à sua gestão, a forma como está sendo conduzida a administração pública do Estado do RJ. Devido a um problema de saúde com diagnóstico de linfoma não-Hodgkin, um tipo de câncer linfático, o governador fica licenciado por sete meses, do final de março a outubro de 2016, período em que o seu vice Francisco Dornelles assume, e o mesmo que declara falência do Estado do RJ.

Os fatos descritos anteriormente, foram e ainda são amplamente divulgados pela mídia, nas rádios, nas emissoras de televisão, nos jornais e na internet. No decorrer da gestão do PMDB, tanto no governo de Sérgio Cabral quanto no governo do Luiz

Fernando de Souza (Pezão), ocorreram diversas mudanças na estrutura administrativa do Estado, e na SES/RJ, essas mudanças vão impactar nos seus diversos setores.

Especificamente na saúde, além das mudanças do modelo de gestão nas unidades hospitalares, há também alteração no organograma da SES. Ciente da importância da relação existente entre os diversos setores da SES na elaboração, planejamento, execução e avaliação dos serviços de saúde, assim como a relação destes na esfera estadual com as demais esferas: municipal e federal.

3.5 ESTRUTURA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UM BREVE HISTÓRICO DAS MUDANÇAS COM ÊNFASE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE À ATUAL SITUAÇÃO DA CIES/RJ

O período definido para análise dessa trajetória que leva nos leva a entender a atual localização da CIES/RJ na estrutura da SES/RJ, está a partir de 2007, com a posse de um novo governador do ERJ, o qual inicia com mudanças logo no primeiro mês, indo até 2015, ano da última mudança relacionada com a educação em saúde.

No Plano Estadual de EPS/RJ 2008/2009, está sinalizado que a EPS vinha sendo desenvolvida na Subsecretaria de Recursos Humanos/Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos, passando em 2007, a fazer parte da extinta Superintendência de Gestão Participativa em Educação em Saúde, subordinada a Subsecretaria de Desenvolvimento do Sistema de Saúde.

No ano de 2007 se inicia um novo governo do ERJ, já com mudanças em sua estrutura organizacional, o motivo dessa mudança está descrito no Relatório Anual de Gestão do ERJ (RAG/RJ) de 2007, publicado em julho de 2008:

Reconhecendo que a estrutura organizacional pré-existente não era adequada à execução da nova agenda estadual da política de saúde e não contemplava prioridades tais como a Atenção Básica, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Regulação, foi proposto outro desenho. Criaram-se, assim, estruturas organizacionais em substituição a algumas das anteriores, visando constituir níveis de governabilidade técnica e política mais adequados.

A espinha dorsal da nova estrutura organizacional ficou assim constituída:**Secretário**

Secretário Executivo do Conselho Estadual de Saúde

Assessor-Chefe da Assessoria Institucional

Chefe de Gabinete

Assessor Especial - Cerimonial

Subsecretária Geral

Assessor-Chefe da Assessoria Técnica

Assessor-Chefe da Assessoria De Planejamento

Assessor-Chefe da Assessoria De Qualidade

Assessor-Chefe de Projetos Especiais

Assessor-Chefe da Assessoria De Mandados

Assessor-Chefe da Assessoria Jurídica

Ouvidoria

Auditoria

Subsecretaria Executiva

Assessoria-Chefe de Convênios

Assessoria-Chefe de Administração

Assessoria-Chefe de Programação Orçamentária

Assessoria Especial

Superintendência de Planejamento e Orçamento

Superintendência de Aquisição de Bens e Serviços

Diretor Executivo do Fundo Estadual de Saúde

Superintendência de Administração de Bens e Serviços

Superintendência de Tecnologia da Informação

Superintendência de Infraestrutura

Subsecretaria de Atenção à Saúde

Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Superintendência de Rede Própria

Superintendência de Atenção Básica e Gestão do Cuidado

Superintendência de Atenção Especializada e Gestão de Tecnologia
Superintendência de Vigilância da Saúde

Subsecretaria de Desenvolvimento do Sistema de Saúde

Superintendência de Regulação e Integração
Superintendência de Programação em Saúde
Superintendência de Planejamento Regional
Superintendência de Controle e Avaliação
Superintendência de Gestão Participativa e Educação em Saúde

Subsecretaria de Gestão do Trabalho

Superintendência de Recursos Humanos
Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional

Subsecretaria de Defesa Civil

Chefe do Estado Maior
Assessor Especial
Assessor Especial
Superintendência Administrativa
Superintendência Operacional
Superintendência de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar

Outra mudança ocorre no ano de 2009 e a EPS passa a ser parte da Superintendência de Atenção Básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa. Após a criação da CIES/RJ em 2009, fica sinalizado no Plano Estadual de EPS/RJ 2010/2011, que as CIES estão diretamente relacionadas com a Coordenação Geral de Educação em Saúde (CGES) da SESDEC/RJ, evidenciando mais uma mudança na estrutura organizacional.

No ano de 2011, outra mudança acontece, como mostra a Programação Anual de Saúde do ERJ (PAS/RJ) 2011, a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESCEC), passa a ser denominada apenas de Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), e mesmo com a mudança a EPS continua sendo conduzida pela CGES. Valendo ressaltar que este é o ano que se inicia o segundo mandato do atual governo de ERJ que conseguiu sua reeleição.

A CGES é a responsável pela elaboração dos seguintes Planos Estaduais de EPS/RJ: 2009/2010; 2010/2011; e 2011/2012, que foram os únicos elaborados até 2016. Embora a CIES já constituída, ela não está neste momento em pleno funcionamento, essa observação foi mostrada no Relatório Anual de Gestão do ERJ de 2012.

Será com Coordenação Geral de Educação em Saúde e Gestão (CGESG) da SES/RJ, que se iniciará o registro das reuniões em Atas, a partir de setembro de 2013, tendo à frente na coordenação da CGESG, Marta Garcia Marta de Almeida e Regina Canedo de Souza como Diretora de Educação em Saúde da CGESG, que estarão presentes na condução das reuniões da CIES/RJ até uma próxima mudança em 2015 que altera a coordenação da CIES/RJ.

A última reunião com esta coordenação foi em novembro de 2014, com previsão de uma próxima reunião em fevereiro de 2015, a qual supostamente não houve, pois não há Ata de reunião referente a fevereiro de 2015. A reunião seguinte da CIES/RJ ocorrida em setembro de 2015 já informa a mudança na estrutura da SES/RJ e ao mesmo tempo anuncia a nova coordenação da CIES/RJ.

A condução da CIES/RJ passa a ser feita pela Superintendência de Educação em Saúde (SEDS), tendo à frente Ana Luiza Latini como Superintendente e Dênia Glais Santana como Coordenadora de Educação em Saúde e Gestão

Importante deixar em evidência a mudanças de Secretários de Saúde a partir de janeiro de 2014, após a exoneração do Secretário de Saúde Sérgio Côrtes, acusado de desvio de dinheiro da saúde, ele deixou o cargo em dezembro de 2013. O fato que chama a atenção, é que no RAG/RJ de 2013 não consta o seu nome como Secretário de Saúde deste ano. Em seu lugar assume Marcos Musafir, que toma posse no dia 06 de janeiro de 2014, saindo no mesmo ano, sendo substituído em janeiro de 2015 por Felipe Peixoto, este também sai no mesmo ano, sendo substituído pelo atual secretário de saúde Luiz Antônio Teixeira Júnior, que tomou posse em janeiro de 2016.

Na Ata da 1ª reunião da CIES/RJ em fevereiro de 2016, a Superintendente Ana Latini abre a reunião anunciando a indicação da nova Superintendente de Educação, Adriana Justo, para substituí-la no cargo. A qual se mantém até o momento com na seguinte estrutura:

2.4 - Subsecretaria de Gestão dos Profissionais da Saúde

2.4.3 – Superintendência de Educação em Saúde

2.4.3.1 – Coordenação de Formação e Pós-Graduação

2.4.3.2 – Coordenação de Educação Permanente – Nível Superior

2.4.3.3 – Coordenação de Educação Permanente – Nível Técnico

3.6 CIES/RJ: QUAL O SEU PAPEL?

Na implementação do SUS estava previsto na lei 8.080/90 em seu artigo 14, a criação de comissões permanentes de integração entre serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, descrevendo em seu parágrafo único que essas comissões tem por finalidade: propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

A EPS não se faz presente neste momento e sim a educação continuada. Conforme descrito no capítulo 2, com a criação dos Polos de Educação Permanente a EPS vinha sendo pensada como estratégia de educação na saúde, e com a mudança de governo novas propostas de governo foram pensadas para os diversos campos da política pública, sendo uma delas a Política de Recursos Humanos no SUS.

O Ministério da Saúde, entendendo a sua responsabilidade, de acordo com a Constituição de 1988, em ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico, cria a SGTES, e através dela é instituída a PNEPS com a Portaria 198/2004.

Nesta Portaria não havia CIES e sim os Polos de Educação Permanente em Saúde para SUS, considerados instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente, mas aponta a possibilidade de se criar um colegiado ou fórum dos Polos, que será mais tarde a CIES/RJ, conforme o que está descrito no artigo 4º da Portaria 198/2004:

Art. 4º - Nos estados com vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, cabe à Secretaria Estadual de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente para estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde, atendendo aos interesses e necessidade do fortalecimento do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira e sempre respeitando as necessidades locais.

Parágrafo Único - Poderá ser criado um Colegiado ou Fórum dos Pólos. (BRASIL, 2004a).

A portaria 198/2004 descreve as atribuições dos Polos e a sua composição, são pontos que estarão presentes na Portaria 1.996/2007 que institui novas diretrizes para a PNEPS, nesta Portaria a CIES está presente e não mais Polo de EPS. As diretrizes estão em consonância com o recente Pacto Pela Saúde, descrito pela Portaria 399/2006 com prioridades pactuadas entre os gestores de cada esfera do SUS.

A especificação de uma CIES/RJ não está evidenciada, mas sim de uma CIES vinculada a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) com as seguintes atribuições:

- I – Assessorar a CIB nas discussões sobre Educação Permanente em Saúde, na elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- II – Estimular a cooperação e a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando a integração das propostas; e
- III – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constante do Plano Estadual de Saúde. (BRASIL, 2007).

Além destas atribuições de uma CIES específica, vinculada a CIB, estão presente na Portaria 1.996/2007, as atribuições das CIES de uma forma geral.

- I – Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência;
- II – Articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde, além do estabelecido nos Anexos desta Portaria;
- III – Incentivar a adesão cooperativa e solidária de instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde, ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação;
- IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias de Educação Permanente em Saúde implementadas; e

V – Apoiar e cooperar com os gestores na discussão sobre Educação Permanente em Saúde, na proposição de intervenções nesse campo e no planejamento e desenvolvimento de ações que contribuam para o cumprimento das responsabilidades assumidas nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão. (BRASIL, 2007).

Estão presentes também: as atribuições dos Colegiados de Gestão Regional, atual Comissão Intergestores Regional (CIR) no âmbito da EPS; as atribuições da CIB; e as atribuições do Conselho Estadual de Saúde (CES) no âmbito da EPS. Para entender melhor as atribuições da CIES/RJ, Vale destacar as atribuições do CES descritas na Portaria 1.996/2007:

- I – Definir as diretrizes da Política Estadual e do Distrito Federal de Educação Permanente em Saúde;
- II – Aprovar a Política e o Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal, que deverão fazer parte do Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal; e
- III – Acompanhar e avaliar a execução do Plano de Educação Permanente em Saúde Estadual e do Distrito Federal. (BRASIL, 2007).

Em conformidade com a Portaria 1.996/2007 é criada CIES/RJ através da deliberação conjunta CES/CIB nº 01 de 20 de março de 2009, definindo sua composição e atribuições, a composição em 2009 já foi mostrada anteriormente neste capítulo, quanto as atribuições, são as mesmas atribuições da CIES, descritas na portaria 1.996/2007, não sendo incluída nenhuma das atribuições da CIES vinculada a CIB, descritas também nesta portaria. E foram citadas as mesmas atribuições do CES, que no caso é o CES/RJ, e não foi descrito as atribuições da CIB/RJ.

Em 2013, ano conturbado na SES/RJ, com a saída do Secretário de Saúde Sérgio Côrtes em dezembro, acusado de desvio de verba da saúde, ano de mudança na estrutura organizacional da SES/RJ, e sendo o ano em que há alteração na composição da CIES/RJ, através da deliberação CIB nº 2 de 18 julho de 2013, tendo algumas alterações importantes, com inclusão de entidades representativas e aumento do número de representantes na CIES/RJ, ficando da seguinte forma:

Órgão, Instituições e números de representantes

I. Subsecretaria de Gestão do trabalho de Executiva	
– Coordenação Geral de Educação em Saúde e Gestão	2
– Superintendência de Recursos Humanos	
II. Subsecretaria Geral	
– Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa	2
– Assessoria de Integração Regional	
III. Subsecretaria de Atenção a Saúde	
– Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação	2
– Superintendência de Atenção Básica	
IV. Subsecretaria de Vigilância em Saúde	1
– Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental	
V. Subsecretaria de Unidades Próprias	1
VI. Subsecretaria de Orçamento e Finanças	1
VII. Subsecretaria de Corregedoria e Jurídica	1
VIII. Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro	6
IX. Conselho Estadual de Saúde	6
X. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)	1
XI. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	1
XII. Universidade Federal Fluminense (UFF)	1
XIII. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	1
XIV. Representação das Instituições de Ensino Superior Privadas do Estado do Rio de Janeiro ²	2
XV. Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ	1

XVI. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ	1
XVII. Associação Brasileira de Educação Média	1
XVIII. Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde	1
XIX. União Estadual dos Estudantes do Estado do Rio de Janeiro	1
XX. Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço Regionais CIES Regionais	9
XXI. Escola Técnica Enfermeira Isabel dos Santos	1
Total de Representantes	43

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2013.

Sendo que a coordenação dos trabalhos fica a cargo do titular da Coordenação Geral de Educação em Saúde e Gestão.

As atribuições apresentam mudanças em relação as atribuições apresentadas na deliberação CES/CIB nº 01 de 20 de março de 2009. Algumas mais textuais, por conta de alterações no próprio SUS, a exemplo do decreto presidencial 7.508 de junho de 2011, denominando de CIR o antigo Colegiado de Gestão Regional. Nas demais é mantido o mesmo sentido, ficando da seguinte forma.

Art. 3º - São atribuições da Comissão Permanente de Ensino – Serviço do Estado do Rio de Janeiro:

I – Apoiar e cooperar tecnicamente com as Comissões Intergestores Regionais (CIRs) através da CIES Regionais para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde;

II – Articular as instâncias a fim de propor, de forma coordenada, estratégias no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores segundo os conceitos e princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

III – Incentivar a adesão Cooperativa e solidária de instituições de ensino no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde de acordo com os conceitos da Educação Permanente em Saúde de forma a desenvolvê-la em toda rede de saúde pública do Estado do Rio de Janeiro;

IV – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias da Educação Permanente em Saúde implementadas tanto quanto as propostas em andamento;

V – Apoiar e cooperar com a gestão da Saúde na discussão sobre Educação Permanente em Saúde no planejamento e desenvolvimento das ações, que contribuam para o cumprimento das responsabilidades pactuadas; (RIO DE JANEIRO, 2013).

Em agosto de 2014 houve uma pequena mudança na composição da CIES/RJ, com alteração na denominação de duas entidades representativas, mas suas atribuições se mantiveram as mesmas, mesmo assim já se falava em novas modificações em sua composição e no regimento, algo que ficou definido dois anos depois com a deliberação CIB/RJ 3.779 de junho de 2016. Que aprova o novo regimento interno da CIES/RJ, trazendo a seguinte composição:

I – Dois representantes do Gabinete do Secretário da SES/RJ, sendo um da Assessoria de Regionalização;

II – Três representantes da Subsecretaria Geral da SES/RJ, sendo estes da Superintendência de Educação em Saúde, Assessoria de Planejamento e Assessoria Técnica de Participação Social e Equidade;

III – Representante da Subsecretaria do Fundo Estadual de Saúde da SES/RJ, sendo este da Assessoria Técnica de Planejamento Orçamentário;

IV – Representante da Subsecretaria de Administração e Logística da SES/RJ, sendo este da Superintendência de Recursos Humanos;

V – Três representantes da Subsecretaria de Unidades de Saúde da SES/RJ, sendo um da Superintendência de Atenção Básica;

VI – Dois Representantes da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES/RJ;

VII – Dois Representantes da Subsecretaria Jurídica da SES/RJ;

VIII – Representante da Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS);

IX – Seis representantes do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS);

X – Seis representantes do Conselho Estadual de Saúde (CES);

XI – Representante da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ);

- XII** – Representante da Universidade Federal Fluminense (UFF);
- XIII** – Representante da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ);
- XIV** – Representante da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO);
- XV** – Representante da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ);
- XVI** – Dois representantes das Instituições de Ensino Superior Privadas do Estado do Rio de Janeiro;
- XVII** – Representante da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ;
- XVIII**- Representante da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ;
- XIX** – Representante da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM);
- XX** – Representante do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS);
- XXI** – Representante Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN);
- XXII** – Nove representantes das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço Regionais – CIES Regionais.

A coordenação dos trabalhos da CIES/RJ fica sob a responsabilidade do titular da Superintendência de Educação em Saúde SES/RJ. O comentário sobre as mudanças na composição da CIES/RJ estará no capítulo seguinte.

Neste regimento de 2016, encontraremos não só as atribuições, mas também seus objetivos, sua abrangência, organização e funcionamento. De início o regimento mostra que se trata da regulamentação das atividades e atribuições da CIES/RJ, vinculada à CIB/RJ, no plano político, técnico-científico, social, organizacional e financeiro, cuja finalidade é de apoiar e assessorar a CIB/RJ para fins de definição de prioridades, formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS no ERJ.

Orientada pelo Plano Estadual de Saúde do ERJ, a CIES/RJ deve participar da elaboração de projetos voltados à qualificação dos trabalhadores do SUS, assim como os projetos para educação técnica, graduação e pós-graduação em saúde.

Em seus objetivos, além do apoio a CIB/RJ e as CIES regionais, no que diz respeito a EPS, está o de contribuir para a superação do modelo tradicional de organização de capacitações/treinamentos pontuais, com vistas a assegurar os objetivos estratégicos da PNEPS, considerando o processo de trabalho como eixo definidor das demandas educacionais.

As competências da CIES/RJ são ações, que de certa forma, já estão implícitas em suas finalidades e objetivos, descritas no regimento, mesmo assim cabe destacar:

Art. 8º Compete à CIES- RJ:

I – Assessorar a CIB/RJ nas discussões sobre educação permanente em saúde no processo de elaboração da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;

II – Integrar as ações relativas à educação na saúde no Estado;

III – contribuir para o desenvolvimento da educação permanente como recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde;

IV – Monitorar e avaliar a implementação dos projetos de qualificação dos trabalhadores do SUS e os voltados à educação técnica, graduação e pós-graduação;

V – Estimular a cooperação, a conjugação de esforços e a compatibilização das iniciativas estaduais no campo da educação na saúde, visando à integração das propostas;

VI – Contribuir com o acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS, e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, constantes do Plano Estadual de Saúde. (RIO DE JANEIRO, 2016).

No que diz respeito a alocação orçamentária, a CIES/RJ deve contemplar este orçamento dentro de seu plano de atividades, elaborado de forma articulada com os planos de ações regionais e estadual de EPS.

A CIES/RJ está organizada da seguinte forma: plenária; coordenação; grupo de trabalho e secretaria executiva. O regimento descreve sobre cada uma delas, informando suas atribuições.

Na plenária se reúne ordinariamente uma vez por mês ou extraordinariamente por convocação da coordenação ou da maioria relativa de seus membros. Foi determinado a forma como a representação e ou entidade representativa, podem ser desligadas da CIES/RJ isso quando o membro do órgão, entidade ou instituição, que não se fizer representar na CIES-RJ em 03 (três) reuniões ordinárias consecutivas ou em 05 (cinco) intercaladas, no período de um ano, será desligado e no caso de reincidência, a instituição será desligada.

É um caso a se pensar melhor, pois após a deliberação do regimento em junho de 2016, os representantes das entidades privadas não se fizeram presentes nas reuniões

seguintes até mesmo no III encontro de EPS do ERJ ocorrido no dia 08 de dezembro de 2016.

É importante se pensar, até que ponto o desligamento de representações de entidade privadas pode ser uma atitude positiva ou negativa, e não esquecer que algumas se fazem representar nas CIES regionais, mas não na CIES/RJ, a exemplo da representação das instituições privadas de ensino superior do ERJ, e será justamente em cima delas que se fez discussões intensas, havendo a formação de um grupo de trabalho específico para fazer com que essas representações se fizessem presentes na CIES/RJ. Esse assunto está descrito de forma mais detalhada na análise das atas de reuniões da CIES/RJ, no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 4 - CIES/RJ E SEU PROCESSO DE TRABALHO FRENTE A PNEPS

Os assuntos que predominaram nas reuniões foram separados em duas fases da CIES/RJ. Na primeira fase, de 2013 a 2014, iniciou-se o registro das reuniões em ata, indo até o último registro das reuniões em Ata sob a coordenação da CGESG em novembro de 2014. A mudança de secretário de saúde em janeiro de 2015 ocasiona mudança na estrutura organizacional da SES/RJ. A segunda fase vai de 2015 a 2016, quando se retoma o registro das reuniões em Ata a partir de setembro de 2015, já com a nova estrutura da SES/RJ, sob nova coordenação.

Dos vários pontos de pauta em discussão no período de 2013 a 2016, coube destacar 03 temas: a elaboração do regimento interno da CIES/RJ; cursos e capacitações; e a execução dos recursos financeiros da PNEPS, os quais serão considerados como eixos fundamentais para o entendimento, não só da dinâmica de trabalho da CIES/RJ, mas principalmente compreender o sentido da relação trabalho-educação e de qualificação presentes nessas ações. Outro aspecto importante a ser evidenciado, é a noção de EPS que está sendo entendida a partir dessas ações.

4.1 REGIMENTO INTERNO DA CIES RJ

A discussão sobre a construção do Regimento interno teve início logo após a criação da CIES/RJ em 2009, mas sua elaboração foi concretizada apenas em junho de 2016. O regimento, além de regulamentar as atividades e atribuições da CIES-RJ vinculada à CIB/RJ, descreve o entendimento de como a educação e o trabalho, estão relacionados com PNEPS.

Após a criação da CIES/RJ em março de 2009, sua equipe dedica-se a elaborar seu Regimento Interno, no intuito de definir sua composição e atribuições. A base do Regimento Interno parte da Portaria GM/MS 1.996 de 20 de agosto de 2007, que além de trazer as diretrizes da PNEPS, descreve as atribuições das CIES. Quanto a composição, a própria deliberação conjunta CES-CIB/RJ, que criou a CIES/RJ, já definia os órgãos que devem participar, com o respectivo número de representantes, além de ter descrito também as atribuições específicas da CIES/RJ.

4.1.1 A relação trabalho-educação no processo de construção e mudanças do Regimento Interno da CIES/RJ.

De acordo com as Atas de reunião da CIES/RJ, a preocupação com a construção do Regimento Interno estava mais centrada na questão das representações dos órgãos e das instituições que possuem aceno na CIES RJ, dando pouca relevância ao conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Eixos fundamentais da PNEPS segundo Ceccim (2004).

A relação trabalho-educação segundo Saviani (2007) são inerentes a formação do homem, sendo que essa relação passa a ter outro sentido no modelo de produção capitalista, onde o aprendiz deve atender e se adequar as conformidades dos meios de produção, indo de uma qualificação pontual no modelo fordista, à noção de competência no modelo flexível de produção.

A relação da educação e do trabalho com a PNEPS é entendida no regimento interno da CIES/RJ da seguinte forma:

- A educação em serviço é um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, ou seja, trata-se de um processo educativo no ambiente de trabalho.
- Construção coletiva do processo de planejamento das ações de educação na saúde.
- Superar o modelo tradicional de organização de capacitações/treinamentos pontuais. Esse é um dos pontos importantes de análise da pesquisa, pois em diversas Atas de reunião da CIES/RJ é questionado sobre a forma que esses cursos e capacitações estão sendo executadas, deixando claro nas observações feitas por alguns representantes da CIES/RJ e de CIES regionais, que essas capacitações estão mais na lógica da educação continuada do que se propõe a EPS.
- O processo de trabalho é considerado como eixo definidor de demandas educacionais. O que nos leva a pensar que é levado em conta a singularidade de cada ambiente de trabalho, algo que poderia se estender a singularidade de cada município ou até mesmo de cada região de saúde. Mas o que foi observado, foram

curso pontuais de forma generalizada, algumas baseadas em estatísticas de âmbito nacional.

Observa-se que a relação trabalho-educação presente no regimento é voltada para o modo de produção na saúde, ou seja, processos educativos que devem atender o trabalho cotidiano, com capacitações específicas baseadas em protocolos e manuais, e até mesmo a exploração das competências desse profissional para gestão do trabalho.

4.1.2 A composição das representações de órgãos e instituições na CIES/RJ

Outro aspecto importante a ser analisado no Regimento Interno, é a sua composição, ou seja, as entidades que possuem assento na CIES/RJ. É um ponto de pauta que aparece logo nas primeiras atas de reunião, e para entender a construção dessa composição, é necessário destacar a presença de algumas entidades no decorrer desse processo.

Nas primeiras reuniões, de setembro a dezembro de 2013, a coordenação da CIES/RJ já sinalizava a importância da presença de todos em plenária, falou da relevância da presença do Conselho de secretários Municipais de saúde (COSEMS) e do Conselho Estadual de Saúde (CES), que no entanto, só participaram da primeira reunião, das quatro realizadas em 2013. Cabe informar que a representação dos usuários e trabalhadores se dá por esses representantes do COSEMS e CES. Vale destacar que não foi observado nas atas de reunião, nenhuma demanda de usuários e ou trabalhadores por parte desses representantes, que atuam no controle social.

Das instituições de ensino superior, o destaque foi para UNIRIO que se mostrou mais presente nas reuniões, em seguida a UFF, sendo pouco expressiva a presença da UERJ e UFRJ. As instituições privadas de ensino superior, praticamente nunca participaram das reuniões da CIES/RJ, mas algumas se fazem representar em algumas CIES regionais.

A Escola Técnica Isabel dos Santos (ETIS), é única instituição de ensino pública, na formação técnica, que se faz representar na CIES/RJ, não havendo possibilidade de representação das instituições privadas na formação técnica. A ETIS passa a fazer parte da estrutura da SES em 2015.

Outra entidade que se fez presente e atuante foi o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), onde seu representante apresenta falas importantes e observações relevantes para construção do Regimento Interno da CIES/RJ. Sobre as representações, ele sugere como possibilidade para o preenchimento das duas vagas de representação das instituições de ensino superior, as que oferecem maior número de cursos na área de saúde, sobre cursos a distância ele disse das dificuldades destes cursos, que mesmo com novas tecnologias, ainda há resistência e abandono durante o curso, apontou também sobre a rotatividade dos gestores municipais, fato que prejudica o desenvolvimento das atividades de EP. Sobre os cursos oferecidos, questionou sobre qual o impacto que esses cursos trazem para o SUS e como garantir que os recursos sejam bem executados. Destacou a renúncia fiscal que o Hospital Sírio Libanês recebe e de como o recurso da educação tem vindo de convênios nebulosos.

Menos expressiva foi a representação das CIES regionais, das 09 CIES apenas 03 estiveram presentes nas reuniões em 2013: CIES Metropolitana I (participou da 4ª reunião); CIES Baixada Litorânea e CIES Noroeste, ambas participaram da 2ª e 4ª reuniões. Vale ressaltar que as 09 CIES regionais do ERJ, já estão conformadas e com regimento interno, segundo a primeira ata de reunião em setembro de 2013, em que um dos assuntos em pauta é a leitura dos regimentos internos dessas 09 regiões.

Outro fato em relação a representação das CIES Regionais nas reuniões da CIES/RJ, é que não foi observado a presença de todas juntas em uma só reunião, havia no máximo a representação de 6 CIES regionais.

Em 2014 foram realizadas 10 reuniões da CIES/RJ, dessas 10 podemos pontuar o índice de participação das CIES Regionais. A que mais participou foi a CIES BIG com 07 presenças, depois a CIES Norte com 05 presenças, em seguida a CIES Centro Sul e a CIES Serrana, com 04 presenças cada uma, a CIES Noroeste com 03 presenças, a CIES Metropolitana II e CIES Baixada Litorânea, com 02 presenças cada uma, a CIES Médio Paraíba apenas com 01 presença e a CIES Metropolitana I não participou de nenhuma.

É importante registrar que a última reunião do ano de 2014 foi em novembro e a reunião seguinte foi apenas em setembro de 2015 com a nova estrutura da SES/RJ.

Das reuniões de setembro de 2015 a setembro de 2016, totalizaram-se 10 reuniões, as CIES regionais tiveram as respectivas presenças: CIES SERRANA (07); CIES BIG (06); CIES C.S. (05); CIES NORTE (05); CIES METROPOLITAN II (05);

CIES METROPOLITANA I (03); CIES B.L. (02); CIES M.P. (01) e CIES NOROESTE não participou de nenhuma reunião.

Outras representações aparecem com certa frequência, como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Superintendência de Recursos Humanos (SRH), Assessoria de Integração Regional (AIR), FIOCRUZ e a Universidade Federal Fluminense (UFF) ambas mais presentes a partir de 2015.

As universidades públicas que não participaram das reuniões foram: a Universidade do Estado de Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Não foram encontradas justificativas, em ata, dos motivos de não participação dessas importantes instituições. No entanto, foi verificada uma preocupação em definir as representações das instituições privadas de ensino de nível superior com graduações na área da saúde no ERJ, com assento na CIES/RJ. Essa foi uma discussão presente em todas as reuniões da CIES/RJ, mesmo com as mudanças em sua estrutura e coordenação.

Chegou-se, inclusive, a criar um GT especificamente para este fim, de definir as representações dessas instituições privadas na CIES/RJ. Para tanto foram elaborados critérios para seleção dessas entidades, descritos na 5ª reunião da CIES/RJ ocorrida no dia 26 de julho de 2016, em que o representante do FNEPAS e membro do GT, informa que prevaleceu o critério da Universidade que tem maior quantidade de cursos na área da saúde, levando-se em consideração a participação no último Exame Nacional de Desempenho do Estudante (ENADE).

Sendo assim foram eleitas as seguintes Universidades privadas: Universidade Estácio de Sá (UNESA), com quarenta cursos na área da saúde e a Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO), com 18 curso na área da saúde. Essas duas foram indicadas para representação de titulares na CIES/RJ, as indicações para suplentes foram a Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), com 15 cursos e a Universidade de Nova Iguaçu (UNIG), com 14 cursos. O membro do GT disse ter levado em consideração o quantitativo e não o qualitativo.

Cabe chamar atenção para o fato de representantes de empresas da educação, tituladas como universidades, vão representar as demais universidades privadas, sabendo que existe claramente um campo de disputa no mercado entre essas entidades.

O atual Regimento Interno de junho de 2016, aumentou o número de representações e de assentos na CIES/RJ em relação a 2009, onde contemplava 19

entidades representativas com total de 35 assentos, passando para 22 entidades representativas com um total de 48 assentos.

Vale destacar, como aspecto positivo, a entrada da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), uma vez que a categoria é historicamente expressiva no campo da saúde. O aspecto negativo da mudança foi a retirada a representação da União Estadual dos Estudantes do Rio de Janeiro, uma vez que esta representação está ligada as instituições de ensino, e não foi identificado nas atas de reunião, qualquer estratégia para resgatar essa representatividade, também não foi identificado a representação desta entidade nas atas analisadas.

Além da composição, o Regimento Interno descreve as finalidades, a abrangência, o objetivo, o funcionamento e as competências da CIES/RJ.

4.2 OS CURSOS E CAPACITAÇÕES EM DISCUSSÃO NA CIES/RJ

A relevância de se fazer uma análise dos cursos e capacitações relacionados com EPS, presentes nos documentos selecionados, se dá pelo fato de buscar a compreender a noção de qualificação que está presente nestas ações e o sentido destas, na formação do trabalhador do SUS.

Os cursos e capacitações analisados, não se restringiram apenas aos que foram discutidos nas reuniões da CIES/RJ, mas também as ações de EPS citadas nos Planos Estaduais de EPS/RJ e nos Instrumentos de gestão do PlanejaSUS/RJ: PS/RJ; PAS/RJ; e RAG/RJ.

O Plano Estadual de EPS/RJ, referente aos anos 2009/2010, aponta que as propostas de ações de EPS devem ser construídas e pensadas de acordo com o anexo II da portaria 1.996/2007, observando as necessidades de formação identificadas a partir das prioridades definidas no Pacto pela Saúde. Este Plano deve tentar preservar a coerência, a continuidade e os avanços dos Planos Estaduais de EPS/RJ anteriores, e deve

Priorizar conteúdos e cenários de práticas profissionais que estão relacionadas com a implementação das políticas estruturantes do SUS, como: atenção básica, saúde mental, atenção a mulher e a criança, atenção à saúde da pessoa idosa, urgência e emergência, entre outras, que viabilizem a implantação de linhas de cuidados e redes regionalizadas e integradas de

atenção para o enfrentamento dos principais problemas sanitários nas regiões.
(RIO DE JANEIRO, 2009b).

O Plano deve articular com programas estratégicos do SGTES: Pró-Saúde, Pet-Saúde; Telessaúde; Residência Médica em medicina da família e comunidade; Residência Multiprofissional em Saúde, Formação profissional técnica de nível médio, Programa de Capacitação Gerencial, PROGESUS, dentre outras ações.

Neste mesmo Plano Estadual de EPS/RJ 2009/2010, em sua introdução, reconhece que tanto na Portaria 198/2004 como na Portaria 1.996/2007, o processo de trabalho é considerado como eixo definidor de demandas educacionais, porém o que iremos observar nos Planos Estaduais de EPS/RJ, são projetos de ações de EPS regionais construídos de acordo com as prioridades do Pacto pela Saúde e com os programas estratégicos da SGTES, conseqüentemente voltados para atenção básica.

De certo a PNEPS orienta a elaboração de ações de EPS baseado, primeiramente, nas prioridades pactuadas entre os gestores de cada esfera de gestão no SUS, porém a forma como foram e estão sendo implementadas é o que foi questionado pelos representantes da CIES/RJ.

Alguns desses projetos, a exemplo da capacitação em pré-natal de risco habitual, sendo basicamente uma apresentação do manual de pré-natal, são pontuais e com perfil tecnicista, de forma a qualificar pontualmente o profissional para uma determinada tarefa ou função, sem que haja uma “abertura” para se discutir as questões subjetivas do trabalho, ou seja, de fatores relacionados com as condições de trabalho que acabam interferindo na sua execução correta do trabalho prescrito, esses fatores estão relacionados, por exemplo, com a hierarquia no ambiente de trabalho, principalmente quando a relação do empregado com o empregador é frágil, devido a precariedade do vínculo desse trabalhador com a instituição, onde este acaba aceitando as condições precárias de trabalho e se sujeitando as imposições subjetivas de seu coordenador ou gestor.

Observou-se também, que não houve a consideração na singularidade das instituições de saúde, dos territórios e das regiões de saúde, assim como não foram inseridos para esses cursos e capacitações, os diversos atores envolvidos no processo de trabalho, os quais fazem parte da equipe multiprofissional.

Há uma preocupação maior em números de profissionais “capacitados” do que a preocupação com a qualidade desses cursos oferecidos, isso está muito claro no momento em que os relatórios apresentam apenas o quantitativo de profissionais “capacitados” e não um relatório que comprove que as capacitações surtiram algum impacto significativo.

Cursos e capacitações relacionadas como ações de EPS, vão acontecendo no âmbito da saúde estadual, esses são oferecidos aos trabalhadores do SUS por entidades públicas e privadas da saúde, muitas gratuitas e outras não, vindo das três esferas de Gestão, seja por uma Secretaria Municipal, seja pela SES/RJ, seja pelo MS, ou até mesmo de forma isolada por Instituições de Ensino ou Unidades de Saúde.

Não é de responsabilidade da CIES/RJ e nem das CIES regionais estarem cientes do acontecimento de todas essas ações de educação em saúde, talvez seja por isso, que não foram muitas as ações de educação em saúde discutidas nas reuniões da CIES/RJ, mas sim as ações relacionadas com a PNEPS.

As ações de EPS descritas nos documentos analisados, estão em sua maioria voltadas para atenção básica, o que se deve ao fato das prioridades pactuadas ainda contemplarem esse nível de atenção. Foi observado poucas ações referentes ao nível pré-hospitalar, e estas com perfil de educação continuada, ou seja, qualificando o profissional para determinadas ações pontuais.

Das ações de EPS colocadas em discussão na CIES/RJ no período de 2013 a 2014, a maioria delas são ações do MS, via SGTES, a exemplo das ações de educação realizadas pelo TELESÁUDE, este é um programa nacional criado em fevereiro de 2010, a princípio destinado para atenção básica. A portaria que o criou foi revogada pela portaria GM/MS nº 2.546/2011, redefinindo e ampliando o programa, com objetivo de apoiar a consolidação das redes de atenção à saúde. Dos serviços oferecidos aos trabalhadores do SUS, a tele-educação é uma estratégia que realiza: conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação, no ERJ a núcleo do TELESÁUDE é na UERJ, sendo por ela a certificação dos cursos.

As observações de membros da CIES/RJ em relação ao TELESÁUDE são relevantes: houve relato em que dizia de subutilização das ferramentas que a plataforma dispõe; e o desinteresse por parte dos acadêmicos de medicina quanto ao uso do TELESÁUDE. Nem todas as regiões de saúde do ERJ tinham acesso ao serviço e algumas solicitaram.

No que diz respeito a cursos e capacitações, houve uma intensa discussão nas plenárias da CIES/RJ no período de 2015 a 2016, envolvendo especificamente os cursos oferecidos pelo Hospital Sírio Libanês e a capacitação em Pré-natal de risco habitual.

A discussão envolve não apenas a crítica a estratégia pedagógica, vendo se essa está ou não em conformidade com os ideários da PNEPS, mas há questionamentos por parte de representantes da CIES/RJ, quanto: a forma como esses cursos são ofertados; para quem são ofertados; quais os critérios que levaram a definir o tema dos cursos; porque uma instituição hospitalar privada foi escolhida a realizar os cursos e não as instituições públicas de ensino superior? Para entender melhor esses questionamentos, cabe descrever sobre essas parcerias.

Os cursos do Hospital Sírio Libanês (HSL), a título de especialização, são frutos de uma parceria entre o MS e o HSL, por intermédio do Instituto de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL, fazendo parte do projeto do HSL de Apoio ao Sistema Único de Saúde, que integra o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS para o triênio 2015-2017. Foram incluídos na parceria o CONASS e o CONASEMS. Os cursos foram pactuados através da Deliberação CIB/RJ 3.583 de novembro de 2015, contemplando a princípio as regiões de saúde: Baía de ilha grande; Centro Sul; e Serrana. Os cursos oferecidos foram:

- 1 Aperfeiçoamento em processos educacionais na saúde
- 2 Gestão de risco e segurança no cuidado ao paciente
- 3 Gestão da clínica nas redes de atenção
- 4 Regulação em saúde no SUS
- 5 Apoio à gestão de situações de emergência em saúde

Dos cursos acima, o primeiro chama atenção, pois em um dos seus objetivos propõe capacitar os profissionais para atuarem como facilitadores de Educação Permanente. O curso de Facilitadores em EPS já existe pelo MS e já tinha sido oferecido aos profissionais do SUS. Na internet no portal do Instituto de Ensino e Pesquisa do HSL, estão algumas informações sobre cada curso e de outros produtos que o HSL oferece ao SUS.

Objetivos do curso: Aperfeiçoamento em processos educacionais na saúde

- Capacitar profissionais para atuarem segundo uma concepção sociointeracionista da educação, voltada à transformação das práticas dos educandos.
- Capacitar profissionais para processarem situações-problema e narrativas da prática por meio da espiral construtivista.
- Capacitar profissionais para orientação de projetos aplicativos.
- Capacitar profissionais para realizarem avaliações formativas e somativas, segundo avaliação critério-referenciada em perfis de competência.
- Capacitar profissionais para atuarem como facilitadores de educação permanente.

Vale destacar as observações registradas nas atas de reunião sobre os cursos oferecidos pelo HSL:

Na ata de outubro de 2015 a coordenadora da CIES/RJ informa que os esses cursos vieram do MS já formatados. Uma representante da Região de Saúde BIG, já aluna do curso explicou a dinâmica do curso, disse que inicialmente seria para três regiões de saúde do ERJ, não entrando em detalhes da escolha dessas regiões.

O representante do FNEPAS, destaca a renúncia fiscal concedida aos denominados hospitais de excelência (Hospital Sírio Libanês/HSL-SP, Hospital Alemão Oswaldo Cruz/HAOC-SP, Hospital do Coração/HCor-SP, Hospital Israelita Albert Einstein/HIAE-SP, Hospital Moinhos de Vento/HMV-RS, e Hospital Samaritano/HS-SP), que canalizam os recursos da “renúncia fiscal” para o PROADIS-SUS, realizando projetos (capacitações de recursos humanos; avaliação tecnológica em saúde; pesquisa clínica, etc.) que anteriormente eram desenvolvidos por universidades Públicas, em sua maioria, e seus respectivos Hospitais Universitários. Acrescenta dizendo que isto pode estar contribuindo para atual crise dos Hospitais de Ensino, de modo geral, especialmente os públicos. Diz que, aparentemente, essas instituições de natureza privada, ao receberem esta qualificação “de excelência”, passaram a entender – e ensinar - mais sobre o SUS do que as mais tradicionais das instituições públicas da área.

O representante da UFF, na mesma reunião, questionou o tempo necessário para o planejamento dos cursos que precisa ser garantido nos editais, e que muitas vezes são aprovados e selecionados cursos de instituições com material pronto, sem levarem em conta às necessidades da clientela alvo, tomou como exemplo o Hospital Universitário

Antônio Pedro (HUAP) que contratou o Hospital Sírio Libanês para oferecer um curso de gestão, mesmo tendo a UFF oferecido esse curso.

A síntese dos cursos oferecidos pelo HSL foi exposta na reunião CIES/RJ em setembro de 2016 pela representante da CIES/BIG, que destacou: a motivação dos participantes dos cursos ao se dedicarem as atividades propostas, dizendo ser desafiantes; que são educacionalmente diferentes das que já são conhecidas; requer uma pré-disposição para o desafio do novo e das desconstruções; e a intensa dedicação dos facilitadores que tem se colocado diante do desafio de novos e diferentes aprendizados. Não houve nenhum relato da representante, comparando a metodologia usada nesses cursos, com a proposta da PNEPS.

Outro curso foi o de “ Capacitação de Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual “, que é um dos projetos da diretriz “Fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e das Redes de Atenção à Saúde para os trabalhadores do SUS no âmbito do estado do RJ” financiado com recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde, direcionados à PNEPS e alocados no Fundo Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Um dos objetivos do curso é de qualificar a assistência Pré-Natal na Atenção Básica, com a finalidade de diminuir os agravos evitáveis (sífilis neonatal e mortalidade materna) e melhorar os indicadores materno-infantis no ERJ, contribuindo para o fortalecimento da implantação da Rede Cegonha. O curso é uma parceria entre a SES/RJ, TELESSAUDE e UERJ.

O curso foi custeado com recursos da PNEPS/RJ onde serão ofertadas 980 (novecentos e oitenta) vagas e o público alvo: médicos e enfermeiros de Saúde da Família. O curso contempla a inserção de tutores em sua dinâmica, tanto tutores médicos quanto tutores enfermeiros.

Os critérios para seleção dos tutores, são praticamente os critérios que deveriam ser utilizados para contratação de profissionais médicos e enfermeiros para atuarem na atenção básica. Os critérios foram os seguintes: Ser médico obstetra com residência e/ou especialização em obstetrícia em programa reconhecido pelo MEC, e/ou ser enfermeiro com residência ou especialização em enfermagem obstétrica e/ou título de especialização em enfermagem e obstetrícia, em programa reconhecido pelo MEC; possuir experiência de, no mínimo, 02 anos na área de pré-natal em serviços da região e, de preferência de município sede da capacitação; ter disponibilidade de 10 horas semanais para atuar na função durante a capacitação; e ter habilidade no uso de

ferramentas de educação à distância e acesso irrestrito a internet. Foi informado que seriam 20 alunos para cada tutor.

O curso teve carga horária de 60 horas sendo 40 horas de aulas teóricas e 20 horas de aulas práticas, de modo que a Capacitação com gestantes em Serviço foi de 20 horas sendo supervisionada pelo tutor e desempenhada geralmente na unidade dele em município da Região, cabendo as Secretarias Municipais de Saúde a definição do interlocutor em cada município, de preferência com da Coordenação da Saúde da Família.

Ao gestor municipal coube assinar o termo de compromisso, no qual constava: liberação dos profissionais em um (1) turno semanal de cinco horas durante os três meses da capacitação como também disponibilizar um computador com internet para quem não o possuir; garantir as condições de locomoção dos profissionais para encontros presenciais e parte prática com gestantes; e comprometer-se de que os profissionais indicados como alunos deverão realizar o pré-natal nas unidades onde trabalham.

Apontou a necessidade desses gestores indicarem profissionais que já realizaram ou venham a realizar pré-natal e os que sejam comprometidos, essa observação foi feita em relação a avaliação da fase I, em que os tutores avaliaram alguns profissionais como desinteressados, e outros foram faltosos. Uma representante da CIES/RJ, ressaltou a importância de se rever a questão do absenteísmo, propondo que seja cobrado a participação dos profissionais indicados.

A princípio a estimativa era de capacitar cerca de 500 profissionais, o que seria aproximadamente 30% de médicos e enfermeiros da ESF e de enfermeiros da estratégia de ACS, de cada município do ERJ.

É possível pensar que essa medida de qualificar esses profissionais, resolveria o problema do alto índice de sífilis neonatal e morte materna? Ou o problema desses índices alarmantes estariam relacionados com a cobertura de ESF no Estado do Rio de Janeiro, que não chega a 60%, como foi mostrado no capítulo anterior, ou seja, cerca de sete milhões da população do ERJ não estão assistidas por equipes de ESF, lembrando que as regiões metropolitanas I e II, são as que possuem menor cobertura.

Mesmo assim podemos pensar em outras causas para esses dados estatísticos negativos, um fator de causa poderia estar relacionado com a formação desses profissionais e outro fator seria o processo de seleção desses profissionais para atuarem na atenção básica. Ao primeiro fator poderíamos questionar a maneira como está sendo

formado esse profissional a ponto de necessitar de um curso de 60 horas onde é explicado grande parte do que ele já viu no campo acadêmico e no campo prático, sobre o segundo fator, questionaríamos a forma como é feita a seleção de profissionais para determinadas funções, onde neste processo não se identificou a falta de qualificação para o cargo.

Chegamos mais uma vez a conclusão que grande parte de demandas de ações de EPS, não partem da problematização do cotidiano do trabalho, e sim de um olhar generalizado do problema, trazendo como solução, ações pontuais e imediatas, sem uma discussão mais capilar desses problemas.

4.3 EXECUÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DA PNEPS NO ÂMBITO DO ERJ.

A execução dos recursos financeiros da PNEPS, foi um tema presente em pauta na maioria das reuniões da CIES/RJ e em algumas reuniões ordinárias da CIB/RJ. A maioria dos coordenadores das CIES regionais apontaram, com frequência, algumas dificuldades para executar os recursos financeiros, e esse foi um dos assuntos em discussão no III Encontro Estadual de EPS/RJ em dezembro de 2016. O “passo a passo” para executar os recursos financeiros da PNEPS, parece não ser tão simples como o que está descrito nas portarias 198/2004 e na portaria 1.996/2007.

A EPS mostra que a problematização é um caminho para se resolver e até mesmo superar as dificuldades encontradas no processo de trabalho, melhor dizendo, no cotidiano do trabalho. A dificuldade de execução dos recursos foi e ainda é um problema apresentado pela maioria dos integrantes das CIES regionais, será que a complexidade desse processo está além dos limites administrativos de cada CIES regional ou a falta de capacidade desses representantes?

A portaria 198 de 2004, já descrevia em seu anexo II as orientações sobre o recurso financeiro da PNEPS, na forma de “passo a passo” para execução do recurso. Na época as informações estavam mais direcionadas aos polos de educação permanente e aos colegiados de gestão regional.

Para execução do recurso, cada polo deveria elaborar um projeto e este devidamente pactuado no colegiado de gestão do seu polo, na CIB e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde. Os projetos eram encaminhados pelo correio e por e-mail ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho

e da Educação na Saúde, onde seriam analisados de acordo com os critérios e diretrizes descritas neste anexo.

Para acreditação e validação, o projeto deveria estar acompanhado pelos seguintes documentos: ata da pactuação no Colegiado de Gestão do Polo com a assinatura de todos os participantes, parecer da CIB e resolução com a aprovação do CES.

Neste anexo também mostrava os critérios de alocação dos recursos financeiros, respeitando o princípio da equidade, o repasse era feito após a aprovação do projeto, diretamente às instituições executoras definidas na apresentação das propostas. Nenhum projeto teria seus recursos cancelados por inadequação, mas reservados para a efetivação de pagamento até que, mediante acompanhamento, se enquadrem nas diretrizes da política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, em conformidade com as deliberações do Conselho Nacional de Saúde e as pactuações da CIT.

Para efeito dos gastos e despesas passíveis ao financiamento, foram apresentadas as seguintes linhas de ação: Consultorias, Pagamento de Hora Aula, Estágio em Serviços, Cursos, Residências, Oficinas, Conferências, Seminários, Material Didático, Equipamentos e Publicações. Por último o anexo descreve para cada linha de apoio aos projetos, seus enfoques, seus eixos de ação e suas atividades. As quatro linhas de apoio contemplavam os seguintes aspectos:

1. Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde.
2. Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família.
3. Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde
4. Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde

Dois anos após a portaria 198/2004, o Pacto pela Saúde mostrou que o recurso financeiro para educação na saúde vinha através do bloco da gestão do SUS, que é um dos 5 blocos de financiamento para custeio do SUS.

No ano seguinte, é publicada a Portaria 1.996/2007 instituindo novas diretrizes para a PNEPS, em um dos seus anexos descreve os critérios de alocação dos recursos financeiros, que por sua vez, não se distanciam tanto dos critérios da portaria anterior, os critérios em 2007 estavam baseados: Na Cobertura das Equipes de Saúde da Família; Na Cobertura das Equipes de Saúde Bucal; Na Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial; O número de profissionais de saúde que presta serviço para o SUS; A População total do estado; O índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M); e o Inverso da Concentração de Instituições de Ensino (Instituições de Ensino Superior com Curso de Saúde (MEC/INEP) e Escolas Técnicas do SUS (MS/RETSUS).

A partir desses critérios, se fazia mais necessário investir na qualificação e desenvolvimento dos profissionais, nos seguintes aspectos: quanto maior a adesão da unidade federada as políticas na atenção básica; quanto maior o número de profissionais e maior a população a ser atendida; e quanto menor o IDH-M associado ao menor números de instituições de ensino de saúde.

A portaria mostra o cálculo matemático a partir desses critérios e apresenta duas tabelas: uma com o montante financeiro para PNEPS em cada unidade federativa, sendo uma para execução de ações de EPS que não inclui a formação profissional técnica, e outra específica para formação profissional de nível técnico. Na época esse cálculo definiu que o ERJ receberia R\$ 1.496.702,27 somado a mais R\$ 2.138.146,10, este último valor foi específico para a formação profissional de nível técnico.

Quanto a operacionalidade para execução do recurso, o anexo da portaria mostra que as CIES regionais (antigos polos de EPS), devem elaborar seus projetos designando a sua necessidade de alocação orçamentária e sua relação com seu Plano de Ação Regional de EPS. Sendo assim, os projetos deveriam conter:

- Nome de ação educativa;
- Justificativa da Ação. Análise de contexto da situação atual e dos problemas enfrentados pelos serviços e a proposição de estratégias para o enfrentamento dessa situação;
- Objetivo da Ação;

- Público-alvo. (Identificação das instituições, das áreas de atenção e da vinculação ao SUS dos atores envolvidos);
- Metodologia utilizada;
- Duração e cronograma de execução;
- Plano de Metas/Indicadores;
- Resultados esperados;
- Titulação a ser conferida (se for o caso);
- Planilha de custos e cronograma de execução financeira;
- Dados da instituição executora (as CIB deverão listar dados mínimos);
- Dados da instituição beneficiária (as CIB deverão listar dados mínimos);
- Responsável pela coordenação do projeto com os respectivos contatos.

Atualmente o projeto de cada CIES regional deve seguir para apreciação e pactuação na CIR de sua região, na CIES/RJ e CIB/RJ, que aprovará por deliberação, posterior a aprovação do mesmo no Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ).

As etapas parecem simples, mas segundo as observações e relatos dos representantes das CIES regionais, e de dados coletados dos outros documentos, o processo para se alcançar a execução desses recursos não é tão simples assim.

O Plano Estadual de EPS/RJ 2009/2010 apresenta de forma discriminada, o montante de recurso financeiro para cada região de saúde, obedecendo os critérios de alocação desses recursos entre os projetos priorizados no ERJ para recursos do exercício do ano de 2009. Na época esses critérios estavam baseados: na cobertura de equipes de PSF; cobertura de equipes de saúde bucal; o índice de necessidades de saúde; e a população total.

Os critérios de alocação sofreram modificações em relação ao ano de 2008, sendo pactuado para a execução estadual, a destinação de 1/3 dos recursos do programa de trabalho II (apoio ao desenvolvimento da graduação e pós-graduação da PNEPS) com o valor de R\$ 502.685,64. Para a ETIS foram destinados R\$ 1.154.367,03 do programa trabalho I (formação de profissionais técnicos de saúde e fortalecimento das escolas técnicas/centros formadores do SUS, sendo que parte desse último recurso foi somado ao montante destinado aos projetos apresentados pelas regiões de saúde em relação ao plano de 2008, sendo destinado um total de R\$ 2.005.371,28.

Mesmo com recursos novos, o documento aponta que existe recurso de anos anteriores a serem executados, mostrando que projetos propostos em 2008 para execução em 2009 não foram executados em sua plenitude. A justificativa se deu pela transição política no âmbito municipal e estadual: novos secretários municipais, novos gestores estaduais de EPS; constituição recente dos colegiados de gestão regional (CGRS); e dissolução crescente das secretarias executivas dos polos de EPS. Além disso, com a recente constituição dos CGRS, houveram novas discussões e repactuação das necessidades de EPS nas regiões de saúde recém constituídas.

É pontuado que nesta época ainda há pouca clareza e entendimento acerca da competência dos atores e instituições em relação: a PNEPS; as CIES; e sua articulação com o CGR.

Uma das principais dificuldades na implementação dos projetos estava relacionada com a fragilidade da área financeira e jurídica para a gestão dos recursos financeiros alocados nos fundos municipais, a falta de suporte em relação ao monitoramento e assessoria sobre as possibilidades jurídicas de utilização dos recursos; e a legislação da época somado ao fluxo dos processos licitatórios da esfera pública, acarretava morosidade nos trâmites dos processos referentes à EPS.

Como se não bastasse, o documento revela que a EPS não era priorizada nos processos de compra de serviços por não ser entendida como atividade fim. Na época em questão, a proposta sugerida aos CGRS e registrada neste documento, foi de criação de um fluxo do trâmite de processos que se referem a EPS bem como capacitações, quanto as formas de gasto destes recursos.

O Plano Estadual de EPS/RJ 2009/2010, apresenta os resultados, quanto aos recursos orçamentários da PNEPS pendentes do ano de 2007. Especificando os recursos da região de saúde metropolitana I, onde os recursos que foram depositados no fundo municipal de Duque de Caxias, foram repassados ao Fundo Estadual de Saúde do ERJ, para realização de outra ação, após pactuação na CIB/RJ. Ressalta que em 2008 houve denúncia ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público Estadual, por parte dos Conselhos Distritais da Zona Oeste do RJ e pelo Instituto Afro Brasil Cidadão, da não execução dessa verba.

No ano seguinte, no Plano Estadual de EPS/RJ 2010/2011, as dificuldades de execução continuam, é sinalizado que os projetos propostos em 2009 para execução em 2010 não foram executados em sua totalidade, justificando a prioridade de implantação das CIES regionais e repactuação dos projetos não executados com o orçamento de

2007 e 2008 nas regiões de saúde. A repactuação de recursos não executados será uma estratégia observada até 2016. Outra estratégia que será observada é a transferência do recurso financeiro de um fundo municipal de saúde para outro fundo municipal de saúde da mesma região de saúde, com objetivo de execução desse recurso.

No mesmo plano em questão é apresentado uma planilha, descrevendo quais regiões de saúde executaram os recursos e quais não executaram, a descrição está por ano de referência, e com as devidas observações para cada região de saúde. Outros pontos importantes mencionados foram: a mudança dos critérios para alocação dos recursos no ERJ, a redução financeira do recurso para o ERJ e não publicação desse recurso até o presente momento.

No Plano Estadual de EPS/RJ 2011/2012, não há observações quanto a execução ou não execução dos projetos anteriores, seguindo com uma apresentação do recurso financeiro para 2012, que totalizou a quantia de R\$ 3.687.788,60. Em análise com os critérios de alocação de recursos do ano anterior, houve mudanças nos critérios de alocação dos recursos para ERJ em 2011, mas não se fez nenhum comentário a respeito, tendo sido uma apresentação simplesmente técnica.

Nas atas de reunião da CIES/RJ no período de setembro de 2013 a novembro de 2014, são poucas as observações sobre a execução dos recursos. Embora elas deixam evidente que a maioria das regiões de saúde apresentam dificuldades para execução dos recursos financeiros de EPS. Na reunião de agosto de 2014 a representante da Subsecretaria da Atenção Básica (SAB), declara que as regiões têm necessidade de maior contato com o jurídico para execução de recursos.

Em outubro de 2014, a representante da CIES BIG apresentou as ações executadas e as não executadas na sua região, explicando os entraves para execução de recursos, dizendo que foi feito um encontro com o jurídico de cada município da região. Representantes de CIES regionais, a exemplo dos representantes da CIES BL, foram conversar com representantes da CIES BIG para discutirem o que não funcionou.

O representante da CIES NORTE, disse que na reunião de sua região, pactuou em convidar a CIES MP para participar de um encontro para passar as informações sobre o êxito em executar recursos e que para esse encontro será convidado o jurídico a participar. Mas não especificou a representação jurídica, provavelmente de sua região.

A região de saúde do Médio Paraíba, obteve êxito na execução de seus recursos, sendo esse um dos motivos para que a equipe da CIES do Médio Paraíba, em parceria com o IMS/UERJ e a editora CEPESC, publicassem em 2015 um livro que descreve

uma breve história da região MP, da relação dos atores dessa região na criação do SUS e mostrando experiências que descrevem o “passo-a-passo” para obter êxito na execução dos recursos financeiros da EPS.

Em novembro de 2014, última reunião da CIES/RJ deste ano, a convidada e pesquisadora da UFF, que fez uma pesquisa sobre as CIES da região sudeste, observou o engajamento dos envolvidos, e disse que os municípios pontuam sobre a dificuldade de execução dos recursos da EPS, disse da possibilidade de selecionar duas regiões para conversar sobre EPS. Sendo as duas regiões mais avançadas na questão da execução dos recursos, o que seria o termômetro para medir os avanços e análises dessa ação. Foi sugerido por vários presentes que se pesquise uma região avançada e uma com entraves.

Nesta reunião esteve presente a representante da auditoria SES/RJ, que se dispôs em providenciar um modelo, um passo-a-passo, para ser encaminhado aos gestores sobre execução de recursos.

Nas atas de reunião da CIES/RJ de setembro de 2015 a setembro de 2016, assuntos em relação aos recursos financeiros da EPS são mais intensos, principalmente na reprogramação destes recursos. Mas continua evidente que a maioria das regiões ainda encontram dificuldades em executar esses recursos.

A 1ª reunião da CIB/RJ em 2016 tratou de forma relevante a questão da dificuldade de execução dos recursos financeiros de EPS/RJ, na verdade a discussão emergiu da seguinte pauta: Referendar a pactuação do Plano de Aplicação de Recursos oriundos da reprogramação, no âmbito do Bloco de Gestão do SUS/Qualificação para gestão do SUS.

A Superintendente de Educação em Saúde, disse que por sugestão do COSEMS e acatada pelo grupo de trabalho, foi pactuado que o recurso financeiro referente ao curso de Qualificação em Tecnologias de Informação no SUS seria repassado ao Médio Paraíba, visto a expertise desta região na execução destes recursos, como também a falta de recursos para adequar a suas atividades de Educação Permanente. Portanto ficou sugerido pela SEDS que a região do Médio Paraíba utilize parte destes recursos para capacitação dos gestores das demais regiões, para que estes também possam realizar a execução de recursos da área de Educação Permanente.

Nesta reunião foi dito que o Plano de Educação Permanente da Região Médio Paraíba referente ao ano de 2016 tinha sido elaborado e estava em discussão na CIES para posterior pactuação, no mesmo havia uma proposta de capacitação a distância para repassar o conhecimento da região do MP sobre a execução destes recursos, aos

gestores das demais regiões. Contudo não havia como a região se comprometer, pois, esta demanda seria deliberada pela CIES, ficou acertado em reunião o compromisso de envidar esforços para realização do curso voltado para os gestores.

A Superintendente de Educação em Saúde, frisou que o esforço da região para realização do curso não seria em vão, visto que a capacitação dos gestores é de extrema importância para o Estado do Rio de Janeiro. Foi destacado que na Assembleia dos Secretários de Saúde, a execução dos recursos de Educação Permanente foi item de discussão, sendo a região do Médio Paraíba, a única região que apresentou pendência na execução de apenas 01 (um) curso de capacitação e já estava trabalhando para resolução da mesma, o que demonstrou para as demais regiões que é possível executar estes recursos. Enfatizou que o Ministério da Saúde não está repassando os recursos de Educação Permanente devido à não execução dos mesmos, portanto é correto que este recurso seja repassado para a Região do Médio Paraíba, que vem mostrando que quem faz o dever de casa recebe o financiamento.

Foi dito em reunião que os recursos de Educação Permanente sempre estão em discussão na pauta das CIRs onde é evidente a dificuldade dos municípios em executá-los. Deste modo, é importante destacar que é um diferencial a região do Médio Paraíba ter executado seus recursos e, portanto, mereceu ser reconhecida pelo seu desempenho. A Superintendente frisou que a expertise da região Médio Paraíba na execução de seus recursos foi o fator relevante para esta pactuação, como consequência, houve a sugestão de que a região realize a capacitação dos gestores das demais regiões.

Visto que o tema foi discutido em reuniões da CIB, CIES/RJ e CIR, é um assunto de extrema relevância e de difícil solução, mesmo assim foi sugerido uma capacitação para os atores que menos estão envolvidos com a PNEPS em seus municípios e suas regiões, isso, segundo relatos em atas de reunião da CIES/RJ, em que seus representantes reclamam do desconhecimento, da maioria dos gestores, sobre EPS e a ausência destes no processo de trabalho das CIES regionais, este é um outro problema, do qual vai gerar diretrizes para 2017, com objetivo de possibilitar maior articulação do gestor com a CIES regional. Assunto tratado no III Encontro Estadual de EPS/RJ.

Na verdade, os relatos das reuniões da CIES/RJ, apontam que a necessidade de entender e aprender o “passo a passo” para execução dos recursos de EPS, parte dos próprios representantes de cada CIES regional, pois são eles que elaboram os projetos e acompanham toda trajetória até a liberação do recurso. Para esses representantes, o que

foi observado em poucas reuniões da CIES/RJ, foi a presença de uma assessoria jurídica se colocando à disposição, mas não de um curso ou capacitação específica para os representantes de cada CIES regional, e representantes de algumas CIES regionais, procuraram os representantes da CIES Médio Paraíba, para aprender o “passo a passo” para execução do recurso.

É importante lembrar que a PNEPS “propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho” (BRASIL, 2007). A problematização foi feita, mas o processo de educação dos trabalhadores é algo a se questionar, no momento em que uma das soluções apresentadas, foi a capacitação dos gestores para execução de recursos, os quais, em sua maioria, que deveriam estar envolvidos, mas não se envolvem nos processos de trabalho de EPS.

4.4 ENCONTROS ESTADUAIS DE EPS/RJ

Os encontros estaduais de EPS/RJ, foram acontecimentos importantes e fundamentais como conteúdo analisados nesta pesquisa, pois foram eventos que mostraram os temas que cada equipe da CIES/RJ entendia ser relevante para ser apresentado e ou discutido. Esses encontros, de certa forma, apresentavam uma síntese dos assuntos discutidos nas reuniões anteriores da CIES/RJ.

Considerando essas afirmações, buscou-se uma análise a partir dos documentos referentes a esses encontros, tendo como objetivo principal identificar os temas que envolvem a discussão sobre educação, trabalho e qualificação.

4.4.1 I Encontro de EPS do ERJ

O I Encontro de EPS do ERJ, aconteceu em setembro de 2013, praticamente 4 anos após a criação da CIES/RJ. Não há um relatório detalhado do encontro, só um pequeno informe no site da SES/RJ descrevendo o que ocorreu no evento. Foi uma homenagem aos 10 anos da PNEPS, reunindo 200 representantes das secretarias municipais de saúde, membros das CIES regionais, além de outros profissionais da saúde.

O encontro teve como objetivo o fortalecimento das CIES regionais, com o apoio às ações de EPS em todo o ERJ, possibilitando a troca de experiências de educação em saúde entre os municípios.

Contou com palestras apresentadas por representantes do Ministério da Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), da Fiocruz e outros. Entre os temas abordados, foi colocado: a importância das CIES na implantação da PNEPS; processos de trabalho; e execução de recursos e educação em saúde nas regiões.

Na abertura do encontro, o subsecretário de Gestão do Trabalho e Executiva da SES disse que o objetivo é oferecer um atendimento de qualidade à população. Já na fala da subsecretária geral da SES, a colocação foi que o trabalho de educação em saúde visa qualificar nossos profissionais de forma contínua, e que desde 2009 contava com as CIES regionais, mas sabia que ainda tinha muito a caminhar nessa área. Afirmou que a virada do nosso país, sem dúvida, virá pela educação em suas diversas esferas: na saúde, nas escolas, nas creches.

Com a parceria da Assessoria de Integração Regional da SES e Cosems- RJ, o encontro contou com uma exposição de banners com exemplos de iniciativas dos municípios — cursos de qualificação de profissionais do acolhimento, de classificação e conduta em urgência e emergência na atenção básica, oficinas de saúde da mulher, seminários de atualização da equipe de saúde mental e muitos outros exemplos.

É necessário dizer que antes do I encontro, não havia registro de reuniões da CIES/RJ, o que poderia nos fazer entender de algumas ações, com mais detalhes, descritas neste I encontro. Mesmo assim, a partir dessas informações foi possível entender que o sentido de educação colocada no encontro, vem através de qualificações, e que estas estão centradas para melhorar a qualidade do atendimento à população, ou seja, uma qualificação preocupada com o processo de produção, no qual se insere o trabalho, entendido como um cargo, função ou ocupação do profissional de saúde. Dentro dessa noção, foi afirmado que a virada do nosso país, virá pela educação em suas diversas esferas: na saúde, nas escolas, nas creches.

4.4.2 I Encontro CIES/RJ

I encontro CIES/RJ aconteceu em 31 de julho de 2014, colocando em discussão o seguinte assunto: O papel da CIES/RJ no fortalecimento da PNEPS no ERJ. Em sua

programação constava a leitura do recente Regimento Interno da CIES/RJ e atividades com os participantes.

Uma das atividades foi a formação de subgrupos específicos e subgrupos mistos, os subgrupos específicos foi a partir da divisão da plenária em três grupos: CIES regionais, subsecretarias e Instituições formadoras, estes tinham o objetivo de fazer uma discussão a partir da pergunta: “CIES Estadual: como estamos? ” Com tempo de 1 hora para discussão. Devendo ser feito um diagnóstico com proposições para serem discutidas na segunda atividade em subgrupos. Outra atividade com subgrupos mistos, foi a discussão sobre a pergunta: “CIES Estadual: o que propomos? ” Sendo colocado pela plenária, proposições e encaminhamentos acerca do planejamento estratégico.

O I encontro da CIES/RJ, foi mais um momento de reflexão do seu processo de trabalho, sendo que essa avaliação e os encaminhamentos dados, não foram publicizados, impossibilitando descrever uma análise desse encontro, no sentido de afirmar se houve ou não, uma discussão sobre educação, trabalho e qualificação.

4.4.3 II Encontro Estadual de EPS/RJ

O II Encontro Estadual de EPS/RJ aconteceu em setembro de 2014, os temas discutidos foram: a responsabilidade do Ministério da Saúde no fortalecimento da PNEPS; as metodologias de educação em saúde no ERJ; integração ensino-serviço; a educação profissional de nível técnico e o planejamento em EPS.

Estiveram presentes as representações de todas as CIES regionais e demais representações da CIES/RJ. O evento contou com a participação de representações de Instituições do ensino superior públicas e privadas, a exemplo da UFF, UFRJ, UERJ, UNIFESO e a Faculdade Redentor.

Algumas dessas representações também eram representantes nas CIES de suas regiões de saúde, a exemplo da representante do Instituto de Saúde Coletiva da UFF, que tinha sua representação na CIES metropolitana II, assim como a diretora do Centro de Ciências da Saúde (CCS) do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), que era membro da CIES serrana e também uma Professora da Faculdade Redentor, representante da CIES noroeste.

Houve exposições de vários trabalhos das CIES regionais, e falas importantes de outras representações, a exemplo da representante da UNIFESO que destacou momentos do encontro, como as apresentações dos professores do IMS/UERJ e da

UFRJ que falaram sobre a Educação Permanente em Saúde e sua importância na mudança das práticas de saúde nos serviços e também na mudança na formação dos profissionais.

Esse foi outro encontro que não houve um relatório específico do evento, apenas registros sobre o acontecimento nas atas de reuniões posteriores ao encontro. Um relatório poderia apresentar uma descrição com mais detalhes sobre os temas abordados e apresentados.

4.4.4 III encontro Estadual de EPS/RJ: Avanços e Desafios

O III encontro Estadual de EPS/RJ aconteceu no dia 08 de dezembro de 2016, abordando os seguintes temas: “Avanços e desafios da Educação Permanente” e “Avaliando a Educação Permanente no Âmbito do Estado do RJ no ano de 2016”. Dos encontros ocorridos, esse foi o mais relevante para pesquisa, primeiro pelo fato que a discussão sobre a noção de EPS, esteve presente em todos os temas apresentados, o que levou ao debate a noção de educação, trabalho e qualificação. O segundo fato que torna encontro relevante, se deu pela participação do pesquisador, na qualidade de representante da CIES metropolitana II e membro do grupo que organizou o evento.

A primeira “Mesa redonda” iniciou com a Coordenadora Geral de Ações Estratégicas em Saúde - DEGES/SGTES, abordando o tema “Avanços e desafios da Educação Permanente em Saúde”. Apresentou brevemente os marcos legais da PNEPS, enfatizou a integração ensino-serviço-comunidade como importante eixo importante no fortalecimento da EPS, reconheceu as diversas iniciativas e ações de EPS dos trabalhadores em seus territórios, valorizando o incentivo à aprendizagem e produção de conhecimento no cotidiano.

Citou a PNEPS como política de reconhecimento e cooperação e como um dispositivo estratégico de gestão e de aprendizado no trabalho, potencializando as práticas que efetivamente buscam a transformação do trabalho. Reconhecendo o tempo curto para expor os avanços e desafios da EPS, iniciou uma apresentação dos cursos do MS relacionados com EPS que estão em andamento e os que estão por iniciar.

Destacou o curso: EPS em Movimento – Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde, um curso em parceria da SGTES/MS com a Universidade Federal do Rio grande do Sul (UFRGS), informando do novo edital 2016

da 2ª edição do curso, com meta de 2000 vagas para todo o país, sendo 500 vagas exclusivamente direcionadas aos apoiadores institucionais do MS.

Outro curso em destaque, que estava acontecendo no ERJ foi: “Micropolítica da gestão e do trabalho em Saúde”, curso de aperfeiçoamento e especialização semipresencial em parceria com a UFF e que tem o objetivo de formar especialistas em gestão do SUS e contribuir para o aprimoramento dos processos de organização das redes de atenção à saúde, tendo como público-alvo: gestores municipais e estaduais de saúde.

Sobre o PET-Saúde/GraduaSUS, mostrou os 5 projetos deste curso, especificamente para o ERJ, identificando as instituições de ensino envolvidas na parceria de cada projeto. Outro projeto mostrado foi o VER-SUS, e sobre este disse que entre os anos de 2012 a 2016, ocorreram 7 vivências no ERJ, com a participação de 470 viventes e 45 facilitadores, e no ano de 2016 foram realizadas duas vivências e um seminário no ERJ.

A representante do DEGES falou sobre os Projetos do InovaSUS 2015, que são projetos selecionados por meio de editais. O edital que tratou da Gestão da Educação na Saúde, lançado em 2015, contemplou projetos de todas as regiões do país com repasses de recursos entre R\$ 60.000,00 e R\$ 130.000,00, por meio da assinatura de Carta-Acordo com a OPAS/OMS. Dos 38 projetos selecionados pelo MS, apenas 01 foi do ERJ, e especificamente do Município de Resende da Região de Saúde Médio Paraíba.

O projeto foi: EPensando Resende: um espaço intercessor de afetos, saberes e encontros, sua proposta foi considerada inovadora ao:

- Elaborar um plano municipal de EPS por meio de metodologias participativas
- Realizar atividades de sensibilização sobre EPS para os trabalhadores da gestão e dos serviços de saúde
- Formar 30 mediadores territoriais de EPS para fomentarem práticas de educação

A ideia fortalece encontros da rede de cuidado em saúde do município, problematizando a prática profissional, por meio das rodas do EPensando Participação de trabalhadores, gestores, usuários, estudantes e docentes. Cabe lembrar que a região de saúde do Médio Paraíba, foi a região que se destacou das demais, quanto a execução dos recursos financeiros de EPS.

Finalizando sua apresentação, a Coordenadora Geral de Ações Estratégicas na Saúde, fala do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), descrevendo ser um processo de contratualização que pretende fortalecer a integração entre ensino, serviços e comunidades ao colocar os atores para discutirem juntos à organização dos cenários de prática de determinada região, assumindo responsabilidades mútuas. Seus objetivos incluem: Garantir o acesso aos estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor como cenários de prática para a formação no âmbito da graduação e/ou residência; e estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Informou que houve uma diminuição da ativação desses contratos, por conta das mudanças no MS e do processo eleitoral nos municípios. Mostrou os poucos estados que possuem contrato, sendo que o ERJ não possui contrato. Informou que os atuais contratos envolvem 24 municípios e 19 instituições de ensino superior. Finalizou comentando brevemente das ações e cursos em âmbito nacional, envolvidas na formação de preceptores e docentes para o SUS. Todos são cursos semipresenciais, a título de especialização e mestrado profissional.

A segunda apresentação foi realizada pela representante da SAGESG na CIES/RJ em 2014. O assunto, por ela abordado, tratou da EPS em movimento inserida no curso de especialização: “Formação Integrada multiprofissional em Educação Permanente em Saúde”, informou ter sido tutora do curso e disse que no ERJ foram 16 turmas concluídas de 2014 a 2015, não sabendo informar o número de alunos formados, mas alertou com a sugestão da necessidade de identificar esses profissionais e trazer para perto das CIES do ERJ.

Na segunda “Mesa Redonda” A primeira palestra foi realizada por pela Diretora de comunicação do COSEMS, e também Secretária Municipal de Saúde e Assistência social de Silva Jardim. Apresentou o trabalho dos apoiadores regionais do COSEMS, na área da gestão, mostrando a relação desses apoiadores com o processo de EPS em cada região.

Sua fala mais importante foi sobre a burocracia existente para se executar os recursos financeiros, explicou sobre o fluxo que segue os projetos, até a liberação do recurso financeiro. Falou de cada etapa desse fluxo, sugerindo que o recurso seja alocado em municípios onde haja menos entraves burocráticos no processo para liberação do recurso. Reconhecendo que a maioria das regiões devem passar por essas

dificuldades, e citou como exemplo a região a que pertence, região metropolitana II, que levou 4 anos para executar os recursos.

Como gestora na saúde e atuante nos processos de EPS, questionou sobre a forma como são contempladas as vagas de cursos e capacitações ofertadas pelo MS/SGTES, a exemplo dos cursos oferecidos pelo Hospital Sírio Libanês, onde foi a CIR que decidiu as vagas e não a CIES regional. Deixando claro que essa decisão cabe ao grupo da EPS de cada região, e levar para o gestor pactuar na CIR. Entre as propostas sugeridas pela representante, chamou a atenção de se legitimar o espaço de atuação da EPS nas Redes de Atenção à Saúde.

Dando sequência, ao tema da segunda “Mesa Redonda”: “Avaliando a Educação Permanente no Âmbito do Estado do RJ no ano de 2016” houve a palestra mais importante deste encontro, que foi a análise do grupo da CIES/RJ, sobre o tema em questão. A Superintendente de Educação em Saúde e Coordenadora da CIES/RJ, fez a apresentação do trabalho.

Iniciou descrevendo, brevemente, os marcos legais da PNEPS, seguindo falando que a história desta Política no ERJ, não deve ser compreendida a partir de uma percepção linear e cronológica exata, sendo necessário considerar em sua análise as articulações interfederativas e os atores que possibilitaram seus avanços e seus desafios.

Reconheceu que a condução atual da PNEPS no ERJ apresenta importantes avanços, mas deve considerar os desafios atuais. Relata que as ações implementadas estão mais focadas na lógica da educação continuada, sendo necessário uma atenção maior na questão da formação profissional, que envolve as residências e estágios.

Após apresentar as coordenações que estão subordinadas a Superintendência de Educação em Saúde, descreveu sobre os principais desafios identificados pela CIES/RJ, iniciando pelo contexto político e econômico do país, o qual não entrou em detalhes, mas disse das barreiras que surgem devido a esse contexto, dificultando o processo de trabalho.

Outros desafios apresentados foram: a ampliação do trabalho da educação em saúde; o fortalecimento da CIES/RJ; e a qualificação do trabalho de apoio regional. Além dos desafios, foi discutido sobre as estratégias e os caminhos percorridos pela CIES/RJ.

Sobre esses assuntos, o grupo da CIES/RJ buscou evidenciar primeiramente, o que se entende por educação quando se pensa em realizar as ações de EPS, ou seja, de qual educação está se falando. Disse que o entendimento da CIES/RJ a esse respeito não

está restrito a se fazer uma transmissão de conhecimento técnico simplesmente, seguindo o modelo de educação continuada, entendendo que seja necessário em determinado momento, afirmando que o conhecimento técnico é necessário, mas diz que isso não basta, e que na verdade o propósito da EPS é a discussão do processo de trabalho, o que pode levar a um curso ou capacitação, mas também pode levar a muitas outras ações.

A coordenadora da CIES/RJ trouxe o questionamento, sobre qual seria o campo de atuação da EPS nas instituições e qual seria a sua importância, relatou que a assistência toma muito foco da gestão, o que vem gerando um aumento na demanda por qualificação, de forma a se pensar como a EPS está qualificando essa assistência, esse foi considerado como foco principal da equipe da CIES/RJ, ou seja, sobre o processo de qualificação dos profissionais de saúde.

A concepção de EPS trazida pelos membros da CIES/RJ, está muito mais próxima aos conceitos defendidos pelos atores da fase de criação da PNEPS em 2004, no momento em que se trata de forma relevante, a discussão sobre o entendimento do processo de trabalho, fazendo disso uma necessidade para o empoderamento do trabalhador, assim como o conhecimento do processo de trabalho de outros profissionais próximos ao seu trabalho. Afirma que não é tão fácil assim, pelo fato das instituições apresentarem um modelo de gestão verticalizada e com informações fragmentadas.

Na sequência falou sobre as ações de educação em saúde que ocorreram recentemente e as que estão em andamento, descrevendo brevemente sobre cada uma dessas ações. Enfatizou a questão do apoio, dizendo ter feito recentemente nas últimas reuniões do ano de 2016 uma dinâmica com os representantes das CIES regionais, questionando ao grupo, o que eles entendiam sobre apoio, o que seria uma maneira da CIES/RJ conhecer as necessidades dessas regiões de saúde em seu processo de trabalho, disse ser um trabalho inicial e que haverá continuidade.

O trabalho final do III encontro foi a formação de uma grande roda com todos os presentes, fazendo com que cada membro, cada equipe de CIES regional, e demais representantes, refletissem sobre tudo o que foi apresentado e discutido, não apenas neste encontro, mas nas plenárias da CIES/RJ, na vivência de seu cotidiano de trabalho e nos demais fóruns no campo da saúde, e a partir disso elaborar propostas para o enfrentamento dos desafios apresentados, sendo essas ao mesmo tempo, referências para

construção das principais diretrizes, cujo objetivo é de fortalecer a EPS no âmbito da CIES/RJ para o ano de 2017.

As falas dos diversos representantes envolveram os seguintes assuntos: legitimação da EPS em nível estratégico no organograma municipal; fragilidade da articulação com as instituições de ensino superior em saúde; articulação com os conselhos de saúde; capilarização da EPS nos níveis de atenção; e os entraves para execução do orçamento da PNEPS.

Desses assuntos foram construídas algumas diretrizes para o fortalecimento da EPS no âmbito estadual, que textualmente poderão sofrer alterações, mas não perdendo o sentido da ideia principal. São elas:

1. Sensibilizar as regiões de saúde com relação a temática da EPS
2. Sensibilizar o conselho estadual de saúde e os conselhos municipais de saúde com relação a temática da EPS
3. Fortalecer as CIES regionais como articuladora da implementação da PNEPS
4. Articular com as instituições formadoras, outros segmentos municipais, integrantes das CIES e profissionais de saúde, em visão do fortalecimento da EPS.
5. Articular junto aos gestores a legitimação da área técnica de EPS no organograma municipal.
6. Articular junto aos gestores que a temática da EPS esteja contemplada nos planos municipais de saúde, nas programações anuais de saúde, com a devida previsão orçamentária.
7. Capilarizar as ações de EPS para os diversos níveis de atenção.
8. Garantir a disseminação da PNEPS para os 92 municípios do ERJ.
9. Articular junto ao gestor do fundo municipal, executor das estratégias, visando a execução do recurso da EPS.

Com esse encontro foi importante perceber que o grupo da CIES/RJ e os demais representantes das CIES regionais, demonstraram entender que existe um outro sentido de se fazer EPS, e a maneira como está sendo realizada, não está condizente totalmente com os ideários da PNEPS em sua criação no ano de 2004, e que esta vem sofrendo distorções mais acentuadas a partir de 2007 com a instituição de novas diretrizes.

Apesar desse reconhecimento ser unânime pelos presentes, a noção da relação trabalho-educação inserida na maioria das ações de EPS do ERJ, descritas nos documentos analisados, são qualificações na forma de cursos e capacitações, onde o objetivo é garantir a execução, da melhor maneira possível, do trabalho prescrito, sendo este responsável pela produção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa buscou compreender os sentidos da relação trabalho-educação e de qualificação presentes nas ações de EPS relacionadas com os temas mais relevantes e frequentemente pautados nas reuniões da CIES/RJ. Outro aspecto analisado foi a noção de EPS entendida a partir dessas ações.

Sobre a relação trabalho-educação, a análise evidenciou seu afastamento de um processo de produção da existência humana conforme definido por Saviani no primeiro capítulo desta pesquisa, onde o autor afirma que a educação se identifica com a vida. Observamos que um dos aspectos desta relação é de atender, primeiramente, aos modos de produção no campo da saúde, isto se deve ao fato de que entre os objetivos dessas ações, havia a intenção de diminuir a incidência de determinados agravos de âmbito nacional.

O estudo permitiu explicitar que nesta relação o ato de educar foi entendido como uma ação de transmissão de conhecimento, onde um conteúdo já existente é passado para os profissionais, sendo uma estratégia pedagógica mais relacionada com o modelo de educação continuada do que com a proposta formulada pela EPS. Não que a educação continuada seja desnecessária ou ignorada no processo de educação em saúde, mas sua estratégia não deve ser vista como EPS, pois a PNEPS é contrária a este modelo de educação.

O trabalho foi visto como a ação que o profissional executa no campo prático, e desta forma, capacitar ou qualificar este profissional significa fornecer um determinado conhecimento e ferramentas para que esta ação seja executada da melhor forma possível, logo este conhecimento estava basicamente restrito à sua função.

Verificou-se que a demanda do tema a ser discutido com os profissionais não partia de um processo de problematização no cotidiano de trabalho, como preconizado na PNEPS. Os conteúdos pareciam vir prontos e moldados, justificados pelos índices epidemiológicos, fazendo entender ser necessário e prioritário uma capacitação sobre o tema. Entende-se, de forma fetichizada, que a transmissão desse conteúdo seria suficiente para diminuir os dados alarmantes, a exemplo de óbitos maternos, incidência de sífilis congênita e o aumento de casos de dengue. Desconsidera-se, dessa forma, os problemas sociais, econômicos e principalmente os políticos. Os aspectos políticos ganham relevância nesse caso, visto o processo de mudança frequente na gestão estadual de saúde, mais especificamente o da secretaria estadual de saúde. Essas

alterações implicavam em mudanças do organograma da SES/RJ e também no nível municipal e federal, desacelerando, conseqüentemente, os trabalhos no campo da EPS.

Outro aspecto observado foi o financeiro já que a implementação das ações de educação analisadas, envolvia um financiamento, ou seja, havia um recurso financeiro público destinado a execução dessas ações. Salienta-se que parte desses recursos financeiros era repassada para instituições privadas gerando várias discussões na CIES/RJ. Uma dessas discussões voltava-se para a oferta de determinados cursos por parte dessas instituições, e a forma como as vagas eram distribuídas entre as regiões de saúde do ERJ. Outra discussão focava a parceria dessas instituições com o Ministério da Saúde já que se questionava a necessidade de determinadas parcerias com essas instituições, uma vez que as instituições públicas de ensino superior seriam capazes de realizar tais cursos.

Além desse aspecto mercantil, presente no processo de EPS, também foi observado na maioria das ações analisadas que não houve, minimamente, uma preocupação com o impacto dessas ações no desempenho desses profissionais após serem capacitados. O cuidado com a avaliação parece não ter existido nem o monitoramento dos agravos e da qualidade da assistência.

Sobre a noção de EPS presente nas ações analisadas, ficou claro que essas ações, e a forma como elas foram implementadas, não estão em consonância com o que está preconizado na PNEPS.

Em uma análise geral dos encontros, observou-se uma evolução positiva da dinâmica de trabalho da CIES/RJ, evidenciando maior participação das CIES regionais e maior comprometimento desses representantes, podendo afirmar que em sua maioria, estão cientes das inúmeras dificuldades a serem enfrentadas para implementar as ações de EPS de acordo com o que está preconizado na PNEPS em 2004.

Para o enfrentamento dessas dificuldades, uma das minhas sugestões dadas no III Encontro foi de traçar estratégias de capilarização da PNEPS no ERJ, fazendo com que todas as instituições de saúde estivessem representadas nas CIES de sua região de saúde, de preferência com um representante da instituição que estivesse ligado com a educação em saúde na sua instituição. Outra proposta é ter critérios sensatos para selecionar os representantes das CIES, no sentido de buscar profissionais que tenham possibilidades de manter seu vínculo de forma sustentável com esse tipo de trabalho, evitando profissionais que apresentam maior suscetibilidade de desligamento do vínculo, em decorrência das mudanças no campo político.

Finalizando, observou-se que o atual grupo da CIES/RJ e de grande parte dos representantes das CIES regionais defendem e almejam que a PNEPS seja uma ferramenta do SUS que atue em defesa da democracia, do controle social e da consolidação da reforma sanitária. Questionamos, no entanto, os limites para a concretização dessas intenções em nossa sociedade capitalista e afetada por uma onda conservadora do papel do Estado.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: edições 70, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 335, de 25 de novembro de 2003*. Aprova a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da educação permanente. Brasília, DF: CNS, 2003.

BRASIL. Gabinete do Ministro. *Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 343-372.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Gestão da Educação na Saúde. *A Educação Permanente entra na roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Políticas e Ações*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014*. 1. ed., 1. Reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 8.080, 19 set. 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2016.

CASTRO, Janete Lima de. *Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2008.

CAVALCANTI, Elisângela Franco de Oliveira et al. Prática da Educação Permanente pela Enfermagem nos serviços de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, Recife, v. 7, n. 2, p. 598-607, fev. 2013.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 41-65, jun. 2004.

CHINELLI, Filippina; VIEIRA, Monica; DELUIZ, Neise. O Conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso et al. *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 23-48.

CIAVATTA, Maria. Trabalho como Princípio Educativo. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 408-415.

DECCA, Edgar Salvadori de. *O nascimento das fábricas*. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

DELORS, Jacques et al. *Educação um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Rio de Janeiro: Cortez; UNESCO, 1998.

DELUIZ, Neise. *Formação do Trabalhador*. Rio de Janeiro: Shape, 1995. (Produtividade & Cidadania).

FRANÇA, Tânia. *Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES): relatório final*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2016. (Volume II).

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

- FRIGOTTO, Gaudêncio. Trabalho. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 399 – 404.
- FUEUWERKER, Laura Camargo Macruz (Org.). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
- FUEUWERKER, Laura Camargo Macruz. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
- GADOTTI, Moacir. *Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito*. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- LEMONS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.
- MAGALHÃES, Marta Gama, FREIRE, Flávia Helena M., PINHEIRO, Roseni. (Org.). *Educação permanente em saúde: caminhos percorridos na região do médio paraíba, Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/UERJ-ABRASCO 2015.
- MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política: livro I*. 29. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.
- MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital*. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MORAES, Katerine Gonçalves; DYTZ, Jane Lynn Garrison. Política de Educação Permanente em Saúde: análise de sua implementação. *ABCS Health Science, São Paulo*, v. 40, n. 3, p. 263-269, 2015.
- PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES–ALVES, Fernando; HOCHMAN, Gilberto. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 929-939, 2008.
- PAIVA, Vanilda ; RATTNER, Henrique. *Educação permanente & capitalismo tardio*. São Paulo: Cortez; Autores associados,1985.
- PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- RAMOS, Marise Nogueira. *A Pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?*. 3. ed. São Paulo: Cortez,2006.
- RAMOS, Marise Nogueira; PEREIRA, Isabel Brasil. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Coordenação Geral de Educação em Saúde e Gestão. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2011/2012*. Out. 2011.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Realinhamento do Plano Estadual de Saúde 2016-2019*. Disponível em: <<http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/informes-ao-gestor/instrumentos-de-planejamento-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus-estado/105-plano-estadual-de-saude1/31166-2016-2019.html>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão do Trabalho e Executiva. *Atas de reuniões mensais da Comissão Permanente de Integração Ensino-serviço (CIES/RJ), 2014*.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão do Trabalho e Executiva. *Atas de reuniões mensais da Comissão Permanente de Integração Ensino-serviço (CIES/RJ), 2015*.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria Geral. *Atas de reuniões mensais da Comissão Permanente de Integração Ensino-serviço (CIES/RJ), 2016*.

RIO DE JANEIRO (Estado). Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). *Deliberação Conjunta CES-CIB nº 2 de 18 de Julho de 2013*. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-conjuntas/31-ces-cib/2746-deliberacao-conjunta-ces-cib-n-2-de-18-de-julho-de-2013.html>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). Deliberação CIB-RJ Nº 3.045 de 24 de julho de 2014. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/408-2014/julho/3446-deliberacao-cib-n-3-045-de-24-de-julho-de-2014.html>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). *Deliberação CIB nº 3.779 de 09 de junho de 2016*. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/504-2016-deliberacoes/junho/4326-deliberacao-cib-n-3-779-de-09-de-junho-de-2016.html>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Atualização do Plano Diretor de Regionalização 2012/2013. Rio de Janeiro: Secretária de saúde, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Beb03/Downloads/PDR_01_2014_Impressao.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2017.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Resolução nº1.129/SES de 16 de maio de 1997. Modifica o estatuto dos Centros de Estudos e Aperfeiçoamento. Diário Oficial do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 20 maio 1997. p. 12-13.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro. Conselho Estadual de Saúde. Comissão Intergestora Bipartite. *Deliberação Conjunta CES/CIB Nº 1 de 20 de março de 2009*. Rio de Janeiro, 2009a.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Superintendência de atenção básica, Educação em Saúde e Gestão Participativa. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2009/2010*. nov. 2009b.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Coordenação Geral de Educação em Saúde e Gestão. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde 2010/2011*. dez. 2010.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão do Trabalho e Executiva. Coordenação geral de Educação em saúde e Gestão. *Atas de reuniões mensais da Comissão Permanente de Integração Ensino-serviço (CIES/RJ), 2013*.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. *Divisão Político-Administrativa em Regiões de Saúde*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/img/revistas/icse/v18s1//1807-5762-icse-18-1-1125-gf01.jpg>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

ROSCHKE, Maria A.C.; DAVINI, M.C.; HADDAD, Jorge Q. Educacion Permanente y trabajo em salud: um proceso em construcción. *Educación médica y salud*, Washington, v. 27, n. 4, p. 466- 488, out./dez.1993.

ROVERE, Mario R. Gestión estratégica de la educación permanente en salud. In: HADDAD, Jorge Q.; ROSCHKE, Maria A. C.; DAVINI, M. C. *Educación permanente de personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. p. 63-106. (Série Desarrollo de Recursos Humanos; n.100).

SAVIANI, Dermeval. *Sobre a concepção de politecnia*. Rio de Janeiro: Politécnic da Saúde Joaquim Venâncio, 1989.

SAVIANI, Dermeval. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v.12, n. 34, jan. / abr.2007.

SHIROMA, Eneida Oto. Dossiê: uma metodologia para análise conceitual de documentos sobre política educacional. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências em Educação, Departamento de Estudos Especializados em Educação, Florianópolis, 2004.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da *et al.* Educação Permanente em Saúde na ótica de membros das Comissões de Integração Ensino-Serviço. *Revista Enfermagem UFSM*, Rio Grande do Sul, v. 3, n. 2, maio/ago. 2013.

TARTUCE, Gisela Lobo Baptista Pereira. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 353-382, maio / ago. 2004.

VIEIRA, Mônica et al. O trabalho e a educação na saúde: a “questão dos recursos humanos”. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Marcia Raposo. *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p. 79-118.

VIEIRA, Monica. *Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde: relatório final*. Rio de Janeiro: Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde; Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde, 2006.

ZARIFIAN, Philippe. *Objetivo competência: por uma nova lógica*. 1. ed. 5. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.