

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

Tânia Valéria Lucas

ANÁLISE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM  
SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS

Rio de Janeiro

2019

Tânia Valéria Lucas

ANÁLISE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM  
SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS

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

Orientador: Prof. Dr. Júlio César França Lima

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

L933a Lucas, Tânia Valéria  
Análise de educação permanente na educação  
profissional em saúde no estado de Goiás / Tânia  
Valéria Lucas. - Rio de Janeiro, 2019.  
134 f.

Orientador: Júlio César França Lima

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,  
Rio de Janeiro, 2019.

1. Educação Permanente. 2. Educação Permanente em  
Saúde. 3. Políticas Públicas. I. Lima, Júlio César  
França. II. Título.

CDD 374

Tânia Valéria Lucas

ANÁLISE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM  
SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS

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

Aprovada em 16/01/2019

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Angélica Ferreira Fonseca – FIOCRUZ / EPSJV

---

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

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Neuci Cunha Santos – UFMT / SARI

## AGRADECIMENTOS

À Deus que iluminou e conduziu, meus caminhos, nos momentos difíceis enfrentados, para que utilizasse a paciência, o discernimento e a sabedoria para conduzir e enfrentar cada situação.

Ao meu professor Júlio César França Lima que conheci nessa caminhada, dedico um agradecimento carinhoso, pela dedicação paciente e do modo delicado em que me orientou. Obrigada pelas sugestões e pela insistência em me conduzir.

Aos amigos e colegas de mestrado pelos momentos de alegrias e tristezas que juntos compartilhamos durante o mestrado e na Casa Amarela: Maria Osória, Noêmia, Raquel, Luciana, Ricardo, Mônica e Rivena.

Para as amigas, Raquel, uma amizade que ficará para sempre e a você Osória, que me ensinou que somos capazes de ser forte o bastante para superar obstáculos e alcançar vitórias.

Aos colegas do CEP-SAÚDE que me incentivaram a prosseguir e contribuíram para o cumprimento de mais uma jornada profissional. Muito obrigado, Cárita, João Batista, Maria Lúcia, Myrane, Maria Osória, Valdivina e Marcelo, que persistem para manter acesa a chama da educação profissional na ESAP em prol da formação e capacitação do trabalhador de saúde de nível médio.

A minha família que deram sua contribuição de modos diferentes, mas que contribuíram na minha persistência neste estudo.

Ao Rafiq que me acompanhou fielmente em todos os momentos, pacientemente, ao meu lado durante as madrugadas.

A todos os colegas de trabalho da Escola que contribuíram com esta pesquisa.

De todo coração agradeço a vocês.

*“Sou feita de retalhos. Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma. Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.*

*Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior... Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade... Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.*

*E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também. E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados... Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.*

*Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias.*

*E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de ‘nós’”.*

*(Cora Coralina)*

## RESUMO

A dissertação apresenta uma análise da Educação Permanente na Educação Profissional no Estado de Goiás/GO, tendo como recorte temporal o marco inicial o ano de 2003, a partir da criação da PNEPS a partir da instalação dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), sua constituição e ações realizadas, à época, para a implantação da PNEPS, em 2004 e em 2007, quando os PEPS foram substituídos com a criação das CIES. O estudo avança até o ano de 2017, descrevendo os avanços e retrocessos da educação permanente em saúde (EPS), em Goiás. O estudo teve como objetivo principal discutir a implantação e operacionalização da Política Nacional da Educação Permanente em Saúde, considerando as ingerências do contexto político, econômico e social, e sua importância na educação profissional em saúde no estado de Goiás. A metodologia da pesquisa foi de caráter qualitativo de natureza documental, tomando como referência a análise de conteúdo de Bardin, onde foram selecionados documentos de fontes primárias, como: Atas, relatórios, PAREPS, Resoluções, Projetos de Cursos, documentos da SES e da Secretaria Escolar, documentos da Secretaria Executiva da CIES Estadual. Assim como fontes secundárias selecionados da produção bibliográfica latino-americana e nacional, tais como, teses, dissertações, artigos e outros. O estudo conclui que a implementação da PNEPS ainda tem um longo caminho a percorrer, consolidar sua capacidade político-pedagógica da educação permanente em saúde. Distinguimos a necessidade de articulação entre as estratégias de educação permanente e educação continuada de modo a potencializar a sua abordagem político-pedagógica quanto à qualificação profissional.

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

## ABSTRACT

The dissertation presents an analysis of the Permanent Education in Vocational Education in the State of Goiás / GO, with the initial setting in 2003, starting from the creation of the PNEPS from the installation of the Permanent Health Education Poles (PEPS), its constitution and actions carried out, at the time, for the implementation of PNEPS, in 2004 and 2007, when the PEPS were replaced with the creation of the CIES. The study was carried out until 2017, describing the advances and setbacks of permanent health education (EPS) in Goiás. The main objective of this study was to discuss the implementation and operationalization of the National Policy on Permanent Health Education, considering the political, economic and social context and its importance in professional health education in the state of Goiás. The methodology of the research was qualitative of documentary nature, taking as reference the analysis of content of Bardin, where documents were selected from primary sources, such as: Minutes, reports, PAREPS, Resolutions, Course Projects, SES and School Secretary documents, documents of the State CIES Executive Secretariat. As well as selected secondary sources of Latin American and national bibliographical production, such as theses, dissertations, articles and others. The study concludes that the implementation of PNEPS still has a long way to go, to consolidate its political-pedagogical capacity of permanent education in health. We distinguish the need for articulation between the strategies of permanent education and continuing education in order to enhance its political-pedagogical approach to professional qualification.

Keywords: Permanent Education. Permanent Education in Health. National Policy of Permanent Education in Health. CIES.

## LISTA DE ILIUSTRAÇÕES E FIGURAS, DE QUADRO E ANEXOS

Figura 1: Polos de Educação Permanente em Saúde em Goiás	49
Figura 2: Caracterização das CIES Macrorregionais	54
Figura3: Organização das Regiões de Saúde e CIES Regional/2012	59
Anexo A: Documentos Analisados na Pesquisa	122
Anexo B: Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2003-2004	125
Anexo C: Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2005 – 2007	126
Anexo D: Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2008	127
Anexo E: Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2009 – 2010	128
Anexo F: Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2011 – 2012	129
Anexo G: Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2014 e 2016	130
Quadro 1: Ações Educativas Realizadas no Intervalo da Pesquisa	131
Consolidado das Demandas dos PAREPS	134

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BM – Banco Mundial

CEP-SAÚDE – Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás

CES – Conselho Estadual de Saúde

CFE – Conselho Federal de Educação

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 – Conferência Nacional de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde

CTEPS - Câmara Técnica da Educação Permanente em Saúde

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

EAD - Educação à Distância

EC – Educação Continuada

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESAP - Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”

ETSUS – Escolas Técnicas do SUS

FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FIC – Formação Inicial e Continuada

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GAB/SES/GO – Gabinete do Secretário de Saúde do Estado de Goiás

GM – Gabinete do Ministro

GESAP – Gerência da Escola de Saúde Pública

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

ISC - Instituto de Saúde Coletiva

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

NEPS - Núcleo de Educação Permanente em Saúde

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB/RH-SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS

UFG - Universidade Federal de Goiás

OCDE - Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAREPS - Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde

PDR - Plano Diretor para a Regionalização

PAS - Plano de Ação de Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PEPS - Polos de Educação Permanente de Saúde

PEEPS - Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde

PLE – Projeto Larga Escala

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNRHS - Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde

PPP – Projeto Político Pedagógico

PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde

PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PUC – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

RET-SUS - Rede de Escolas Técnicas do SUS

SEFAZ - Secretaria de Estado da Fazenda

SEGPLAN - Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SES/GO - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

SEST/SUS - Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS

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

SUS – Sistema Único de Saúde

UEG – Universidade Estadual de Goiás

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFG - Universidade Federal de Goiás

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

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>24</b>
<b>AS BASES TEÓRICAS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....</b>	<b>24</b>
1.1 Educação Permanente: adaptação ou transformação .....	24
1.2 Aspectos Teóricos da Educação Permanente em Saúde no Brasil .....	32
1.3 Antecedentes da Educação Permanente em Saúde no Brasil.....	41
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>48</b>
<b>A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS .....</b>	<b>48</b>
2. 1 Organização e funcionamento dos Polos de Educação Permanente em Saúde .....	53
2.2 A extinção dos PEPS, a criação das Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES) e o protagonismo da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago” (ESAP) .....	58
2.3 O processo de organização da regionalização no Estado de Goiás .....	64
2.4 Sobre as dificuldades de operacionalização e organização da CIES Estadual e das CIES Regionais em Goiás .....	67
2.5 Análise dos PAREPS do quadriênio 2016-2019.....	73
2.6 A Execução da PNEPS nos Tempos dos Polos x CIES.....	81
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>85</b>
<b>A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ENQUANTO ESTRATÉGIA POLÍTICO-PEDAGÓGICA E SUA EXPRESSÃO NOS PAREPS.....</b>	<b>85</b>
3.1 O Pragmatismo Deweyano .....	87
3.2 Aprendizagem Significativa .....	89
3.3 A Concepção de Educação de Paulo Freire e a Autonomia para a Emancipação .....	92
3.4 O Problema da Problematização Significativa .....	94
3.5 A Certificação de Competência na Educação Profissional.....	100
3.6 Os Desafios e Contradições da Educação Permanente em Saúde e sua expressão nos PAREPS.....	102
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>124</b>
ANEXO A – Documentos Analisados na Pesquisa .....	124

ANEXO B - Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2003-2004 .....	127
ANEXO C - Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2005 – 2007.....	128
ANEXO D - Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2008 .....	129
ANEXO E - Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2009 – 2010.....	130
ANEXO F - Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2011 – 2012.....	131
ANEXO G - Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2014 e 2016.....	132
QUADRO – 1 AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS NO INTERVALO DA PESQUISA .....	133

## INTRODUÇÃO

O tema desse estudo é a Educação Permanente em Saúde (EPS) que a partir de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), se torna uma política pública estratégica considerada “fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor de saúde” (BRASIL-MS, 2003, *apud* VIEIRA *et al*, 2011, p. 102). A partir desse momento, a educação permanente em saúde deixa de se restringir à formação profissional e passa a ser vista como uma estratégia de mudança do Sistema Único de Saúde (SUS), desde o conceito de quadrilátero da formação que integra ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

A ideia de que a educação é um processo permanente e que a aprendizagem dura à vida inteira é fruto não só da evolução histórica do pensamento sobre a educação como também da necessidade de uma educação contínua que atenda às situações de mudança e ainda da possibilidade de maturação do indivíduo.

Collet (1976), em seu livro sobre Educação Permanente, descreve que essa expressão aparece em 1919, no Relatório preparado por uma Comissão Governamental Britânica de Estudos Pedagógicos. Nele a ideia da educação é enunciada como “necessidade permanente” e consiste na responsabilidade da comunidade em satisfazer de maneira institucional a formação das pessoas. Contudo, não teve maior alcance a não ser no âmbito restrito dos especialistas de educação de adultos em alguns poucos países. (COLLET, 1976)

O professor francês Pierre Furter (1974, p. 79) foi quem muito discutiu o termo criado em 1955 na França para um projeto de reforma do ensino que pretendia o “prolongamento da escolaridade obrigatória e reforma do ensino público” e cada vez mais se converte num projeto de educação do futuro<sup>1</sup>.

O autor tal como Collet define que “o processo ininterrupto de aprofundamento tanto da experiência pessoal como da vida coletiva [...] se traduz pela dimensão educativa que cada ato, cada gesto, cada função assumirá, qualquer que seja a situação em que nos encontramos qualquer que seja a etapa da existência que estejamos vivendo” (FURTER, 1974, p.79).

---

<sup>1</sup> Historicamente a educação permanente não é um conceito contemporâneo e não se originou na França, pois o filósofo chinês Lao-Te já dizia sete séculos antes de Cristo que “todo estudo é interminável” (GADOTTI, 1992 p. 56).

A partir do final da Segunda Guerra Mundial, o Ministério da Educação da França oficializa a Educação Permanente para o “prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público.” (GADOTTI, 1992, p.60).

Com o avanço da sociedade capitalista, setores econômicos inteiros foram industrializados e nesse processo a Educação Permanente passa a ter controvertidas interpretações. Furter (1974) assinala pelo menos três interpretações ou definições: 1) a Educação permanente é um processo contínuo do desenvolvimento individual, no qual o indivíduo progride de acordo com sua necessidade e condições; 2) a Educação Permanente é tida como um princípio de organização de um sistema global de formação exerce uma ação renovadora e torna o sistema escolar mais flexível e amplo, com a inspeção do Estado; 3) a Educação Permanente é uma estratégia de formação para o desenvolvimento cultural e seu objetivo é orientar uma política de recursos humanos visando o desenvolvimento cultural. A atividade é realizada em grupo, orientada por profissional interessado e a supervisão e avaliação é feita por educadores especializados, e seus promotores são planejadores de recursos humanos no âmbito do planejamento regional. Segundo Gadotti (1992), no pensamento de Furter, a vida humana é um permanente processo de formação.

Em 1959, a Confederação Mundial de Organizações dos Profissionais de Ensino sediada em Washington, promove naquela cidade uma Conferência Internacional de Educação de Adultos, onde se fala da necessidade de modificar o ensino para atender a uma educação que prossegue a vida inteira. (COLLET, 1976).

Em 1960, no Congresso Mundial de Educação de Adultos, realizado pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) em Montreal, Canadá, amplia-se o sentido da expressão ‘educação permanente’, conferindo-lhe um sentido mais abrangente, porém num plano teórico. Em 1965 a UNESCO considerava que a educação permanente continuava ainda a referir-se a uma terminologia, a uma série de ideias e princípios, a uma escala de interesses e pesquisas. Na sua 14ª Conferência Geral, em 1966, realizada em Paris, a noção de educação permanente é proposta como setor prioritário de estudos. Neste mesmo ano o tema é introduzido no Conselho de Cooperação Cultural da Europa. Seguindo as orientações da UNESCO vários países promoveram estudos através de seminários, simpósios, debates, intercambiando documentos e peritos em educação, inclusive na América Latina onde se destaca o Simpósio realizado na Venezuela, em 1968. (FURTER, 1974)

Na década de 1970, o discurso da Educação Permanente passou a ser promovido pela UNESCO, pelo Conselho da Europa, pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento

Econômico (OCDE), no informe intitulado *Apprendre a être* de 1972, da Comissão Internacional para o Desenvolvimento da Educação. Esse estudo serviria para orientar os governos e Estados membros das Nações Unidas, quanto às estratégias a serem adotadas para o desenvolvimento da educação nos anos seguintes. A ideia mestra da política educacional da UNESCO foi disseminada a partir do projeto ‘Cidade Educativa’, que foi assumido por vários países da América Latina, entre eles o Brasil. (FAURE, 1977)

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a partir da discussão em torno dos problemas na formação das equipes de saúde sugere, na década de 1970, um debate para a construção de um novo modelo pedagógico que melhorasse as práticas na saúde, favorecesse a implicação com os usuários da atenção à saúde e a colaboração com a gestão dos sistemas e serviços de saúde. Iniciou-se então, um processo de busca nos documentos da UNESCO sobre as bases da Educação Permanente, até aquele momento debatido exclusivamente na área da educação (SMAHA; CARLOTO, 2010).

Nesse movimento de reformulação nasce o conceito de educação permanente em saúde, que para Hadadd (1990, p.136-137),

busca alternativas e soluções para os problemas reais e concretos do trabalho habitual privilegiando o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatizando a capacidade humana de criar conhecimento novo, a partir da discussão e análise conjuntas e participativas dos problemas reais, de suas causas e das implicações que as alternativas de solução têm na busca da transformação da prática de saúde, objetivo essencial do ato educativo.

A educação permanente em saúde, para o autor, é um instrumento que auxilia na qualificação das ações de saúde, buscando alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas, auxiliando na transformação das práticas vigentes nos serviços.

No Brasil, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, marca uma valorização na área da Saúde, ao mesmo que institui a educação permanente em saúde como política pública prioritária. A SGTES assumiu a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde, visando desenvolver uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS).

A Portaria nº 198, de 13/2/2004, lançada pela SGTES, institui oficialmente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), tratando-a como uma estratégia

político-pedagógica de gestão e partindo do pressuposto da aprendizagem significativa, isto é, uma aprendizagem que produz sentido para o sujeito (BRASIL, 2004a). Essa Portaria cria também os Polos de Educação Permanente de Saúde (PEPS) que deveriam ser organizados no âmbito dos estados brasileiros para operacionalizar a PNEPS. Em 2007, a PNEPS foi revista e estabeleceu-se a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20/8/2007, que substituiu os PEPS pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES), conforme previsto no art. 14 da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990a) e na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS, 2002a) (BRASIL. MS. 2007). Essa Portaria adequa a PNEPS às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde<sup>2</sup>, de forma a considerar as especificidades e a superação das desigualdades regionais, de forma regionalizada e descentralizada.

Em Goiás, a partir do ano 2003, foram criados 5 (cinco) Polos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PEPS), substituídos em 2009 pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES). Em 2004, a implantação e operacionalização dos PEPS estaduais ficaram sob a responsabilidade do Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás (CEP-SAÚDE), criado pelo Decreto Estadual nº 5.647, de 27/8/2002. Com a instituição das CIES, em 2009, a Escola Estadual de Saúde Pública “Candido Santiago” do estado de Goiás (ESAP-GO) ficou responsável por sua organização. A ESAP-GO foi criada pela lei nº 15.260, de 15/7/2005, e incorpora a partir de então à sua estrutura o CEP-SAÚDE. Essa instituição tem como objetivos: promover a educação profissional na área da saúde, nos níveis básico, técnico e tecnológico; promover cursos básicos de qualificação, requalificação e reprofissionalização de jovens e adultos, visando à sua inserção e ao seu melhor desempenho no mercado de trabalho (GOIÁS. CEP-SAÚDE. PPP. 2013). A ESAP, como unidade administrativa da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, vinculada à Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SEST/SUS), é uma instituição de educação profissional integrante do Sistema Estadual de Educação Profissional e funciona em conformidade com as diretrizes do SUS (GOIÁS, 2005).

Em 2009, a Resolução nº 137, de 19/11/2009, da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás (CIB-GO), aprova a criação de 05 (cinco) CIES Macrorregionais (Central/Centro Sul, Nordeste, Centro Norte, Centro Oeste, Sudeste/Sudoeste), em substituição aos PEPS, mas respeitando a mesma distribuição geográfica e que funcionaram

---

<sup>2</sup> O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.

até o ano de 2011. A Resolução nº 075/CIB, de 22/3/2012, instituí a Comissão Estadual Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES-Estadual) que inicia os seus trabalhos em novembro de 2012, após a sua composição por 40 (quarenta) membros, sendo 20 (vinte) titulares e 20 (vinte) suplentes.

A CIES-Estadual é a instância intersetorial e interinstitucional permanente que participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, segundo a PNEPS. (BRASIL, 2007). Nesse mesmo ano, a Gerência da Escola Estadual de Saúde Pública “Candido Santiago” (GESAP), por meio da sua Coordenação de Educação Permanente propõe a organização de Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES) nas 17 Regiões de Saúde, conforme a divisão territorial das regiões de saúde, em razão das dificuldades de funcionamento das CIES Macrorregionais. A Resolução nº 324/CIB de 10/9/2012 aprova a constituição das 17 CIES Regionais, ao mesmo tempo em que extingue as 5 (cinco) CIES Macrorregionais.

Segundo a Portaria nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007), a condução da PNEPS em cada região se dá por meio das instâncias de pactuação, necessitando haver a cooperação dos gestores estaduais e municipais para desenvolver um trabalho em harmonia com a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e os Colegiados de Gestão Regional (CGRs). Além disso, prevê também que as CIES-Estaduais deverão contar com uma Secretaria Executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde (PAREPS), da qual a autora desse projeto de pesquisa foi a secretária executiva no período de 2011-2015.

Esta experiência permitiu que contribuíssemos na gestão da PNEPS e, também, na constituição das CIESs, no estado de Goiás, ao mesmo tempo em que permitiu observações e conhecimentos que nos conduziram a diversas questões, entre as quais: 1) Qual é a concepção de educação permanente da PNEPS? 2) O que é esse espaço denominado CIES, constituído no âmbito da PNEPS? 3) A organização de 17 (dezessete) CIES Regionais efetivaram a co-gestão da Política nas regiões de saúde? 4) Qual a sua importância na formação dos trabalhadores de nível técnico e na condução da Política? 5) Como surgem as demandas educacionais no estado e municípios? 6) Como são definidos e concebidos os processos de educação permanente capazes de reestruturar a natureza e o conteúdo das práticas de saúde? 7) De que forma a cooperação e as negociações entre as instâncias acontecem, acerca dos aspectos de operacionalização da Educação Permanente e à elaboração de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, no estado de Goiás? 8) Porque os sujeitos que

constituem essas instâncias de pactuações confundem as concepções de EPS e de Educação Continuada (EC), no processo de formação do nível médio na área da saúde? 9) Qual o motivo que os conduzem a distorcer a definição do seu papel na composição dessas instâncias?

A ocupação atual na Coordenação da Educação Profissional em Saúde (CEP-SAÚDE), da ESAP-GO, disparou a necessidade de aprofundarmos os estudos em busca de respostas para essas questões.

A realização deste trabalho se justifica a partir de aspectos de ordem pessoal, profissional e acadêmica. Trata-se da escolha de um problema construído a partir da minha experiência vivenciada na docência, no planejamento de cursos e ações educativas, e no núcleo de educação permanente da ESAP-GO entre 2006-2011; na função de Secretária Executiva da CIES Estadual de Goiás no período de 2011-2015; e desde 2015 até o momento atual na Coordenação do Ensino Técnico do Centro de Educação Profissional (CEP-SAÚDE). Do ponto de vista acadêmico procuramos contribuir para a comunidade escolar e a sociedade, pois enquanto instituições formadoras de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) de maneira geral, e o CEP-SAÚDE, também conhecido como ETSUS-Goiás, em particular, devem se orientar a partir das diretrizes e políticas do sistema, a fim de contribuir para sua consolidação e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Do ponto de vista mais geral, espera-se que os resultados dessa pesquisa forneçam subsídios para contribuir com o fortalecimento das diretrizes propostas pelo SUS, superando a fragmentação da política de saúde.

Esse estudo tem como objetivo geral discutir a implantação e operacionalização da Política Nacional da Educação Permanente em Saúde, considerando o contexto político, econômico e social, e sua importância na educação profissional em saúde no estado de Goiás. Os objetivos específicos são: analisar os processos de Educação Permanente em Saúde no CEP-SAÚDE, relacionando-as com os conceitos de educação permanente e educação continuada; analisar a operacionalização e as mudanças ocorridas com a implantação dos Polos de Educação Permanente em Saúde e com a implementação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES-GO), visando compreender os fatores que potencializaram ou fragilizaram esse processo; e analisar o desenvolvimento dos Planos Regionais de Educação Permanente (PAREPS), considerando o processo de sua construção e as necessidades de formação.

Portanto, esse estudo busca compreender e pontuar algumas relações e contradições entre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a realidade dos

trabalhadores com suas implicações para a formação e para as práticas nos serviços de saúde em Goiás, num contexto de precarização do trabalho. Assim, buscamos discutir a efetividade da implantação da PNEPS como estratégia político-pedagógica para fortalecimento e implementação do SUS, em Goiás, desvendando seus avanços, limites e contradições. Partimos do entendimento de que se trata de uma estratégia fundamental na viabilização de mudanças das práticas de ensino, da relação de ensino-aprendizagem dos docentes que atuam no processo educativo desenvolvido pelo CEP-SAÚDE e na ESAP.

O nosso recorte temporal tem como marco inicial o ano de 2003, a partir da instalação dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), sua constituição e ações realizadas, à época, para a implantação da PNEPS, em 2004. Em seguida tratamos da implementação da PNEPS em 2007, quando os PEPS foram substituídos com a criação das CIES. O estudo avança até o ano de 2017, descrevendo os avanços e retrocessos da educação permanente em saúde (EPS), em Goiás.

Para o desenvolvimento da pesquisa abordamos o modo de condução e desenvolvimento da EPS no estado, através do levantamento do arquivo da Secretaria Escolar do CEP-SAÚDE, para verificar os cursos de formação técnica e os cursos de formação inicial e continuada (FIC) desenvolvidos a partir da implantação da PNEPS, em 2004; os documentos da Comissão Intergestores Bipartite de Goiás (CIB-GO), tais como, os relatórios da Câmara Técnica da Educação Permanente em Saúde (CTEPS) e as Resoluções relacionadas à operacionalização da PNEPS no Estado; o levantamento dos documentos disponíveis no sítio web da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES-GO), especialmente através do Sistema de Informações da SES-GO, e da Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento (SEGPLAN); a análise dos Planos Regionais de Educação Permanente (PAREPS), elaborados em 2015, observando a coerência de sua organização, de acordo com o que preconiza a PNEPS, avaliando a sua construção e envolvimento dos participantes responsáveis pela sua elaboração nos municípios de cada região, no que tange à educação na saúde; analisamos, também, a atuação das CIES Estadual e Regionais, como instancias de pactuação e sua participação na condução da PNEPS no estado de Goiás, a partir de relatórios selecionados.

Nesse sentido, trata-se de um estudo qualitativo de natureza documental baseado na análise de documentos de fontes primárias, conforme relacionados acima, assim como fontes secundárias selecionados da produção bibliográfica latino-americana e nacional, tais como, teses, dissertações, artigos e outros. Para a análise documental tomamos como referência a análise de conteúdo para a exploração dos dados coletados proporcionando um olhar

multifacetado sobre a totalidade dos dados recolhidos, no período da constituição do corpus da pesquisa, acerca da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), implementada em Goiás, realizando a contextualização histórica da EPS, a implantação dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) até a atuação da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES-Estadual).

Segundo Gil (2002, p.62-3), a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser “fonte rica e estável de dados”: não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Segundo o autor, ela é semelhante à pesquisa bibliográfica, mas o que a diferencia é a natureza das fontes, sendo material que ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa.

Essa metodologia de pesquisa faz parte de uma busca teórica e prática, com um significado especial no campo das investigações sociais, em todos os seus aspectos históricos, estruturais e simbólicos, atrelados a um objeto, bem como suas interações. O objetivo da pesquisa qualitativa é captar um saber que está por trás da superfície textual, sem formalismo excessivo, com criatividade, seguindo a capacidade intuitiva do pesquisador. Por outro lado, não pode ser tão objetiva e nem impor as próprias ideias ou valores, utilizando o texto apenas como confirmador dessas.

Bardin conceitua a análise de conteúdo como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 1979, p 42 *apud* MINAYO, 2014, p 303).

Bardin (1979) divide o método de análise de conteúdo em três fases: pré-análise (organização do material), exploração do material e o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação, denominando-as como pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial, respectivamente.

A organização do material que constituiu o corpus de análise da pesquisa, denominada, também, como pré-análise, iniciou-se pela leitura superficial para a escolha dos documentos que foram submetidos à análise. A partir da leitura inicial, elaboramos as hipóteses, objetivos e indicadores para a interpretação dos resultados.

A leitura superficial conduziu a pesquisadora ao primeiro contato com o material com o propósito de selecionar e conhecer a estrutura desses. A escolha do material delimitou o espaço a ser pesquisado em função de solucionar o problema levantado. Na escolha dos dados a serem analisados considerando todo material encontrado, evitando assim a seleção tendenciosa dos documentos, não foi omitida nenhuma informação, o que Bardin (1979) chama de o ato de exaurir.

No caso, a escolha de material de vários setores foi numerosa o que nos conduziu a realizar uma análise com base em uma amostra representativa do universo investigado.

Observamos em cada escolha a fidedignidade do documento e a homogeneidade entre os documentos, separando um único tema, conteúdo ou estrutura. Em seguida, nos atentamos a pertinência do documento, ou seja, se de fato ia de encontro com o tema pesquisado.

Ao encerrar a pré-análise, partimos para a segunda fase, a exploração do material. Abstraímos quais os melhores documentos para se analisar e que é o foco deste estudo. Realizamos uma leitura meticulosa, explorar o contexto, classificando e agregando as informações em temáticas, codificando o conteúdo. Para Bardin, a codificação é um processo por meio de recorte, agregação e enumeração pelo qual os dados são sistematicamente transformados.

Essa opção metodológica se deu pelo fato de que a abordagem escolhida consentiu nos preocupar com dados reais e que não podem ser quantificados. Segundo Chizzotti (1991, p 79) “o objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que os sujeitos concretos criam em suas ações”.

Seguindo esse raciocínio, Minayo (2014, p 42) declara [...] que o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo. A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda riqueza de significados que transborda dela.

A metodologia se interessa pela validade do caminho escolhido para se chegar ao fim proposto pela pesquisa; portanto, não deve ser confundida com o conteúdo (teoria) nem com os procedimentos (métodos e técnicas). Dessa forma, metodologia vai além da descrição dos procedimentos (métodos e técnicas a serem utilizados na pesquisa), indicando a escolha teórica realizada pelo pesquisador para abordar o objeto de estudo. No entanto, embora não seja a mesma coisa, teoria e método são dois termos inseparáveis, “devendo ser tratados de maneira integrada e apropriada quando se escolhe um tema, um objeto, ou um problema de investigação” (MINAYO, 2014, p. 44).

Na perspectiva de Minayo (2014, p. 44), a metodologia se define de forma abrangente e concomitante:

a) como a discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema ou o objeto de investigação requer; b) como a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação; c) e como a “criatividade do pesquisador”, ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações específicas.

A análise tem como referência a literatura relativa à temática em estudo, não havendo necessidade de aprovação da investigação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, pois não haverá envolvimento direto de seres humanos como sujeitos do estudo.

O processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa divide-se em três etapas: (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; (3) análise e tratamento do material empírico e documental.

Os critérios utilizados para a seleção das fontes de pesquisa foram: 1) trabalhos cujo objetivo refere-se explicitamente a programas ou políticas de educação permanente em saúde no Brasil; 2) trabalhos publicados sobre a EPS no período de 2003 a 2016; 3) pesquisas e relatos de experiências (dissertações, teses, artigos originais, revisões sistematizadas e relatos de experiências); 4) trabalhos cujo tema de EPS se configuram como objeto central do estudo; 5) trabalho teórico-conceitual entre educação permanente e educação continuada na área da saúde; 7) pesquisa exploratória com base documental (relatórios, atas, planos, acervos da CIES e da Escola) de natureza qualitativa.

Esta dissertação está dividida em três capítulos. O primeiro capítulo, apresentar as bases teóricas da EP na opinião de diversos pensadores, descrevendo sua trajetória até chegar ao *status* de política pública no Brasil. Analisamos os projetos percussores da PNEPS que visaram à qualificação do pessoal da saúde e a melhoria da qualidade do atendimento, apoiando a dinamização do mercado de trabalho do setor saúde, pois completa a trajetória histórica do processo de formação e qualificação da força de trabalho de nível médio, realizado, em Goiás, pelo CEP-SAÚDE. Discutimos os enfoques educativos, através do conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) e Educação Continuada (EC), que muitos confundem na prática da educação em saúde e os atores das instancias gestoras. Ao final, contextualizamos a PNEPS em seus eixos socioeconômico e político, destacando a problematização como eixo norteador pedagógico.

O segundo capítulo, tratamos da implantação da PNEPS a partir da Portaria nº 198/2004 que instituí os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), instâncias de gestão com uma composição embasada no quadrilátero da saúde, composto por gestores estaduais e municipais de saúde; instituições formadoras com cursos na área da saúde;

trabalhadores da saúde e pelo controle social ou movimentos sociais de participação no sistema de saúde (BRASIL, 2004a). Nos PEPS, construir a implementação da PNEPS é uma tarefa para coletivos e requer uma participação de todos os atores na Roda. Discutimos a criação da nova Portaria nº 1996/2007 com as novas diretrizes, e a condução e implementação da EPS pela CIES. Analisamos a relação entre ambas portarias, os espaços de discussão nas instâncias interinstitucionais e locais de articulação (PEPS e CIES) da PNEPS, suas potencialidades e fragilidades na instrumentalização e efetivação da PNEPS. Ainda, analisaremos o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) que foram construídos no segundo semestre de 2015, mas para a vigência em 2016 a 2019 e de que forma subsidiou os gestores nos processos de formação na área da saúde, procurando articular a escola e os serviços de saúde, contemplando as necessidades locais, definindo a categorização dos projetos de cursos, quanto ao tipo de atividade educativa proposta.

No terceiro capítulo analisamos a EPS enquanto estratégia político-pedagógica. Buscamos entender e analisar as dimensões conceituais da educação permanente em saúde que estão na base do processo ensino-aprendizagem dos trabalhadores de saúde. Analisamos conceito de ensino problematizador ou problematização e em métodos de ensino baseados na aprendizagem significativa, em que se baseia a EPS, discutidos por diversos autores e suas correntes pedagógicas.

## CAPÍTULO I

### AS BASES TEÓRICAS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Antes de ser uma política pública incorporada ao setor saúde, a Educação Permanente (EP) tem uma trajetória vinculada fundamentalmente às discussões realizadas no âmbito do setor educação, principalmente a partir dos anos 1950. Nos anos 1970, com as discussões em torno da formação das equipes de saúde a Educação Permanente passa a ser considerada uma proposta que visa à construção de um novo modelo pedagógico estreitamente articulado com o processo de trabalho em saúde, o que vai ocorrer no Brasil nos anos 2000. Antes disso, durante as décadas de 1980 e 1990, foi sendo construídas outras propostas de educação profissional em saúde, no país, sob o princípio da integração ensino-serviço, o que veremos a seguir.

#### 1.1 Educação Permanente: adaptação ou transformação

Collet (1976), em seu livro sobre Educação Permanente, descreve que essa expressão aparece em 1919, no Relatório preparado por uma Comissão Governamental Britânica de Estudos Pedagógicos. Nele a ideia da educação é enunciada como ‘necessidade permanente’ e consiste na responsabilidade da comunidade em satisfazer de maneira institucional a formação das pessoas. Contudo, não teve maior alcance a não ser no âmbito restrito dos especialistas de educação de adultos em alguns poucos países. (COLLET, 1976)

O professor francês Pierre Furter (1974, p. 79) foi quem muito discutiu o termo criado em 1955 na França para um projeto de reforma do ensino que pretendia o “prolongamento da escolaridade obrigatória e reforma do ensino público” e cada vez mais se converte num projeto de educação do futuro<sup>3</sup>.

O autor tal como Collet define que “o processo ininterrupto de aprofundamento tanto da experiência pessoal como da vida coletiva [...] se traduz pela dimensão educativa que cada ato, cada gesto, cada função assumirá, qualquer que seja a situação em que nos encontramos qualquer que seja a etapa da existência que estejamos vivendo” (FURTER, 1974, p.79).

---

<sup>3</sup> Historicamente a educação permanente não é um conceito contemporâneo e não se originou na França, pois o filósofo chinês Lao-Te já dizia sete séculos antes de Cristo que “todo estudo é interminável” (GADOTTI, 1992 p. 56).

A partir do final da Segunda Guerra Mundial, o Ministério da Educação da França oficializa a Educação Permanente (EP) para o “prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público.” (GADOTTI, 1992, p.60).

Com o avanço da sociedade capitalista, setores econômicos inteiros foram industrializados e nesse processo a EP passa a ter controvertidas interpretações. Furter (1974) assinala pelo menos três interpretações ou definições: 1) a Educação permanente é um processo contínuo do desenvolvimento individual, no qual o indivíduo progride de acordo com sua necessidade e condições; 2) a Educação Permanente é tida como um princípio de organização de um sistema global de formação exerce uma ação renovadora e torna o sistema escolar mais flexível e amplo, com a inspeção do Estado; 3) a Educação Permanente é uma estratégia de formação para o desenvolvimento cultural e seu objetivo é orientar uma política de recursos humanos visando o desenvolvimento cultural. A atividade é realizada em grupo, orientada por profissional interessado e a supervisão e avaliação é feita por educadores especializados, e seus promotores são planejadores de recursos humanos no âmbito do planejamento regional. Segundo Gadotti (1992), no pensamento de Furter, a vida humana é um permanente processo de formação.

Em 1959, a Confederação Mundial de Organizações dos Profissionais de Ensino sediada em Washington, promove naquela cidade uma Conferência Internacional de Educação de Adultos, onde se fala da necessidade de modificar o ensino para atender a uma educação que prossegue a vida inteira. (COLLET, 1976).

Em 1960, no Congresso Mundial de Educação de Adultos, realizado pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) em Montreal, Canadá, amplia-se o sentido da expressão ‘educação permanente’, conferindo-lhe um sentido mais abrangente, porém num plano teórico. Em 1965 a UNESCO considerava que a EP continuava ainda a referir-se a uma terminologia, a uma série de ideias e princípios, a uma escala de interesses e pesquisas. Na sua 14ª Conferência Geral, em 1966, realizada em Paris, a noção de educação permanente é proposta como setor prioritário de estudos. Neste mesmo ano o tema é introduzido no Conselho de Cooperação Cultural da Europa. Seguindo as orientações da UNESCO vários países promoveram estudos através de seminários, simpósios, debates, intercambiando documentos e peritos em educação, inclusive na América Latina onde se destaca o Simpósio realizado na Venezuela, em 1968. (FURTER, 1974)

Na década de 1970, o discurso da EP passou a ser promovido pela UNESCO, pelo Conselho da Europa, pela Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), no informe intitulado *Apprendre a être* de 1972, da Comissão Internacional para o

Desenvolvimento da Educação. Esse estudo serviria para orientar os governos e Estados membros das Nações Unidas, quanto às estratégias a serem adotadas para o desenvolvimento da educação nos anos seguintes. A ideia mestra da política educacional da UNESCO foi disseminada a partir do projeto ‘Cidade Educativa’, que foi assumido por vários países da América Latina, entre eles o Brasil. (FAURE, 1977)

A Educação Permanente estabelece uma perspectiva de afirmação que visa ao mesmo tempo à emancipação do indivíduo e/ou sua adaptação ao existente. Tal referência se verifica por meio da análise sobre o fundamento do conceito de Educação Permanente em vários autores, tais como, Furter (1974), Collet (1976), Fullat (1979), Bárcia (1982), Cury (2000), Gadotti (1992), Chauí (2003) e Ceccim (2005).

A EP acompanhou a evolução social, passando por fases ou etapas distintas atendendo às exigências da sociedade. Há uma heterogeneidade de conceitos que mudam a partir das relações capitalistas, do ajuste ao processo de globalização e à reestruturação produtiva, que trazem mudanças na organização do trabalho e alternativas a serem vivenciadas pelos trabalhadores. Para analisar os apontamentos dos pensadores e estudiosos acima que estão na base da Educação Permanente em Saúde (EPS), faz-se necessário analisar os conceitos de EP, tal como proposto para a educação de maneira geral.

A expressão Educação Permanente abarca elementos bastante distintos. Sob esta expressão foram se formando conceitos diferentes e complementares tais como: educação de adultos, formação profissional continuada, democratização da cultura, visão integrada e integradora da ação educativa para o desenvolvimento de múltiplos aspectos da personalidade, sendo difícil defini-la. Tanto que no 1º Seminário Nacional sobre Educação Permanente, realizado em Buenos Aires, de 20 a 26 de junho de 1970, Ano Internacional da Educação, instituído pela UNESCO, os participantes confessavam em seu documento final, a dificuldade de um consenso para a definição de Educação Permanente, optando pela seguinte: "Educação Permanente é o aperfeiçoamento integral e sem solução de continuidade da pessoa humana desde seu nascimento até sua morte". (LA PLATA, 1971. p.62).

A Educação Permanente na perspectiva da educação para o século XXI tem como síntese do pensamento pedagógico o educar-se de forma permanente. Porém, essa síntese pode ter vários sentidos de acordo com a concepção que orienta o pensamento pedagógico. Pode ser compreendida na perspectiva do trabalho como princípio educativo, da práxis, da contradição e mesmo na perspectiva da empregabilidade. Portanto, pode servir tanto para a transformação, como para a adaptação ao existente.

Segundo Marx (1978, p. 15), o processo de construção do conhecimento é produto da atividade humana. A práxis é o fundamento do conhecimento, porque o ser humano só conhece aquilo que é objeto ou produto de sua atividade. É no trabalho que a espécie humana se produz, e a história do mundo “não é senão a produção do homem pelo trabalho humano”. O ser humano contrapõe-se e afirma-se como sujeito num movimento e numa ação teleológica sobre a realidade objetiva; modificando a realidade, modifica-se a si mesmo.

Na filosofia marxista a práxis é utilizada para designar uma atividade material de relação dialética entre o homem e a natureza. O homem é um ser que, pelo trabalho, modifica a natureza e a si mesmo e à sociedade. À medida que transforma a natureza ele próprio se transforma, não é mais o mesmo, sendo que esta transformação encontra-se atrelada à capacidade de ação e reflexão dos sujeitos. Portanto, elucida Marx (1988, p. 142) que,

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza.

Para Vázquez (1977, p.5), a práxis é “a atividade humana que produz objetos, sem que por outro lado essa atividade seja concebida com o caráter estritamente utilitário que se infere do prático na linguagem comum”. Vista sob essa perspectiva, a práxis é “a atividade humana transformadora da realidade natural e humana.” (VAZQUEZ, 1977, p. 32). Ela tem um caráter intencional e consciente. O homem tem consciência da realidade.

Vázquez (2007) propõe diferentes níveis de práxis conforme o grau da consciência do sujeito ativo no processo prático: a práxis criadora, a práxis reiterativa ou imitativa e a práxis reflexiva e espontânea. A práxis criadora considera uma unidade indissolúvel entre o processo objetivo e subjetivo, exige uma elevada atividade da consciência e está comprometida com a produção e a criação ou transformação. O processo e o resultado na práxis criadora possuem um caráter imprevisível, de não repetição do produto e íntima relação entre as dimensões subjetivas e objetivas. A práxis reiterativa ou imitativa, por sua vez, se caracteriza por sua recorrência. O fazer é meramente repetir ou imitar outra ação, ampliando o que foi criado, tornando a ação mecânica e sem transformação. Finalmente, a práxis espontânea implica no grau de consciência envolvido na prática e se faz necessária à execução de qualquer tarefa,

mas não é transformadora, se distinguindo da práxis reflexiva que está relacionada a um elevado ao grau de consciência, refletindo sobre si, possui as possibilidades de transformação.

Na concepção de Paulo Freire a práxis é uma característica fundamental do homem, pois são capazes de conhecer e transformar o mundo com o seu trabalho.

Desta maneira, começaremos reafirmando que os homens são seres da práxis. São seres do que fazer diferentes, por isto mesmo, dos animais, seres do puro fazer. Os animais não “admiram” o mundo. Imergem nele. Os homens, pelo contrário, como seres do que fazer, “emergem” dele e, objetivando-o, podem conhecê-lo e transformá-lo com seu trabalho. (FREIRE, 1987, p. 70)

Segundo Martins (2004, p. 57), toda ação verdadeiramente humana pressupõe a consciência de uma finalidade que precede a transformação concreta da realidade natural ou social e, desse modo, a atividade vital humana é ação material, consciente e objetiva, ou seja: é práxis. O conhecimento, portanto, é resultado da prática social do trabalho e, portanto, não há como separar teoria e prática.

A partir da perspectiva de Marx, Paulo Netto e Braz (2007, p. 43-44) dizem que “deve-se distinguir entre formas de práxis voltadas para o controle e exploração da natureza e formas voltadas para influir no comportamento e na ação dos homens. No primeiro caso, que é o do trabalho, o homem é o sujeito e a natureza é o objeto; no segundo caso, trata-se de relações de sujeito a sujeito, daquelas formas de práxis em que o homem atua sobre si mesmo (como na práxis educativa e na práxis política)”.

Cury (2000) aponta que a educação é contradição. Nesse sentido, serve ao capital e ao mesmo tempo, também, ao trabalhador. Quando tomada como transmissora de saber, assenta-se no processo de produção e nas relações sociais constitutivas do capitalismo, funcionalizada ao serviço do capital como força produtiva e o seu emprego nas relações de dominação surge desta mesma relação com o capital. Contudo, é possível a educação transformar o homem em sujeito social, indo na contramão do estabelecido, por ser portadora de seu contrário e encontrar na luta de classe as condições decisivas da superação de sua contradição interna, tornando-se motor do desenvolvimento das relações sociais.

Para o autor, a escola, no sentido econômico é encarregada de melhorar a força de trabalho contribuindo para o aumento do capital. Entretanto, o conhecimento coletivo adquirido, na escola, amplia o saber e a posse pelo dominado de instrumentos monopolizados pelo dominador. Nesse sentido, a educação, como atividade partícipe das relações sociais

contraditórias, ou como prática social, não pode ser pensada sem levar em conta que a sua efetivação expressa a tensão da contradição da própria da realidade, que contribui para a manutenção do sistema capitalista, ao mesmo tempo em que contribui para a sua transformação.

O autor especifica com muita nitidez as características da categoria mediação na educação:

Através da categoria da mediação a educação se revela como um elo existente capaz de viabilizar uma estrutura ideológica para um determinado modo de produção o qual, por sua vez, tende a assegurar a dominação da classe pela hegemonia. Em outros termos, ela é um momento mediador em que se busca e onde se pretende a direção ideologia da sociedade. Essa direção, quando exercida pela classe dominante visa a impedir que os antagonismos de classes existentes no modo de produção adquiram o nível de conscientização. Mas como a hegemonia implica considerar elementos de classe dominada a educação não é um lugar de reprodução necessariamente dominante da ideologia vigente. [...] A educação como mediação tanto funciona, embora em graus diferentes, para afloração da consciência, como para impedi-la, tanto para difundir, como para desarticular [...] A educação ajuda a elaborar essa forma de pensar que, convertida em mediadora, torna-se valioso instrumento de apoio na transformação social. Em outros termos: a apropriação de em revelador torna-se momento de denúncia de um saber dissimulador das contradições e anuncia a possibilidade de novas relações sociais. (CURY, 2000, pp. 79-80)

A Educação Permanente também se situa nesse processo contraditório da educação, tendo despertado o interesse dos educadores e tecnocratas europeus nos primeiros 25 anos, após a Segunda Guerra Mundial, como fruto de análise crítica sobre a educação tradicional, considerada como descolada da ação no mundo real (FULLAT, 1979).

Para Fullat (1979), o conceito de Educação Permanente surgiu como contestação ao sistema educativo escolar e universitário, uma crítica ao sistema educacional institucionalizado, vinculado à educação de adultos. Posteriormente, a Educação Permanente foi discutida por educadores, como uma proposta de transformação radical não só no conceito, mas também como prática de educação. Passa a ser considerada como princípio de criação de um sistema paralelo ao sistema escolar e universitário. Essa perspectiva englobaria a totalidade das formas de educação, a totalidade da população e das idades de vida. Emprega-se a palavra permanente para exprimir uma dedicação estendida por toda a vida, deixando de existir um período próprio para a educação.

Para Bácia (1982, p. 63-64), a educação permanente deve ser vista “como processo de afirmação do indivíduo através de tomada de consciência para um auto determinismo na

condução de alternativas, a fim de dominar as diferentes situações em que será levado a viver”, ao mesmo tempo em que serve para que os trabalhadores se tornem mais rentáveis e adaptáveis às mudanças econômicas e industriais.

Para Furter (1974) a Educação Permanente é a educação dos novos tempos, estabelecendo uma reformulação total do sistema global do ensino. Nesse sentido, a educação permanente não poderá ser confundida como atividades extraescolares, atividades complementares, educação para determinada geração, ou para determinada cultura-educação popular. Estes são fragmentos e possibilidades para ajudar no processo, porém o verdadeiro sentido é ‘fazer-se homem’.

Conforme Gadotti (1992), o conceito de educação permanente deve englobar a formação total do homem e, conseqüentemente, um processo que se desenrola enquanto a vida durar. A educação permanente não é somente uma formação profissional, um meio de qualificação para o trabalho, uma cultura geral ou reciclagem. Ela engaja toda a existência. Diz respeito, essencialmente, à totalidade do homem. Ela não se limita à educação de adultos, mas compreende e unifica todas as etapas: pré-escola, escola primária, secundária, superior e extraescolar.

O autor assinala que a ideia de educação permanente está ainda em evolução e que sua história recente passou por três etapas:

- a) na primeira, o termo era aplicado à educação de adultos, principalmente à formação profissional contínua;
- b) na segunda, fase utópica, integrando toda e qualquer ação educativa objetivando uma transformação radical de todo o sistema;
- c) na terceira, inicia-se a elaboração de projetos práticos, a fim de se chegar a um sistema de educação permanente.

Por outro lado, Gadotti diz, ao contrário de outros autores, que a educação permanente pode ser perigosa e perversa, porque intoxica permanentemente o trabalho com a formação puramente técnica e científica, impossibilitando o homem de interrogar-se sobre si mesmo, sobre a finalidade de seu trabalho, sobre a sua própria condição. Com a educação permanente, surge o mito da formação, o culto da educação, a abundância do conhecimento, a necessidade de aprender os mecanismos, as engrenagens; porém, desviando o homem do conhecimento essencial. “Dominar o mundo, explorá-lo, experimentá-lo, positivamente, cientificamente, não garante uma compreensão efetiva do homem e do mundo.” (GADOTTI, 1992, p. 152).

Na opinião do autor o discurso apresentado pela UNESCO, induz nos trabalhadores falsas promessas, de formação para o desenvolvimento individual, mas que têm como objetivo o crescimento econômico capitalista. Nesse sentido, é um discurso conservador, ao colocar o mito da educação e da formação como pressupostos de toda ação. Para Gadotti a EP propõe um discurso ideológico, o qual pode mascarar interesses ocultos, levando-o a constatar que a educação permanente é como uma modalidade nova e aperfeiçoada de educação do colonizador que serve para que os trabalhadores se tornem mais produtivos e se adaptem com maior facilidade as exigências desenvolvimento econômico e industrial.

Chauí (2003) aponta na mesma direção quando diz que a nova concepção de educação permanente é consistente com a dinâmica do capital de treinamento instrumental da mão de obra para o processo de produção e sua adequação aos requisitos do mercado de trabalho, numa lógica competitiva de adaptação dos trabalhadores aos parâmetros do capital:

A educação permanente ou continuada significa que a educação não se confunde com os anos escolares; isto é, a educação deixa de ser preparação para a vida e torna-se educação durante toda a vida. Precisamos ponderar crítica e reflexivamente sobre essa ideia. De fato, não se pode chamar isso de educação permanente. Como vimos anteriormente, a nova forma do capital produz a obsolescência rápida da mão-de-obra e produz o desemprego estrutural. Por isso, passa-se a confundir educação e 'reciclagem', exigida pelas condições do mercado de trabalho. (CHAUI, 2003, p.11).

Para ela, a concepção acerca da educação permanente pode assumir diversos aspectos e expressam a pluralidade não só dos conceitos, mas também de ideologias que a redefinem, reduzindo-a a lógica da empregabilidade, elevação de créditos nos currículos, reciclagem, treinamento e aquisições de técnicas para finalidades empresariais. Nesse sentido, Chauí (2003, p.11) ressalva que,

(...) dificilmente poderíamos chamar a isso de educação permanente porque a educação significa um movimento de transformação interna daquele que passa de um suposto saber (ou da ignorância) ao saber propriamente dito (ou à compreensão de si, dos outros, da realidade, da cultura acumulada e da cultura no seu presente ou se fazendo). A educação é inseparável da formação e é por isso que ela só pode ser permanente.

## 1.2 Aspectos Teóricos da Educação Permanente em Saúde no Brasil

O conceito de Educação Permanente (EP) é apropriado pela área da saúde através da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que a partir da discussão em torno dos problemas na formação das equipes de saúde sugere, na década de 1970, um debate para a construção de um novo modelo pedagógico que melhorasse as práticas na saúde, favorecesse a implicação com os usuários da atenção à saúde e a colaboração com a gestão dos sistemas e serviços de saúde. Iniciou-se então, um processo de busca nos documentos da UNESCO sobre as bases da Educação Permanente, até aquele momento debatido exclusivamente na área da educação (SMAHA; CARLOTO, 2010).

Nesse movimento de reformulação nasce o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS), que para Hadadd (1990, p.136-137),

busca alternativas e soluções para os problemas reais e concretos do trabalho habitual privilegiando o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem e enfatizando a capacidade humana de criar conhecimento novo, a partir da discussão e análise conjuntas e participativas dos problemas reais, de suas causas e das implicações que as alternativas de solução têm na busca da transformação da prática de saúde, objetivo essencial do ato educativo.

A EP, para o autor, é centrada no processo de trabalho, é um instrumento que auxilia na qualificação das ações de saúde, buscando alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e auxiliando na transformação das práticas vigentes nos serviços.

Estruturado entre as décadas de 1970 e 1980, esse conceito ficou associado aos movimentos de mudança na educação profissional em saúde, ligado às políticas de recursos humanos, devido à necessidade de se implantar as mudanças que o setor iria ter que enfrentar com as transformações que vinham ocorrendo no capitalismo associadas ao modelo neoliberal de desenvolvimento. Porém, sem questionar

as políticas neoliberais [que passam a ser] empreendidas que interferem na diminuição dos recursos do Estado. A crise na saúde, vivida pelos países da América Latina é abordada ou como uma face inerente ao capitalismo atual, ou derivada das consequências da má gestão do Estado, não enfocando as causas estruturais do problema. Neste contexto, a possibilidade de elevar os gastos públicos em saúde não é aventada e buscam-se soluções alternativas

para não se cair na crise do imobilismo que a crise pode levar [...] (VIEIRA et al 2006, p 24).

Mas foi com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde (SGTES), em 2003, que o Ministério da Saúde divulga em 2004, através da Portaria n. 198, a educação permanente para todo país ao instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), reformulada posteriormente em 2007. A PNEPS propõe transformar as práticas de formação, atenção, gestão e controle social, tendo como grande desafio romper com a lógica da repetição e da fragmentação dos cursos de capacitação. (BRASIL, 2007)

A Portaria nº 198 GM/MS (BRASIL, 2004a), apresenta um conceito de educação permanente definido como: “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.” Propõe que o conhecimento seja construído a partir das experiências dos trabalhadores e da realidade local. Esta Portaria afirma que os processos de aprendizagem dos profissionais devem ser norteados pelas necessidades de saúde das pessoas, da gestão setorial e do controle social.

(...) garantir uma atenção à saúde de qualidade, desenvolvendo a autonomia da população em relação a sua própria saúde, satisfazendo suas necessidades de saúde e de educação em saúde, fazendo com que ela seja capaz de exercer conscientemente a participação social das políticas públicas para o setor (BRASIL, 2005a, p.25).

A educação permanente se configura assim com uma política bem definida e a sua gestão deveria ser feita pelos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) que deveriam funcionar como dispositivos do SUS para a promoção de mudanças e das articulações interinstitucionais necessárias para sua viabilização, e ao mesmo tempo contribuir para reorganizar e reorientar o modelo de assistência.

A grande expectativa é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização das redes), as instituições de ensino (práticas de formação, produção do conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimento sociais e educação popular) e as ações e serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas); assim como a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamentos de procedimentos educacionais; o compromisso dos gestores com a formação e o compromisso dos formadores com o sistema de saúde; a produção e disseminação do conhecimento por

relevância e compromisso. (Portaria 198, anexo II:2 *apud* Vieira et al, 2006, p 36).

Para os formuladores dessa Política a educação permanente é aprendizagem no trabalho, é a possibilidade de resgatar a autonomia do trabalho-aprendizagem em saúde, a partir da problematização do processo de trabalho e cujo objetivo é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. (BRASIL, 2004b).

A Educação Permanente, segundo CECCIM (2005b), ocasiona o olhar para a realidade dos profissionais, e apresenta a necessidade dos encontros, do diálogo da equipe para reflexão da prática como estratégia de mudança, para o fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes local. “A educação permanente em saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde” (CECCIM, 2005b, p.161).

Para esse autor, a educação permanente é considerada

como condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. Não se contata o desconforto mediante aproximações discursivas externas. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações. Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso. Cresce a importância de que as práticas educativas configurem dispositivos para a análise da(s) experiência (s) local; da organização de ações em rede/em cadeia; das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes local. (CECCIM, 2005b, p.165).

Segundo Ceccim e Ferla (2009), a educação permanente em saúde não se limita em aquisição de novos conhecimentos, pois na problematização do cotidiano do trabalho buscam-se novas práticas.

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. (BRASIL. 2007, p 1).

Até a instituição da PNEPS as práticas de educação na saúde eram realizadas predominantemente através da educação continuada (EC) (Ceccim, 2005a; 2005b; Ceccim e Feuerwerker, 2004a). Segundo Silva *et al* (1989, p. 9-10), a educação continuada surgiu como uma das estratégias para a capacitação de grupos de profissionais de saúde já inseridos nos serviços e deve ser entendida como um

...] conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do funcionário, com a finalidade de ajudá-lo a atuar mais efetivamente e eficazmente na sua vida institucional. [...] [A] educação continuada está voltada para melhorar ou atualizar a capacidade do indivíduo, em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha.

Para a OMS (1982, p.130), a educação continuada para os profissionais de saúde

é o processo que inclui as experiências posteriores ao adestramento inicial, que ajudam o pessoal de assistência á saúde a aprender competências importantes para o seu trabalho. A educação continuada adequada deveria refletir as necessidades de saúde da comunidade e conduzir a melhoria planejada da saúde da comunidade.

Sendo assim, para a OMS, um sistema adequado de EC apresenta as seguintes características: a) universalidade: deve ministrar educação a todos os membros de cada categoria de pessoal de saúde, como por exemplo, sem impedimento de acessibilidade geográfica; b) baseado na análise das necessidades: a educação deve estar orientada para o trabalho ou tarefa e ser pertinente às necessidades da comunidade; c) continuidade: deve ministrar educação sequencial e progressiva durante toda a carreira do trabalhador deixando de ser esporádica e ocasional; d) coordenação interna: deve estimular as instituições

educacionais para cooperar com os serviços, compartilhando recursos e ministrando programas educacionais complementares; e) relacionando com outros sistemas: deve estar estritamente relacionado com o sistema de prestação de serviços de saúde como um todo e com o sistema de formação de recursos humanos de saúde em particular.

Entretanto, durante o período de implementação da PNEPS, em 2004, os processos formativos e de capacitação dos trabalhadores do SUS baseados na EC, eram voltados para a atualização do conhecimento individual. Na opinião do MS, os cursos embasados na educação continuada nem sempre alcançavam o resultado esperado, pois na maioria dos casos se resumem a técnicas de trabalho específicas a transmissão de informações, similares a treinamentos em serviço, que são insuficientes para o enfrentamento dos problemas da realidade do serviço e mudança das práticas, dos conceitos e ações dos programas.

Com a PNEPS, a EPS traz uma nova proposta de formação com o objetivo final de transformar as práticas de saúde no sentido da integralidade, indo além da formação e da integração ensino-serviço

[...] impõe a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. (BRASIL, 2012b)

[...] a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças do cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”. (BRASIL, 2012b)

Portanto, a educação permanente em saúde valoriza a aprendizagem no trabalho, portanto, torna se necessária a articulação permanente do quadrilátero do SUS (trabalhadores, usuários, formadores e gestores), com o objetivo de desenvolver a educação para uma atuação crítica e reflexiva visando à integralidade da atenção, construindo compromissos com a transformação do modelo assistencial. O fortalecimento dessa concepção será possível com a participação dos diversos atores sociais, principalmente, dos trabalhadores da saúde, que estão envolvidos com as atividades da prática profissional partindo dos problemas e das necessidades vivenciadas no cotidiano na busca de melhores soluções para as dificuldades

encontradas e da própria organização do trabalho, para que sejam estruturadas a partir do próprio processo de trabalho. As qualificações da atenção à saúde, das organizações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas visam adequar às necessidades e dificuldades do sistema público de saúde.

De acordo com a PNEPS, a integralidade do atendimento é a referência central para orientar as ações de saúde, ao indivíduo, à família e à comunidade, em grau de complexidade crescente e nos aspectos preventivo, curativo e de promoção. Sua implementação necessita estar articulada aos princípios da intersetorialidade e com equipes multiprofissionais, para romper a formação fragmentada e reafirmar os princípios do SUS.

A educação permanente em saúde surge, portanto, com o propósito de transformar a assistência à saúde, assim como a formação dos profissionais, buscando incorporar às práticas de atenção e de ensino a reflexão, a problematização, o trabalho em equipe e a integralidade. Essa proposta configura mudanças na formação dos profissionais de saúde, resultando da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde. A partir dessa análise verificou-se, “nos movimentos de mudanças na atenção em saúde, a mais ampla intimidade cultural e analítica com Paulo Freire” (CECCIM, 2005b, p. 162).

Para programar uma educação que propicie mudanças, Freire (2006) enfatiza que o sujeito deve possuir alguns valores, onde o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é uma postura ética, tanto aos saberes como à autonomia dos sujeitos. Outras virtudes são: a coerência que consiste em aproximar o discurso da prática e a tolerância de aceitar as diferenças entre as pessoas. Porém, para que aconteça de fato o aprimoramento dos trabalhadores, proposto pela PNEPS, será necessário vencer numerosos desafios, segundo Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006), pois as práticas de saúde são influenciadas pelo modelo hegemônico no setor saúde.

Esse modelo hegemônico serve aos interesses econômicos do mercado da saúde e não às necessidades de saúde da população, e se caracteriza pela fragmentação do cuidado, a desvalorização do usuário, a valorização das ações curativas, a tecnificação da assistência e a falta de autonomia por parte dos trabalhadores de saúde.

Problemas como a baixa disponibilidade de profissionais, a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas, o predomínio da formação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência demandam

ambiciosas iniciativas de transformação da formação de trabalhadores (BRASIL, 2005c; CECCIM, 2005b, p 166).

Nesse modelo, a subjetividade do profissional também é pouco valorizada no processo de trabalho. De acordo com Campos (2007, p. 70-71), tentar excluir a subjetividade é negar a própria natureza humana, uma vez que “ninguém é de pedra, ninguém é absolutamente racional e frio no trabalho em saúde, somos afetados pelo modo de ser dos nossos pacientes”. A saúde como experiência subjetiva não pode ser medida simplesmente por meio de aparelhos e equipamentos, mas também pela demonstração do sujeito que a vivencia (BRASIL, 2005b).

De acordo com Vieira et al (2006, p 39),

os fundamentos da PNEPS constituem-se, principalmente com base nas reflexões desenvolvidas por Campos (2003) e Merhy (2002) que a partir das experiências trilhadas no cotidiano dos serviços chamam atenção para os caminhos inovadores na gestão do trabalho em saúde. Esses autores, ao desenvolverem o método *Paidéia* e a *micropolítica do trabalho vivo em ato* [grifos do autor] dão subsídio para se valorizar o local de trabalho como espaço de aprendizagem e transformação.

Para Merhy (2002), o ato de produção da saúde é um ato vivo. E nesse processo de produção são estabelecidas três categorias para as tecnologias de trabalho em saúde. As primeiras são as ‘tecnologias duras’ que se referem às estruturas e normas organizacionais e os instrumentos tecnológicos, e têm esse nome porque já estão programadas *a priori* para a produção de certos produtos. As ‘tecnologias leve/duras’ dizem respeito ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica, definida anteriormente, e uma leve, que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, podendo assumir formas diferentes, dependendo sempre de como cada um trabalha e cuida do usuário. E as ‘tecnologias leves’, tratam das relações como: o acolhimento, vínculo, a responsabilização, a autonomização, entre outras, sendo consideradas fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude própria do profissional que é guiado por certa intencionalidade, ao seu modo de ser, à sua subjetividade. São tecnologias, também, porque dizem respeito a um saber, isto é, competências para os trabalhadores de saúde lidar com os aspectos relacionais que envolvem os atos produtivos.

Além disso, Merhy (2003) utiliza a classificação de Cecílio (2001), para sugerir que as necessidades de saúde estão organizadas em cinco grandes grupos: o primeiro diz respeito à necessidade de boas condições de vida; o segundo conjunto fala da necessidade de ser alguém

singular com direito à diferença; o terceiro diz respeito à garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; um quarto, à necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação); e o último fala da necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de ‘andar a vida’.

De acordo com a produção do cuidado em saúde, a educação em saúde pode ser vista como uma ‘tecnologia leve’ em razão de sua prática estar diretamente ligada às relações estabelecidas entre trabalhador e usuário, às suas intencionalidades, subjetividades, saberes, enfim, num campo de competências e atitudes profissionais em que estão vinculados a um jeito próprio de se produzirem os processos de cuidar em saúde

Para Vieira *et al* (2006, p. 43),

é no campo das tecnologias leves que se abre a possibilidade constante de disputa entre os diferentes interesses (trabalhadores e usuários), através de um permanente jogo de tentativas de captura de interesse sobre os demais, ou do trabalho morto sobre o trabalho vivo (e vice-versa) e, que vai definindo o tipo de processo de produção da saúde e, conseqüentemente [ao mesmo tempo] o sentido social do agir em saúde.

Para Merhy (2002, p.60, *apud* Vieira *et al* 2006b, p 43), “o importante é perceber que todo processo de trabalho e de interseção é atravessado por distintas lógicas que se apresentam para o processo em ato como necessidade, que disputam, com forças instituintes, suas instituições”. Segundo o autor, no processo de trabalho as ‘tecnologias leves’ devem superar as ‘tecnologias leve-duras’ e ‘duras’; caso contrário, o trabalho torna-se morto, uma vez que o profissional de saúde fica aprisionado e limitado pelo uso das máquinas.

Em seu livro ‘Um método para análise e gestão de coletivos’ Campos (2000) discute o conceito de co-gestão e o problema da produção de democracia institucional com o objetivo de aumentar a capacidade de análise e intervenção dos coletivos no âmbito organizacional do SUS. No campo da saúde a co-gestão é um modo de organizar o processo de trabalho que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações.

O autor faz uma reflexão teórica metodológica de pensar a gestão e o trabalho a partir da dupla função que a produção de valores de uso desempenha nas organizações. Este modelo é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva. Expõe as limitações que a tradição gerencial enfrenta na concretização das políticas públicas. (CAMPOS, 2000).

O método da Roda seria uma proposta para romper num só tempo, com o modelo hegemônico de gestão-considerada minoria especializada- e desenvolver a co-gestão, através de espaços coletivos que ampliam a capacidade e possibilidade dos sujeitos de analisar, definir tarefas e elaborar projetos de intervenções na realidade. Nesta perspectiva a gestão é compreendida como “tarefa” coletiva. (VIEIRA et al, 2006, p. 50).

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (DEGES-MS), indica a noção de gestão colegiada para a educação em serviço, acreditando que a partir de processos de co-gestão de coletivos da educação permanente em saúde, aumente a capacidade de realizar a formação e o desenvolvimento das equipes de saúde. (BRASIL, 2005b). Dessa forma, as Rodas de Educação Permanente em Saúde articulam os processos de organização da atenção à saúde, a qualificação das práticas e a produção de aprendizagens. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

O método da Roda, segundo Campos (2000), a partir de processos de co-gestão de coletivos da educação permanente em saúde, possibilita o confronto de ideias a partir das quais serão viabilizados a constituição de sujeitos e a democratização de instituições. O método dispõe de uma formação em círculo e o foco em um tema, possibilitando o diálogo com participação democrática, não há comando vertical e todos os sujeitos (gestores, trabalhadores, estudantes e usuários) influenciam e provocam o movimento de construção do conhecimento. (BRASIL, 2005a).

A respeito disso Ceccim (2005a, p.977) afirma que “a política de educação permanente em saúde congrega, articula e coloca em roda/em rede diferentes atores, destinando a todos um lugar de protagonismo na condução dos sistemas locais de saúde”.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004a, p.57):

A roda serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências. É por estarem em roda que os parceiros criam possibilidades à realidade, recriam a realidade e/ou inventam realidades segundo a ética da vida que se anuncia nas bases em que são geradas.

Portanto, a EPS emerge como política pública no Brasil não apenas para dar conta da formação de trabalhadores da saúde, mas também ou principalmente para a melhoria das práticas de saúde ou da gestão dos serviços de saúde. Do primeiro ponto de vista, entretanto, vai tomar como referência para as ações de educação profissional as experiências anteriores, tais como o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar ou

Projeto Larga Escala (PLE) e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), porém ampliando o princípio que caracterizou a formação em saúde pautada na integração ensino-serviço, em direção à integração ensino-serviço-gestão-control social, que conforma o quadrilátero da saúde.

### **1.3 Antecedentes da Educação Permanente em Saúde no Brasil**

A primeira iniciativa implementada, de fato, no campo da educação na saúde, foi o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar, também conhecido como Projeto Larga Escala, a partir de 1982. Esse projeto é tributário da experiência do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), um programa de extensão de cobertura iniciado em 1976, que cobriu principalmente os estados da região Nordeste do país. Concebido como um programa de modernização administrativa na área de Planejamento de Recursos Humanos em Saúde teve entre seus objetivos o “treinamento em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar” e apoiar o “estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde em cada estado, no interior das secretarias de saúde” (LIMA, 2010, 172), o que criou mecanismos para a sustentação de processos formativos e de treinamentos no interior das secretarias estaduais, a partir da implantação dos Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde.

Apesar dos limites conjunturais na execução desse programa o PPREPS serviu de laboratório tanto para o desenvolvimento do pensamento médico-social que aponta para um sentido mais abrangente do conceito de saúde, quanto para a reflexão sobre os limites da prática de treinamento como forma dominante de preparação da força de trabalho engajada nos serviços de saúde e a formação dos trabalhadores técnicos de saúde. Mesmo com o seu desenvolvimento mais de 50% da força de trabalho em saúde, na década de 1980, continuavam sem uma qualificação específica e se encontravam empregados e desempenhavam funções diversas, desde processos administrativos gerais até processos assistenciais em diversas áreas da saúde.

Nesse sentido, o PLE foi criado visando profissionalizar o pessoal de nível médio e elementar, já empregado na força de trabalho ou em fase de admissão nos serviços de saúde, a partir da assinatura do Acordo Interministerial entre o Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Educação (MEC).

Pouco a pouco e com dificuldade, entre 1982 e 1984, foi sendo implantado em quatro estados – Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas e Minas Gerais. Na gestão Hésio Cordeiro no extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) é implantado nos estados do Maranhão, Pernambuco, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro e São Paulo. Em 1985, é reconhecido pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação como a estratégia prioritária na preparação dos recursos humanos no âmbito das Ações Integradas de Saúde (AIS). Em 1986, o INAMPS regulamenta a formação profissional de nível médio dentro da sistemática do projeto e, nesse mesmo ano, a I Conferência Nacional de Recursos Humanos (I CNRHS) também aprova o projeto como estratégia para a formação de pessoal de nível médio e elementar já engajada na força de trabalho em saúde (LIMA, 2016).

No relatório da I CNRHS é expresso formalmente que o setor saúde deve:

“[criar] Escolas Técnicas Públicas, de caráter multiprofissional e específico para o setor saúde; o perfil dos profissionais de nível médio e elementar deverá atender às necessidades do setor saúde adequando-se à reorganização dos serviços com vistas à Reforma Sanitária, destacando-se o auxiliar de enfermagem; reconhecimento e fortalecimento dos Centros Formadores de RH para a saúde destinada a qualificação profissional atendendo as necessidades imediatas dos serviços e propiciando formação ao trabalhador que não teve oportunidade pela via regular; o Projeto Larga Escala como estratégia para formação de pessoal de nível médio e elementar já engajado na força de trabalho da saúde; a educação continuada deve ser uma das estratégias que favorecem a reorganização dos serviços [...]” (BRASIL, I CNRHS, 1986, p. 24).

Portanto, nos marcos do movimento da reforma sanitária brasileira, que teve seu apogeu em 1986, com a realização da 8ª CNS e logo depois com a I CNRHS, o PLE foi eleito a alternativa pública e político-pedagógica para resolver o problema dos trabalhadores sem qualificação ou com precária qualificação no interior dos serviços de saúde.

Portanto, segundo Castro (2008, p. 158),

o Projeto Larga Escala nasceu da necessidade de equacionar dois graves problemas com os quais se defrontavam os serviços de saúde e o sistema educacional: a inadequabilidade deste último, no sentido de integrar teoria e prática; e a incapacidade do primeiro, em promover programas de formação de pessoal, que fossem além das usuais propostas de treinamento, fragmentadas e pontuais.

O seu desenvolvimento buscou integrar o setor saúde com o da educação, possibilitando uma formação em serviço com reconhecimento legal, através da modalidade

supletiva assegurada pelo parecer CFE nº 99/1972 e mais tarde pelo parecer CFE n. 170/1983. Isso permitiu a emissão de diplomas reconhecidos pelas secretarias estaduais de educação, contribuindo para a inclusão social e laboral do trabalhador de saúde, e permitindo mudanças do local de trabalho ou transferência entre as instituições de saúde e o acesso a cursos de graduação. O PLE representou a primeira tentativa de integração ensino-serviço, ressaltando a interação entre o sujeito e o objeto no ambiente de trabalho visando a uma formação profissionalizante dos adultos de nível médio e elementar já empregados na área de saúde.

A partir do movimento de Reforma Sanitária, o Projeto ganhou impulso para sua institucionalização, com a criação de Centros Formadores/Escolas Técnicas de Saúde, reconhecida pelo sistema educacional e vinculada às Secretarias Estaduais de Saúde. O PLE desenvolveu o currículo integrado com momentos de concentração e dispersão para viabilizar a integração ensino-serviço, e a metodologia inovadora da problematização da realidade. A intenção do PLE implicava na transformação do sujeito e do objeto, se tornando o marco fundamental para transformar a formação dos trabalhadores de nível médio da área da saúde. Sua estruturação e organização serão nas décadas posteriores referência para o desenvolvimento do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) e da Educação Permanente em Saúde (EPS).

Segundo Castro (2008), os idealizadores do PLE tinham por objetivo seguir os preceitos teóricos metodológicos sobre EPS apresentados pela OPAS/OMS, na década de 1980, comprometidos com a transformação social e com uma proposta alternativa de qualificação profissional de trabalhadores sem formação específica.

A grande preocupação era em relação à especificidade da habilitação. Não se exigia escolarização do aluno no ato da matrícula, conforme estabelecia o Ministério da Educação (MEC). Mas ao final do curso, para receber o certificado correspondente à educação profissional, o aluno tinha que apresentar o certificado de conclusão do ensino fundamental para os cursos de nível auxiliar e ensino médio para os de nível técnico. Desta forma, nenhum trabalhador era excluído do processo e as escolas técnicas de saúde tinham que dar resposta à essa questão.

A maior crítica em relação ao desenvolvimento do PLE aconteceu com relação ao tempo. As pessoas achavam que era um projeto muito longo. Porém, devemos levar em conta a metodologia utilizada que envolve o coletivo do trabalho e está atrelado à ideia de formar na perspectiva da organização do serviço de saúde. Nesse projeto, a metodologia individual na relação professor-aluno não existia.

O PLE foi um processo educacional baseado no trabalho, portanto, precisava que o serviço de saúde tivesse os instrumentos necessários para determinado aprendizado previsto em uma unidade de ensino. Caso contrário, a unidade não prosseguia porque não existia a possibilidade da simulação como aprendizagem, pois o procedimento ensinado deveria ser executado.

Segundo Castro (2008), o PLE foi apresentado pela OPAS/OMS, na década de 1990, como um exemplo brasileiro de atividade dentro do campo da Educação Permanente em Saúde, devido às concepções conceituais que se tinha sobre essa temática. Apesar das dificuldades que enfrentou na década de 1990, o PLE foi uma experiência pedagógica em que se misturava criatividade, experiência e a realidade dos serviços.

Nos anos 1990, apesar da crise política vivenciada durante o governo Collor (1990-1992), o país realizou a 9ª CNS, em 1992, que admitiu entre outras coisas a necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS, conforme abaixo:

[...] definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos; implementação de estímulo à interiorização de profissionais de saúde; estabelecimento de mecanismos de avaliação contínua de desempenho dos profissionais de saúde; garantia de equipes multiprofissionais (BRASIL/MS/CNS, 1993, p. 7).

Em 1993, a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH), estabelece a integração entre os setores de saúde e educação como essencial para as políticas de recursos humanos. As principais propostas estão voltadas para os trabalhadores de nível médio, no que diz respeito a sua qualificação e formação:

[...] criação e ampliação dos processos de profissionalização dos trabalhadores sem qualificação; descentralização dos cursos de nível médio, priorizando as atividades em serviço; revisão dos currículos das habilitações de nível médio; agilização da profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem; articulação dos setores de saúde e educação para a elevação da escolaridade geral; e implantação e manutenção das ETSUS. (BRASIL, 1993)

Em 1996, a 10ª CNS indica a necessidade de o Ministério da Saúde assumir a responsabilidade legal de ordenar a formação de recursos humanos para a Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, em todos os níveis de escolaridade.

[...] a fim de viabilizar um atendimento de boa qualidade técnica, humanizado e ágil, com os trabalhadores prestando continuamente informações adequadas e qualificadas, atuando com profissionalismo e compromisso com a melhoria da qualidade das ações oferecidas à população usuária. (BRASIL, 1996b, p. 66).

A resposta política se configurou no segundo mandato do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) com a criação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), em 1999. O Governo FHC assume desde o início a necessidade de reforma do Estado, que deixa de ser o responsável direto pela produção de bens e serviços para exercer as funções de regulação e coordenação das políticas econômicas e sociais, transformando-o em um Estado Gerencial. Inaugura também entre nós o discurso da ‘competição administrada’ para viabilizar a transformação dos serviços públicos em organizações públicas não estatais, também chamadas de organizações sociais. Nesse contexto, o PROFAE se adequa aos preceitos políticos e econômicos do neoliberalismo bem como às prescrições gerenciais típicas do Estado reformado segundo a orientação neoliberal (Lima, 2016).

O projeto foi instituído por meio da Portaria GM/MS nº 1.262 de 10 de outubro de 1999 do MS, sob sua responsabilidade e articulado com o Ministério da Educação (MEC), o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). O Projeto surge como resposta a uma situação crítica em que 225.000 atendentes de enfermagem corriam o risco de perderem seus empregos. Á época, segundo o MS,

É de aproximadamente 225 mil, o número de trabalhadores que atuam no Sistema Nacional de Saúde e não têm a qualificação necessária para o exercício da profissão na área da enfermagem. Falta a 18 por cento de esses trabalhadores concluírem o ensino fundamental, que é pré-requisito para o curso de qualificação profissional. Outro fato que agrava ainda mais esse quadro: grande número de ‘atendentes de enfermagem’ atuando sem a devida formação. É desviado para os serviços de enfermagem, depois de admitido para as funções administrativas, acarretando o exercício ilegal da profissão. (MS, 2002b, p. 8-9).

O PROFAE teve como principal meta a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, contribuindo para a promoção da qualificação profissional. Assim como o PLE, visava à habilitação técnica profissional necessária de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, realizando ações próprias da enfermagem, mas sem escolaridade para o exercício profissional.

Entretanto, diferentemente deste, as ações de educação profissional não seriam de responsabilidade exclusiva das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), mas também de escolas privadas que apresentassem projetos de formação, configurando no âmbito do MS a ‘competição administrada’.

Segundo Sório (2002, p.28), o PROFAE se propõe a suprir certas deficiências originais da oferta de oportunidades do sistema de ensino profissional e do próprio ensino geral, os quais em combinação com a situação social e de gênero desses trabalhadores, tiveram um efeito desastroso para a sua empregabilidade.

O curso de técnico de enfermagem estava previsto para ser desenvolvido em 12 meses, com uma carga horária de 1.100 horas. O curso de complementação da qualificação profissional (para técnico e auxiliar de enfermagem) deveria ser executado num prazo entre 5 e 10 meses. Finalmente, a complementação do ensino fundamental teve duração média de 18 meses.

Na execução total do PROFAE foram previstos recursos da ordem de US\$ 370 milhões, sendo US\$ 185 milhões oriundos de um empréstimo junto ao BID e US\$ 185 milhões financiados com recursos do Tesouro Nacional. Destes, US\$ 130 milhões se originaram do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e o restante do MS. Segundo informações do MS, até março de 2004, o PROFAE havia executado financeiramente 49,75% do custo do projeto (MS, 2004, p. 2). Coube ao BID, até então, a responsabilidade sobre 56% do valor executado.

O PROFAE estava estruturado em dois componentes. O primeiro tinha o objetivo de qualificar os auxiliares e atendentes de enfermagem, assim como oferecer a complementação da formação de auxiliares para técnicos de enfermagem, e a complementação do ensino fundamental para atendentes de enfermagem que exerciam ações nessa área em serviços de saúde públicos ou privados. O segundo componente tinha o objetivo de fortalecer as ETSUS; implementar um Sistema de Certificação de Competências para os egressos dos cursos de auxiliar de enfermagem e de um Sistema de Informação sobre o Mercado de Trabalho na Saúde; e a oferta de Capacitação Pedagógica aos docentes dos cursos. O PROFAE modernizou e fortaleceu a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), além de ter criado mais 11 escolas nos estados do Maranhão, Piauí, Sergipe, Acre, Amapá, Rondônia, Roraima, Pará, Tocantins, Amazonas e Rio Grande do Sul.

O financiamento das atividades de Modernização e Fortalecimento das ETSUS [previstas pelo Componente II do Profae] provém de duas fontes: a

primeira é o MS/Profae, com recursos da ordem de R\$ 500 mil para cada escola técnica; a segunda fonte provém do Ministério da Educação, através do Proep, que prevê a transferência de R\$ 2 milhões, em média, para cada Escola (UNICAMP, 2004, p.10).

O CEP-SAÚDE participou intensamente desse projeto, ampliando sua capacidade de oferta e proporcionando oportunidades de formação pedagógica dos docentes, por meio da capacitação pedagógica oferecida. No período de 2002 a 2005, o CEP-SAÚDE formou, com recursos disponibilizados pelo PROFAE, 3.075 (três mil e setenta e cinco) auxiliares de enfermagem e qualificação profissional de 6.539 (seis mil, quinhentos e trinta e nove) agentes comunitários de saúde (ACS), no período de 2007 a 2010.

Com base em informações do relatório de Avaliação institucional do PROFAE, o principal resultado realizado em 2008, foi a formação, em todo o país, de 48.553 auxiliares de enfermagem e 18.612 técnicos em enfermagem (complementação de estudos). Desse total de auxiliares de enfermagem, o CEP-SAÚDE formou 3.075 profissionais.

O PLE e o PROFAE foram as mais expressivas políticas de formação dos profissionais de nível médio da área da saúde realizadas pelo MS. Concordamos que ambos os projetos efetivaram o enfrentamento do problema de promover oportunidades de formação da força de trabalho na área da saúde, principalmente da área de enfermagem. Entretanto, não podemos deixar de criticar a execução do PROFAE, que ao utilizar o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) como principal recurso público, permitiu o aumento dos ganhos do setor privado da saúde e da educação.

A participação do contexto histórico na execução e acompanhamento desses projetos nos permitiu fomentar as discussões sobre as formas e os conteúdos que deveriam contribuir para o desenvolvimento de ações capazes de provocar as transformações necessárias à formação profissional em saúde nas décadas de 1980 e 1990.

Resgatar os aspectos históricos dessas iniciativas significa a possibilidade de fazer o exercício de projetar uma história do passado, que se constituiu em base de fundamentação para este trabalho. Esses projetos buscaram uma metodologia apropriada para conduzir o processo educativo visando qualificar os trabalhadores técnicos já engajados na força de trabalho em saúde e que necessitava ser essencialmente distinta daquela que se destina à profissionalização de um aluno que ainda está ascendendo em seus estudos.

## **CAPÍTULO II**

### **A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS**

Nesse capítulo abordaremos a implantação da PNEPS, em Goiás, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de profissionais na área da saúde, considerado o processo de condução para a implementação dessa Política por meio dos PEPS e da CIES.

Para fazer essa análise tomamos como referências os documentos mais expressivos encontrados nos acervos da Secretaria Executiva da CIES Estadual, Secretaria Executiva da CIB e da Secretaria Escolar da Escola, Secretaria de Estado da Saúde. Nesses espaços localizamos uma série de documentos que contribuíram para a dissertação desse trabalho. As Atas de Reuniões da CIES Estadual; as Resoluções e Atas de Reuniões da CIB; o Projeto Político Pedagógico do CEP-SAÚDE; os 14 PAREPS e Dissertação de Mestrado formam os documentos de fonte primária que fundamentaram essa pesquisa.

Contudo, não pudemos ignorar os subsídios encontrados nas Resoluções das CIRs que instituíram as CIES Regional e aprovação das propostas das ações de EPS determinadas por meio dos Projetos de Cursos; os Relatórios Finais das Oficinas de Trabalho; o Projeto Político Pedagógico do CEP-SAÚDE; o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS); a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). A dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva (2014) trouxe o registro da atuação dos atores envolvidos com PEPS, resgatando a memória daquela época.

Porém, esbarramos na falta de documentos que registrassem a atuação do Colegiado de Gestão dos PEPS e o giro da Roda. Segundo informações obtidas pelas Coordenações da Regional de Saúde, da época apenas restaram às memórias dos atores que compunham os Polos e participavam da Roda. Parte dos documentos gerados se perdeu com as mudanças de gestão das sedes dos escritórios regionais, a inexistência de arquivos com a documentação geradas pelos PEPS, não foram encontradas em nenhuma das sedes das 5 Macro Regional. O mesmo (falta de documentos) aconteceu com as instituições formadoras que compunham os Polos, incluindo-se a própria ESAP. Esse fato gerou uma dificuldade de analisar os dados da instância responsável pela condução da PNEPS.

A base dos dados ficou na memória viva de quem atuou naquela instância. Segundo as informações dos Coordenadores dos Escritórios Regionais de Saúde e que à época representavam as Macrorregiões e então, sede dos PEPS, afirmam que muitos dados sequer foram registrados, outros se perderam com o tempo e durante a transição dos condutores da PNEPS, na transição entre os PEPS e a CIES, restando apenas à memória viva dos atores que participaram de cada período. Razão que dificultou a realização de uma análise de conteúdo mais apurada sobre a implementação da PNEPS regionalizada, no Estado.

Na investigação dos arquivos da CIB/GO encontramos a maior parte das informações apresentadas nesse trabalho, com relação aos PEPS, pois identificamos as Resoluções e as atas correspondentes com aprovação da instalação dos Polos e as pactuações relacionadas às ações de educação permanente e o financiamento. Contudo durante a investigação na biblioteca da Escola, encontramos a dissertação do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da UFG, intitulado “Escola Técnica do Sistema Único de Saúde: Percalços, Desafios e Perspectivas” (MELO, 2014), apresentando em seu conteúdo depoimento de atores entrevistados e que atuaram durante a época da instituição da PNEPS, em 2004, relatando como se deu a implantação e o funcionamento dos PEPS.

A Portaria nº 198, de 13/2/2004, lançada pela SGTES, institui oficialmente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), no Brasil, tratando-a como uma estratégia político-pedagógica de gestão e partindo do pressuposto da aprendizagem significativa, isto é, uma aprendizagem que produz sentido para o sujeito (BRASIL, 2004a). A Portaria trouxe para o debate a gestão e qualificação do trabalho no SUS e da educação na saúde como política pública para todo país. Instituída em 2004, a PNEPS em seu artigo 1º, parágrafo único, define que

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

O desafio dessa Política está na adoção da Educação Permanente em Saúde (EPS) considerada uma estratégia fundamental para a reformulação das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no setor saúde. (BRASIL, 2005d, p 29). Nesse sentido, a PNEPS propõe que o processo educativo adote a

problematização da prática contextualizando a formação do trabalho em saúde, sendo um dos seus princípios a aprendizagem significativa. (BRASIL, 2005f). Para Ceccim e Feuerwerker (2004a), esse processo de aprendizagem tem natureza participativa e apresenta como eixo principal o cotidiano nos serviços de saúde.

Isso significa que na proposta da Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção deveria ser construída na prática concreta das equipes, a partir dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho, considerando a necessidade de prestar ações e serviços relevantes e de qualidade, aliados aos princípios do SUS.

A lógica ou marco conceitual, de onde se parte para propor a educação permanente, é o de aceitar que a formação e o desenvolvimento devem ser feito de modo: descentralizado, ascendente, transdisciplinar, para que propiciem: a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, o desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde, o trabalho em equipes matriciais, a melhora permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. (BRASIL, 2004b, p. 9).

Considerando esses pressupostos, a organização dos serviços de saúde, as mudanças no processo de trabalho e a transformação no desenvolvimento da formação dos trabalhadores de saúde e sua gestão, deveriam ser conduzidas por meio dos Polos de Educação Permanente de Saúde (PEPS) que seriam organizados no âmbito dos estados brasileiros para operacionalizar a PNEPS, contribuindo para a efetivação da proposta política de forma regionalizada.

[Os PEPS devem] estabelecer-se como articulação interinstitucional locorregional como roda de gestão da Educação Permanente em Saúde (coordenação, condução e avaliação) e não de execução direta de ações (é um lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo da implementação das ações) (Brasil, 2004b, p. 11).

Essa articulação interinstitucional e locorregional compreende a participação dos atores sociais da educação, da educação popular em saúde, profissionais de saúde, gestores e trabalhadores do SUS, instituições de ensino e estudantes dos cursos de nível técnico e superior da área da saúde, com o objetivo de operacionalizar a PNEPS.

Em 2004, a Secretaria de Estado da Saúde/GO (SES/GO) implanta a PNEPS, propondo um desafio aos profissionais da saúde, gestores, usuários e instituições de ensino: a reestruturação das práticas de saúde e da formação dos profissionais de saúde, a partir da instituição dos PEPS que ficaram sob a coordenação da SES/GO e da Escola, de acordo com o depoimento encontrado em uma dissertação do Curso Mestrado em Saúde Coletiva,

Assumi a Gerência de Educação Permanente (Gerência de Projetos Estratégicos e de Apoio à Gestão) na época em que o Ministério da Saúde estava retomando, reestruturando a Política de Educação Permanente, que definia que descentralizava de forma mais estruturada as ações de educação permanente. A nossa gerência buscava estratégias de implantação dessa política aqui em Goiás. Foi muito interessante, tivemos uma experiência fantástica que foi a orientação da criação dos Polos de Educação Permanente, com uma proposta que aglutinasse os profissionais desde o início, no seu processo de educação, não de forma fragmentada como era feito antes. Antes era capacitado o médico, o dentista, o enfermeiro e os outros profissionais de nível médio de forma muito segmentada e a proposta inclusive da escola veio para aproximar mais esse processo de educação, onde concretamente os problemas da área de saúde estavam acontecendo (MELO, 2014, p. 52. Entrevistada nº 03).

Segundo a Portaria 198/2004 “[...] as SES têm a função de constituir a rede de gestão e de atenção em saúde como redes-escola, induzindo todo o sistema de saúde sob sua gestão à condição de lugar de ensino-aprendizagem”. (BRASIL, 2004b, p. 26). As assim denominadas Secretarias Estaduais de Saúde “Educadoras”,

devem estabelecer planos a serem apoiados pelo Ministério da Saúde no tocante ao fortalecimento ou à criação de todas essas iniciativas, em particular dos Centros de Formação e Desenvolvimento Profissional (Escolas Técnicas de Saúde e Escolas de Saúde Pública) e do estabelecimento de relações com o setor da educação nos estados para que contribuam, efetivamente, na mudança do ensino em saúde, desde a escola básica à educação profissional (BRASIL, 2004b. p.11)

A divulgação sobre a instalação da nova política percorreu as regiões do Estado, por meio da realização do Seminário EPS, mobilizando os diversos atores do quadrilátero da saúde que iriam compor os PEPS. A inovação em transformar a formação de trabalhadores da saúde com a interação de diferentes segmentos permitindo dignificar as características locais e as capacidades instaladas, bem como estabelecer a aprendizagem significativa, foi a forma encontrada naquele momento visando fortalecer o SUS com qualidade e valorizar os trabalhadores da saúde e usuários. Por recomendação do MS, a Secretaria indicou a escolha

dos facilitadores, que após serem treinados pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) seriam os condutores dos PEPS.

A origem e implementação dos Polos no Estado ocorreram com base na divisão do Plano Diretor para a Regionalização (PDR) da Assistência à Saúde, alicerçados pelos critérios de distribuição geográfica e das áreas de abrangência regionais, visando facilitar a realização de projetos integrados, dada à natureza imprescindível das ações e projetos pedagógicos.

Os Polos devem ter caráter autônomo e a gestão deve ser exercida de forma colegiada, democrática e participativa, com a inclusão das estruturas regionais e municipais de gestão do SUS, das instâncias de ensino médio e superior (universidades e escolas técnicas), das secretarias estaduais, municipais e instâncias distritais de Saúde e de Educação. O controle social deve participar da definição de diretrizes de sua gestão e fiscalizar as atividades dos Polos, por meio dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação. (BRASIL, 2004a, p.126).

Com base nos critérios acima, o Plano Diretor para a Regionalização (PDR) apresentou proposta de implantação de 09 Polos, localizados nas Macrorregiões de Saúde, conforme figura 1. Porém, de acordo com as Resoluções da CIB, a instalação e implementação do PEPS, se deu, na realidade em apenas em 5 regiões: Macrorregião de Goiânia (Resolução CIB 014/04), no Meio Norte Goiano, Entorno Norte, Pirineus, Oeste e Sudoeste (Resolução CIB 07/06).

**Figura 1 - Polos de Educação Permanente em Saúde em Goiás**



Fonte: Secretaria Executiva da CIES Estadual/GO

## 2. 1 Organização e funcionamento dos Polos de Educação Permanente em Saúde

A composição de cada PEPS e suas diretrizes, à época, era aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) que, também, deveria julgar a adequação do plano diretor de cada Polo aos preceitos determinados pelas políticas nacional e estadual de saúde. Caberia a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) garantir a organização do conjunto do PEPS por macrorregião e a abrangência da totalidade dos municípios do Estado. Finalmente, ao gestor federal caberia a habilitação legal das instituições para receber recursos públicos em coerência com o referencial pedagógico e institucional da EPS.

Em Goiás sempre houve o entendimento de que os Polos de Educação Permanente estariam centrados nas Regiões de Saúde, para aproximar essa discussão esse processo das necessidades reais e as regionais de saúde e os municípios. Quando estruturamos os Polos entendíamos que esse processo de educação, precisava ser um processo estruturante também da própria vida orgânica da secretaria. Não tinha sentido fazermos processos verticalizados sem contribuir com a estruturação concreta das Regionais de Saúde, dos Secretários Municipais. Então envolvemos as instituições de ensino do estado, tínhamos docentes da UFG, da PUC [Pontifícia Universidade Católica de Goiás], da UEG, também algumas escolas de nível médio, isso nos ajudou, nos fortaleceu muito, inclusive com uso de metodologias ativas. Tivemos cursos de qualificação para que a gente também pudesse usar esse recurso (MELO, 2014, p. 56. Entrevistada nº 03).

Em cada PEPS havia o Colegiado de Gestão, constituído por representantes de todas as instituições participantes, e podia contar com um Conselho Gestor composto por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais, do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), do gestor do município sede do Polo, das instituições de ensino com cursos na área da saúde e dos estudantes, que deveria ser formalizado por resolução do Conselho Estadual de Saúde (CES).

Quanto à relação da ESAP com o COSEMS, a entrevistada nº 11 relata que estão caminhando para uma relação de participação. A entrevistada requisita a atuação da Escola, atribuindo a mesma a responsabilidade de identificar as necessidades regionais, mas recorre a uma explicação irrisória para justificar a ausência dos gestores nas reuniões do PEPS. No final da fala reconhece a fragilidade de ambos (COSEMS e Escola) e deixa de assumir o seu papel de articulador com a finalidade em estabelecer conexões entre a normativa dos diversos temas do SUS e sua aplicação no cotidiano da gestão municipal de saúde.

Estou no COSEMS desde 2005, estive como vice-presidente regional, depois vice-presidente do COSEMS e em seguida, presidente. Estamos caminhando para uma relação de participação, mas de representatividade. O COSEMS estar participando não quer dizer que os municípios todos estejam participando, o COSEMS participa colocando o olhar da gestão, para que os técnicos possam se aproximar daquela realidade que é vivenciada. Eu sinto dentro dessa relação com o COSEMS uma ausência muito grande da escola nas discussões com a plenária, são alguns técnicos que vão e eles vão quando tem alguma pauta da escola. O momento das discussões que são feitas é o mais pedagógico dentro do SUS. As necessidades precisam ser enxergadas e a escola usar esses termômetros de necessidade para aproximar dessas realidades e ter o impacto que a gente espera. A relação COSEMS/ESAP não é a ideal, a gente não culpa a escola até por fragilidade do COSEMS também, mas ela é progressiva (MELO, 2014, p. 58. Entrevistada nº 11).

Os PEPS tinham como referência as Rodas de Educação Permanente e se balizavam pelos princípios norteadores da PNEPS. O Método da Roda, criado por Campos (2000), propõe ativar a produção de subjetividade, potencializando a autonomia e o protagonismo dos indivíduos, ampliando a capacidade de análise e de intervenção das pessoas e dos coletivos. A Roda foi o método adotado para movimentar os PEPS.

As Rodas eram espaços de discussão do processo de trabalho entre profissionais da equipe de saúde local, gestores, usuários do SUS e instituições de ensino em saúde. As reuniões ocorriam nas sedes da Macrorregião de Saúde, em horário de trabalho e eram coordenadas por um facilitador que tinha experiência em educação para profissionais de saúde. O número de participantes variava de acordo com a discussão da escolha dos próprios serviços. As discussões no coletivo giravam em torno do fluxo dos serviços de saúde e do sentido das capacitações com metodologias ativas de aprendizagem. Entretanto, as necessidades de capacitação dos trabalhadores e gestores seriam resolvidas com a oferta de cursos, pois a EPS ainda estava associada às ações formais, cursos, capacitações e outros.

As Regionais estruturavam, buscando fazer um levantamento de necessidades para que os projetos saíssem dessa discussão, fossem todos ligados às necessidades concretas e isso fez com que a gente criasse uma instância muito interessante que deu respostas importantes, que foi Fórum de Educação Permanente. Ele reunia as regionais, então era o Fórum dos Polos de Educação Permanente e reuniam também todas essas instituições de ensino parceiras e fazíamos debates aprofundados do processo pedagógico, das necessidades de saúde, das metodologias e prioridades para o estado. Então foi muito rico esse processo (MELO, 2014, p. 56. Entrevistada nº 03).

Foi uma das experiências num processo de construção mais rico que a gente teve a discussão da educação permanente. Tínhamos um grupo coeso que participava, apesar das dificuldades, tinha sempre presença regular. O grande problema dos polos era a falta de capacidade da gente nas regiões em fazer projetos e transformar aquele processo de acordo com a nossa realidade. A capacidade que os grandes centros têm, nós não tínhamos, os projetos da capital eram mais coerentes e acabavam sendo priorizados, mais o processo era muito rico (MELO, 2014, p. 58. Entrevistada nº 11).

No início havia uma alta frequência de trabalhadores das equipes de saúde, registrando-se a presença de todos os níveis de escolaridade, porém os médicos, chefes das unidades de saúde e serviços, assim como os gestores municipais, pouco frequentavam. As ausências eram justificadas por causa do atendimento de demandas urgentes, pela suposição de causarem constrangimento entre os trabalhadores que participavam das rodas, ou ainda pelo fato de serem questionadas sobre a organização dos serviços e por melhorias no processo de trabalho. Contudo, a ausência do gestor dificultava a concretização da cogestão e resolutividade dos problemas identificados. A presença das instituições de ensino era evidenciada pelo interesse das mesmas na utilização das unidades de saúde como campo de estágio e pela perspectiva de cooperação técnica e financeira.

A instituição da PNEPS, no Estado, gerou grandes expectativas para qualificar os profissionais de saúde entre os componentes do quadrilátero, pois haviam identificado às fragilidades e as necessidades do processo educativo. Porém, os integrantes dos PEPS passaram a sentir desconforto, a partir do momento em que compreenderam que a EPS não vinha pronta e deveria ser construída coletivamente, a partir das demandas locais.

O PEPS operou como instância de gestão das discussões e tomada de decisões consensuais para a implantação da PNEPS. Contudo, houve quem entendesse que era apenas uma estrutura do MS para repasse de recurso financeiro. Esse entendimento conduziu o interesse de várias instituições, na sua maioria da área de ensino, a entrar na Roda com a expectativa de financiar os seus projetos através dos recursos destinados ao PEPS. Na medida em que os interesses dos representantes dos segmentos eram atendidos, passavam a se ausentar do PEPS, desmotivando os demais participantes.

A criação dos PEPS não foi suficiente para garantir a participação e a colaboração dos gestores municipais e do controle social, o que comprometeu o processo de articulação entre as parcerias. A descentralização dos recursos financeiros não foi operacionalizada como deveria (não seguindo a proposta), provocando uma série de questionamentos, principalmente pelo fato do dinheiro estar disponível.

Segundo Campos *et al.* (2006), a falta de processos estruturados para o acompanhamento das atividades fez com que os PEPS fossem vistos como fonte de captação de recursos para o financiamento de projetos. Os autores expressam ainda, que a descentralização dos recursos financeiros deveria ser repassada Fundo a fundo, isto é, os repasses deveriam ocorrer do Fundo Nacional da Saúde diretamente para o Fundo Estadual ou Municipal de Saúde.

Nesse contexto, a atuação dos PEPS foi se enfraquecendo por vários motivos, mas os que mais comprometeram a sua continuidade foram: a falta de entendimento e participação do gestor na operacionalização da política em sua região; a disputa de recursos financeiros pelos integrantes do quadrilátero; a acomodação e resistência dos trabalhadores, usuários e do controle social em discutir, compreender a nova política e provocar mudanças; e por fim a instituição da Portaria 1.996 em 2007.

Uma experiência que marcou muito minha vida profissional, uma das mais interessantes que tive, foi o Curso para Gestores Municipais. Fizemos uma proposta muito ousada porque tínhamos pouco recurso financeiro, mas conseguimos mobilizar um grande número de pessoas envolvidas. Fizemos uma qualificação desses profissionais, uma calibração de metodologias ativas, com a UNB. Conseguimos capacitar 100 (cem) docentes, 100 (cem)

multiplicadores que depois, sustentaram esse curso. Esse curso aconteceu por volta de um ano e alguns meses, de forma descentralizada, em todas as regionais, com o apoio inclusive dos municípios. Foi muito gratificante, os prefeitos ligavam dizendo, o tanto que está sendo importante, o secretário mudou muito, melhorou. Por outro lado ajudamos alguns secretários que não tinham perfil a deixar a própria função, uma vez que a partir do curso, eles puderam desvendar ou deparar com a complexidade que é a gestão de um sistema municipal de saúde. Foi muito importante mostrar que é possível capacitar gestores, mas que é necessário também que o gestor escolhido, tenha o perfil, que conheça o SUS, que não seja somente uma indicação política (MELO, 2014, p. 57. Entrevistada nº 03).

O Curso Nacional de Qualificação de Gestores e Fortalecimento do SUS pela estratégia de implementação da Educação Permanente em Saúde é a ação educativa mencionada pela entrevistada. A ação partiu de uma proposta apresentada dentro do Fórum de EPS e foi desenvolvido por meio de uma parceria entre a Escola e a UNB. Segundo a Resolução CIB/GO nº 067 de 10 de outubro de 2006, e os registros em ata da reunião de aprovação, o curso tem como objetivo geral de proporcionar o desenvolvimento de capacidades para a gestão dos diferentes níveis do SUS, na perspectiva de formar equipes gestoras, referenciadas na regionalização da atenção à saúde. Segundo os arquivos da Gerência de Administração Setorial e Captação de Recursos (GASCAR) da SEST/SUS, o curso foi financiado com recursos de MS e no valor final de R\$ 71.000,00 distribuídos assim: R\$ 56.000,00 para pagamento de docentes; R\$ 1.500,00 destinados a materiais e serviços; R\$ 14.000,00 para diárias de deslocamento dos docentes.

Segundo Melo (2014, p. 57),

[...] apesar do êxito da experiência, este trabalho não teve continuidade. Esta é uma característica da gestão que sofre muita mudança com a alteração de seus componentes. Os que chegam geralmente vislumbram outras ideias, com outros olhares e acabam elegendo outras prioridades. Para o trabalho dos técnicos, para o processo formativo estas mudanças se caracterizavam como desestímulo, pois as experiências exitosas deveriam funcionar com termômetro para nortear novas ações cada vez mais amplas e resolutivas.

Campos (2007) observa que os processos conflituosos fazem parte do cotidiano das pessoas e aprender a enfrentá-los é uma forma de ampliar a capacidade de análise sobre si mesmo, os outros e o contexto, aumentando, por consequência, a possibilidade de agir sobre estas situações. Assim, os conflitos, à medida que são encarados, “trazem consigo a possibilidade de inclusão e produção da mudança, movendo as pessoas do lugar da conservação para o lugar da transformação” (BRASIL, 2005b, p.100).

## **2.2 A extinção dos PEPS, a criação das Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES) e o protagonismo da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago” (ESAP)**

A criação da Portaria nº 399/GM, de 22/02/2006, que define o Pacto pela Saúde<sup>4</sup> e suas diretrizes operacionais, trouxe a revisão da PNEPS e mais uma vez a responsabilidade e a obrigatoriedade da União, dos Estados e dos Municípios na implantação dessa Política como meio de viabilizar mudanças na área da saúde. Em 20/08/2007, foi publicada pelo MS a segunda versão da PNEPS, através da Portaria nº 1996 (BRASIL, 2007). Da mesma forma que a Portaria anterior define que

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. (BRASIL, 2007)

Essa Portaria adequa a PNEPS às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, de forma a considerar as especificidades e a superação das desigualdades regionais, de forma regionalizada e descentralizada. Em vista disso, define o financiamento descentralizado para as Secretarias Estaduais, concede maior autonomia dos gestores municipais de saúde e recomenda que essa nova configuração considere, além das especificidades regionais, as necessidades de ações formais de educação na saúde.

Com essa Portaria os PEPS são extintos e substituídos pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES), conforme estava previsto no art. 14 da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990a) e na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) de 2002 (BRASIL. MS. 2007). As CIES se constituem em instâncias colegiadas intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS). Participam das CIES os gestores estaduais e municipais de saúde e educação e/ou seus

---

<sup>4</sup> O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.

representantes, trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas, instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS. (BRASIL, 2007).

Além disso, prevê que a CIES-Estadual deverá contar com uma Secretaria Executiva para encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão dessa política no âmbito regional, devendo estar prevista no Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

A condução da PNEPS em cada região deve se dar por meio das instâncias de pactuação, necessitando haver a cooperação dos gestores estaduais e municipais para desenvolver um trabalho em harmonia com a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e os Colegiados de Gestão Regional (CGRs), criados pela Portaria nº 399 e instituídos pela Portaria nº 1996/2007. Os CGRs, são espaços regionais de planejamento e gestão dos quais participam todos os gestores municipais de saúde dos territórios abrangidos pelas regiões de saúde.

Em relação à Educação Permanente em Saúde (EPS), a Portaria define a seguinte orientação e diretriz para assegurar a formação dos trabalhadores para o SUS.

As Comissões de Integração Ensino-Serviço devem funcionar como instâncias interinstitucionais e regionais para a co-gestão dessa política, orientadas pelo plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde. (BRASIL, 2007)

Segundo o art. 3º, parágrafo único, da Portaria nº 1.996/2007, a responsabilidade pela elaboração dos PAREPS é dos CGRs que devem

instituir processo de planejamento regional para a Educação Permanente em Saúde, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente e o apoio para o processo de planejamento local, conforme as responsabilidades assumidas nos Termos de Compromissos e os Planos de Saúde dos entes federados participantes. (BRASIL, 2007)

Portanto, no âmbito da EPS, os colegiados têm a atribuição de construir e definir coletivamente o PAREPS para a região da sua área de abrangência, o que inclui as ações de educação na saúde, que posteriormente devem ser encaminhadas à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação.

Embora a nova Política tenha sido instituída em 2007, as CIES não foram estabelecidas logo em seguida. Apesar de algumas tentativas de criação, as comissões só se concretizaram em 2009, através da Resolução CIB/GO nº 137, de 19/11/2009. Essa resolução, à época, aprovou também o I Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), constituiu o Fórum Estadual de Educação Permanente e as CIES em 5 macrorregiões. São elas: Central/Centro Sul, Nordeste, Centro Norte, Centro Oeste e Sudeste/ Sudoeste, conforme as mesmas Macrorregiões em que estavam instituídos os extintos PEPS (Figura 2).

Um dos objetivos das CIES Macrorregionais era assessorar os gestores municipais na elaboração dos PAREPS, os quais foram construídos coletivamente pelas CIES em conjunto com os CGRs, a partir de um processo de planejamento, definição e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço.

**Figura 2 - Caracterização das CIES Macrorregionais**



Fonte: Secretaria da CIES Estadual

Em 2009, a Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago” (ESAP) investiu na capacitação dos membros das CGRs por meio de projetos, tais como: Fortalecimento do SUS e de Qualificação da Educação Permanente em Saúde e Problemática em parceria com a Universidade Federal de Goiás (UFG) em Educação à Distância – EAD (na modalidade semipresencial), buscando subsidiar e fomentar as discussões sobre a EPS de forma descentralizada e regionalizada. Além disso, buscou-se

preparar as CIES Macrorregionais para o desenvolvimento de suas atribuições junto aos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), assim como apoiar a elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), no segundo semestre de 2010, com revisão e aprovação em 2011.

A ESAP foi criada pela Lei Estadual nº 15.260/2005 com a finalidade de sistematizar as informações e controle das atividades de desenvolvimento de pessoas de todas as instâncias da SES/GO, incorporando à sua estrutura o CEP-SAÚDE como uma gerência. Desde sua criação a ESAP desenvolve este papel de ser a unidade da SES-GO, responsável pela coordenação do processo de formulação e implementação da Educação Permanente no âmbito do SUS, no Estado, por meio de instâncias como a criação do Fórum EPS de Goiás, criado à época dos PEPS.

Porém em 2008, o Decreto Estadual nº 6.711 de 14 de janeiro, que dispõe sobre a reorganização administrativa da Secretaria de Estado da Fazenda (SEFAZ), desativou a ESAP com todas as suas respectivas gerências. Suas competências, atribuições, acervos e demais recursos foram incorporados na Escola de Governo da SEFAZ, ocasionando instabilidade administrativa, financeira e funcional na condução das ações de Educação Permanente em Saúde.

Em 25 de janeiro de 2011, o Governo de Marconi Perillo, aprovou a Lei Estadual nº 17.257, que dispõe sobre a organização administrativa do Poder Executivo, iniciando outra reforma administrativa que cria a Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SEST/SUS) da Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO), composta pela Gerência da Escola Estadual de Saúde Pública "Cândido Santiago", Gerência de Planejamento e Execução de Eventos e Projetos para o SUS e pela Gerência de Administração Setorial e Captação de Recursos.

A partir daí a Gerência da ESAP ganha estabilidade como instituição de ensino e condutora da EPS. Participa ativamente na formulação, execução e avaliação da política estadual de saúde, nos eixos de: Atenção Básica, Planejamento e Gestão, Informação e Comunicação, Controle Social e Educação Popular. Promove a educação profissional através do CEP-SAÚDE e a educação permanente de gestores, trabalhadores e usuários do SUS no estado.

O fortalecimento deste processo reclamava uma intervenção mais efetiva das CGR no sentido de incorporar a Educação Permanente como elemento estratégico na agenda, abrindo, desta forma, um espaço de interação dialógica destes com as CIES.

Na expectativa de contribuir para o fortalecimento das CIES, a Escola realiza em 2011, o I Seminário de Educação Permanente em Saúde e a conclusão do curso de Qualificação em Educação Permanente e Problematização (semipresencial) realizado em parceria com a Universidade Federal de Goiás (UFG/GO). A partir da formação, dos atores, esse curso objetivava implantar cinco Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES) que seriam referências a todos os Colegiados de Gestão Regional (CGR) e, um Fórum Estadual de Educação Permanente para referenciar a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e proporcionar maior desenvolvimento das capacidades, para formação e qualificação dos trabalhadores do SUS no estado de Goiás. O projeto tinha como meta capacitar todos os integrantes das 5 CIES Macro Regional, envolvendo em todo estado 700 pessoas, aproximadamente.

Entretanto, o curso chegou a ser suspenso e reiniciado, por mais de uma vez, desmotivando alunos e docentes, causando evasão de 50% dos alunos inscritos e a maioria dos egressos não seguiram os objetivos propostos pelo curso, para instalar e conduzir as CIES Regionais. As contradições, entre o valor do pagamento da hora aula dos docentes e a carga horária ministrada, gerou a intervenção do Superintendente da SEST/SUS, da época (Dr. Nelson Bezerra), tomando a decisão de suspender o curso durante o período de investigação atribuindo ao setor financeiro e a coordenação do Núcleo da EPS, a responsabilidade de conduzirem a revisão entre os processos de pagamentos de pessoal, iniciando-se a partir do plano de aplicação, previsto no projeto, desde o ano de 2010. Ao final comprovou-se a irregularidade de pagamento, motivando a mudança do coordenador geral do projeto, o acerto na planilha financeira diante da revisão de carga horária e a obrigação do cumprimento dessas, para cada docente.

O acesso às planilhas de custo financeiro do projeto que envolvia o curso de Qualificação em Educação Permanente e Problematização, foram encontradas nos arquivos da Gerência de Administração Setorial e Captação de Recursos (GASCAR), da SEST/SUS, durante a investigação desse trabalho e nos reporta a realidade do desenvolvimento da ação educativa os avanços e retrocessos do desenvolvimento do curso. Além desses dados, encontramos, também, a apresentação dos custos do orçamento autorizado para o projeto no valor total de R\$ 71.000,00 provenientes da Portaria de nº 1.996/2007. A divisão do total apresentado estava distribuída da seguinte forma: R\$ 42.640,00 para pagamento de docentes; R\$ 11.000,00 para pagamento de diárias de deslocamentos dos alunos; R\$ 8.954,40 destinados ao recolhimento dos encargos e R\$ 8.405,60 para a reprodução de material pedagógico. Nota-se que a distribuição de recursos atribui ao pagamento de hora aula a maior

fatia da divisão, 60% do total, justificando que os valores por hora aula oscilam em razão da formação do docente.

Ainda em 2011, com as discussões sobre o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), da ESAP/SEST/SUS, cria-se a Secretaria Executiva da CIES Estadual, sendo indicadas duas profissionais do quadro da Escola para assumirem a condução da mesma, com a função de ordenar, assessorar e encaminhar as questões administrativas envolvidas na gestão da PNEPS, no âmbito estadual e regional, devendo estar prevista nos PAREPS.

A Secretaria Executiva da CIES, inicia sua atuação em conjunto com a Escola, realizando uma análise conjuntural da sistemática de implementação da EPS no Estado desde a aprovação da Portaria nº 1.996/2007 até o ano de 2011, baseando-se na avaliação das dificuldades enfrentadas pelos atores envolvidos na implementação da Política, bem como na necessidade de adequar esta política e integrá-la aos mecanismos instituídos pelo Pacto pela Saúde.

Essa análise, registrada no relatório dessa reunião realizada com a equipe técnica do NEPS/ESAP/SEST/SUS, em abril de 2012, foram enumerados os argumentos apresentados para se justificar o esvaziamento das reuniões mensais na Macro CIES: 1) O Fórum Estadual de Educação Permanente em Saúde não fora ativado; 2) As dificuldades apresentadas pelos representantes das CIES Macrorregionais estavam relacionadas à grande distância entre os municípios de cada Região de Saúde e a sede da CIES Macrorregional; 3) Dificuldades em garantir transporte e diárias para se locomover até o município, sede, onde aconteciam as reuniões das CIES Macrorregionais; 5) Falta de compromisso de um número significativo de gestores para o cumprimento do cronograma proposto nas discussões das CIES Macrorregionais.

Desse modo, a Escola institui juntamente com a Secretaria Executiva da CIES Estadual a constituição da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço do Estado de Goiás / CIES ESTADUAL e ao mesmo tempo em que propõe a constituição, também das 17 CIES Regional.

Por outro lado, havia a necessidade de distribuir e ordenar os espaços territoriais da unidade federada expressando o desenho final das Regiões de Saúde, incorporando as mudanças ocorridas nos fluxos assistenciais e atualizar as conformações de abrangência das Regiões e Macrorregiões, baseando-se nas diretrizes do Pacto Pela Saúde e do Decreto nº 7.508, de 28/06/2011, que fez com que a CIB/GO aprovasse o desenho final do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Goiás, por meio da Resolução CIB/GO nº 028, de 28/02/2012.

A Portaria MS/GM nº 373, de 27/02/2002, que regulamenta a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), define que a Região de Saúde é a

base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando-se as características demográficas, sociais, econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. (BRASIL,2002a)

O Decreto nº 7.508, de 28/06/2011, por outro lado, trouxe outra definição,

legaliza a Região de Saúde como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Estabelece também que para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. (BRASIL, 2011)

O processo de regionalização no Estado de Goiás busca assim contemplar a lógica do planejamento integrado com ênfase nas noções de territorialidade, identificação de prioridades para intervenção, conformação de sistemas funcionais de saúde, visando garantir o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde com equidade, universalidade e integralidade.

A partir de 2012, novas discussões entre os setores da Escola propõe a constituição das Comissões Permanente de Integração Ensino e Serviço (CIES) nas 17 Regiões de Saúde, para assessorar a Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Dessa forma, a CIB/GO aprova através da Resolução nº 075, em 22/03/2012, a instalação da CIES Estadual e em setembro de 2012, são criadas as 17 CIES Regionais (Resolução CIB/GO nº 324, de 10/09/2012). Ainda em 2012, realizou-se o II Seminário de Educação Permanente em Saúde do Estado de Goiás, ocasião em que tomam posse os 40 membros da CIES Estadual (20 titulares e 20 suplentes), constituindo oficialmente a sua instalação com a publicação da Portaria GAB/SES/GO nº 383, de 21/11/2012.

### **2.3 O processo de organização da regionalização no Estado de Goiás**

Ambas as Portarias (198/2004 e 1.996/2007) que definem a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil propõem a qualificação dos trabalhadores da saúde, tomando como referência a realidade do serviço e a necessidade local da população. O objetivo de ambas é a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho, estruturado a partir da problematização do dia-a-dia das dificuldades dos serviços de saúde, procurando soluções, valorizando o trabalho em equipe e o trabalho coletivo. A diferença está nas diretrizes e nos dispositivos para a sua implementação nos Estados, mas a regionalização é a essência para compreender o que mudou com a Portaria nº 1.996/2007.

Na Portaria nº 198/2004, “o MS deliberava a respeito dos projetos dos Polos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, pactuados pelo Colegiado de Gestão do Polo, CIB e aprovados no Conselho Estadual de Saúde (CES), assegurando as diretrizes da ação para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”. (BRASIL, 2004). Sendo assim, o processo de tramitação dos projetos elaborados à época dos PEPS era encaminhado para o Conselho Gestor Estadual que os conduzia às Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Essa era a última instância deliberativa, que após avaliação decidia quais projetos seriam encaminhados para o MS para análise e deliberação dos recursos financeiros.

A Portaria nº 1.996/2007 prevê no seu art. 2º, que a condução regional da PNEPS deve ocorrer por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), definidos como instâncias de pactuação e co-gestão municipal e estadual. Nessa Portaria, os CGR levantam e discutem as demandas apontadas sobre o desenvolvimento da formação dos trabalhadores da saúde dos municípios, que deverão ser agrupados na elaboração dos PAREPS, definindo os critérios para distribuição de recursos federais aos estados e municípios, submetidos posteriormente a CIB para aprovação e pactuação. A configuração e a participação da CIB assume o papel de articulador nos Estados e Municípios buscando fortalecer a regionalização, também é outra estratégia diferenciada, na condução da PNEPS.

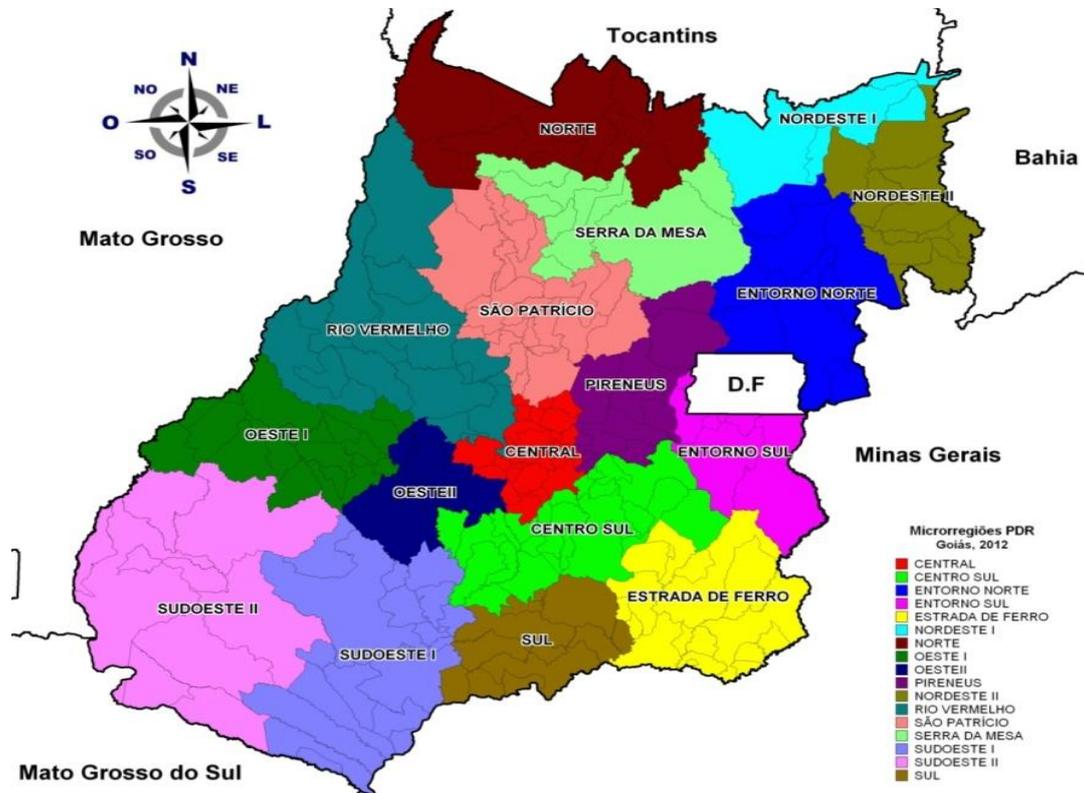
Com o decreto nº 7.508 em junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), o CGR muda de denominação passando a se chamar Comissões Intergestores Regionais (CIR). Em Goiás, essas Comissões são criadas em 2012 pela CIB/GO (Resolução CIB/GO nº 045, de 28/02/2012) e incorporadas no I Plano Diretor de Regionalização (PDR) do mesmo ano.

De acordo com o PDR o desenho da regionalização do Estado ficou com a seguinte representação: 05 Macrorregionais, 17 Regiões de Saúde, 246 municípios e 17 Sedes Administrativas Regionais. Em outras palavras, estas macrorregiões foram subdivididas em 17 regiões de saúde representando os 246 municípios goianos. No processo de

descentralização e hierarquização da saúde, cada uma delas possui um município sede da Regional de Saúde, representando a Secretaria de Estado da Saúde, com ações administrativas e técnicas.

A instituição da CIR seguiu a mesma divisão, isto é, cada Região de Saúde tinha uma CIR correspondente, conforme representadas na Figura 3. A divisão por Região de Saúde também favoreceu a instalação das CIES Regionais. O resultado final dessa divisão do Estado foi a organização de 17 Regiões de Saúde, cada uma com sua respectiva CIRs, a instituição das 17 CIES Regional e 1 CIES Estadual.

**Figura 3 Organização das Regiões de Saúde e CIES Regional – 2012**



Fonte: Secretaria Executiva da CIES Estadual

#### **2.4 Sobre as dificuldades de operacionalização e organização da CIES Estadual e das CIES Regionais em Goiás**

A CIES Estadual/GO é composta por 40 membros (20 titulares e 20 suplentes), indicada pelo gestor das respectivas instituições e/ou entidades. Há uma administração composta por uma Coordenação Geral; Vice Coordenação; Subcoordenação Técnica; Subcoordenação Pedagógica; e Subcoordenação de Comunicação. A Coordenação Geral, a Vice Coordenação e as Subcoordenações têm mandato de 02 (dois) anos, sendo permitida a sua recondução por mais um mandato, conforme seu regimento interno (CIES Estadual/GO, 2013).

A Secretaria Executiva da CIES Estadual, conta com infra-estrutura e apoio logístico da Escola Estadual de Saúde Pública “Cândido Santiago”, composta por profissionais técnicos e administrativos, indicados pelo gestor da instituição, que são responsáveis por encaminhar as questões técnicas e administrativas envolvidas na gestão da PNEPS no âmbito estadual.

Está regida por Regimento Interno e Regulamento aprovado em plenária. A Coordenação Geral da CIES Estadual pode ser representada por um (a) trabalhador (a) do Sistema Único da Saúde - SUS, seja da esfera municipal, estadual e federal, devendo a eleição deste ocorrer entre os membros titulares da Comissão. A CIES operam no método das rodas de conversa sobre temas específicos, abertos a todos os interessados, com pautas pré-definida, geralmente, indicados pela Escola, Superintendências e Regionais de Saúde, ou também, incluídas, em caráter de urgência.

A CIES tornou-se um importante espaço de discussão e de realização de articulações interinstitucionais para a integração ensino-serviço. A integração entre serviço e as instituições de ensino são entendidas como trabalho coletivo, firmando pactuações e integrando os docentes, discentes e docentes da saúde com os trabalhadores que integram as equipes de saúde no serviço. (ALBUQUERQUE, *et al*, 2008)

A nova forma de abordagem da inserção da aprendizagem por meio das ações didático-pedagógicas visa alcançar o desenvolvimento profissional na rotina do trabalho e na problematização das práticas do serviço. Segundo Ceccim e Ferla (2006), a EPS é não só uma Política de Educação em Saúde, mas também uma metodologia de aprendizagem que se apropria da realidade para construir o conhecimento e transformar as práticas.

A necessidade de uma nova identidade profissional espera que o trabalhador da saúde esteja cada vez mais qualificado, com competência e habilidades para o exercício de suas funções. Dessa forma, com base nesses pressupostos a EPS permite o desenvolvimento profissional e da aprendizagem que parte da realidade do trabalho.

Entender o papel das CIES na condução da PNEPS e suas potencialidades para a formação crítica e transformadora das práticas nos serviços de saúde é fundamental para a transformação da qualidade da assistência nos serviços de saúde.

[...] sobre Educação Permanente, razão da existência das CIES [...] enfatizou que os membros da Comissão devem discutir a EPS, de forma concreta e não apenas ficar conceituando. Devemos ser diretos e objetivos, pois os gestores municipais operam no concreto, por isso devemos ser capaz de lidar com uma linguagem concreta junto a esse gestor. Quando mencionamos a educação no trabalho para o trabalho, baseados no desenvolvimento de competências, o foco sempre foi os problemas de saúde, especialmente os que demandam competências. A ideia é trazer as discussões para o mundo real. Compete a CIES saber identificar a demanda de problemas nas duas referencias: território (região) e setor de saúde; assim como nos três eixos: atenção, gestão e vigilância em saúde. [...] [Adotar] a planilha que foi utilizada durante o exercício que foi aplicado na Oficina II. A planilha passaria a ser adotada como um instrumento de trabalho e irá servir para identificarmos os problemas da nossa realidade (demanda) juntamente com a

metodologia da problematização. A partir daí surgirão os PAREPS, pois com as discussões dos problemas de cada região iremos identificar a necessidade real de ensino e serviço, objetivando integrar o máximo possível, superando as fronteiras. Além disso, hoje temos os Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP, onde temos que descrever a força de trabalho em saúde, existente. (GOIÁS, ATA DE REUNIÃO<sup>5</sup>, CIES ESTADUAL, 2015)

Partindo das concepções da PNEPS, os técnicos das Regionais de Saúde se adiantaram e se posicionaram em relação ao entendimento da Educação Permanente, conduzindo discussões, críticas e reflexões acerca da nova Política, frente ao contexto da formação, capacitação dos trabalhadores e na qualidade nos serviços no atendimento à população.

A instalação das CIES Regionais é uma discussão presente em diferentes pautas das reuniões e sempre registrada em ata, conforme abaixo.

[...] a necessidade e a importância da implantação das CIES Regionais de algumas regiões de saúde, por meio de Resolução e que o assunto havia sido tema, da pauta da última reunião do COSEMS, apresentando as Regionais de Saúde que ainda não tinham CIES Regional e atentando os gestores municipais pela necessidade de se envolverem nessa constituição, envolvendo o quadrilátero daquela região, pois os benefícios dessa Comissão seriam acrescidos junto aos trabalhos desenvolvidos pelas CIRs. (GOIÁS, ATA DE REUNIÃO, CIES ESTADUAL, 2013)

O representante da CIES Regional Entorno Sul, [...] falou sobre as dificuldades relacionadas com os gestores para escolherem e selecionar os membros dos municípios que poderão compor a CIES Regional, pois não querem se envolver e consideram uma atividade extra, sem ver os benefícios. (GOIÁS, ATA DE REUNIÃO, CIES ESTADUAL, 2013)

[...] CIES Regional Sudoeste I falou que os gestores municipais sabem sim da importância da CIES Regional, conhecem e apoiam, mas não participam. (GOIÁS, ATA DE REUNIÃO, CIES ESTADUAL, 2013)

A partir da instalação das 17 CIES Regionais pela CIB/GO, entendeu-se que cada Regional de Saúde seria responsável por instituir legalmente a CIES Regional, por meio da aprovação e pactuação na CIR. Assim as CIES Regionais foram entendidas como uma das estratégias para o desenvolvimento do aprendizado através de ações planejadas de capacitação e formação, apoiando as CIRs.

---

<sup>5</sup> Optamos por não identificar o número e a data específica das Atas das Reuniões da CIES Estadual, onde estão registradas as discussões registradas e aqui mencionadas, pois desse modo mantemos o sigilo do autor e a inviabilidade de identificação do mesmo.

Na época do lançamento da Resolução CIB/GO nº 324/2012, 12 Regiões de Saúde criaram legalmente as CIES Regionais, por meio das Resoluções das CIRs de cada Região de Saúde, a saber: 1 - Região Nordeste I (Resolução CIR nº 011 de 27/09/2012); 2 - Região Oeste II (Resolução CIR nº 029 de 30/09/2012); 3 - Região Norte (Resolução CIR nº 042 de 5/10/2012); 4 - Região São Patrício (Resolução CIR nº 005 de 05/03/2013); 5 - Região Sudeste I (Resolução CIR nº 010 de 05/03/2013); 6 - Região Pireneus (Resolução CIR nº 021 de 28/03/2013); 7 - Região Estrada de Ferro (Resolução CIR nº 008 de 08/04/2013); 8 - Região Nordeste II (Resolução CIR nº 003 de 09/04/2013); 9 - Região Sul (Resolução CIR nº 012 de 26/04/2013); 10 - Região Central e Centro Sul (Resolução CIR nº 012 de 30/04/2013); 11 - Região Entorno Norte (Resolução CIR nº 004 de 10/05/2013); 12 - Região Serra da Mesa (Resolução CIR nº 034 de 19/08/2013).´

Entre os anos de 2012 a 2013, todas as regiões foram orientadas pela CIES Estadual, a criar a CIES Regional e implementar a PNEPS, porém as Regiões Oeste I; Rio Vermelho; Entorno Sul; Sudoeste II e São Patrício II, não criaram as CIES Regional. Isso indica que a discussão sobre EPS no SUS não foi realizada de forma linear entre as Regiões de Saúde. Algumas buscam compreender a EPS como componente de mudança do processo de trabalho em saúde pelos atores do quadrilátero da formação em nível municipal e regional. Para outras, a implementação da PNEPS enfrenta dificuldades em realizar a composição do quadrilátero para instituir a CIES Regional. A falta de entendimento da PNEPS e de apoio dos gestores para desenvolver ações de formação e capacitação dos seus profissionais e a ausência de maior aproximação entre estado e municípios, aparece que um dos maiores entraves para implementar a PNEPS.

No decorrer da pesquisa, encontramos cópias das pautas das reuniões da CIR que enumera como o último item da pauta da reunião as necessidades regionalizadas para formação e capacitação dos profissionais de saúde. Nas discussões registradas em atas, os gestores ou seus representantes privilegiam temas em torno dos repasses financeiros, pactuação e regulação para tratamento e internação de pacientes na média e alta complexidade. Segundo os registros em atas, a EPS por vezes nem chegaram a ser debatidas por falta de quórum, assim as decisões não podem ser tomadas por esvaziamento da reunião. O gestor está mais preocupado com o retorno para o seu município de origem, se ausentando da reunião, assim que decidem a respeito do assunto de seu maior interesse, relegando ao segundo plano as soluções de formação do profissional de saúde da região.

O desinteresse do gestor, também se contempla na citação acima, registrada nas atas de reunião da CIES Estadual, comprovando dificuldade da constituição da CIES Regional,

pois a participação desse representante deve acontecer voluntariamente, sem nenhum vínculo empregatício, sem remuneração. A maioria dos atores é indicada pelos gestores das instituições representadas, mas não por interesse próprio, contribuindo assim com a fragilidade da estruturação e o desenvolvimento do trabalho da CIES.

Além disso, existem ainda, muitas dificuldades na relação interna das equipes da Regional de Saúde, entre os coordenadores das outras áreas (Vigilância em Saúde, Atenção Básica e com a própria gestão). Nos registros encontrados em ata, afirmam existir o desinteresse dos técnicos e gestores das Regionais de Saúde em discutir na CIR as ações de EPS, pois há interferências políticas partidárias e disputa por repasses financeiros relacionados as ações educativas propostas, entre gestores.

Entre as 12 CIES Regionais instaladas no período 2012-2013, somente quatro CIES (CIES Pirineus; CIES Sudoeste II; CIES Oeste II e CIES Central) conseguiram ser constituídas legalmente, por emissão da Resolução CIR. Contudo, entre as quatro, somente duas (CIES Pirineus e CIES Central) conseguiram formar o quadrilátero previsto na Portaria e se mantiveram ativas na operacionalização e implementação da PNEPS.

No período de 2012-2015, essas duas CIES Regionais enfrentaram muitas dificuldades motivadas, principalmente, por falta de apoio local e pelo esvaziamento de suas reuniões, por evasão dos representantes das instituições de educação e gestores, conduzindo a extinção das mesmas. Entretanto, a partir de 2015, as CIES Pirineus e da CIES Central retomaram sua atuação.

A fragilidade no processo de composição das CIES Regional representa, até hoje, um grande desafio no processo de consolidação da PNEPS nas regiões e municípios, visto que sua essência depende da participação dos seus representantes. Geralmente são pessoas indicadas e incluídas de acordo com critérios aleatórios de inclusão e enfrentam dificuldades para a permanência por falta de apoio logístico e financeiro em razão das suas realidades municipais. Entre tantas dificuldades, discute-se a necessidade de criar em cada Regional de Saúde, o Coordenador Regional de Educação em Saúde.

Essas dificuldades refletiram, também, na composição da própria CIES Estadual que enfrentou um processo de fragilidades e intromissões políticas na gestão da própria escola (especialmente nos anos de 2013 a 2015), conduzindo a um esvaziamento significativo dos atores que formavam a CIES Estadual. Segundo os registros das frequências às reuniões, entre as principais ausências estão os representantes das instituições de ensino, controle social, trabalhadores, COSEMS, regionais de saúde e dos representantes das superintendências da SES/GO, o que se agravou especialmente nos anos de 2014 e 2015.

Nesse cenário, nos registros das 32 atas desse período (2014 a 2015), houve pouquíssimas discussões mediadoras de iniciativas de ações de EPS ou mesmo de EC. As discussões registradas são evasivas e caracterizam reclames internos e específicos de algumas Regionais de Saúde relacionadas à administração, problemas relacionados à falta de estrutura física, de recursos humanos com competência e habilidades específicas para determinados serviços e a falta de recursos financeiros.

O fato de a Escola passar por uma reestruturação dos setores internos e da Superintendente daquela gestão interromper todas as atividades, contribuiu para a abnegação frente às propostas e debates de ações de EPS. As instituições educativas evidenciaram que diferentemente dos PEPS a CIES não detinha recursos financeiros e operavam os projetos de cursos de modo ascendente, pois derivavam das propostas das necessidades dos municípios e os repasses de recursos emanavam do Fundo Nacional de Saúde diretamente para o Fundo Estadual de Saúde.

A inoperância da CIES ameaçou sua extinção. Apenas o fato de ser criada e tomar para si a responsabilidade de condução da PNEPS, compartilhando o processo com outras instâncias de gestão (CIR, CIB, COSEMS, CES), não lhe atribuiu a importância definida nas diretrizes emanada pela Política. Além disso, a CIES Estadual sofria forte interferência política da gestão da GESAP/SEST/SUS, intervindo desde a escolha da pauta do dia, proposta para as reuniões, até a condução da direção das discussões e na tomada de decisão.

A resistência e o compromisso de alguns atores da CIES Estadual discutiram com a Secretaria Executiva qual caminho seguir para retomar as rédeas da condução dessa instância. A CIES Estadual adota então um trajeto de mão dupla entre a ingerência política da Escola e ao mesmo tempo passando a ser apoiadora do fortalecimento da CIES, pois a referida Superintendência que congrega a Escola, responsável pela operacionalização da PNEPS no Estado, vinha sufocando e abortando a principal instância de parceria na implementação da Política.

A parceria Escola-CIES envolveu a utilização de alguns recursos multiplicadores para mobilização dos atores do quadrilátero de formação. Realizaram-se seminários com gestores, instituições de ensino, regionais de saúde e trabalhadores, objetivando aprimorar os conhecimentos acerca da PNEPS, estreitando os laços com esses atores, para compreender suas atribuições e proporcionar ações educativas para profissionais de saúde. A partir dessas atividades, retomaram-se as discussões das construções dos PAREPS, no fim do primeiro semestre de 2015, com a proposta de planejamento para o quadriênio de 2016-2019.

Embora essa instância gestora tenha sido criada a nível estadual e regional há seis anos, a participação de membros do quadrilátero, ainda, é tímida da maioria das equipes municipais, há incipiência nas parcerias entre os integrantes do quadrilátero da EPS em nível de municípios, ausência da cultura de valorização das potencialidades locais. A fragilidade das administrações regionais de saúde em implantar e estruturar as CIES Regionais é outro fator impactante, assim como a falta de estrutura das regionais de saúde carência de recursos humanos com perfil adequado. A interferência político partidária na composição da equipe técnica das regionais de saúde, com nomeações de pessoas sem observar o perfil técnico adequado para desempenhar determinadas funções, também atravanca o processo.

Assim, ao auxiliar na construção dos PAREPS, o diagnóstico das necessidades municipais e regionais de qualificação e formação dos trabalhadores dos SUS, a definição das necessidades de EPS deve ser pensada em uma perspectiva de integração e articulação das diversas iniciativas desenvolvidas no âmbito do SUS, que objetivam aperfeiçoar o sistema de gestão de recursos e a melhoria da qualidade de ações e serviços destinados à população usuária.

## **2.5 Análise dos PAREPS do quadriênio 2016-2019**

Nosso estudo se limitou a analisar os PAREPS construídos a partir do final do 2º semestre de 2015, com vigência para o quadriênio de 2016 a 2019. Porém, a exploração da documentação existente nos arquivos da CIES Estadual revelou a história da elaboração dos primeiros PAREPS, construídos na época das CIES Macrorregionais, criadas em 2009. Segundo os registros em atas, a SES/GO necessitava desse instrumento para subsidiar o Plano de Ação de Saúde (PAS) - 2009 a 2012, objetivando garantir os recursos financeiros.

Entretanto, antes de recuperar essa história é necessário explicitar as orientações e a lógica de construção dos PAREPS emanadas da Portaria nº 1996/2007. Segundo essa Portaria, esse instrumento deve servir

de norteador para as atividades das Comissões de Integração Ensino-Serviço na construção e implementação de ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades do serviço. [...] contribuindo para o desenvolvimento da educação em serviço como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde. (BRASIL, 2009, p 21)

Portanto, é um instrumento de gestão a ser elaborado em todas as regiões de saúde definidas no Plano Estadual de Regionalização, coerentemente com as diretrizes do SUS, e com o processo de regionalização desencadeado com as NOAS 2001 e 2002, referendado nos Pactos de Gestão do SUS, em 2006 e consolidada com o Decreto nº 7.508, de 2011. (BRASIL, 2011a)

Mais ainda, é um instrumento norteador para as atividades das CIES Estadual e Regional e compreendem as propostas de orientações das ações de educação permanente e educação profissional no âmbito da saúde, em Goiás e assume a regionalização da gestão do SUS, alinhada com as necessidades de formação e qualificação profissionais, exigidas para a atenção das necessidades de saúde da população. A CIES é responsável pela aprovação e execução do PAREPS Regional.

A municipalização da saúde integrada ao processo de descentralização atribuiu maior autonomia aos municípios em sua gestão, pois conhecem as necessidades dos serviços de saúde, de formação dos profissionais e de atendimento da população. A descentralização ocorreu gradativamente conforme a capacidade instalada dos municípios, sem, contudo, considerar que o aumento das necessidades populacionais era muito maior e sem limites. O gasto excessivo com a saúde curativa e reabilitadora conduziu os gestores adotarem o modelo assistencial preventivo, aderindo os programas de saúde coletiva e a EPS como estratégia para minimizar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde.

De acordo com as diretrizes da PNEPS, os PAREPS devem se construídos com representantes de diferentes segmentos e municípios, pois se trata de uma construção coletiva que consolida todas as informações propostas de ações da região visando atender as necessidades e mudanças das práticas de saúde. Cada PAREPS deve apresentar seu município, a região de saúde onde está inserido e o diagnóstico situacional contendo os dados socioeconômicos, demográficos e de saúde, bem como os recursos envolvidos para a execução do plano.

Como indicado acima, esse instrumento de gestão começou a ser elaborado em 2009, para subsidiar a elaboração do PAS 2009-2012, porém não foi concluído. No levantamento realizado, encontramos cinco PAREPS inacabados que deveriam prever ações educativas para serem desenvolvidas na vigência do quadriênio de 2009 a 2012, assim como o PAS. Houve um processo de mobilização dos gestores para se elaborar o primeiro PAREPS, várias reuniões nos CGR, mas sem nenhuma conclusão dos Planos.

Em 2011 chegou-se ao limite do prazo para apresentação dos cinco PAREPS no Fórum de EPS em Goiás, mas que ainda não tinham sido concluídos. A constituição dos

CGRs e da CIES, ainda era incipiente e a operacionalização da EPS estava marcada pela adversidade causada pelo desprendimento de gestores, trabalhadores do SUS, usuários e controle social. Havia a necessidade de consolidar a PNEPS nas regiões de saúde, mas antes se fazia necessário desenvolver a credibilidade dos atores, perante da EPS.

Acreditava-se, à época, que a iniciativa de convencimento deveria começar pela adesão do gestor municipal. Entretanto, o objetivo deixou de ser alcançado, resultando nos cinco PAREPS incompletos, pois faltou da parte dos gestores informações e posicionamento a respeito das demandas das ações educativas levantadas nas macrorregiões, levando a desistência de pactuar nas reuniões do CGR as propostas de ações educativas elencadas, configurado um descrédito em relação à PNEPS. O fracasso desses PAREPS impediu o desenvolvimento das ações programadas para o período 2009-2012 e não contribuiu com a elaboração do PAS.

Com a instituição do Decreto n° 7.508/2011, a Escola realizou no final de 2012, a III Oficina de Trabalho para apresentação dos instrumentos para subsidiar a elaboração das ações educacionais, informando que

[...] somos atores deste processo de construção [...] [...] deverão dar suporte para as Regionais de Saúde e essas por sua vez deverão ser efetivas nas escolhas das ações que serão as referências em relação às propostas e metas a serem atendidas. A Escola é o apoiador deste processo, dando suporte pedagógico para o desenvolvimento deste trabalho. (GOIÁS, III OFICINA, 2012)

A Oficina objetivava, ainda, despertar o interesse e embasar as discussões para a construção dos PAREPS. Pactuou-se nessa Oficina, que as orientações para a construção das necessidades de educação em saúde seriam levantadas de acordo com as diretrizes nacionais de metas e indicadores, encontradas no Caderno de Diretrizes, Objetivo, Metas e Indicadores (2013 – 2015), conforme o Decreto n° 7.508/2011.

Distribuiu-se, também, na Oficina o Caderno de Informações para Gestão Inter Federativa no SUS, por meio de um CD ROM, para subsidiar o levantamento dos indicadores, assim como o modelo da planilha das “Diretrizes Nacionais, Metas e Indicadores conforme Decreto n° 7.508/2011”, alentando sobre o levantamento de indicadores e as ações imprescindíveis para sanar as deficiências das Regiões de Saúde. Desse modo, desprezou-se a planilha, anterior, aplicada durante o exercício na II Oficina, em 2012 e adotada à época como instrumento de trabalho para identificar os problemas regionais.

Apesar desse esforço, entre os anos de 2012 a 2015, não se elaborou nenhum PAREPS. Somente em meados de 2015, a Escola retoma a discussão sobre a necessidade de se construir os PAREPS, em uma reunião da CIES Estadual, para o quadriênio 2016-2019. O Caderno de Diretrizes, Objetivo, Metas e Indicadores (2013-2015) subsidiou em 2015, a elaboração das ações educacionais nas Regiões de Saúde, somado a importância da Portaria nº 2.200 de 14/09/2011, destacando o artigo 3º e seus incisos de I a IV, que diz sobre a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente.

O Caderno de Diretrizes, Objetivo, Metas e Indicadores (2013 – 2015) define um rol de 67 indicadores para serem pactuados, conforme fluxos previstos na Resolução da CIT nº 5 de junho de 2013, composta por indicadores universais e indicadores específicos. As 13 diretrizes de saúde ficam estabelecidas pelos Conselhos de Saúde e expressam as linhas de ação a serem seguidas e orientam a formulação de política que concretizam nos objetivos. Cada PAREPS se baseou nas diretrizes e indicadores que identificam com a Região de Saúde de origem e que estão definidas no Planejamento Regional integrado no âmbito das CIR.

[O] caderno dispõe sobre rol único de indicadores a ser utilizado pelos gestores no processo de planejamento de cada ente, em consonância com o planejamento regional integrado, e na formalização do COAP. Visando auxiliar os entes federados na definição das metas, este caderno apresenta orientações relativas ao processo de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013-2015, bem como, as fichas de qualificação de cada indicador, com o detalhamento das diretrizes, objetivos e metas aos quais estão vinculados, além dos métodos de cálculo, fonte dos dados e relevância dos indicadores incluindo as informações necessárias para sua utilização. (BRASIL, 2013)

No processamento para a avaliação dos documentos, foram utilizadas as informações descritas nos PAREPS para o quadriênio 2016-2019 e as atas de reuniões da CIES Estadual correspondentes ao período de 2012 a 2017 relacionadas aos Planos<sup>6</sup> e ações educativas de EPS. O período temporal das atas foi ampliado em razão de proporcionar maior subsidio para embasar a análise da trajetória da CIES na operacionalização da PNEPS, em Goiás.

Tomamos para estudo os resultados dos 14 PAREPS (2016 a 2019) e consideramos relevante observar se as diretrizes operacionais descritas na PNEPS serviram de embasamento para a sua construção, incluindo as representações institucionais, garantindo aos seus

---

<sup>6</sup> A denominação da palavra, “Plano” é utilizada pela autora para se referir por vezes, aos PAREPS.

representantes a participação efetiva e comprometida com a produção coletiva e com a gestão colegiada e democrática da CIES.

A homologação desses PAREPS ocorreu através da Resolução CIB/GO nº 081/2016, por meio da exposição do Consolidado dos PAREPS 2016-2019, ou seja, não houve uma apresentação individual de cada PAREPS.

Nem todas as Regiões de Saúde cumpriram com a responsabilidade de organizar e elaborar os PAREPS para o quadriênio 2016-2019. Das 17 Regiões de Saúde existentes, apenas 14 Regiões de Saúde elaboraram esse instrumento. São elas: Região Central; Região Centro Sul; Região Sudoeste I; Região Sudoeste II; Região Nordeste II; Região São Patrício I; Região Pirineus; Região Oeste II; Região Norte; Região Nordeste I; Região Entorno Norte; Região Sul; Região Entorno Sul; Região Serra da Mesa. A Região Rio Vermelho estava com dificuldades em reativar a CIES e não concluiu o PAREPS no prazo; Região Oeste II e Estrada de Ferro alegaram não ter criado a CIES Regional.

A principal ferramenta utilizada para coleta de dados dos municípios, referentes aos problemas existentes nos serviços e na gestão da saúde, foi o e-mail institucional, não havendo momento de troca e discussão quanto às necessidades locais e específicas de cada contexto, justificada pelo curto espaço de tempo atribuído para construir os PAREPS, apresentar na CIES Estadual, realizar adequações (se houvesse necessidade), apresentar no COSEMS e CIB.

A razão disso se explica pelo fato de que as propostas educativas do PAREPS contribuiriam na formação do Plano de Ação de Saúde (PAS), que deve prever e garantir junto aos Tesouros Estadual e Federal o orçamento destinado ao desenvolvimento das ações. O diminuto espaço de tempo, também, agravava a elaboração do PAS, caracterizando negativamente o modo como a gestão administrativa da SES/GO conduz o planejamento financeiro das ações e dos serviços de saúde.

De acordo com a análise realizada, o conteúdo dos PAREPS se torna expressivo em várias etapas, mas o grande diferencial apresentado em cada Plano é em relação à capacidade de identificar os problemas de saúde enfrentados pela gestão e pelos serviços, as necessidades de EPS e a formulação de propostas indicando as metodologias de execução. Assim, apontam a vulnerabilidade para a operacionalização do PAREPS, com a captação das verdadeiras necessidades de capacitação e formação profissional de saúde e o modo de envolvimento dos gestores nos processos de EPS, expõe as propostas precárias de aprendizagem e de que maneira o gestor municipal percebe a importância de cada município para cuidar dos processos de EPS.

A falta de execução do Planejamento de Saúde, no âmbito regional e municipal, explica a necessidade de implementar ações de planejamento e verificar as dificuldades e as possibilidades para incluir a questão educativa no contexto da prática e do desenvolvimento profissional dos municípios. Outro fator interessante observado foi à falta de relação entre as atividades propostas com as necessidades identificadas, demonstrando certa incoerência no planejamento por alguns PAREPS.

Os principais problemas de saúde, comuns entre as Regiões e identificados nesses PAREPS foram: Dificuldades em sensibilizar os gestores; Alta rotatividade de profissionais dos municípios; Precarização dos contratos de trabalho; Falta de integração dos setores; Falta de gerenciamento/planejamento das ações de rotina; Análise e monitoramento inadequados dos Sistemas de Informação; Falta de equipamento, tecnologia ou profissional habilitado; Instabilidade nas equipes por causa da alta rotatividade dos profissionais de saúde do município; Recursos financeiros insuficientes para realizar ações e serviços.

De maneira geral, a maioria dos PAREPS foram elaborados de forma ascendente, embora com pouca participação dos municípios. Para o efetivo desenvolvimento das práticas educacionais planejadas buscou-se a articulação entre os pares, considerando as questões explanadas, sistematizando os resultados no PAREPS de cada Região. Esse processo contribuiu para lidar com a realidade local.

Visando a articulação entre os pares a solução encontrada pela administração de cada Regional de Saúde foram duas: A primeira foi a construção dos PAREPS com base no conhecimento e dados registrados no sistema de informação que já utilizavam em relação aos municípios. A segunda opção foi orientar e apoiar as discussões nas CIRs e estabelecer o PAREPS, se aproximando o melhor possível da realidade local. O resultado desse processo foi que dois PAREPS, das CIES Pirineus e CIES Central, foram elaborados a partir das discussões entre a Regional de Saúde, CIR e a CIES Regional, pois ambas são remanescentes do ano de 2012. Embora tenham sofrido mudanças e mesmo à extinção, retomaram suas atividades em 2015, a tempo de contribuir com a elaboração dos PAREPS. Os outros 12 PAREPS foram construídos de acordo com a segunda opção, pois naquela ocasião as CIES Regionais se encontravam extintas ou desativadas.

A construção dos PAREPS esteve sempre em pauta durante o primeiro semestre de 2015. Em uma das reuniões um representante da CIES Regional Sudoeste II desabafou sobre “[...] a dificuldade de acesso às informações dentro da própria regional, pois desconhece muitas ações educativas que são desenvolvidas em sua região”. (GOIÁS, ATA DE REUNIÃO, CIES ESTADUAL, 2013)

A análise evidencia as fragilidades e potencialidades no desenvolvimento da EPS como ferramenta de trabalho no cotidiano, a começar pela falta de conhecimento acerca do próprio PAREPS e os mecanismos utilizados para a sua elaboração uma vez que esse processo não foi tão participativo.

[A] CIES Regional Sudoeste I sugeriu que trabalhássemos a questão da CIES internamente nas Regionais de Saúde e se não valorizarmos a educação permanente a CIES não irá existir em lugar nenhum, nem para nós mesmos. A presença e participação de um servidor que representa a CIES, nas Regionais e a sua participação nas reuniões com técnicos regionais estão sendo ignorada. [A representante da SUVISA], [...] comentou que parece não haver integração dentro das regionais e diz que precisa haver um monitoramento de fluxo entre Superintendências e Regionais de Saúde. (GOIÁS, ATA DE REUNIÃO, CIES ESTADUAL, 2013)

O produto final dos PAREPS para o quadriênio 2016-2019 apresentado no Consolidado das atividades de educação onde predominam cursos para uma categoria específica, caracterizando mais uma ação de EC do que de EPS. Esse consolidado se trata de uma planilha constituída por 19 cursos, indicados e conciliados entre os 14 PAREPS que foram elaborados e entregues. A planilha ainda contém outras informações, identificando: Nome do Curso; Objetivo Geral; Carga Horária; Modalidade de Ensino; Público Alvo; Meta e Região de Saúde Solicitante.

O consolidado foi o resultado acordado entre os autores dos 14 PAREPS, que decidiram elencar apenas os cursos mais indicados entre as diversidades de ações. Assim, a planilha indica a seleção das ações educativas comuns a todos. Desse montante, há 15 Cursos de Capacitação/Qualificação, 03 Cursos de Aperfeiçoamento e 01 Curso de Especialização. De acordo com a planilha, 52% dos cursos estão destinados aos profissionais da Equipe Multiprofissional da ESF; 21% para a categoria da enfermagem; 16% estão os cursos para médicos. Os cursos destinados aos dentistas, ACS/ACE e usuários estão empatados com 5% para cada categoria.

Esse resultado indica que se perpetua a prática de oferta de capacitações com conteúdos específicos, transmitidos de uma pessoa para outra ou para grupos profissionais da mesma categoria. Nota-se, ainda que entre os 19 cursos, o profissional de nível médio e elementar ficou relegado a um segundo plano, pois a única atividade para esse público aparece em 15º lugar na planilha, com o Curso de atualização do processo de trabalho dos Agentes de Saúde Comunitários e de Combate às Endemias. O usuário do SUS aparece em último lugar, na 19º posição, com a proposta de uma Oficina de trabalho sobre problemas

relacionados à falta de compreensão e adesão ao SUS, destinado a População adscrita das unidades ESF e os profissionais das Unidades.

[...] importância de se levantar as reais necessidades de cada região de saúde e não simplesmente apresentar uma relação de cursos. O PAREPS é muito mais que uma relação de cursos pode até apresentar uma relação de cursos, mas desde que essa relação seja de acordo com realidade local e não com a realidade da sede do curso. Nossa dificuldade esta em visualizar o paradigma estabelecido entre a Educação Permanente X Educação Continuada. (GOIÁS, ATA DE REUNIÃO, CIES ESTADUAL, 2013)

O propósito do PAREPS é garantir o registro das demandas de formação dos profissionais da saúde para a sua concretização, pois cabe a CIES opinar, gerir e avaliar os projetos de cursos de EPS propostos encaminha-los a CIR e conduzir as discussões em conjunto, orientando as decisões para a elaboração do PAREPS. Estratégias foram montadas para despertar o interesse dos gestores que compõe a CIR de cada região de saúde e com base na regionalização e divisão das 17 Regiões de Saúde, deveriam ser constituídos 17 PAREPS.

[...] apresentou os processos de construção dos PAREPS, afirmando que o mesmo deve ser construído pelos técnicos da CIES e das CIR'S, Pontuou que as construções deverão seguir a caracterização das Regiões de Saúde pelas CIRs, identificando as necessidades das realidades locais e assinalando o que precisa na formação profissional, bem como os atores envolvidos estabelecendo a relação entre os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde. (GOIÁS, RELATÓRIO DA OFICINA DE TRABALHO, 2015)

Os resultados apontados nesses Planos sobre o levantamento dos processos formativos e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde para trabalhadores do SUS, no estado de Goiás, serão desenvolvidos pela SEST/SUS/ESAP/CEP-SAÚDE.

Em 2018, novas iniciativas foram estabelecidas e a CIES Estadual retoma as orientações teóricas da PNEPS para reestruturar as CIES Regionais. Entre as 17 regiões, quatro CIES Regionais retomam suas atividades e se encontram operantes, participando da condução das discussões sobre as ações educativas de EPS na região e apoiado a CIR. Outras 10 CIES Regionais, também foram novamente criadas legalmente, através da emissão de nova Resolução da CIR, mas sem estruturação física e recursos humanos estando em processo de formação do quadrilátero, logo, ainda se encontram inoperantes.

## 2.6 A Execução da PNEPS nos Tempos dos Polos x CIES

A PNEPS instituída como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos profissionais do SUS, articula a transformação das práticas de saúde e na educação em saúde. A construção de conhecimentos, na EPS, acontece de forma horizontal, intersetorial e interdisciplinar, priorizando a relação ensino-aprendizagem a partir da reflexão e problematização da realidade do serviço.

A Política traz estratégias diferentes para a operacionalização da PNEPS, identificando as especificidades regionais e as necessidades de formação através das ofertas de ações formais de educação na saúde e desenvolvimento para o trabalho em saúde, que integram as diretrizes operacionais para a educação em saúde. (BRASIL, 2007).

As duas versões das portarias estão alicerçadas na Constituição de 1988, onde o artigo 200, parágrafos III e V, diz: “[...] ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; e incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico [...]”. (BRASIL, 1988. art. 200)

Na primeira versão, Portaria nº 198/2004, o PEPS foi um instrumento inovador por ser articulador entre saúde e educação, promovendo uma gestão da educação na saúde de forma descentralizada, com a elaboração do planejamento da EPS, realizado pela composição do quadrilátero de formação, que atuam como protagonistas na condução da Política por meio da Roda de Gestão/Conversa.

Durante o período inicial de implementação da PNEPS, os processos formativos e de capacitação dos trabalhadores do SUS, se baseavam na educação continuada, voltada para a atualização do conhecimento individual. Na opinião do MS, os cursos embasados na educação continuada nem sempre alcançam o resultado esperado, pois algumas vezes resultam em técnicas de trabalho específicas e são insuficientes para que o enfrentamento dos problemas da realidade do serviço e mudança da prática. Na maioria dos casos se resumem em mera transmissão de informações e de conhecimento, havendo transformações de conceitos e ações de programas.

A discussão do Pacto pela Saúde, em 2006, gerou um novo desenho para a PNEPS, resultando na Portaria nº 1.996/2007. O processo de discussão e condução da PNEPS passou dos PEPS para as CIES, em 2007, que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política. Segundo a Portaria, art. 2º, “a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão

Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)”. (BRASIL, 2009, p 8)

A construção do PAREPS para a região deve partir da área de abrangência, seguindo as diretrizes nacionais, estaduais e municipais para a educação na saúde e das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. As atribuições do CGR envolvem ainda, o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações da PNEPS e a pactuação da gestão dos recursos financeiros. Além disso, deve avaliar a dimensão do trabalho da CIES e ao se concluir a elaboração do PAREPS, este deve ser encaminhado à CIB para aprovação. (BRASIL, 2009).

Na vigência da Portaria nº 198/2004, o financiamento tinha como pré-requisito a aprovação de um projeto de curso elaborado de acordo com as suas diretrizes. A distribuição de recursos financeiros pelo MS estava condicionada ao cumprimento de determinações em relação à população dos municípios em gestão plena. Os projetos de cursos aprovados no PEPS seguiam um fluxo para se pleitear sua execução e financiamento.

O projeto deveria estar acompanhado da ata de pactuação do Colegiado de Gestão do PEPS, assinada pelos participantes e as Resoluções do CES e da CIB eram encaminhadas, conjuntamente, para SES/GO eram analisados e selecionados de acordo com interesse técnico ou político da equipe gestora estadual. Assim sendo, encaminhava-se depois para a gestão federal, para análise e parecer do MS, se o projeto estava em conformidade com as diretrizes da PNEPS e destinado ao desenvolvimento de ações para os profissionais do SUS, em consonância com as determinações do CNS e pactuações da CIT.

Esse fluxo dependia de um tempo imprevisto para ser cumprido, ocasionando desmotivação e descrédito por parte dos interessados. Ao mesmo tempo, o fato de se elaborar e encaminhar o projeto não garantia que o recurso seria liberado e a ação concretizada. No caso de aprovação da execução da ação educativa, o repasse acontecia de modo descentralizado para o protagonista. Porém, o parco montante causou frustrações nos integrantes dos Colegiados ao deixar de atender a maior parte das propostas de cursos.

Outro impedimento para o atendimento da necessidade local se deve aos gestores municipais, que por não compreender o processo e nem a política, se esquivavam de participarem do Colegiado de Gestão para identificarem as necessidades da realidade dos serviços e comunidade. Portanto, outros atores assumiam o protagonismo na condução de estratégias da EPS, apresentando processos pré-elaboradas, geralmente pelas Instituições de Ensino Superior (IES), mas sem a articulação necessária junto às realidades locais.

A Portaria nº 1.996/2007 desvinculou a condição do financiamento, que se submetia ao requisito de liberação dos repasses condicionado ao encaminhamento e aprovação de projetos das ações educativas. O MS adota a medida de repasses Fundo a Fundo, ou seja, diretamente do Fundo da União para o Fundo Estadual de Saúde, que passa a ser conduzido pelas Secretarias de Estado da Saúde, ocasionando, em Goiás a centralização dos recursos e ausência de repasses financeiros da Portaria da EPS entre estado e municípios.

O recurso federal disponibilizado pode ser utilizado para realização dos projetos, incluindo o pagamento dos docentes, pois a SES/GO e a Escola criaram instrumentos que possibilitam o pagamento desses atores. Entretanto, permanece a dificuldade em firmar convênios e contratos; dificuldade em efetuar pagamentos diversos e uma lentidão no processo licitatório.

As discussões sobre as fontes de recursos financeiros e o financiamento das ações da PNEPS, sempre foram pautas das reuniões das instâncias gestoras e no planejamento de projetos de cursos na Escola. Todo o financiamento da PNEPS sempre dependeu dos repasses do MS. Nunca existiu contrapartida do Tesouro Estadual, para realizações de ações educativas. A contrapartida da SES/GO se realiza com a disponibilidade da força de trabalho, dos profissionais do quadro de pessoal da SES/GO e de outros órgãos estaduais. O pagamento dos vencimentos desses trabalhadores se intitula de contrapartida do tesouro estadual.

Desde o início, com a instituição dos PEPS a trajetória da PNEPS não se constituiu em bases sólidas, pois esteve comprometida pela influência do poder político, que prima pela transparência, mas que nem sempre aconteceu na prática por falta de consenso coletivo. Em várias ocasiões, o Colegiado de Gestão Regional ficava na dependência da decisão do CES, da CIB e/ou da própria SES em “escolher” o projeto e a região que seria contemplada no envio do projeto ao MS, mas sem a certeza da liberação dos recursos financeiros, consequentemente gerando uma sequência de frustrações e desafetos.

Em relação à condução pela Escola, o apoio das instâncias gestoras ainda se encontra em processo de construção. É necessário adotarmos uma atitude reflexiva das práticas e do processo de trabalho, pois existem conflitos na compreensão da PNEPS por parte dessas instancias e pelos representantes do quadrilátero da formação.

Nos documentos pesquisados encontramos registros em atas e resoluções, de opiniões e pareceres dessas instâncias distorcidos e associados a um conjunto de fatores complexos em relação ao desenvolvimento de estratégias e políticas para a implementação da PNEPS no âmbito Estadual. A preocupação com a PNEPS se refere somente a estrutura organizacional e de disponibilidade de recursos materiais e financeiros para realizar ações educativas. Impõe-

se reconhecer que a PNEPS trata-se de uma dimensão estratégica da gestão de saúde e que envolve a combinação entre o trabalho e o trabalhador.

### **CAPÍTULO III**

#### **A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ENQUANTO ESTRATÉGIA POLÍTICO-PEDAGÓGICA E SUA EXPRESSÃO NOS PAREPS**

O conteúdo e a proposta teórica e metodológica contidas neste capítulo têm como objetivo contribuir com o entendimento sobre a base filosófica-educativa da EPS, na opinião de diversos autores e correntes pedagógica. Dentro do contexto estudado foi discutido o processo de ensino aprendizagem, conceito de ensino problematizador e métodos de ensino baseados em aprendizagem significativa. A necessidade de compreender as dimensões conceituais foi necessária para análise dos projetos de cursos propostos no PAREPS, que ao final se consolidou em uma simples planilha priorizando 19 ações educativas, em consenso com a necessidade das Regiões de Saúde.

A partir da década de 1980, no cenário de implantação do SUS, verificou-se não só a necessidade de um novo conceito de saúde, mas também mudanças nas práticas assistenciais, o planejamento da assistência com base nas necessidades reais da população, assim como a necessidade de transmitir o conhecimento deixando para trás o modelo hegemônico de ensino tradicional, optando-se pela metodologia da problematização construída pelo PLE, admitida pelo PROFAE e incorporada à PNEPS nos anos 2000.

Essas mudanças desafiaram o trabalhador de saúde inserido nos serviços e as instituições formadoras, para o enfrentamento das transformações necessárias da realidade no serviço. Desse ponto de vista, a metodologia da problematização, fundamentada no pensamento freiriano, revelou-se uma estratégia inovadora na área da educação profissional em saúde e essencial no desenvolvimento de espaços de produção de conhecimento. Por outro lado, a adoção de metodologias ativas trouxe uma mudança mais profunda na forma de se educar. É uma mudança de paradigma, uma transformação na postura do educador frente ao processo de ensino-aprendizagem. No âmbito da saúde essas metodologias surgem como um instrumento capaz de transformar as práticas pedagógicas tradicionais e no mesmo sentido mudar as práticas pedagógicas hegemônicas.

No nosso entendimento, a base filosófico-educativa da Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma pedagogia dialógica, dialética, que valoriza a práxis e que busca formar um trabalhador com consciência crítica e que respeite o coletivo. Tudo isso utilizando as situações práticas da realidade do serviço como ponto de partida para a construção do conhecimento. Dessa forma, o pensamento de Paulo Freire tem destaque dentro do contexto

que estamos estudando. As metodologias ativas também têm os mesmos objetivos e por isso são tão utilizadas nas ações de EPS.

De acordo com Ceccim & Feuerweker (2004), a PNEPS é considerada uma estratégia fundamental para a reformulação das práticas de gestão, de atenção, formação e controle social, uma vez que o processo de aprendizagem tem natureza participativa e apresenta como eixo principal o cotidiano nos serviços de saúde. A EPS, por sua vez, é uma estratégia política-pedagógica visando consolidar a formação e qualificação dos profissionais de saúde tendo como base o processo de trabalho com a finalidade de melhorar a saúde da população.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. [A PNEPS propõe que] os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho [...]. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação. (BRASIL, 2009b)

Portanto, para que a aprendizagem se torne significativa à construção do conhecimento passa pela problematização. Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos, ideias, compreendendo os processos e propondo soluções (BRASIL, 2005e, p.8). Assim, a EPS busca formar profissionais de saúde críticos, reflexivos, capazes de pensar sobre sua prática e transformá-la quando necessário, de forma autônoma e contextualizada.

Na revisão da literatura buscamos entender e analisar as dimensões conceituais da educação permanente em saúde que estão na base do processo ensino-aprendizagem dos trabalhadores de saúde para o enfrentamento da realidade. Dentre as diversas abordagens que influenciaram a proposta de formação e os processos de capacitação do pessoal da saúde, como indicado, a EPS se apoia no conceito de ensino problematizador ou problematização e em métodos de ensino baseados na aprendizagem significativa.

A partir do século XIX, a problematização é abordada como atividade de ensino-aprendizagem por diversos autores e correntes pedagógicas. Dentre esses autores destacamos: John Dewey, Ausubel, Paulo Freire e Berbel, que adotam também metodologias ativas como atividade de ensino-aprendizagem. A seguir, descrevemos os princípios filosóficos de cada autor, a fim de possibilitar o conhecimento do processo ensino-aprendizagem organizado com base na problematização e na aprendizagem significativa.

A partir desse referencial buscamos entender os projetos dos cursos propostos nos PAREPS de cada Região de Saúde, identificando a modalidade e a categoria do projeto educativo em relação à práxis no trabalho em saúde.

### **3.1 O Pragmatismo Deweyano**

No Brasil, Anísio Teixeira se apropriou da filosofia da educação de John Dewey, e é considerado o principal integrante do movimento escolanovista. Na função de Diretor da Instrução Pública do Distrito Federal, entre 1931-1935, buscou implantar as diretrizes da política educacional inspirado no pragmatismo deweyano.

Sob a influência de John Dewey, cuja penetração no Brasil foi notória, os educadores da Escola Nova tiveram a possibilidade de equilibrar sua atuação entre as exigências antinômicas da Educação. As ideias renovadoras encontraram em Dewey uma concepção de respeito às particularidades individuais e ao mesmo tempo, de incentivo à observação das necessidades do progresso social. (CUNHA, 1993, p. 190).

O filósofo e educador norte-americano John Dewey (1859-1952) desenvolveu, em oposição ao método de educação tradicional, uma nova teoria educacional conhecida como pedagogia nova. Para ele, o “objetivo da educação é habilitar os indivíduos a continuar sua educação – ou que o objeto ou recompensa da aprendizagem é a capacidade de desenvolvimento constante” (DEWEY, 2007, p. 11). Em Dewey, a função da educação é preparar o aluno para aprender a pensar e para aprender a aprender para acompanhar a sociedade em processo de transformação, levando o aluno a se ajustar às diferentes situações que a vida poderá exigir no futuro. Nesse sentido, a educação promove a liberdade do indivíduo, quando lhe confere as condições de seguir o seu caminho, tornando-se assim, uma educação emancipatória.

Dewey faz uma avaliação crítica da educação tradicional, distinguindo a imposição vertical e metódica do sistema escolar que tolhe o aluno de participar ativamente das atividades, sem considerar as experiências e o conhecimento apresentado pelo aluno, impondo padrões rígidos de comportamentos, e a individualidade de cada aluno. Segundo ele, o “esquema tradicional é, em essência, esquema de imposição de cima para baixo e de fora para dentro. Impõem padrões, matérias de estudo e métodos de adultos sobre os que ainda estão crescendo lentamente para a maturidade” (DEWEY, 1976, p.5).

Em contraposição ao modelo escolar tradicional, elabora um novo conceito de escola que se transforma em uma “comunidade em miniatura”, idealizada por um grupo de pessoas que dividem a direção do curso da vida humana resolvendo problemas onde seja capaz de desenvolver a responsabilidade e participação social de seus educandos, transportando a realidade aprendida e vivenciada na sala de aula para a vida cotidiana. Para esse autor

À imposição de cima para baixo, opõe-se a expressão e cultivo da individualidade; à disciplina externa, opõe-se a atividade livre; a aprender por livros e professores, aprender por experiência; à aquisição por exercício e treino de habilidades e técnicas isoladas, a sua aquisição como meios para atingir fins que respondem a apelos diretos vitais do aluno; à preparação para um futuro mais ou menos remoto opõe-se aproveitar-se ao máximo das oportunidades do presente; os fins e conhecimentos estáticos opõe-se a tomada de contato com um mundo em mudança. (DEWEY, 1976, p. 6)

De acordo com Ramos (2010, p.184),

Nesta escola desenvolve-se a ideia de um currículo integrado associado a duas questões: a natureza do conhecimento e a experiência da criança. Na base dessa proposta estava a crítica à compartimentalização e à estratificação do conhecimento em disciplinas isoladas. Em contraposição, as matérias seriam desenvolvidas em conexão ativa e concreta com o mundo, por meio de temas relativos à vida dos alunos. Ao trocar a base lógica do currículo pela psicológica, Dewey chamava a atenção para a relação que as matérias devem manter com as experiências dos estudantes, organizada em sua memória e história. Assim, o aspecto psicológico do currículo eram as relações entre as experiências das crianças e as matérias, que só poderiam ser estudadas de forma ativa se o aluno partisse de questões e tentasse resolvê-las no processo de aprendizagem, sendo o interesse do aluno o motor desse processo.

Dewey analisa o ato de educar envolvido no contexto social e cultural em que o aluno está envolvido, valorizando o conhecimento antecedente que o aluno possui, pois o aprendizado é a interação entre a experiência vivida com as novas ideias e experiências do que se aprendeu. O professor atua como mediador criando oportunidades e organizando a estrutura do aprendizado a partir das experiências individuais dos alunos.

Na proposta da escola nova o ensino é baseado na resolução de problemas e em situações comuns do cotidiano dos alunos. Dewey afirma que, cabe ao professor incentivar o aluno a pensar, compreender e reagir sobre qualquer situação-problema. Ao pensar e refletir sobre a experiência vivida, o aluno podia aprender de forma significativa como um sujeito capaz de construção do seu próprio conhecimento.

A essência da pedagogia nova de Dewey está voltada para a educação infantil e consiste numa educação prática e ativa, onde a criança aparece como sujeito da sua construção social e que aprende por meio das experiências do seu cotidiano de vida. Na perspectiva da pedagogia nova, não se trata de aprender sozinho, “por isso a importância da preparação e intervenção docente”. (DEWEY, 1976, p.16)

Na concepção desse filósofo, a educação é um processo da vida e não a preparação de uma vida para viver no futuro. Mas, de acordo com Ramos (2010), da mesma forma que a pedagogia das competências, a filosofia que inspira o escolanovismo é o pragmatismo. Nesse sentido, diferentemente da pedagogia libertadora de Paulo Freire e da pedagogia histórico-crítica de Saviani, o objeto a ser problematizado junto aos alunos são “as situações cotidianas às quais os estudantes precisam se adaptar o que será feito desenvolvendo-se esquemas mentais de comparação, análise, interpretação e compreensão [...] mediante o pensamento reflexivo” (RAMOS, 2010, p.265).

### **3.2 Aprendizagem Significativa**

A aprendizagem significativa ocorre à medida que o novo conteúdo é adicionado previamente ao conhecimento do aluno e passe a ter significado para o mesmo, possibilitando assim que esse conteúdo seja armazenado. A teoria da aprendizagem significativa envolve a aquisição de significados e propõe que os conhecimentos prévios dos alunos sejam valorizados.

Para Ausubel a aprendizagem significativa ocorre quando a nova informação ancora-se em *conceitos* ou *proposições relevantes* preexistentes na estrutura cognitiva do aprendiz. Ausubel vê armazenamento de informações no cérebro humano como sendo organizado, formando uma hierarquia conceitual, na qual elementos mais específicos de conhecimento são ligados (e assimilados) a conceitos mais gerais, mais inclusivos. *Estrutura* cognitiva significa, portanto, uma estrutura hierárquica de conceitos que são representações de experiências sensoriais do indivíduo. (MOREIRA, 1999, p. 151)

O psicólogo norte-americano David Ausubel elaborou essa teoria definindo-a como o processo através do qual uma nova informação relaciona-se com um aspecto relevante da estrutura de conhecimento do indivíduo. A teoria de Ausubel enfoca primordialmente a

aprendizagem cognitiva. A estrutura cognitiva<sup>7</sup> é entendida como uma estrutura hierárquica de conceitos e ideias da experiência do indivíduo e a forma como estão organizadas. No processo de aprendizagem não se pode ignorar seus saberes prévios, pois ele é o autor de sua própria aprendizagem.

Segundo Moreira (1999, p. 152), na concepção de Ausubel

o fator mais isolado que influencia a aprendizagem é aquilo que o aluno já sabe. [...] Novas ideias e informações podem ser aprendidas e retidas, na medida em que conceitos relevantes e inclusivos estejam adequadamente claros e disponíveis na estrutura cognitiva do indivíduo e funcione, dessa forma, como ponto de ancoragem às novas ideias e conceitos.

O armazenamento de informações pelo cérebro é altamente organizado, formando uma hierarquia conceitual, não restringindo a influência da nova aprendizagem, pois existe um processo de integração entre o novo conceito e a estrutura cognitiva, que modifica e influencia os atributos dessa estrutura. As vantagens da aprendizagem significativa é que o conhecimento fica retido por mais tempo e facilita novas aprendizagens, as quais são mais facilmente lembradas em caso de esquecimento.

De acordo com Ausubel o adulto tem grande capacidade de aprender sem ter que descobrir. As novas informações podem ser repassadas diretamente para quem está aprendendo (aluno), pois a existência de uma estrutura cognitiva prévia e adequada (subsunçores)<sup>8</sup> é que vai permitir a aprendizagem significativa. Porém, não basta que o material de aprendizagem seja significativo, mas também que o aluno manifeste uma disposição para relacionar o novo material de modo que ele queira se relacionar com o novo conteúdo de maneira não-litera<sup>9</sup> e não-arbitrária<sup>10</sup> ao seu conhecimento anterior. Na falta de subsunçores adequados, a aprendizagem não pode ser significativa, pois o aluno não pode dar significado para as novas informações.

Para Vygotsky (1987, 1988, *apud* MOREIRA et al, 1997, p.7), o desenvolvimento cognitivo não pode ser entendido sem referência ao contexto social, histórico e cultural em

<sup>7</sup>A estrutura cognitiva é o conteúdo total e organizado de ideias de um dado indivíduo; ou, no contexto da aprendizagem de certos assuntos, refere-se ao conteúdo e organização de suas ideias naquela área particular de conhecimento.

<sup>8</sup> Subsunçores é uma estrutura específica ao qual uma nova informação pode se integrar ao cérebro humano, que é altamente organizado e detentor de uma hierarquia conceitual que armazena experiências prévias do aprendiz.

<sup>9</sup> Não literal: uma vez aprendido determinado conteúdo desta forma, o indivíduo conseguirá explicá-lo com as suas próprias palavras. Assim, um mesmo conceito pode ser expresso em linguagem sinônima e transmitir o mesmo significado.

<sup>10</sup> Não-arbitraria: existe uma relação lógica e explícita entre a nova ideia e algumas outras já existentes na estrutura cognitiva do indivíduo.

que ocorre. Para ele, os processos mentais superiores (pensamento, linguagem, comportamento voluntário) têm sua origem em processos sociais; o desenvolvimento cognitivo é a conversão de relações sociais em funções mentais. Nesse processo, toda relação/função aparece duas vezes, primeiro em nível social e depois em nível individual, primeiro entre pessoas (interpessoal, interpsicológica) e após no interior do sujeito (intrapessoal, intrapsicológica).

Vygotsky foca, primeiro, a interação social o invés de focar o indivíduo como unidade de análise, pois ela é a condução principal para a comunicação dinâmica (de inter e intrapessoal) do conhecimento construído social, histórica e culturalmente. A interação social acontece através do intercâmbio significativo, entre no mínimo duas pessoas e onde existe sintonia.

Ausubel faz distinção entre a aprendizagem significativa e mecânica ou automática. Ele atribui o termo aprendizagem mecânica como sendo a aprendizagem de novas informações com pouca ou nenhuma interação com os conceitos relevantes existentes na estrutura cognitiva. Desse modo, a nova informação é armazenada de maneira arbitrária<sup>11</sup>, pois não há interação entre nova informação e aquela que está armazenada. A nova informação permanece arbitrariamente distribuída na estrutura cognitiva, mas sem conectar-se a conceitos subsunçores específicos.

Para que o aluno aprenda o professor deverá antes de tudo realizar um planejamento educacional observando o método e a didática; unir a teoria e prática fazendo as adaptações necessárias; realizar diagnóstico dos alunos para conhecer o que os alunos sabem; fazer avaliação durante todo o processo de aprendizagem e se necessário mudar a estratégia; realizar avaliação formativa ao final do processo, com o objetivo de observar se houve aprendizagem significativa. A relação de confiança entre aluno e professor e a paixão do professor por ensinar faz com que o aluno queira aprender. Enfim, a aprendizagem significativa irá acontecer se o professor e o aluno estudarem para a vida e não para despejarem os conteúdos em provas.

Gomes et al (2008, p. 108, *apud* RAMOS, 2010, p.80-81) apresenta literalmente uma apropriação da aprendizagem significativa de Ausubel para a formação em saúde, particularmente na educação médica, nos seguintes termos:

---

<sup>11</sup> Arbitrária: as novas ideias não se relacionam de forma lógica e clara com nenhuma ideia já existente na estrutura cognitiva do sujeito, mas são “decoradas”. Não garante flexibilidade no seu uso, nem longevidade.

A imposição da transformação diz respeito à constatação da insuficiência das instituições e dos currículos tradicionais – subdivididos em áreas básica e profissional e fragmentados em disciplinas –, para a formação ambicionada. Neste sentido, as metodologias ativas têm se constituído em uma salutar alternativa, ao permitir a promoção da desejada articulação entre a universidade, o serviço – sobretudo, o Sistema Único de Saúde (SUS) – e a comunidade, assim como o ajuste do processo de ensinagem na formação do médico, foco imprescindível para que a abrangência das necessidades seja alcançada. Para isso, deve haver um olhar sobre a nova prática de formação, que inclua transformações na concepção, no planejamento e na construção de conteúdos e objetivos educacionais, os quais devem ser revistos e transformados: – De orientada por conteúdos e objetivos mal definidos, para orientada para competências bem-definidas e baseadas nas necessidades de saúde das pessoas; – Da transmissão de informações e pura utilização da memória (decorar), para a construção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolver problemas, considerando experiências anteriores de aprendizagem, culturais e de vida; (...) – Do ensinar-aprender com observação passiva dos estudantes, para o aprender a aprender, com participação ativa dos aprendizes ou seja, do centrado no professor para o centrado no estudante; (...) – De primeiro a teoria e depois a prática (somente nos últimos anos do curso), para um processo integrado de ação-reflexão-ação, desde o princípio do curso; (...).As metodologias ativas trazem como características maiores, (1) servir para o fortalecimento da autonomia do estudante, e (2) fomentar a indissociabilidade teoria-prática, estribando-se, conceitualmente, na aprendizagem significativa, consistente referencial teórico para a construção de um saudável processo de ensinar-aprender (RAMOS, 2010, p. 80-81, *apud*, GOMES *et alii*, 2008, p. 108).

### **3. 3 A Concepção de Educação de Paulo Freire e a Autonomia para a Emancipação**

Nas obras de Paulo Freire buscamos nos aprofundar do ponto de vista dos conceitos pedagógicos, criados, por ele, a partir relação do homem com o meio social e político. O autor foi um revolucionário, para seu tempo, no pensamento educacional e na educação de adultos, ao criar o “método ativo dialógico, crítico e criticizador”, compreendendo modificações em relação ao conteúdo da educação. Sua concepção filosófica embasada em autores marxistas tem uma visão de solidariedade e a necessidade de acabar com a miséria e o processo de exclusão social.

Com base nesse pensador, procuramos explorar o assunto dos conflitos marcados pela política da educação, pensando que problematizar seria o fio condutor para a apropriação dos processos que a autonomia faz no indivíduo e que está em permanente busca pelo conhecimento. Em seu livro ‘Pedagogia do Oprimido’, defende que a educação deve ser dialógica, problematizadora e reflexiva, que revele a realidade e as inquietações do educando. Além disso, “a educação problematizadora coloca, desde logo, a existência da superação da

contradição educador-educandos. Sem esta, não é possível a relação dialógica” (FREIRE, 1987, p.48).

Na educação problematizadora o aluno decodifica a realidade, se contrapõe e cria espaços contra-hegemônicos criticando a realidade estudada e desenvolvendo a competência para interferir na mesma. Na concepção desse filósofo a construção do conhecimento se compõe em quatro passos correlacionados, a saber: 1) Apropriar-se do conhecimento requer empenho e curiosidade, trata-se de um processo de investigação em relação ao mundo; 2) A comunicação e o diálogo geram conflitos, algumas vezes, mas são fundamentais para compartilhar a leitura do mundo; 3) Educação deve ser um ato de produção do saber, a aquisição do conhecimento implica na mudança de atitudes, no saber pensar e em formar relações e vínculos; 4) A educação como prática de liberdade acontece por meio da problematização, a educação é práxis ação-reflexão-ação. Para desenvolver a metodologia da problematização é necessário refletir sobre os determinantes do problema e o indivíduo deve estar envolvido durante o processo, o que se exige uma transformação intelectual, política e social.

Segundo Paulo Freire, o diálogo é à base da comunicação, por meio dele podemos nos libertar do opressor e o seu fundamento é o amor.

Não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens. Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que o funda. Sendo fundamento do diálogo, o amor é, também, diálogo. Daí que seja essencialmente tarefa de sujeitos e que não possa verificar-se na relação de dominação. (1987, p.45).

Esse amor ao mundo que fundamenta o diálogo aproxima-o da práxis, que tem como dimensões: a ação, reflexão e ação transformadora. A essência da educação como prática de liberdade é o diálogo.

Paulo Freire discutiu a concepção bancária de educação como instrumento da opressão, apontando as suas formas de expressão em uma sociedade opressora. Nessa concepção, “a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante” (FREIRE, 1987, p. 33). A educação bancária transforma a consciência do aluno em um pensamento mecânico, tal qual define Ausubel. Para este, a educação mecânica, permite a aprendizagem de novas informações, mas sem interação com os conceitos que existem na estrutura cognitiva. Desse modo a informação será armazenada de forma arbitrária.

A prática de uma educação problematizadora provoca a consciência de que o indivíduo está inserido na sociedade em que vive. O diálogo entre professores e alunos deve ser continuado com a intenção de que os alunos não se limitem a repetir mecanicamente o conhecimento do professor, mas que ocorra a transformação. No processo de educação problematizadora, através do diálogo o professor aprende enquanto ensina seus educandos, ou seja, ensina e aprende a refletir criticamente.

Nessa concepção, segundo Ramos (2010, p. 181), o objeto a ser problematizado é o cotidiano, “porém, este é considerado opressor e libertar-se dele exige o desenvolvimento da consciência crítica”.

O CEP-SAÚDE incorporou a metodologia da problematização em suas atividades e cursos da educação profissional de nível técnico, a partir do Projeto Larga Escala, associando-o ao método do Arco de Maguerez de Berbel.

### **3.4 O Problema da Problematização Significativa**

A problematização é uma estratégia de ensino-aprendizagem utilizada no CEP-SAÚDE, que estrutura os conteúdos em torno de problemas identificados na realidade vivenciada, buscando o desenvolvimento integrado entre alunos e professores visando solucioná-los. O referencial teórico adotado na escola é a educação libertadora de Paulo Freire. Nessa concepção existe o diálogo entre professor e aluno, refletido e alicerçado em uma práxis emancipatória, através da qual ambos se educam e aprendem.

Por isso é que esta educação, em que educadores e educandos se fazem sujeitos do seu processo, superando o intelectualismo alienante, superando o autoritarismo do educador ‘bancário’, supera também a falsa consciência do mundo. [...] [É] a razão por que a concepção problematizadora da educação não pode servir ao opressor (FREIRE, 2011.p.105).

A proposta político-pedagógica do CEP-SAÚDE (PPP, 2013), visa o desenvolvimento continuado dos trabalhadores, tendo como objetivo a mudança no conhecimento e no exercício das práticas profissionais em saúde, capaz de: transformar as práticas e os serviços de saúde; promover os processos de ensino-aprendizagem a partir da reflexão sobre os problemas vivenciados na prática das equipes de trabalho; contribuir com a concretização do compromisso social e profissional e na transversalidade que norteiam as necessidades do SUS.

O processo pedagógico é efetivado em períodos de atividades teórico-práticas, quando se busca a reconstrução do conhecimento por intermédio de atividades teóricas reflexivas realizadas na escola e em estágios supervisionados, quando o aluno interage com a prática desenvolvida em seu ambiente de trabalho. Fundamenta-se em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, dando-se ênfase aos conhecimentos existentes e gerados pelos alunos no cotidiano das experiências educativas desenvolvidas no campo da saúde.

A adoção de metodologias ativas privilegia, principalmente, as estratégias problematizadoras, uma proposta que remonta ao Projeto Larga Escala e seguido pelo PROFABE, com base nos ensinamentos de Paulo Freire, se fundamentado no currículo por competências (saber-saber, saber-fazer e saber-ser).

A construção do conhecimento se faz na medida em que as ações profissionais são realizadas, possibilitando ao aluno o crescimento intelectual sem perder a essência da formação e a interação com o ato de ensinar. A formação plena busca ainda, a interação ensino-aprendizagem no contexto da problematização, em que a apreensão do conhecimento ou o saber teórico-prático é construído gradativamente a partir das vivências oriundas de situação real, sendo consolidado por meio do Arco de Maguerez.

A problematização é uma metodologia eminentemente participativa, a partir da qual Berbel (1998) desenvolve o Método do Arco, que implica um sujeito ativo e protagonista do processo de construção do conhecimento.

A Metodologia da Problematização tem como orientação geral como todo método, caminhando por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado na realidade. Constitui-se uma verdadeira metodologia, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionadas e organizadas em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes. Volta-se para a realização do propósito maior que é preparar o estudante/ser humano para tomar consciência do seu mundo e atuar intencionalmente, para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem. (BERBEL, 1998, p. 144)

Segundo a autora, a metodologia pode ser utilizada sempre que seja oportuna, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade. Na problematização o ensino inicia-se a partir das perguntas, se indagando sobre determinado problema visando facilitar a reflexão do aluno. O professor e o aluno estão num mesmo patamar de igualdade tecidas nas reflexões e associações lógicas do conhecimento.

O Arco de Maguerez<sup>12</sup> utiliza o desenho da realidade numa escala de cinco etapas: 1) observação da realidade; 2) pontos chaves; 3) a teorização; 4) as hipóteses de solução; e 5) aplicação à realidade.

A primeira etapa – observação da realidade – é o momento em que o aluno e o professor devem olhar atentamente a realidade vivida para identificar o problema a ser estudado no processo ensino-aprendizagem.

Em seguida, na segunda etapa, o aluno e professor devem elencar os pontos chaves do problema e conforme explica Berbel (1998),

esta fase tem por característica ser um momento de síntese após a observação inicial; é o momento de definição do que vai ser estudado sobre o problema; é o momento de definir os aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos a fim de se buscar uma resposta para esse problema.

A terceira etapa - teorização - é o estudo dos pontos chaves e da investigação, analisando se existe relação com o tema para resolução do problema que foi levantado. O facilitador auxilia o grupo a perceber o problema e indagar o porquê, para desenvolver o raciocínio e permitir a ampliação do conhecimento e a resolução do problema.

Na quarta etapa - identificando hipóteses de solução – deve-se ter um olhar crítico e reflexivo acerca do problema e de sua origem, para elaborar alternativas viáveis para solucioná-lo.

Na quinta e última etapa – aplicação à realidade – se prevê a reflexão da realidade acerca do problema e a construção de novos conhecimentos. É um momento de ação e prática sobre a realidade vivenciada, de modo individual ou coletivo.

### **Figura 1 – Etapas do Arco de Maguerez**

---

<sup>12</sup> O Arco de Maguerez tem origem na experiência de Charles Maguerez, quando capacitava operários analfabetos para o trabalho em campos de mineração e na agricultura em países em desenvolvimento. Posteriormente, a ideia expressa no arco foi utilizada em situações de formação profissional de diversas outras áreas, incluindo a educação, sobretudo nos estágios curriculares (ex.: práticas de magistério do ensino médio), que constituem campos de articulação entre a teoria e as práticas educativa. (BERBEL, 2007, p. 28)



Fonte: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n4/18.pdf>

Na proposta da metodologia da problematização na PNEPS, a teoria e prática são elementos importantes e estão articulados desde o início da aproximação da realidade concreta. “Tal complexidade sugere um estudo mais atento, criterioso, crítico e abrangente do problema, em busca de sua solução” (BERBEL, 1998, p.144). Esta prática pedagógica ao ser utilizada nos procedimentos de formação e no trabalho permite desenvolver um processo de ação-reflexão-ação, na trajetória de aprender e ensinar. “[A] cadeia dialética de ação-reflexão-ação, ou dito de outra maneira, a relação prática-teoria- prática, [tem] como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem, a realidade social.” (BERBEL, 1998, p.144).

Buscando inovações pedagógicas e o rompimento com o modelo hegemônico da educação tradicional, para a formação de profissionais de saúde, integralizaram-se as metodologias ativas em seus respectivos espaços de formação. O desenvolvimento de estratégias inovadoras de ensino na saúde, centradas na metodologia da problematização, com o método do Arco de Maguerez, consiste em um processo em construção de uma postura crítica e reflexiva dos profissionais que atuam frente às demandas do sistema de saúde.

As mudanças curriculares nos cursos de educação profissional de saúde do nível médio foram sustentadas no referencial teórico, desenvolvido pelo educador Paulo Freire que aborda a alfabetização de adultos, o qual parte da realidade, das vivências dos educandos e da experiência do educador, marcado pela busca das transformações da sociedade pela prática social, cultural e política. Essa experiência caracterizou os modelos curriculares utilizados no PLE e PROFAE, e adotado atualmente na EPS. A partir da experiência com a implantação do PLE, o CEP-SAÚDE, utiliza a metodologia da problematização, articulando o processo constante de criação do conhecimento e de busca da transformação da realidade.

A problematização está voltada para a construção do conhecimento no contexto de uma formação crítica. Segundo Paulo Freire (2003, p.79), “[...] o conhecimento é processo que implica na ação-reflexão do homem sobre o mundo”. A relação ação-reflexão-ação transformadora é o eixo básico de orientação do processo. Apoiada nos fundamentos da pedagogia libertadora, a problematização tem por meta, “[...] o desenvolvimento da consciência crítica [...], e responde à essência de ser da consciência, que é a sua intencionalidade” (BERBEL, 1999, p. 24).

Ainda hoje, o CEP-SAÚDE busca a formação plena, a interação ensino- aprendizagem no contexto da problematização em que a apreensão do conhecimento é construída gradativamente a partir das vivências oriundas de situação real ou bem próxima, onde o saber teórico-prático é consolidado por meio do método Arco de Maguerez.

A proposta trazida por essa metodologia representa uma transformação importante em relação ao ensino tradicional utilizado até então. Essa proposta provocou admiração e obstinação ao mesmo tempo, principalmente dos profissionais de saúde, especialmente os que desempenhavam a docência. A aceitação dessa metodologia inovadora provocou também resistência, dos docentes, pela dificuldade no entendimento do processo e pelo medo de perder a posição de “detentor do conhecimento”. Houve muitas situações desconfortáveis e um distanciamento ainda maior entre alunos e professores. Essa nova orientação do processo ensino-aprendizagem requereu inicialmente muitas discussões na equipe do CEP-SAÚDE, trocas de experiências com outras instituições de ensino, até haver o rompimento de paradigmas.

A Capacitação Pedagógica, criada para docentes com o objetivo de proporcionar o conhecimento e a prática da utilização das metodologias ativas, especialmente a problematização, procurou qualificar o processo e amenizar as resistências. Essa capacitação se organizou desde o PLE e foi um dos componentes do PROF AE e indicada pela PNEPS. Foi concebida como um curso de 40 h, para alinhar a condução das atividades pedagógicas com ênfase na integração ensino-serviço, adoção do currículo integrado e certificação por competência, a utilização das experiências prévias dos alunos como ponto de partida para o processo de ensino-aprendizagem, incluindo a função de professor/supervisor no processo. Mesmo assim, os pretensos professores, que eram os próprios profissionais de saúde, ainda tinham oposição e consideravam o processo muito complexo.

A problematização requer do professor uma mudança de postura para o exercício de um trabalho reflexivo com o aluno, disposição para seguir o aluno nas pesquisas e nas supervisões das práticas/estágios, acompanhar e colaborar no aprendizado crítico do aluno e

abertura para o diálogo. O professor e o aluno devem compartilhar de fato, o processo de construção do conhecimento, pois o aprender não se dissocia do ensinar e implica mudanças. Para Freire (1987, p. 40),

Quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder ao desafio. Desafiados, compreendem o desafio na própria ação de captá-lo. Mas, precisamente porque captam o desafio como um problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica, por isto, cada vez mais desalienada.

A problematização segundo a definição da educação permanente em saúde,

foi carregada pela noção de prática pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação - em saúde - como central nos processos educativos ao mesmo tempo em que o colocava sob problematização, isto é, em autoanálise e autogestão. (CECCIM, 2005a, p.982)

Na EPS o processo de trabalho é tomado como objeto da reflexão participativa e ativa pelos trabalhadores, que produz trocas de saberes e experiências geradas no contexto dos conflitos e das contradições das relações institucionais.

A educação profissional em saúde de nível médio no SUS tem o desafio de “[adotar a] EPS como estratégia fundamental para recomposição das práticas de formação, atenção, gestão e formulação de políticas e participação da sociedade no setor saúde”. (BRASIL, 2005d, p 29). A PNEPS propõe que a problematização seja adotada como processo pedagógico, contextualizando a capacidade em analisar as práticas no serviço e o significado de seu trabalho individual e em equipe; a atenção aos problemas e as necessidades do trabalho e de saúde da população; o senso crítico com relação ao trabalho realizado, no atendimento e na comunicação com o usuário.

O caráter significativo é constatado no processo de ensino-aprendizagem, implicando na corresponsabilidade entre os atores em todas as etapas. É necessário compreender que nas experiências pedagógicas das ações educativas do CEP-SAÚDE, se utiliza como recurso metodológico a problematização da realidade, o currículo integrado com momentos de concentração e dispersão, e disciplinas profissionalizantes, com a finalidade da transformação do sujeito e do objeto, se tornando o marco fundamental para transformar a formação dos trabalhadores de nível médio da área da saúde.

### 3.5 A Certificação de Competência na Educação Profissional

A partir da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional aprovada em 1996 (LDB; Lei nº 9.394/1996), propagou-se a noção de competências, que passou a se manifestar nos planos estrutural e conceitual dos processos educativos da Escola. O modelo de competência utilizado pelo CEP-SAÚDE adota a metodologia da problematização que se baseia na seleção de conteúdo para compor o componente curricular e ao final do curso espera-se que o aluno possa alcançar o perfil traçado baseado nas competências previstas nos planos de ensino dos projetos educativos.

Segundo Ramos (2010), Izabel dos Santos, que coordenou o PLE, quando comenta sobre a desarticulação entre a formação técnica e os princípios do SUS, indica as possibilidades de superá-la mediante o currículo por competências:

[As causas da desarticulação escola-serviços] está no modelo de escola que trabalha o conhecimento sem um compromisso real com a prática profissional. Nessa concepção de escola, o que existe é a valorização do conhecimento pelo conhecimento. Esse movimento de ensino por competência profissional que está se ampliando é, na verdade, uma estratégia para fazer com que a escola se comprometa também com a prática profissional (SANTOS, 2002, p. 89, *apud* RAMOS, 2010, p.54)

Logo após a adoção da pedagogia das competências para a formação profissional de nível técnico em saúde propagou-se por meio do PROFAE a certificação de competências, com a finalidade de promover melhoria de qualidade educacional e habilitar ao exercício profissional técnico os trabalhadores leigos inseridos nos serviços.

Como afirma Marques (2001, p.54, *apud* RAMOS, 2010, p. 52),

a certificação de competências profissionais dos auxiliares de enfermagem egressos dos cursos implementados pelo PROFAE buscaria, prioritariamente, reconhecer e valorizar a qualificação real do trabalhador, compreendida como um conjunto de competências que vão além da dimensão cognitiva, constituindo-se mais no 'saber-ser' do que no 'saber-fazer'.

A certificação por competência se constitui a partir de dimensões específicas e implícitas na competência profissional, a saber: na capacidade técnica, na realização das atividades de trabalho e no contexto da realização do serviço e iniciativa para resolução de

problemas. O sistema de verificação das competências técnicas, éticas, humanas, sócio-políticas e críticas descritas para cada módulo é desenvolvido mediante múltiplos instrumentos, que procurarão aferir a importância do conhecimento, relacionando teoria e prática, atitudes, valores e o exercício da cidadania.

De acordo com PPP/2013, o CEP-SAÚDE/ESAP entende a avaliação como prática social solidária ao processo educativo, que apoia a construção do conhecimento coletivo, acompanha e orienta o trabalho do educador, propicia autonomia intelectual e respeito à divergência de pensamento. Nessa concepção, a avaliação torna-se contínua, sistemática, abrangente, participativa, coerente e inclusiva.

São utilizados como instrumentos de avaliação, entre outros: provas escritas e orais, elaboração de textos ou artigos, pesquisas, relatórios, entrevistas, trabalhos de conclusão de curso, seminários, estudos de casos, portfólios, questionários, projetos de trabalhos individuais ou em grupos, fichas de avaliação de desempenho de atividades práticas em laboratórios e em estágio supervisionado.

Os instrumentos de avaliação que comprovarão os rendimentos escolares das atividades teóricas deverão atribuir notas de 0,0 (zero) a 10,0 (dez), variando-se em décimos, sendo que ao final de cada tema, subfunção, unidade e módulo, o educando deve atingir no mínimo 7,0 (sete). Esta pontuação é de livre escolha da Escola, de acordo com a orientação do Conselho Estadual de Educação do Estado de Goiás.

As atividades de estágio supervisionado são avaliadas através de fichas de avaliação de desempenho parcial. Na avaliação de desempenhos parciais são registrados os conceitos SIM ou NÃO referentes a cada desempenho proposto para o educando.

Ao final de cada módulo, procede-se o registro dos resultados finais na ficha individual do educando, sendo que para cada competência é atribuído o conceito APTO (A) ou INAPTO (I).

As fichas de desempenho final de cada área ou módulo constituem-se no instrumento básico que legitima o rendimento do educando. São encaminhadas à secretaria do CEP-SAÚDE/ESAP para os devidos registros.

O MS adotou a pedagogia das competências desde o final da década de 1990 e, desde então, o CEP-SAÚDE tem utilizado-a para a certificação. Contudo, o resultado do modelo de competências utilizado se constituiu em uma atualização do escolanovismo, para fugir do modelo de educação tradicional, mas permanece vinculada a uma educação de caráter instrumental, integrada na organização do trabalho, associada às relações sociais de produção e à política do trabalho no setor da saúde. Marcada pela ideologia neoliberal, as políticas de

educação profissional e de saúde são estabelecidas para o capital, do Estado e com a sobreposição do privado sobre o público.

### **3.6 Os Desafios e Contradições da Educação Permanente em Saúde e sua expressão nos PAREPS**

Nesse estudo procuramos discutir a importância da formação profissional na área da saúde e buscamos retratar os esforços operados nas mudanças dos métodos de ensino e em novas propostas de formação profissional do SUS que sofrem alterações no tempo, na perspectiva de ampliar a formação de nível médio a cada política de saúde implantada. Entretanto, no que tange à implementação de políticas e projetos para formação, qualificação e capacitação dos trabalhadores da saúde, as ETSUS são acionadas apenas no momento de assumirem a operacionalização e o desenvolvimento técnico e pedagógico dos cursos de formação técnica para o SUS, não participando do planejamento e da inclusão das necessidades regionais.

Na trajetória histórica do CEP-SAÚDE houve situações problemáticas suscitadas pela necessidade de fundamentar propostas e projetos junto ao MS, CEE-GO e instâncias gestoras, para a implementação das políticas de recursos humanos voltadas aos profissionais de nível médio, desde a época do Projeto Larga Escala.

A prática pedagógica também se constituiu em objeto de investigação neste trabalho, o que nos conduziu a reexaminá-la na perspectiva da PNEPS. A definição de EPS proposta na política contribuiu para reorientar o conceito de aprendizagem significativa e problematização do processo de trabalho, a partir de sua vinculação às noções definidas na PNEPS. No levantamento bibliográfico sobre esses conceitos encontramos os estudos de diversos autores, tais como, John Dewey, Paulo Freire e David Ausubel.

Ao refletir sobre a origem das diretrizes e orientações para a formação dos trabalhadores do SUS apresentados na PNEPS, estabelecemos uma relação entre as teorias e os autores que defendem uma educação reflexiva, criativa, transformadora e crítica. As concepções de David Ausubel e Paulo Freire fundamentam a proposta da PNEPS de um ensino dialógico e da aprendizagem significativa. Esses autores se preocupam com a importância do aluno aprender a partir de um conteúdo significativo, considerando o conhecimento prévio, a interação com as novas informações e o contexto social que o aluno está inserido.

Segundo Ramos (2009), na tentativa de superar a pedagogia tradicional, a educação profissional em saúde no país se desenvolveu com base na epistemologia pragmatista, cuja expressão pedagógica é o escolanovismo de Dewey, e a teoria freiriana, tendo como base os seguintes princípios:

a) a finalidade da educação é, essencialmente, o aprimoramento da prática mediante o pensamento reflexivo; b) a perspectiva metodológica de ensino centra-se na problematização da prática, esta sinônimo de cotidiano; c) na relação professor-aluno, o primeiro caracteriza-se como mediador/facilitador, enquanto é a atividade do segundo a referência do processo de ensino-aprendizagem; d) a relação teoria-prática caracteriza-se pela função da teoria como justificativa da prática; e) os conteúdos são selecionados a partir dos desempenhos esperados na prática, e sua finalidade, então, é a estruturação desses desempenhos, que passam a ser designados como competências a partir da reforma dos anos 2000; f) as mudanças dos desempenhos proporcionadas pelo pensamento reflexivo são também o foco das avaliações. (RAMOS, 2009, p. 165-166)

Em outro estudo, Ramos (2010) diz que a aprendizagem significativa na educação permanente em saúde é usada sob duas perspectivas. A partir da concepção da 'pedagogia da pergunta' de Freire, associada às ideias sobre o pensamento reflexivo de Dewey; e, em segundo lugar, mas em menor medida, associada aos estudos de Ausubel.

A primeira perspectiva converge com o processo de evolução/transformação do conceito de educação permanente [...] nas suas transmutações em educação continuada, educação de adultos e educação ao longo da vida, extraindo referências da tradição da educação popular e da educação de jovens e adultos. A noção de aprendizagem significativa emergiria, então, dessa tradição [...] e estaria estreitamente vinculada à ideia da problematização, referencial pedagógico que atravessa toda a história da formação dos trabalhadores técnicos em saúde [...]. [Por outro lado,] [a] aproximação epistemológica com o pragmatismo deweyano pode ser ainda identificada pela afirmação [...] de que a referência da aprendizagem significativa da educação permanente em saúde se difere da educação popular porque, enquanto esta 'tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho', reforçando a necessidade de o universo de experiências nos serviços de saúde estar imbuído no processo de conhecimento dos profissionais da área [...]. Quanto à relação do conceito de aprendizagem significativa ao pensamento de David Ausubel, deve-se dizer que este se apresenta sob a perspectiva claramente cognitivista. (RAMOS, 2010, p. 73-77).

De acordo com Paulo Freire o primeiro passo para que ocorra uma educação transformadora e emancipadora é acreditar que a mesma é possível, e considera essencial que

o ato de ensinar tenha respeito aos saberes dos alunos; criticidade; reflexão crítica sobre as práticas; convicção de que a mudança é possível; generosidade; competência profissional, saber escutar; tomar decisões de modo consciente; estar disposto ao diálogo; e querer bem os alunos. A educação libertadora conduz o profissional a querer aprender a aprender.

A prática de uma pedagogia libertadora estima o princípio norteador do SUS da integralidade proporcionando o meio de valorizar o ser humano no contexto social. Os saberes existentes são considerados e incluídos na aprendizagem. O modelo tradicional de ensino deve ser rompido por aluno e professor e estabelecer uma relação de confiança entre ambos.

Não podemos negar que ao longo da história educacional da saúde, o trabalhador técnico de nível médio configura uma grande parcela de profissionais que é formada apenas para trabalhar. Essas teorias se reproduzem no modelo capitalista vigente, onde a formação técnica concebe uma de mão-de-obra barata, que se encontra oprimida e marginalizada dentro do próprio serviço de saúde.

As manifestações dos autores mencionados, neste estudo, vislumbram a possibilidade de interferir na organização da sociedade brasileira a partir da educação. Há em comum entre eles a oposição em relação à educação tradicional ou a construção de uma educação que pudesse integrar o indivíduo à sociedade através do acesso à escola, para todos.

O propósito desse estudo não foi analisar as diversas tendências que se opõem à Escola Tradicional, mas discutir a crítica ao ensino tradicional e a efetividade das propostas de um ensino diferenciado na área da saúde, cuja problematização da realidade e a busca de soluções, possibilitam o desenvolvimento do raciocínio crítico e transformador do aluno/trabalhador. A problematização da realidade do serviço e o trabalho em equipe visam à realização de mudanças das práticas em serviço, das relações profissionais, com a população e a conscientização dos direitos e deveres do cidadão.

As ETSUS trazem nas raízes de sua criação, o desenvolvimento de uma estratégia educativa embasada na transformação dos serviços de saúde e comprometida com a formação permanente dos trabalhadores do SUS. Sob a justificativa de que no “trabalho também se aprende”, prediz a transformação das situações diárias na prática do serviço em aprendizagem. Percebe-se que na prática o processo de educação fica restrito ao trabalho em saúde, ampliando o processo de produção de serviços e atendimento de qualidade para a população.

Conforme Ramos (2009, p. 168) explica:

[...] a atenção à saúde, a assistência e o cuidado são processos que visam a assegurar a produção e a reprodução da vida humana. [...] marcado pela divisão técnica e social e configurado como mercadoria, o trabalho em saúde guarda as mesmas contradições históricas das relações sociais de exploração. [...] sob os princípios do SUS – integralidade, universalidade e equidade –, o trabalho em saúde pode se contrapor à alienação e se traduzir como processo de criação humana. A não consecução desses princípios é, também, uma forma de se manter a alienação pelo trabalho.

Muito pouco foi dito até agora a respeito das contradições e desafios da efetivação da EPS na formação dos profissionais do SUS. Embora as ETSUS sejam protagonistas na implementação da Política, precisamos reconhecer de que há dificuldades na sua aplicação. Existe um esforço obstinado que explodiu, na época dos anos 2000, entre as Escolas e questionamos sobre as adequações aos padrões de ensino exigidos pelo SUS, na atualidade.

A EPS não se instala de maneira espontânea dentro das instituições de ensino e dos serviços de saúde, pois nem sempre as organizações estão dispostas a transferir o aprendizado para a ação. Além disso, a partir da apresentação da proposta de construção coletiva de mudanças que envolva a participação do controle social e gestão participativa e descentralizada, as escolas e instituições mostram resistências e obstáculos para as novas práticas e essas muitas vezes não se concretizam.

A questão da EPS não se limita a incorporar o conhecimento, mas saber que conhecimento incorporar, devendo ter interação com o que se conhece e ser significativo. O conhecimento adquirido individualmente, implicaria na mudança do comportamento de toda a equipe, e implicaria na padronização de habilidades de competência.

Quando a EPS surgiu nas escolas de saúde foi recebida de duas formas: por um lado parte da equipe técnica e docente reagiu com desconfiança e resistência às mudanças conceituais e, por outro lado, outra parte acreditou no imediatismo da aplicação rápida, que as mudanças conceituais e práticas na educação da saúde seriam possíveis e mudariam num “estalar dos dedos”.

A PNEPS trouxe ainda, um considerável valor financeiro para financiar as ações de EPS necessárias em cada região de saúde, atraiu gestores e instituições de ensino, para agilizar e implementar a Política em troca desse benefício, porém sem se preocupar com a discriminação do problema a ser superado e na escolha da estratégia educativa para solucioná-lo.

Segundo Vieira *et al* (2006), a análise da implantação da PNEPS através do mapeamento dos projetos apresentados ao MS e dos Pareceres Técnicos relativos aos projetos

aprovados entre junho/2004 e junho/2005, constatou que 90% das ações de EPS constituíram-se em cursos predominantemente de curta duração (60h) e eventos educativos. Passados 13 anos da realização dessa pesquisa, as mudanças e a caracterização das ações de EPS permanecem praticamente as mesmas, com baixa discriminação dos problemas a serem superados e a dependência dos repasses financeiros para realizar as ações propostas, conforme podemos constatar na análise dos PAREPS das regiões de saúde de Goiás e o consolidado elaborado para o período 2016-2019.

A necessidade de identificar se as propostas educativas contemplavam a utilização da EPS como ferramenta de ampliação de conhecimento, valorização do trabalhador de saúde e autonomia na realização das atividades com base na qualificação e competência fez-se presente, neste estudo. Consideramos relevante identificar as demandas e o quantitativo de capacitação, público alvo, se estão relacionadas com a necessidade do trabalho ou do usuário, a metodologia a ser utilizada e o tipo de ação proposta (conservadora ou transformadora).

O PAREPS 2016-2019 é o resultado dos esforços de vários atores envolvidos com a EPS, no Estado, e foi construído de forma coletiva com apoio das Regionais de Saúde, CIR e CIES Regionais e Estadual. O documento foi aprovado, por meio da apresentação do Consolidado dos PAREPS em Reunião Ordinária da CIB/GO (Resolução nº 081, de 24/06/2016). A identificação das demandas educacionais propostas impõe a necessidade de estruturação de uma agenda de trabalho envolvendo as CIES Regionais e Estadual com imersão na análise da situação de saúde de cada região e a proposição de um Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), que responda aos desafios do trabalho e da criação de competências necessárias ao enfrentamento dos problemas do serviço, incluindo a definição das prioridades.

A análise realizada sobre a sistemática de trabalho adotada para a elaboração dos PAREPS apontou, na redação da maioria dos Planos, a ausência da participação de trabalhadores, do controle social e usuários do SUS, nas discussões para a sua construção, dissociada das necessidades do trabalho para o trabalhador de saúde e para a melhoria da qualidade da assistência e atendimento da população, resultando em ações programáticas de caráter centralizado, gerando baixa resolubilidade e comprometendo grande parte dos serviços de saúde.

Igualmente, no que diz respeito à atuação da CIR no ordenamento das discussões e contribuições para a construção dos PAREPS, verificou-se uma limitação na participação dos gestores e a realização de apenas uma reunião com as CIRs, devido ao curto espaço de tempo para elaboração dos Planos, fragmentando assim o planejamento. Tanto que das Resoluções

da CIR que aprovam os PAREPS, 80% utilizaram-se da fórmula diplomática que indica a aprovação por *ad referendum*<sup>13</sup>, pois houve pouca participação dos municípios nas reuniões.

As ações programadas nos 14 PAREPS foram reduzidas a um Consolidado construído a partir da discussão de representantes das regiões de saúde e os integrantes das CIES Estadual escalonaram por ordem decrescente as ações educativas prioritárias e definidas como necessidades comuns em todas as regiões. A escala de prioridade de 1 a 19 é flexível e na medida da necessidade poderão ocorrer mudanças em sua ordem.

Na relação de necessidades apontadas para a formação em saúde e/ou desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, os problemas e as necessidades de educação permanente em saúde abrangem uma significativa demanda de cursos de curta duração, com até 60 horas, sem metodologia definida, correspondendo a 68% do total dos cursos listados, caracterizando ações educativas destinadas apenas a atualizações dos conhecimentos técnicos e operados na rotina dos serviços de saúde. Portanto, tal qual a pesquisa de Vieira et al (2006), persiste a prática de cursos de curta duração e eventos esporádicos (seminários, encontros, oficinas, fórum, entre outros). Os cursos de formação de nível médio não são desenvolvidos com regularidade e os recursos repassados pelos programas e portarias do MS, específicos para a educação profissional técnica, são desviados para a cobertura de outros eventos (como as Conferências de Saúde, por exemplo) ou destinados aos cursos de *lato sensu e stricto sensu*.

Na planilha do Consolidado apresenta-se, em colunas, um roteiro de itens que relaciona: nome do curso, objetivo geral, carga horária, modalidade, público alvo, meta e regional de saúde solicitante. A preocupação do roteiro é definir o tipo da modalidade do curso (presencial, semipresencial ou EAD), sem expressar a metodologia pedagógica do curso, caracterizando assim, as fragilidades do conhecimento pedagógico e formativo pelos profissionais de saúde e gestores em propor os projetos de cursos e os resultados a serem alcançados. O público alvo é indiscutivelmente, o trabalhador da saúde e o usuário.

Tais propostas revelam na verdade, apenas a finalidade de habilitar o profissional em um perfil adequado para responder as necessidades para o desempenho da função exercida. A maior parte dos cursos busca a modificação da postura técnica do profissional individualmente e não da equipe de trabalho. Os principais problemas apontados que transpassa a gestão do trabalho estão na falta de capacidade ou de conhecimento para operar

---

<sup>13</sup> Ad referendum locução latina empregada para indicar ato praticado por alguém sem ampla autoridade para praticá-lo; por isso, a fim de que o ato se valide, deve ser aprovado ou referendado por autoridade superior, ou pela autoridade a que se comete poder ou competência para praticá-lo validamente. (SILVA; DE PLÁCIDO. VOCABULÁRIO JURÍDICO, 2009, p.69)

programas e políticas de saúde. Grande parte dos cursos propostos tem na Atenção Básica (AB) o princípio para o desenvolvimento dos processos educativos, caracterizado por um processo de trabalho específico para a enfermagem, médicos e a equipe multiprofissional e direcionada para uma prática humanizada para o usuário.

A rotatividade de profissionais na AB e de trabalhadores qualificados para atuar no SUS, nos municípios do Estado, proporciona a ruptura de ações de saúde e a gestão dos serviços, necessitando aperfeiçoar os mecanismos e a tecnologia associada ao serviço e a educação. Portanto, esses cursos tendem a privilegiar os aspectos técnicos do trabalho centrados no desempenho de uma categoria profissional específica e em suas funções, com a finalidade de aprimorar e melhorar o serviço por um conjunto de ações que abrange a prevenção de agravos, diagnósticos, sistemas de informação, diretrizes de políticas e programas visando capacitar o trabalhador de saúde.

Do ponto de vista deste estudo, identificamos um cenário regional fragilizado, configurado por ideias e pensamentos incipientes e por vezes contraditórias em relação à EPS, apresentada pelos representantes do quadrilátero de formação regional, ao implementar as ações e intervenções na área de educação na saúde em resposta às necessidades dos serviços.

Nessa perspectiva, estamos andando na contramão para atingirmos as mudanças de práticas e posturas preconizadas pela PNEPS, que busquem promover uma transformação social acompanhada do processo de conhecimento e construção de práticas sociais importantes e com possibilidades de fomentar reflexões.

A educação no trabalho, a partir da EPS é um desafio para o cotidiano dos trabalhadores, gestores, usuários e instituições de ensino e tornam possível a construção coletiva do conhecimento. A sistematização do conhecimento através da EPS é a oportunidade de refletir sobre as práticas de trabalho possibilitando a construção de processos de mudanças e transformação. O conteúdo da PNEPS estabelece diretrizes, estratégias gerais e define atribuições e competências dos entes federados e da CIES, no âmbito estadual. Recomenda-se a elaboração de PAREPS, articulados ao Plano Estadual de Saúde. Porém, no conteúdo desses Planos, relatam-se certas dificuldades relativas à articulação entre gestores, trabalhadores, controle social e instituições de ensino.

Verifica-se pela estrutura dos PAREPS, que suas construções não se deram de maneira linear, conforme orienta a PNEPS, mas de acordo com certas circunstâncias que influenciaram as condições da estrutura e organização de cada Plano, evidenciando questões relacionadas à operacionalização da EPS do SUS nos municípios goianos. Existem diferenças na participação dos municípios e regiões de saúde, que variam conforme a existência de

equipe técnica qualificada. As ideias destacam, também, a necessidade de estabelecer a distinção entre EC e EP, pois os conceitos são apontados como sinônimos ou pela continuidade de tempo (a educação deve ser continuada e permanente), pois a maioria não consegue definir ou mesmo distinguir o conceito de EPS e sua proposta política para a educação dos trabalhadores do SUS.

As negociações entre as instâncias gestoras (CIR, CIES, COSEMS e CIB), em que se aprovou e pactuou o Consolidado dos PAREPS – 2016 a 2019 reconheceu a sua legitimidade, porém as informações contidas no Consolidado aprovado não contemplam a totalidade dos dados e diretrizes relativas ao desenvolvimento do processo de implementação regionalizado da política. Além disso, a implementação da PNEPS na concepção desses atores parece estar restrita, apenas, na realização de cursos. Nesse sentido, os PAREPS seriam a inércia do planejamento das ações de EPS por parte dos envolvidas com a política ou a incipiente implementação da política?

A lógica da compra de produtos e pagamentos de procedimentos educacionais, ainda permanece em Goiás, com recente contrato entre a SES e Universidade de Brasília (UnB), para execução de um Curso de Capacitação para ACS e ACE, na modalidade de ensino a distancia e com carga horaria de 360 horas. O valor do curso ficou em aproximadamente, R\$ 3.000.000,00 (três milhões de reais). O projeto nasceu marcado pelo fracasso, durando apenas dois meses de funcionamento na plataforma da UnB. Após a derrota, da UnB que não conseguiu produzir o conteúdo pedagógico e nem dar andamento no curso, o CEP-SAÚDE assumiu, obrigatoriamente, o projeto, reformulando a proposta para uma carga horária de 160h, condizente com a realidade do trabalhador.

O paradigma da escola tradicional ainda continua em evidência nas instituições formadoras privadas e públicas (incluindo a nossa). A PNEPS não abriu espaço para discutir, refletir e analisar criticamente se contribui de fato para motivar o aluno/trabalhador para envolver-se em processos que tendem a eliminar situações de opressão permanentes em suas condições de trabalho precarizada.

A abertura de espaço que estamos referindo é o de escutar de fato a opinião do próprio trabalhador. O MS promoveu no decorrer do segundo semestre de 2017, seis Oficinas Regionalizadas para discussão e análise do processo de implementação da PNEPS, pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (DEGES/MS), em parceria e sob a coordenação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), por meio de projeto de cooperação técnica via Carta Acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS).

Cada Oficina era composta de membros do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), além das Escolas Técnicas do SUS, mas não houve participação de profissionais que representassem e expressassem a opinião dos trabalhadores.

O objetivo era identificar e discutir elementos que contribuam para a atualização da PNEPS, e ainda, analisar e discutir os resultados apresentados por pesquisas nacionais com foco na EPS; identificar os principais nós críticos no processo de implementação e condução da PNEPS nos estados, municípios e regiões de saúde; e elaborar propostas para sua atualização com base nas necessidades identificadas nos níveis estadual, municipal e regional.

O resultado foi evidenciado nas desigualdades dos estados em relação aos estágios de implantação da PNEPS ao se considerar as especificidades de cada um, expressas nas diferentes necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde, nas distintas capacidades instaladas para a oferta das ações de educação, bem como nas distintas formas de participação, de diálogo e integração entre os diversos atores envolvidos no processo.

No preenchimento da matriz de análise do processo de implementação da PNEPS nos estados, chamamos a atenção no item: Participação dos gestores, dos serviços de saúde, das instituições que atuam na área de formação e desenvolvimento de pessoal para o setor saúde, dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde. Em Goiás, atribuiu-se a CIES a maior parte da solução dos problemas elencados, a saber: Definir como responsabilidade técnica da CIES Regional, o monitoramento e avaliação da EPS nas regiões; Fortalecer a CIES Regional, enquanto instância de assessoramento em assuntos referentes à EPS, como apoio às decisões das CIRs; Fortalecer a CIES Estadual como apoio CIB, enquanto instância de assessoria nas discussões relacionadas à EPS; Efetivar o planejamento estratégico da EPS com ações desenvolvidas não apenas pelo Estado, mas também pelas Regiões e Municípios; Descentralizar os recursos da EPS para os municípios de acordo com o respectivo planejamento e orçamento correspondente; Monitorar e avaliar o impacto das ações realizadas; Estabelecer percentuais de recursos para atender as especificidades regionais; Estabelecer que a CIES seja condutora das ações da EPS; Efetivar a participação das instituições formadoras nas CIEs; Celebrar o COAPES fortalecendo a integração ensino-serviço.

O que se observa é que se atribui a CIES a maior parte da solução dos problemas elencados. No entanto, as transformações na formação do trabalhador do SUS e dos serviços

de saúde, indicadas na PNEPS só serão possíveis a partir da construção política compartilhada entre todos os atores do quadrilátero de formação e especialmente do compromisso de todas as demais instâncias gestoras.

Faz-se necessárias novas formas de pensamento, atuação na gestão dos projetos a fim de potencializar o processo de formação. Ainda há um longo caminho para se percorrer para que supere a divisão técnica e social, a divisão entre a prática e conhecimento científico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou a implementação e o desenvolvimento da PNEPS, em Goiás, analisando sua organização como prática de ensino-aprendizagem e como se dá a estratégia de gestão da educação para o desenvolvimento do trabalho.

A proposta de EP traz consigo a importância do processo educativo no trabalho para a sua transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde.

A construção de conhecimentos, na EPS, propõe que o processo educativo adote a problematização da prática contextualizando a formação do trabalho em saúde, sendo um dos seus princípios a aprendizagem significativa. A utilização dos problemas permite explorar a prática cotidiana como estratégia de mudança individual e coletiva, conduzindo o sujeito a pensar em solução do problema e tomar decisões que deverão estar fundamentadas na aplicação de conhecimentos.

A política proposta pelo MS expõe uma contraposição ao conceito de educação continuada por apresentar um processo educativo verticalizado, se resumindo a técnicas de trabalho isoladas a grupos específicos de profissionais. Dessa forma, o procedimento de transmissão de informações era insuficiente para o enfrentamento dos problemas da realidade do serviço e desvinculada das necessidades de saúde voltada a profissões hegemônicas. A instituição da EPS esta direcionada aos trabalhadores da saúde habilitados e inova ao trazer uma nova proposta de transformações das práticas de saúde no sentido da integralidade, indo além da formação e da integração ensino-serviço.

A EPS é um conceito polissêmico que muitas vezes significa coisas distintas, mas que neste estudo se referem às práticas educativas para melhoria e transformação do trabalho. Observamos nessa trajetória que os conceitos da Educação Permanente em Saúde como prática de ensino-aprendizagem e como estratégia de gestão da educação para o desenvolvimento do trabalho, tende a ser usados de maneira confusos e às vezes oportunistas, inclusive pelas instituições de ensino. Como por exemplo, o que acontece entre os conceitos de educação continuada e educação permanente. As confusões aparecem registradas, nos documentos pesquisados, às vezes os conceitos estão utilizados como sinônimos e em outro momento há uma descriminalização a Educação Continuada. Na análise realizada vimos à necessidade compreender a diferenciação dos conceitos, pois são pontos de vistas diferentes na formação em saúde. Constata-se a necessidade de articulação entre as estratégias de

educação permanente e educação continuada de modo a potencializar a sua abordagem político-pedagógica quanto à qualificação profissional.

O estudo expõe que as ações de EPS ainda se expressam mais em formato de educação continuada e no modelo tradicional de ensino, ao invés de se apoiarem em uma aprendizagem significativa e problematizadora conforme traz a PNEPS.

As duas versões das Portarias (198/2004 e 1.996/2007) estão alicerçadas na Constituição de 1988 e definem em termos pedagógicos, que a concepção de educação permanente seria a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A primeira versão trouxe o PEPS como dispositivo de participação democrática do espaço de decisão às necessidades e aos interesses dos diversos atores sociais. Na segunda versão esse papel foi atribuído à CIES como instâncias interinstitucionais e regionais para a co-gestão da PNEPS.

A Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) se destaca por sua importância na articulação da elaboração das políticas educativas, contudo a atuação da CIES ainda é incipiente no Estado. Dentre as regiões de saúde, 88% ainda não instituíram a CIES Regional por dificuldades na estruturação de sua composição. A gestão da PNEPS é uma das principais dificuldades de condução da Política nas regiões de saúde. A começar pela alta rotatividade dos gestores municipais, seguindo a falta de compreensão da complexidade do processo de implementação da Política e sua importância para a gestão e formação/capacitação dos trabalhadores da saúde. Além disso, falta o reconhecimento da CIES como espaço de negociação e pactuação, na implementação da PNEPS, contribuindo para o desenvolvimento da gestão do trabalho e da educação dos trabalhadores do SUS. Nesse aspecto, o estudo apontou que CIES, ainda, não conseguiu se efetivar como instâncias interinstitucionais e regionais para a co-gestão as PNEPS, orientando as regiões com a elaboração de projetos de mudança na formação.

No passado, o relacionamento da CIES com as instancias gestoras (CIR, COSEMS e CIB), apontaram situações de distanciamento e desvalorização por desconhecer o papel da CIES, de indutoras de mudanças na gestão do trabalho e da educação na saúde. A relação tornou-se positiva, a partir do final de 2017, onde o consenso e o dialogo prevalecem, assim como a construção coletiva e as pactuações em fluxo: CIR, CIES, COSEMS e CIB, fortalecendo as decisões em prol da educação em saúde.

A pesquisa aponta que principal produto do processo de planejamento das ações educativas de saúde regionalizadas de EPS deve ser o PAREPS, que é o instrumento de gestão elaborado em todas as regiões de saúde, definidas no Plano Estadual de Regionalização em

coerência com as diretrizes do SUS. Porém, na leitura da construção e no desenvolvimento dos PAREPS identificamos o precário registro dessas ações, reforçando uma fragilidade, evidenciada pelo predomínio das capacitações isoladas e na maioria de curta duração, configurando uma estratégia educacional tradicional no atendimento às demandas das ações e programas de saúde. Nos resultados dos PAREPS verificou-se que persiste a organização capacitações pontuais, contrariando as diretrizes propostas pela PNEPS.

A proposta de problematização como imprescindível, da prática contextualizando a formação do trabalho em saúde, sendo um dos seus princípios a aprendizagem significativa, pode ser viável se for sustentada por pactos entre os trabalhadores e gestores, capazes de se afastar da resignação, da acomodação, da rotina profissional.

A análise mostrou que implementação da PNEPS ainda precisa ser fortalecida entre a rede de escolas do SUS. Embora a Escola tenha se empoderado e ganhado mais autonomia na realização e gestão de ações de EPS, formado equipes de facilitadores de EPS e com boa experiência em processos de EPS, isso não foi o suficiente para a consolidação da EPS, no Estado. O MS atribuiu as ETSUS protagonismo na condução da PNEPS, assim como a participação na gestão nos processos de mudança de formação do trabalhador de saúde. No entanto, a operacionalização da PNEPS. O que se constatou nesta pesquisa, foi à inexistência de processos que visam desenvolvimento do trabalho com mudança nas práticas, baseada nos modelos pedagógicos construtivistas e mobilizadores da ação dos sujeitos envolvidos. Percebe-se o desencontro com a essência do processo da aprendizagem significativa vinculadas aos processos de ensino-aprendizagem que facilitam o desenvolvimento de competência, circulem informações à capacidade de os trabalhadores promoverem a transformação, pois prevalece a educação tradicional.

O Ministério da Saúde adota uma Política de formação para “articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde”. (BRASIL, 2009 p.20). Nesse conceito, o MS abre possibilidade de rever o modelo, hospitalocêntrico e adota o modelo do trabalho em equipe, da atenção integral, possibilitando os trabalhadores exercerem a profissão em uma relação democrática, mais humanizada, com os usuários dos serviços de saúde. As diretrizes da PNEPS propõe a integração ensino-serviço e da transformação dos próprios serviços de saúde em espaços pedagógicos ou de formação.

Apesar das potencialidades da PNEPS, entendemos que sua implementação, ainda tem uma longa jornada para percorrer. Nosso desafio é acreditar que os processos de educação permanente, possam edificar práticas de cuidado, de gestão e de formação mais

comprometidas com a qualidade e defesa da vida, com o compromisso social e com o fortalecimento da cidadania, mais valorizando o trabalhador de saúde. Como cuidar de uma vida, prestar assistência com qualidade se não existe condições para se ter uma qualidade de vida no trabalho?

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALBUQUERQUE, V.S.; GOMES, A.P.; REZENDE, C.H.A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O.V.; LUGARINHO, R. M. **A integração ensino serviço no contexto dos processos de mudanças na formação superior dos profissionais de saúde.** Ver. Bras. Educ. Med. v.32. n 3. P 356 a 362. 2008.

BÁRCIA, M. F. **Educação permanente no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1982.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** SP: Edições 70, 1979.

BERBEL, N. A. N. **A Problematização baseada em problemas: são diferentes problemas ou diferentes caminhos?** Interfaces Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, n. 2. p. 139-154, 1998

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações.** Londrina: ed. UEL, 1999.

BRASIL.Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde.** Brasília-DF, 1986.53p.

\_\_\_\_\_.**Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Diário Oficial da União - Seção 1 - 20/9/1990, Página 18055 (Publicação Original).

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **A Questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992).** Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_.**Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Brasília: DF. 1996b. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm) //> Acesso em: 23/04/17.

\_\_\_\_\_. **Princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica - NOB/RH-SUS,** de 27 de fevereiro de 2002. 4.<sup>a</sup> versão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde: promovendo a educação profissional.** Brasília: Profae. 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.32, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. **Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Polos de Educação Permanente em Saúde**. Aprovada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em Brasília em 18 de setembro 2003. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília. 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: orientação para o curso**. Brasília. 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Brasília. 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado**. Brasília. 2005d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – Integradora**. Brasília. 2005e.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União 23 fev. 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 1.996 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, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Série Pactos pela Saúde: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, MS, 2009, vol. 9.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção Para entender a gestão do SUS, vol. 9. Brasília: CONASS, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de junho de 2011**. Brasília-DF, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.200 de 14 de setembro de 2011. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF. 2011c

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde**. 1ª versão. Brasília, MS, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. DF. 2012b. p.110. (Série E. Legislação em Saúde). 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/SGEP. Caderno de Diretrizes Objetivo, Metas e Indicadores 2013 – 2015. Brasília, DF. 2013.

CAMPOS, F. E. de; PIERANTONI, C. R.; VIANA, A. L. d'Á.; FARIA, R. M. B.; HADDAD, A. E.. **Os Desafios atuais para a Educação Permanente no SUS**. In: Cadernos RH Saúde Vol. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 41-54. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3303.pdf>

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

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

CAMPOS, G.W. de S. **Saúde Paidéia**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CASTRO, J. L. **Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil**. 1 ed. Natal: Observatório RH –NESC UFRN; Ministério da Saúde; OPAS/OMS, 2008. 267p.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. **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, n.1, p.41-65, 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **Mudança na graduação das profissões**. Cad. saúde pública, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004b.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. Ciênc. saúde coletiva, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface - Comunic, Saúde, Educ., v.9, n.16, CARVALHO,.161-77. Setembro/Fevereiro, 2005b.

\_\_\_\_\_. **O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação**. Interface Comunic. Saúde Educ. 9 (16):161-77,set.2004/fev.2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. **Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para outra educação dos profissionais de saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 165-184.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Revista Trabalho Educação Saúde, v. 6 n° 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009. Disponível em:< <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r219.pdf>> Acesso em: 18 abril 2018.

CECÍLIO, L. C. de O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de (Orgs.). Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2001.

CHAUÍ, M.. **A Universidade Pública sob nova perspectiva**. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, n. 24, p. 5-15, set./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a02.pdf>> Acesso em: 20/07/ 2017.

CHIZZOTTI, A.. **Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo, SP. Cortez Editora. 1991.

COLLET, H. G.. **Educação permanente: uma abordagem metodológica**. Rio de Janeiro: SESC, 1976.

CUNHA, C. A. A herança modernizadora de Pedro Ludovico e a memória de seu grupo político. In: Chaul, N. F.; Duarte, L. S. (orgs.). História Política de Goiás. Goiânia. 2009.

CUNHA, M. V. da. **A antinomia do pensamento pedagógico: o delicado equilíbrio entre indivíduo e sociedade**. Revista da Faculdade de Educação, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 189-204, jul. /dez.1993.

CURY, C. J. **Educação e Contradição**. São Paulo: Cortez, 2000.

DEWEY, J.. Experiência e educação. Tradução Anísio Teixeira. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1976.

DEWEY, John. A escola e a sociedade e a criança e o currículo. Tradução Paulo Faria, Maria João Alvarez e Isabel Sá. Lisboa: Relógio D'água, 2002.

\_\_\_\_\_. Democracia e educação: capítulos essenciais. Apresentação e comentários Marcus Vinicius da Cunha. Tradução Roberto Cavallari Filho. São Paulo: Ática, 2007.

FAURE, E. **Aprender a ser**. 2ª ed. Lisboa, Livraria Bertrand, 1977, 457 p.

FREIRE, P.. **Pedagogia do Oprimido**. 28 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. (Col. O (Mundo, Hoje). V. 21. 184 p.

\_\_\_\_\_. **Conscientização e libertação: uma conversa com Paulo Freire**. In: Ação Cultural para a Liberdade: e outros escritos. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. Arquivo PDF. Disponível em: [http://comunidades.mda.gov.br/portal/saf/arquivos/view/ater/livros/A%3%A7%C3%A3o\\_Cultural\\_para\\_a\\_Liberdade.pdf](http://comunidades.mda.gov.br/portal/saf/arquivos/view/ater/livros/A%3%A7%C3%A3o_Cultural_para_a_Liberdade.pdf). Acesso em: 02 de julho de 2013.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 33 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FULLAT, O.. **A Educação Permanente.** Tradução de José Francisco Ribeiro e Irineu Garcia. 150 p. Rio de Janeiro: Ed. Salvat Editora do Brasil, 1979.

FURTER, P.. (Tradução: Teresa de Araújo Penna) **A Educação Permanente na perspectiva do desenvolvimento cultural.** In: Educação Permanente e desenvolvimento cultura. Petrópolis: Vozes, 1974. p. 111 – 159.

GADOTTI, M. **A educação contra a educação: o esquecimento da educação e a educação permanente.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GOIÁS. Governo do Estado de Goiás. Gabinete Civil da Governadoria. Superintendência de Legislação. **Decreto no 5.647, de 27 de agosto de 2002.** Dispõe sobre a criação do Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás e dá outras providências. < Disponível em: [http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina\\_decretos.php?id=1394](http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_decretos.php?id=1394) > Acesso em: 21/06/2017.

\_\_\_\_\_. Gabinete Civil da Governadoria. Superintendência de Legislação. **Lei nº 15.260, de 15 de julho de 2005.** Cria a Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago - ESAP/GO, o Fundo Especial de sua manutenção e o cargo comissionado que menciona, introduz alterações no Anexo XVII da Lei Delegada nº 08, de 15 de outubro de 2003, e dá outras providências.< Disponível em: [http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/leis\\_ordinarias/2005/lei\\_15260.htm](http://www.gabinetecivil.goias.gov.br/leis_ordinarias/2005/lei_15260.htm) > Acesso em: 21/06/2017.

\_\_\_\_\_. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás (CIB-GO). **Resolução nº 014, de 26 de março de 2004.** Aprova a instalação de 03 (três) Polos de Educação Permanente em Saúde nas Macrorregionais: Meio Norte Goiano, Entorno Norte e Pirineus no Estado de Goiás. Goiânia. GO

\_\_\_\_\_. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás (CIB-GO). **Resolução nº 007, de 02 de março de 2006.** Aprova a instalação de 02 (dois) Polos de Educação Permanente em Saúde nas Macrorregionais Oeste e Sudoeste no Estado de Goiás. Goiânia. GO

\_\_\_\_\_. Gabinete Civil da Governadoria. Superintendência de Legislação. **Decreto Estadual nº 6.711 de 14 de janeiro de 2008.** Dispõe sobre a reorganização administrativa da Secretaria de Estado da Fazenda (SEFAZ), desativando a ESAP com todas as suas respectivas gerências.

\_\_\_\_\_. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás (CIB-GO). **Resolução nº 137, de 19 de novembro de 2009.** Aprova a criação de 05 (cinco) CIES Macrorregionais no Estado de Goiás. Goiânia. GO.

\_\_\_\_\_. Gabinete Civil da Governadoria. Superintendência de Legislação. **Lei Estadual nº 17.257 de 25 de janeiro de 2011.** Dispõe sobre a organização administrativa do Poder Executivo, iniciando outra reforma administrativa que cria a Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SEST/SUS) da Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO).

\_\_\_\_\_. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás (CIB-GO). **Resolução nº 075, de 22 de março de 2012.** Institui a Comissão Estadual Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES-Estadual) no Estado de Goiás. Goiânia. GO.

\_\_\_\_\_. Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás (CIB-GO). **Resolução nº 324, de 10 de setembro de 2012.** Aprova a constituição das 17 CIES Regionais, ao mesmo tempo em que extingue as 5 (cinco) CIES Macrorregionais, no Estado de Goiás. Goiânia. GO.

\_\_\_\_\_. Escola Estadual de Saúde Pública “Cândido Santiago”. Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás. CEP-SAÚDE. **Projeto Político Pedagógico.** Versão 2013. Goiânia. GO.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas S/A, 2002.

GOMES, A. et alii. A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da arca perdida. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 1, n. 32, p. 105-111, 2008.

HADDAD, J. et al. **Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en America Latina.** Educacion Médica y Salud, v. 24, n.2, p. 136 - 204, abr/jun 1990.

LIMA, J. C.F.. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem.** Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós- Graduação em Educação Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. **Educação Profissional em Saúde.** 2016. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

LIMA, J. C. F. ; VIEIRA, M. ; WERMELINGER, M. . **A formação do auxiliar e do técnico em enfermagem: a ´era SUS´.** Divulgação em Saúde para Debate , v. 56, p. 36-51, 2016

MARTINS, L. M.. **Da formação humana em Marx à crítica da pedagogia das competências.** In: Duarte, N. (Org.) Crítica ao fetichismo da individualidade. Campinas – SP: Autores Associados, 2004.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos (Terceiro manuscrito).** In: Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978, p. 3-48.

\_\_\_\_\_. **O Capital: crítica da economia política.** Trad. de R. Barbosa e F. R.Kothe. – 3. ed. – São Paulo: Nova Cultural, 1988. (Os economistas). Cap. I, V e XIII.

MELO.J.B.M. **Escola Técnica do Sistema Único de Saúde: Percalços, Desafios e Perspectivas.** 2014. 114f. Dissertação de Mestrado. Núcleo de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás – Goiânia

MERHY, E.E. **Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E; FRANCO; T.B. **Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MERHY, E.E.; FEUERWEKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. **Educación permanente em salud una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud.** Salud colect. La Plata, v.2, n.2, p.147-160, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 14ª edição, 2014.

MOREIRA, Marco Antônio. Teorias de aprendizagem São Paulo: EPU, 1999.

Disponível em: <  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3369246/mod\\_resource/content/1/Capitulo%2010%20-%20A%20teoria%20da%20aprendizagem%20significativa%20de%20Ausubel%20-%20Teorias%20de%20Aprendizagem%20-%20Moreira%2C%20M.%20A.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3369246/mod_resource/content/1/Capitulo%2010%20-%20A%20teoria%20da%20aprendizagem%20significativa%20de%20Ausubel%20-%20Teorias%20de%20Aprendizagem%20-%20Moreira%2C%20M.%20A.pdf) /\_> Acesso em:  
 18/10/18

NETTO, P. J.; BRAZ, M.. **Economia política: uma introdução crítica.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **Continuando la educación de los trabajadores de salud: principio e guias para el desarrollo de um sistema.** Genebra; 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2006: Trabalhando juntos pela saúde.** Disponível em:  
 <[http://www.who.int/whr/2006/06\\_overview\\_pr.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf?ua=1)>.

RAMOS, M. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ 2010. 290 p.

SANTOS I. **Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (ETSUS).** Formação. 2002. p. 87-95.

SILVA, M. J. P.et al. **Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem.** Rio de Janeiro: Marques – Saraiva, 1989.

SMAHA, I. N.; CARLOTO, C. M. **Educação permanente: da pedagogia para a saúde.** VII Seminário do Trabalho: trabalho, educação e sociabilidade, p. 24-28, 2010.

SÓRIO, R.E. da R. **Inovações no campo da gestão de projetos sociais: uma reflexão `luz da experiência do PROFAE.** In: CASTRO, J.L. de. PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania (org). Brasília. Brasil. 2002.

UNESCO. **O L'école et éducation permanente: quatre études.** Paris, UNESCO, 1972.

\_\_\_\_\_. **Informe final de la reunión de expertos sobre el contenido de la educación permanente.** In: Revista de Ciências de la Educación. Madrid, nº 86, abril/ junio de 1976, p. 237 - 248.

Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). **Avaliação institucional do PROFAE e definição de parâmetros para o estabelecimento de sistemas de acompanhamento do mercado de trabalho em saúde, especialmente em enfermagem.** Campinas. SP. 2004.

VÁZQUEZ, Adolfo Sanchez. **Filosofia da práxis.** 2 ed. Tradução de Luiz F. Cardoso. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da Práxis.** Tradução de Maria Encarnación Moya Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociales - CLACSO, 2007

VIEIRA, M. DURÃO, A.V.R. BARRETO, C.M. G. CARVALHO V.F. **Análise Política de Educação em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde.** Rio de Janeiro, 2006.

VYGOTSKY, L.S. **A formação social da mente.** 2º ed. brasileira. São Paulo, Martins Fontes. 1988.

## ANEXOS

## ANEXO A – Documentos Analisados na Pesquisa

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>
<b>Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO</b>	Relatório Anual de Gestão - RAG	2004 - 2017
<b>SEST/SUS/ESAP/CEP-SAÚDE</b>	Registros sobre a Implantação da PNEPS e a criação dos Polos de Educação Permanente	2006
<b>CIB/GO</b>	Atas das Reuniões CIB/GO relacionadas as aprovações da criação dos PEPS	2006
<b>SEST/SUS/ESAP/CEP-SAÚDE</b>	Registros sobre a Implantação da PNEPS e a criação dos Polos de Educação Permanente	2006
<b>CIES Estadual</b>	Implementação da PNEPS	2007
<b>CIB/GO</b>	Resolução nº 137/CIB (Criação das 5 macro CIES)	2009
<b>SES/GO</b>	I Encontro sobre a PNEPS com Gestores do Estado de Goiás	2009
<b>CIB/GO</b>	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) das 5 (cinco) CIES Macrorregionais	2011
<b>SEST/SUS/ESAP/ CIES Estadual</b>	I Seminário Estadual de Educação Permanente, em Saúde.	2011
<b>CIB/GO</b>	Resolução nº. 075/CIB	2012

	(Institui a CIES Estadual)	
<b>CIES Estadual</b>	Histórico da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço - CIES em Goiás	2012
<b>CIB/GO</b>	Resolução nº 324 – CIB (Cria as 17 CIES Regionais)	2012
<b>SEST/SUS/ESAP/ CIES Estadual</b>	II Seminário Estadual de Educação Permanente, em Saúde,	2012
<b>CIES Estadual</b>	I Colóquio - Avanços e Desafios da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço em Goiás	2013
<b>SEST/SUS/ESAP/CEP-SAÚDE</b>	Projeto Político Pedagógico	2013
<b>SEST/SUS/ESAP/ CEP-SAÚDE</b>	Projeto Político Pedagógico	2015
<b>SEST/SUS/ESAP/CEP-SAÚDE</b>	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS)	2013-2015
<b>SEST/SUS/ESAP/CEP-SAÚDE</b>	Plano de Ações Educacionais da SES (PAS – GO)	2013-2015
<b>CIES Estadual</b>	Registros de 105 Atas de Reuniões Ordinárias Mensais e Extraordinárias da CIES Estadual	2013-2015
<b>CIR</b>	Resoluções de aprovação de ações educativas e de instituição e constituição da CIES Regional	2013 - 2015

<b>CIES Estadual</b>	14 (quatorze) PAREPS das Regiões de Saúde: Rio Vermelho; Central; Centro Sul; Norte; Entorno Sul; Nordeste I; Oeste II; Pirineus; São Patrício I; Sudoeste I; Sudoeste II; Serra da Mesa; Entorno Norte;	2015
<b>CIES Estadual</b>	Planilha do Consolidado das Ações Educativas demandadas pelos 14 (quatorze) PAREPS	2015
<b>CIES Estadual</b>	Relatório sobre as prioridades da CIES Estadual e Regionais	2015
<b>CIES Estadual</b>	Balço das Ações Educacionais realizados pela Escola	2015-2016
<b>CIB</b>	Relatório do Grupo Técnico de Educação Permanente em Saúde da CIB em relação aos PAREPS	2016

**Fonte: SEST/SUS/ESAP/ CEP-SAÚDE - CIES Estadual – CIR -**

## ANEXO B - Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2003-2004

ANO	RESOLUÇÃO	ASSUNTO
2003	Nº 075/2003	Aprovar <i>AD REFERENDUM</i> proposta de adesão do Piso Permanente em Saúde da Macro Região de Goiânia, à proposta de estruturação dos PEPS do Ministério da Saúde.
	Nº 077/2003	Aprovar <i>AD REFERENDUM</i> , o encaminhamento ao Ministério da Saúde/ Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, dos Projetos de Estruturação do PEPS para o Médio Norte Goiano e da Instituição do Fórum Estadual de EPS para o SUS em Goiás, para análise e financiamento.
	Nº 038/2004	Aprovar em sua reunião, a proposta de Formação, Qualificação e Habilitação de Agentes Comunitários de Saúde.
	Nº 043/2004	Aprovar por pactuação proposta de adesão dos projetos a serem implementados pelo PEPS no Meio Norte Goiano, no montante da ordem de R\$ 333.994,00.
	Nº 071/2004	Aprovar por pactuação em sua reunião ordinária, proposta de criação PEPS da Região Entorno Norte.
	Nº 082/2004	Aprovar por pactuação em sua reunião ordinária, os Projetos de Estruturação do PEPS para o Estado de Goiás, num montante da ordem de R\$ 1.223.338,00.
	Nº 083/2004	Aprovar por pactuação em sua reunião ordinária, o Projeto de Infra – Estrutura da Secretaria do PEPS para o Estado de Goiás, num montante da ordem de R\$ 83.928,00.

Fonte: Secretaria Executiva da CIB/GO

### ANEXO C - Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2005 – 2007

ANO	RESOLUÇÃO	ASSUNTO
2005	Nº 003/2005	Aprovar por pactuação do Subprojeto de Habilitação Profissional do Técnico de Agente Comunitário de Saúde – Modulo I.
	Nº 043/2005	Aprovar por pactuação Projetos de Implementação dos PEPS
2006	Nº 007/2006	Aprovar por pactuação em sua reunião ordinária, Projetos de Implementação dos PEPS das seguintes regiões: Entorno Norte, Pirineus, Oeste, Meio Norte Goiano, Sudoeste do Estado de Goiás.
	Nº 049/2006	Aprovar por pactuação em sua reunião ordinária, Projetos de Implementação dos PEPS das seguintes regiões: Norte Goiano, Entorno Norte, Estrada de Ferro e Oeste.
2007	Nº 039/2007	Aprovar por pactuação em sua reunião ordinária, o Programa de Educação Permanente para Gestão de Sistemas Locais e Estratégia de Saúde da Família no Estado.
	Nº 099/2007	Aprovar por pactuação a proposta da PNEPS no Estado de Goiás..

Fonte: Secretaria Executiva da CIB/GO

### ANEXO D - Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2008

ANO	RESOLUÇÃO	ASSUNTO
2008	Nº 008/2008	Aprovar o Projeto de Capacitação de Conselheiros de Saúde, apresentado pelo Conselho Estado de Saúde, que elaborou, analisou, avaliou e conseqüentemente aprovou naquele colegiado.
	Nº 045/2008	Aprovar por pactuação a proposta de execução de 04 projetos contemplados com recurso financeiro da Portaria nº 1.996 de 20/08/07 para implantação de Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
	Nº 134/2008	Aprovar AD REFERENDUM proposta da Política de Educação Permanente em Saúde do Estado de Goiás/2008..

Fonte: Secretaria Executiva da CIB/GO

**ANEXO E - Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2009 – 2010**

<b>ANO</b>	<b>RESOLUÇÃO</b>	<b>ASSUNTO</b>
<b>2009</b>	N°137/2009	A criação de 05 (cinco) CIES Macrorregionais de Saúde e um Fórum Estadual de Educação Permanente em Saúde, proposto pela Gerência de Educação em Saúde Pública GESAP/SES-GO; O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde para recursos de 2009 da Portaria 1996/GM.
	N°057/2010	Aprova a execução do 4º lote de turmas do Módulo I do curso de Habilitação Técnica do Agente Comunitário de Saúde – ACS.
	N° 183/2010	Aprovar em Reunião Ordinária, o desenvolvimento de 05 turmas do Curso Auxiliar em Saúde Bucal e 01 turma do Curso Técnico em Saúde Bucal, proposto pela Gerência de Educação em Saúde Pública – GESAP/SES-GO.
	N° 184/2010	Aprovar em Reunião Ordinária, o desenvolvimento de 36 turmas do Curso de Qualificação do Agente Comunitário de Saúde, proposto pela Gerência de Educação em Saúde Pública GESAP/SES-GO.

**Fonte: Secretaria Executiva da CIB/GO**

**ANEXO F - Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2011 – 2012**

<b>ANO</b>	<b>RESOLUÇÃO</b>	<b>ASSUNTO</b>
<b>2011</b>	Nº 066/2011	Aprovar em Reunião Ordinária, de 19 de maio de 2011, o desenvolvimento de 05 (cinco) turmas do Curso de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e 10 (dez) turmas do Curso de Atualização para Técnico em Saúde Bucal (TSB), proposto pela SEST-SUS/GESAP/CEP-SAÚDE.
	Nº 140/2011	Aprova a realização dos Cursos: Capacitação em Saúde do Idoso para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família, Auxiliar e Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Técnico em Vigilância em Saúde (TVS).
<b>2012</b>	Nº 075/2012	Aprova a constituição da Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço do Estado de Goiás / CIES ESTADUAL.
	Nº 324/2012	Aprova a Constituição da Comissão Permanente de Integração Ensino CIES nas 17 regionais de saúde.
	Nº 409/2012	Aprova a licitação do Curso de Técnico em Prótese Dentária, para atender a Portaria GM/MS nº 2010 de 14/09/2012.

**Fonte: Secretaria Executiva da CIB/GO**

**ANEXO G - Resoluções da Comissão Intergestores Bipartide – 2014 e 2016**

<b>ANO</b>	<b>RESOLUÇÃO</b>	<b>ASSUNTO</b>
<b>2014</b>	Nº 019/2014	Aprova o Curso de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) como uma das estratégias da Política Nacional de Atenção Básica.
	Nº 020/2014	Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, referente ao período de 2014 a 2015.
	Nº 170/2014	Aprovar e pactuar recurso da Educação Permanente para execução do Curso de Qualificação em Atenção a Pessoa Idosa.
<b>2016</b>	Nº 081/2016	Aprova os Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde - PAREPS - 2016 a 2019 e consolidado das necessidades de cursos.
	Nº 118/2016	Aprova o Curso de capacitação do processo de trabalho de agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combates as endemias
	Nº 143/2016	Aprova a realização do Curso de Atualização em Saúde Bucal na Atenção Básica (somente para odontólogos)
<b>2017</b>	Nº 132/2017	Aprova a realização do Projeto Itinerários do Saber, para a execução do eixo temático - Saúde Mental Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) na modalidade presencial e do Curso de Atualização em Saúde Mental, na modalidade de EAD – CASMAD.

**Fonte: Secretaria Executiva da CIB/GO**

**QUADRO – 1 AÇÕES EDUCATIVAS REALIZADAS NO INTERVALO DA PESQUISA**

<b>ANO</b>	<b>CURSO</b>	<b>APTOS/ APROVADOS</b>
<b>2005</b>	Curso de Auxiliar de Enfermagem	4.380
<b>2006-2013</b>	Capacitação para Cuidador de Idosos	283
<b>2007</b>	Capacitação para Cuidador de Crianças	10
<b>2008</b>	Complementação de Auxiliar para Técnico em Enfermagem	88
<b>2008</b>	Curso de Técnico em Enfermagem	741
<b>2010</b>	Técnico em Higiene Dental	262
<b>2015</b>	Atendente/Auxiliar de Consultório Dentário	477
<b>2007-2015</b>	Capacitação Pedagógica para instrutores/supervisores	1.205
<b>2007-2018</b>	Qualificação do Agente Comunitário de Saúde – ACS	7.517
<b>2009-2018</b>	Curso Introdutório para ACS/ACE	602
<b>TOTAL DE ALUNOS FORMADOS</b>		<b>15.565</b>

## DEMANDAS PAREPS 2016

QUANTIDADE DE CURSOS	CURSO 1	CURSO 2	CURSO 3	CURSO 4	CURSO 5	CURSO 6	CURSO 7	CURSO 8	CURSO 9	CURSO 10	CURSO 11	CURSO 12	CURSO 13	CURSO 14	CURSO 15	CURSO 16	CURSO 17	CURSO 18	CURSO 19	
<b>NOME DO CURSO</b>	Curso ATLS - Atendimento Avançado em Trauma e ACLS - Suporte Cardiovascular Avançado.	Capacitação para Política do HUMANIZASUS	Capacitação para Equipes de Saúde Bucal em Atenção Integral à Saúde.	Curso para Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS.	Capacitação para operacionalização e otimização da Rede Cegonha	Curso de atenção integral às Condições Crônicas.	PMAQ	PSE (incluindo inserção de ações executadas no e-SUS.)	Curso de aperfeiçoamento das notificações e acompanhamento dos casos notificáveis.	Implementação de ações em Educação Permanente	Capacitação Pedagógica de Multiplicadores	Curso de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.	Curso de Qualificação do Processo de Trabalho dos Profissionais de Saúde da Atenção Básica, com vistas à Clínica Ampliada, (Gestão da Clínica)	Curso de Formação em Gestão para os Sistemas de Informação em Saúde, (SIPNI, SINAN, SIM, SINASC, SISPRENATAL, SISCAN).	Curso de atualização no processo de trabalho dos Agentes de Saúde, Comunitários e de Combate às Endemias.	Capacitação para elaboração de protocolos visando a identificação do perfil de encaminhamento para especialidades	Capacitação para os profissionais médicos em manejo clínico da dengue	Capacitação em saúde mental, álcool e outras drogas.	Oficina de trabalhos sobre problemas relacionados à falta de comprometimento e adesão ao SUS.	
<b>OBJETIVO GERAL</b>	ATLS - Capacitar os médicos que atuam nos serviços de emergência, com objetivo de padronizar o atendimento ao paciente traumatizado; ACLS - Capacitar e coordenar as equipes multidisciplinares da urgência e emergência / SAMU, para um ótimo tratamento cardíaco.	Sensibilizar os trabalhadores das Unidades de Saúde da importância da redução de filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso, e atendimento acolhedor e resolutor; Propor e ensinar como construir, monitorar e avaliar um plano terapêutico, acompanhamento e cuidados em geral, bem como matriciamento, Clínica Ampliada, adequação de ambiência, etc; Implantação de Classificação de risco, mediante adesão do Estado, com a paciente, software Manchester e equipamentos (To life).	Capacitar os trabalhadores em Saúde Bucal das regiões solicitantes.	Qualificar os profissionais que atuam nas áreas de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, incorporando os saberes e adequando-se às atuais necessidades da gestão do SUS. Entender o funcionamento das redes de atenção à saúde.	Certificar os trabalhadores sobre a importância dos gestantes, acompanhamento no pré-natal, de baixo e alto risco, parto normal e puerpério. Aumentar a utilização do teste de Sílilis precoce e tratamento. Evitar internação materno e neo-natal precoce. Incentivar o parto normal.	Sensibilizar os trabalhadores sobre a importância do acompanhamento da saúde do homem e orientar - os quanto as formas de trabalho, com os mesmos. Orientar os trabalhadores quanto à forma correta de atendimento para fumantes. Reduzir o índice das internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária. Reduzir óbitos prematuros em menores de 70 anos por DCNT.	Capacitar os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde que aderiram ao PMAQ - monitorar e avaliar os indicadores sugeridos; elaborar matriz de intervenção com ações resolutivas e que influenciam assentivamente nos indicadores.	Capacitar e integrar os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde e Unidades Escolares participantes do Programa PSE, inclusive definindo o papel de cada segmento, bem como a agilização de ações realizadas no coletivo.	Notificar os casos de violência doméstica, sexual e outras violências. Notificar os casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho. Encerrar os casos de notificação compulsória imediata em tempo oportuno.	Definir as diretrizes e estratégias para implementação da política Nacional de Educação Permanente qualificando e capacitando os profissionais para o SUS.	Capacitar profissionais quanto ao processo de ensino-aprendizagem, bem como, conhecer e vencer a utilização dos métodos e técnicas de trabalho na pedagogia da problematização.	Garantir o acesso integral às ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população, para redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida das pessoas.	Formar profissionais para assistência integral.	Qualificar profissionais para monitoramento e avaliação dos sistemas de informação	Qualificar os agentes de saúde quanto ao processo de trabalho.	Garantir que os médicos da Atenção Básica compreendam o processo de Referência/Regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde	Capacitar 100% dos profissionais médicos do SUS	Capacitar os profissionais das unidades básicas em saúde mental	Orientar o usuário e os profissionais sobre o funcionamento do SUS	
<b>CARGA HORÁRIA</b>	ATLS - 60 horas, sendo 40 horas - EAD e 20 horas presenciais. ACLS - 60 horas, sendo 40 horas - EAD e 20 horas presenciais.	40 horas	40 horas	180 horas	40 horas	60 horas	40 horas	40 horas	40 horas	40 horas	40 horas	180 horas.	260 horas.	180 horas.	40 horas.	40 horas.	40 horas	20 horas	12 horas	
<b>MODALIDADE</b>	Semi presencial	Sempresencial, com apenas um encontro presencial.	Sempresencial	Presencial	Sempresencial	Sempresencial 16 horas Presenciais e 44 EAD	Presencial	Presencial	Sempresencial	Presencial	Presencial	Semi Presencial.	Semi presencial.	Presencial.	Presencial.	Presencial.	EAD	Semi- Presencial	Semi- Presencial	
<b>PÚBLICO ALVO</b>	240 trabalhadores (Médicos SAMU) e Equipe Multiprofissional da Urgência e Emergência).	350 trabalhadores (Equipe Multiprofissional da ESF, Recepcionista).	120 Cirurgiões Dentistas - Equipe de Saúde da Família e do CEO.	310 trabalhadores que atuam nas áreas de monitoramento, avaliação, regulação, auditoria, ouvidoria, gestão, planejamento e administração das Secretarias de Saúde (Urgência, ESF, emergência, etc).	424 trabalhadores da Atenção Primária e Hospitalar.	350 trabalhadores (Equipe multiprofissional da ESF)	90 Enfermeiras responsáveis pelas equipes da ESF;	120 trabalhadores de Saúde (Equipe Multiprofissional da ESF, Coordenadoras Pedagógicas das Unidades Escolares participantes e digitadores)	30 profissionais do núcleo de vigilância em saúde e CEREST	60 profissionais membros da CIES, Regionais e municípios	120 Trabalhadores do SUS com perfil para multiplicador, indicados pela SMS.	360 Técnicos e profissionais de saúde que atuam no setor de vigilância em saúde	60 Profissionais da Estratégia de Saúde da Família .	60 Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e Coordenadores dos serviços de saúde.	200 Agentes de Saúde, Comunitário e Combate às Endemias	30 (Médicos da Estratégia de Saúde da Família e Diretores de Serviços de Saúde).	30 Médicos SUS	60 Multiplicador, Coordenadores: ESF e da Vigilância Epidemiológica	População adscrita da unidade ESF, e os profissionais da unidade.	
<b>META</b>	Reduzir a permanência em unidades de terapia intensiva e da diminuição das sequelas incapacitantes, reduzindo despesas assistenciais e de custos sociais.	Aumentar o índice de satisfação tanto do usuário quanto dos trabalhadores de saúde de todas as Unidades de saúde.	Aumentar o número de atendimentos à criança na Estratégia de Saúde da Família, em pelo menos, 20% e melhorar o índice de atendimento infantil no CEO.	Efetivar o acesso dos usuários no Sistema Único de Saúde.	Aplicação do teste de Sílilis em 100% das gestantes. Aumentar em 10% a realização dos testes normais. Reduzir em 50% a mortalidade infantil. Realizar 7 consultas de pré-natal em 100% das gestantes	Efetivar o acesso dos usuários do SUS de sexo masculino nas ações e consultas fornecidas pela Estratégia de Saúde da Família; Reduzir o número de tabagistas nas de abrangência das ESF; Redução em 30% das internações hospitalares por causas sensíveis à Atenção Primária. Redução em 30% dos óbitos prematuros em menores de 70 anos por DCNT	Aumentar as médias finais após avaliação externa e melhorar em 30% os indicadores.	Tomar as ações integradas mais resolutivas.	Aumentar as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências em 10%. Realizar as notificações dos casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho em pelo menos 40 %, Encerrar os casos de notificação compulsória imediata em 80%.	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção pactuadas na CIR.	Resolutividade para orientador de EPS.	Qualificar 100% dos profissionais que atuam no setor de vigilância em saúde.	Reduzir em 10% as internações por condições sensíveis à atenção básica.	Manter 100% os Coordenadores dos serviços de saúde capacitados	Manter 100% dos agentes de saúde atualizados quanto às legislações vigentes	Capacitar 100% dos profissionais médicos da Estratégia de Saúde da Família.	Melhorar o atendimento e diminuir o índice de mortalidade por manejo clínico da dengue	Melhorar os indicadores da Saúde Mental em 20%.	População adscrita da unidade ESF, e os profissionais da unidade.	
<b>REGIÃO DE SAÚDE SOLICITANTE</b>	Sudoeste II, Sudoeste I, Nordeste I, Entorno Norte	Sudoeste II, São Patrício I, Sudoeste I, Nordeste I, Serra da Mesa, Entorno Norte, Entorno Sul	Sudoeste II, Central e Centro Sul	Sudoeste II, Sul, Sudoeste I, Pirineus, Nordeste I, Serra da Mesa, Entorno Norte	Sudoeste II, Sul, Nordeste I, Entorno Norte, Entorno Sul, Central, Centro Sul	Sudoeste II, Sul, Nordeste I, Entorno Norte, Entorno Sul, Central, Centro Sul	Sudoeste II, Entorno Norte	Sudoeste II, Entorno Norte	Sul, Pirineus, Entorno Sul	Sul, Pirineus	Sul, Pirineus	Sudoeste I, São Patrício I, Serra da Mesa	Sudoeste I, Oeste II, Pirineus, São Patrício I, Nordeste I, Serra da Mesa, Entorno Sul	Oeste II, Pirineus	Oeste II, São Patrício I	Oeste II	Oeste II	Serra da Mesa	Central, Centro Sul	Central, Centro Sul