

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DE PROJETOS APROVADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE¹

Monica Vieira²

Anna Violeta Durão³

Valéria Fernandes de Carvalho⁴

Carlos Maurício Guimarães Barreto⁵

INTRODUÇÃO

Este artigo⁶ apresentará uma análise da implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a partir do mapeamento dos projetos apresentados ao Ministério da Saúde (MS) e dos Pareceres Técnicos relativos aos projetos aprovados. Preliminarmente, trataremos das orientações dadas pelo MS para o encaminhamento da PNEPS, em seguida destacaremos a metodologia adotada e os critérios utilizados para a análise da política, apontando alguns resultados da pesquisa. Em um terceiro

¹ Agradecimentos: ao Ministério da Saúde (MS) e à Organização Panamericana de Saúde (OPS), que proporcionaram o desenvolvimento da pesquisa.

² Professora-pesquisadora do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS), da EPSJV/Fiocruz. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ, 2005). Contato: monicavi@epsjv.fiocruz.br.

³ Professora-pesquisadora do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS), da EPSJV/Fiocruz. Mestre em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF, 2001). Contato: violetadurao@epsjv.fiocruz.br.

⁴ Professora-pesquisadora do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS), da EPSJV/Fiocruz. Mestre em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF, 2006). Contato: valcarvalho@epsjv.fiocruz.br.

⁵ Professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (LABORAT), da EPSJV/Fiocruz. Graduado em Psicologia, pela UERJ (1985), especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz, 1988). Contato: cmau@epsjv.fiocruz.br.

⁶ Essa pesquisa foi realizada pelo Observatório dos Técnicos em Saúde do Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da EPSJV, no âmbito do Plano Diretor da Rede observatório de Recursos Humanos em Saúde.

momento, buscaremos analisar os dados encontrados à luz das discussões teóricas que os resultados apontam. Sobrelevam-se o imbricamento entre o modelo de competência e a política, as instituições responsáveis pelo encaminhamento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) e os limites e as possibilidades da estratégia de saúde da família. Por fim, sublinharemos os principais resultados da pesquisa, buscando contribuir para o aprofundamento da temática.

O conceito de Educação Permanente em Saúde passou a ser mais amplamente divulgado no Brasil a partir da criação da Secretaria de Gestão de Trabalho em Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, que inaugurou na instância federal um espaço destinado à formulação de políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país. Nesse sentido, a educação permanente deixou de se restringir à formação profissional e passou a ser vista como uma estratégia para a mudança do sistema de saúde, ou seja, como “uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003:, mimeo). Assim, nos documentos divulgados pelo órgão, a Educação Permanente representa uma nova visão dada ao tema trabalho/educação na saúde, sinalizando para uma renovada concepção no interior do Ministério da Saúde, no que diz respeito à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores, na medida em que coloca o processo de trabalho como centro do processo educativo.

As considerações da Portaria 198 (Ministério da Saúde, 2004), demonstram as expectativas que giram em torno desta política, através da ênfase que lhe é conferida como “dispositivo” capaz de articular, de forma orgânica, os diversos segmentos/atores e instituições do setor da saúde e, neste movimento, possibilitar o fortalecimento e a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para reorganizar e reorientar o modelo de assistência.

Algumas iniciativas no campo da formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde já vinham sendo experimentadas pelo

SUS, entretanto, de acordo com o Departamento de Gestão da Educação na Saúde DEGES/SGTES, a desarticulação, a forma fragmentada e a heterogeneidade conceitual de tais iniciativas não lhes teriam permitido alcançar os objetivos propostos. Assim, a PNEPS foi apresentada como proposta capaz de superar as insuficiências dos programas anteriores e de dar conta de objetivos que até então não teriam sido alcançados, a saber: 1) produzir impacto sobre as instituições formadoras no sentido de alimentar os processos de mudança e 2) promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde, uma vez que as iniciativas anteriores teriam mantido a lógica programática das ações ou das profissões e, desta forma, não teriam conseguido desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (Ministério da Saúde, 2003:5).

Para tanto, segundo os seus formuladores, a política de EPS deveria constituir-se como eixo transformador, como estratégia mobilizadora de recursos e poderes e como recurso estruturante do fortalecimento do SUS. Assim – continuam – a aprendizagem significativa seria o pressuposto que conferiria à educação permanente tal capacidade, na medida em que propõe que a transformação das práticas profissionais deveria estar baseada na “reflexão crítica sobre as necessidades reais de profissionais reais em ação na rede de serviços” (Ministério da Saúde, 2003: 7). A concepção de educação permanente como política nacional traz em seu bojo a proposta de que esse pressuposto seja o ponto de partida e, ao mesmo tempo, o elo que articule os diversos setores da saúde.

A adoção de tal perspectiva seria o fio condutor que permitiria transformar a organização dos serviços e os processos formativos, a partir do trabalho articulado entre sistema de saúde e instituições formadoras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003:6).

Neste sentido, propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde devam tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde; tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam

estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003:7).

De acordo com a proposta apresentada pelo DEGES/SGTES/MS, para que tal formulação seja efetivada, a construção e condução loco-regional da PNEPS deve ser desenvolvida, principalmente, por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, que teriam entre suas funções: mobilizar a formulação e a integração de ações de educação, formação e capacitação dos distintos atores locais; induzir processos de transformação das práticas de saúde; formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas; estabelecer relações de cooperação com os demais pólos de EPS, entre outras.

Desta forma, a PNEPS constitui-se como uma política de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, a partir da inserção destes em seus locais de atuação e, conseqüentemente, das relações que estabeleçam com as equipes de trabalho e com os usuários, tendo em vista reorganizar o modo de operar o sistema de saúde.

METODOLOGIA DA PESQUISA

A análise da implantação da política foi possibilitada pelo mapeamento dos projetos apresentados ao Ministério da Saúde e dos Pareceres Técnicos relativos aos projetos aprovados, identificando-se os seus elementos constitutivos. Essa seleção foi motivada pela possibilidade de captar os contornos que a política de educação permanente em saúde vem adquirindo no âmbito nacional. Delimitou-se, como período de análise, os Pareceres Técnicos referentes aos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde entre junho/2004 a junho/2005.⁷

A perspectiva teórico-metodológica deste trabalho baseou-se na análise de documentos públicos, tentando identificar os argumentos, as premissas, objetivos e público-alvo das políticas de gestão da edu-

⁷ A pesquisa tratou do que podemos chamar de primeiro momento da política de EPS, anterior à alteração da equipe ministerial responsável pela Gestão da Educação na Saúde, ocorrida no final de 2005. Considera-se que esta reflexão poderá contribuir para análise acerca do desenvolvimento e transformações da política em curso.

cação na saúde, com ênfase na educação permanente em saúde. Esta análise caracteriza-se pela organização dos documentos, no sentido de identificar as estratégias empreendidas na construção de seus ideários e de suas práticas.

A caracterização das ações de educação permanente foi realizada mediante a análise destes pareceres, que informaram: tempo, objetivo, justificativa e público alvo. Observou-se que os Pareceres Técnicos dos referidos projetos continham um conjunto de ações não articuladas, o que orientou que a análise deveria partir da caracterização dessas ações. Assim, apesar de ter-se mapeado 165 pareceres técnicos aprovados no período, analisaram-se 238 ações de Educação Permanente em Saúde, que foram classificadas segundo as seguintes variáveis: instituições responsáveis, área e natureza.

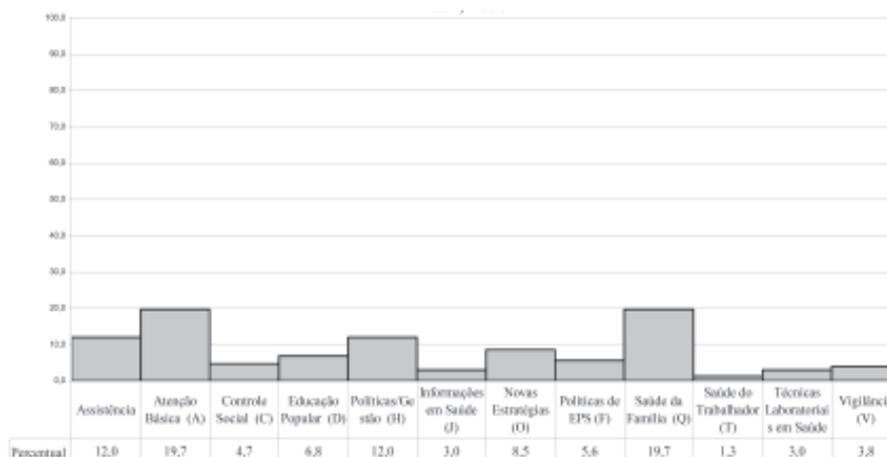
Resultados

Classificação das ações de educação permanente em saúde por área⁸

Área	Ações de EPS
Atenção Hospitalar	Odontologia, Medicina, Enfermagem, Urgência/emergência
Atenção Básica	Saúde mental, bucal, do idoso, da mulher e da criança
Controle social	Conselheiros municipais, usuários
Educação Popular	Ações de promoção, prevenção, comunitárias
Informações em saúde	Prontuários, registros médicos, dados epidemiológicos
Novas estratégias políticas	Versus, humanizaus, aprender SUS
Gestão do SUS	Discussão do SUS, atualização de gestores
Política de EPS	Estruturação da política, apresentação da proposta, divulgação
Saúde da Família	PSF, ACS, ACD, THD
Saúde do Trabalhador	Ações voltadas aos trabalhadores do setor, que tratam de conhecimentos relacionados à segurança e às relações de/no trabalho
Laboratórios de Saúde Pública	Hematologia/hemoterapia, biodiagnóstico
Vigilância em Saúde	Epidemiológica, sanitária, ambiental, em saúde

⁸ Entre as áreas nas quais as ações se situam, destacam-se: Atenção Hospitalar, Atenção Básica, Controle Social, Educação Popular, Políticas/Gestão, Informações em Saúde, Novas Estratégias, Políticas de EPS, Saúde da Família, Saúde do Trabalhador, Laboratórios e Vigilância em Saúde. A orientação para a classificação dessas áreas seguiu a definição dos verbetes do livro *O SUS de A a Z* (Brasil, MS, 2005) e nutriu-se de discussões com profissionais dessas respectivas áreas.

Distribuição percentual de ações de Educação Permanente em Saúde segundo área. Brasil, 2006



Fonte: Pareceres Técnicos dos projetos de EPS DEGES/SGTES/MS

Na análise por área verifica-se um forte peso das ações relacionadas à atenção básica, voltadas especialmente para o fortalecimento da estratégia de saúde da família que se coaduna com a formulação da política. Em contrapartida, poucas ações envolvem o controle social, aspecto valorizado nos documentos que fundamentam a PNEPS.

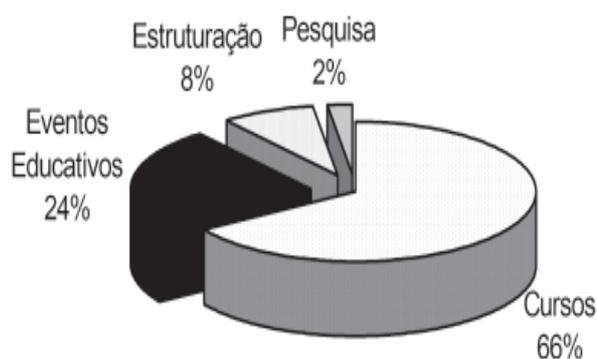
A partir da análise dos objetivos e das justificativas identificadas nos pareceres técnicos, elaborados pela equipe técnica do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da SGTES/MS, foi possível classificar os pareceres segundo quatro tipos de natureza: pesquisa, eventos educativos, cursos e estruturação. O quadro abaixo ilustra a caracterização das ações de educação permanente em saúde segundo cada uma delas.

Classificação das ações por natureza:

Natureza	Ações de EPS
Eventos educativos	Atividades, predominantemente, pontuais/momentâneas; Ações que se desenvolvem por meios não convencionais: teatro, dança, música, mídia, artes; oficinas, vivências, seminários, mesas redondas, palestras, fóruns de discussão, vídeos-debates, dinâmicas, jornadas, encontros.
Cursos	Cursos de Especialização: caracterizam-se enquanto tal. Cursos Técnicos: de complementação da qualificação profissional de auxiliar de enfermagem para técnico de enfermagem e curso técnico em enfermagem. Cursos: referem-se a capacitações, complementação de qualificação, atualizações, aperfeiçoamento. Com carga horária que varia de 8 a 452 horas.
Estruturação	Implantação: ações que envolvem gasto com estrutura física, material de consumo, serviços de terceiros [pessoa física e jurídica]; aquisição de equipamentos e materiais permanentes; organização do espaço físico, articulação interinstitucional, capacitação de conselho gestor, elaboração de mecanismos de acompanhamento e avaliação de projetos, atividades relacionadas à estruturação da Secretaria Executiva do PEPS; estruturação de sala ambiente, laboratório de informática: compra de computadores, sala de reunião. Solicitação de recursos para a instalação, manutenção e funcionamento da estrutura do pólo de EPS. Disseminação e Fortalecimento: ações que visam o fortalecimento da política de EPS: promoção de debates sobre temas para o ensino e a pesquisa no SUS, definição de linhas de ação, projetos e programas em parceria com os gestores do SUS, desenvolver a política estadual de EPS; fortalecimento das práticas de promoção das ações de educação permanente em saúde: implantação de núcleo, elaboração de projeto de capacitação de recursos; desenvolvimento de capacidade técnica regional para a educação permanente.
Pesquisa	Ações que envolvem estudos de identificação de necessidades de profissionais e especialistas para definição da oferta de formação profissional; diagnóstico da situação dos cursos de pós-graduação; construção de sistema de monitoramento e regulação na área da saúde, identificação de necessidades de profissionais e especialistas na área da saúde; investigação sobre a situação de saúde da população brasileira [perfil epidemiológico e demográfico] como base para políticas de abertura de cursos na área da saúde.

110 Estudos de Politecnicia e Saúde

Ações de Educação Permanente em Saúde segundo natureza. Brasil, 2006.



Fonte: Pareceres Técnicos dos projetos de EPS DEGES/SGTES/MS

Na análise dos Pareceres Técnicos aprovados constatou-se que a maioria das ações constitui-se em cursos predominantemente de curta duração (considerou-se cursos de curta duração aqueles com carga horária até 60 horas) e eventos educativos esporádicos (oficinas, seminários, vivências, fóruns). A pulverização e fragmentação das ações observadas, assim como a predominância de cursos de curta duração, leva ao questionamento da possibilidade de superação da desarticulação entre os programas e iniciativas consideradas até então como um dos entraves para reorganizar e reorientar o modelo de assistência.

Distribuição das instituições responsáveis pela execução das ações segundo natureza jurídica:

Natureza jurídica	Número de Instituições Responsáveis
Pública	68
Fundação de Apoio	44
Particulares	14
Filantrópica	4
Não encontrada	18
Total	148

Fonte: Pareceres Técnicos dos projetos de EPS DEGES/SGTES/MS

Quando se soma o número de instituições particulares, filantrópicas e de fundações de apoio, nota-se um certo equilíbrio entre a natureza jurídica das instituições de caráter público e as de caráter privado. O importante quantitativo de fundações de apoio como responsáveis pelas ações de educação permanente no país chama a atenção para uma possível existência de parcerias público-privado. Sobreleva-se este aspecto, pois como vem apontando a Associação dos Docentes da Universidade de São Paulo (Adusp), as fundações possuem um viés privatista, que compromete o caráter público da sua função social, pois “além de quebrar a isonomia salarial, as atividades privadas (cursos pagos, projetos de consultoria e outros) vêm induzindo modificações na graduação e na pós-graduação gratuitas, afetando a grade curricular, o programa das disciplinas e a relação entre docentes e alunos(...)”(ADUSP, 2004). Assim, questiona-se em que medida tal resultado pode interferir na expectativa da PNEPS de romper com a lógica da compra de produtos e pagamentos por procedimentos educacionais, conforme abordado a seguir.

CONTEXTUALIZANDO E APROFUNDANDO A ANÁLISE:

1. A PNEPS e o modelo de competências: algumas peculiaridades

Nas organizações privadas intensificam-se os processos de educação continuada que visam a possibilitar o acompanhamento das novas tecnologias, bem como moldar uma nova sociabilidade do trabalho, mais condizente com o modelo de produção flexível. Trata-se de tentar apagar o conflito da relação capital-trabalho e transformar os trabalhadores em parceiros/colaboradores da empresa, na medida em que as causas da exploração se resumiam a uma questão técnica que com os avanços da tecnologia teriam sido superadas.

Controlar o saber dos trabalhadores sempre foi um dos alvos da administração. Se no passado este controle era exercido com o fito de repassar para a gerência o saber tácito dos trabalhadores, atualmente o controle sofisticou-se ainda mais, pois o conteúdo do trabalho cada vez mais engloba não só o saber fazer, como tam-

bém o domínio de conhecimentos científicos, além de uma dimensão psicofísica que equivale ao saber ser. Nesse sentido, ganha força o conceito de competência que enfatiza para além da qualificação formal, a subjetividade da construção do conhecimento (RAMOS, 2002).

A despeito de alguns pesquisadores (PAIVA, 1997; PERRENOUD, 2000; DELUIZ, 1996) ressaltarem a necessidade do desenvolvimento de competências como capacidade crítica, autonomia, capacidade de trabalho em equipe, entre outras, a competitividade entre as empresas tem levado ao enxugamento dos seus quadros, gerando um ambiente que pouco favorece o desenvolvimento de tais habilidades. Em um contexto em que esmorecem os projetos coletivos e no qual se opera com lógicas extremamente individualistas, as empresas trabalham com a perspectiva de curto prazo no que se refere à força de trabalho, o que impossibilita a construção de carreiras estáveis (SENNET, 1999).

Partindo-se da constatação de que as políticas públicas voltadas para a formação e o treinamento da força de trabalho não são refratárias a essas idéias, ao contrário, as assimilam com bastante frequência, cabe indagar qual o sentido da ênfase na subjetividade dos trabalhadores da atual política de educação permanente no sistema público de saúde.

O trabalho em saúde, por ser mais dependente do trabalho vivo, torna-se o locus ideal para absorção do modelo de competência, pois uma das características principais que o modelo ressalta é a necessidade de se incorporar, além de competências técnicas, também habilidades subjetivas para que os trabalhadores resolvam os problemas que surgem no cotidiano do trabalho. Gorz (apud RAMOS, 2002) esclarece que no setor de serviços a personalidade do trabalhador sempre incidiu sobre o trabalho, pelo contato direto com o cliente/usuário e, acrescenta-se ainda, por ser menos afeito à racionalidade do setor secundário.

A política de educação permanente, ao destacar que é a partir da problematização do trabalho que se dará a aprendizagem, ao enfatizar a necessidade de se desenvolver nos profissionais outras

habilidades que vão além do aspecto técnico e ainda centrar o objetivo da política na satisfação do usuário, traz, subliminarmente, estreita semelhança com o modelo de competência.

Zarifian (2001), diante da constatação de que no modelo de produção flexível há a incorporação das operações de trabalho pelas máquinas, assinala um novo posicionamento do trabalhador na produção, que seria regido por uma ótica dos serviços. A qualidade do trabalho estaria na capacidade de mudar as condições de vida ou de atividade do destinatário, compreendido nas organizações privadas como os clientes e nas públicas como usuários. As competências, para Zarifian (idem), referem-se às mudanças no conteúdo do trabalho dos profissionais que serão mobilizados ao enfrentar os eventos, esses entendidos como acontecimentos que ocorrem de maneira imprevista nas situações de trabalho.

Os serviços de saúde, por não serem tão normatizados quanto na indústria, lidam com uma gama maior de imprevistos no trabalho. A imprevisibilidade decorre do fato de as novas tecnologias empregadas não levarem necessariamente à racionalização da mão-de-obra, uma vez que ao serem incorporadas ainda necessitam do conhecimento do trabalhador para efetivar o trabalho, ou seja, existe a necessidade que esse compreenda as funções da máquina, pois, diferentemente de uma mercadoria qualquer, o trabalho em saúde lida com a vida humana e para cada usuário corresponde um procedimento diverso que só a incorporação da máquina não é capaz de suprir.

Acrescente-se ainda que o sistema de saúde público vem lidando com um aumento da demanda, fruto das lutas sociais na saúde e de novos problemas que afetam a população. Nesse sentido, a ampliação do acesso, sem o adequado investimento na área, gera no interior do sistema uma gama de situações-problema de difícil superação, pois a um só tempo os profissionais de saúde têm poucas condições de trabalho e lidam com uma gama maior de agravos à saúde, devido às precárias condições de vida da população.

Desta maneira, a possibilidade de os serviços públicos em saúde serem regidos por uma ótica diferenciada do mercado dilui-se

com a falta de investimento no setor, que submete os trabalhadores a uma lógica de relação de trabalho similar à do setor privado, como destaca Bahia:

a precarização dos vínculos, a informalidade das formas de recrutamento de pessoal, por vezes ao nepotismo, e as nomeações políticas para os ocupantes de cargos técnicos nas instituições públicas, tornam quase inexecutáveis a dedicação e o compromisso dos servidores públicos com a implementação do SUS universal (2006, p.166-167).

Neste contexto, os trabalhadores acabam, muitas vezes, formando uma capa de proteção que os permita lidar com os problemas que surgem, levando-os a uma impermeabilidade quanto às necessidades da população, fato que tem agravado, ainda mais, a situação da saúde no país. Assim, a educação permanente vai buscar, fundamentalmente, restaurar nos locais de trabalho a autonomia, o comprometimento, o vínculo, a responsabilidade, entre outras habilidades dos trabalhadores, como forma de contrarrestar a falta de qualidade no atendimento.

Para entender as contradições postas pelo modelo de competência e assimilar melhor quais as dimensões requeridas dos profissionais da saúde na política de educação permanente, cabe relacioná-las com os principais níveis de competência, destacadas por Deluiz (2001), tendo por base a Resolução nº 4, de 8/12/1999, da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação, na qual ficam explicitadas as competências de nível técnico e estabelecida a base na qual a normalização das competências gerais e específicas deveria se apoiar.

Lança-se luz para as competências que vão além de uma dimensão técnica, considerando serem estas habilidades as principais competências que a política busca desenvolver. Primeiramente, destacar-se-ão as competências que na PNEPS englobam habilidades mais subjetivas do profissional de saúde. São elas: competências pessoais, competências de serviço e competências do cuidado. Em um segundo momento, serão analisadas as competências que envolvem uma maior relação entre os trabalhadores, quais

sejam: as competências comunicativas e sociopolíticas. Busca-se com isso captar o que os profissionais de saúde devem aprender a ser. Ao enfatizarem-se essas competências na política de educação permanente, acaba-se colocando grande peso nos ombros dos trabalhadores, pois serão eles os principais responsáveis pela transformação das práticas do trabalho e, por consequência, da própria reestruturação do sistema voltado para uma referência usuário-centrada.

No entanto, são os trabalhadores que mais sentem, no dia-a-dia, o desconforto ao trabalhar em condições precárias de atendimento. Aliás, vários autores (DEJOURS, 1999; CODO, 1999; ROSSO; 2006) vêm sinalizando o efeito perverso que as atuais condições têm gerado nos profissionais de serviços, causando depressão, síndrome de Burnout⁹, entre outras doenças. O envolvimento com o trabalho apresenta, no interior do sistema público de saúde, uma situação ainda mais contraditória, uma vez que os trabalhadores se veem conflitados entre poder exercer um trabalho de qualidade e de relevância pública ante as precárias condições nos serviços (KUENZER, 2001).

Destaca-se a importância da sensibilização desses trabalhadores para os problemas dos usuários, mas há limites para esta atuação. Os limites para o enfrentamento dessas questões não podem ficar circunscritos à prática, mas é preciso que se busquem, a fundo, as causas que vêm tornando a situação cada dia mais precária e, portanto, complexa. Não é, somente, a forma de atendimento que cria as condições macrossociais que mascaram as possibilidades de autonomia do sujeito, e também não será ela a responsável pela sua superação.

Aponta-se a necessidade dos projetos de educação permanente apresentarem uma melhor contextualização dos problemas que afetam cada loco-região para que as ações de EPS possam ser mais orgânicas, atingindo uma gama maior de profissionais, bem como para embasarem a sua justificativa na realidade. Foram raros os projetos que relacionaram a adesão dos trabalhadores, como agentes de mudança, com as precárias condições e relações de trabalho experimentadas nos serviços de saúde. Na maioria das vezes,

⁹ Segundo Codo (1999), a síndrome de burnout diz respeito ao sofrimento do profissional diante do seu potencial de realização no trabalho e o que efetivamente pode fazer diante dos limites da realidade.

as justificativas apresentadas nos projetos ficavam restritas a uma afirmativa geral ou circunscrita ao seu próprio objetivo, como se destaca a seguir: “desenvolver capacidade para trabalhar em equipe interdisciplinar” ou ainda, “desenvolver a capacidade para acolher a demanda do usuário do serviço de saúde mental”. Nesse sentido, a “problematização das situações de trabalho”, enfatizada nos diversos documentos da política, não foram devidamente, exploradas, não se demonstrando, concretamente, como essas competências vêm impedindo um melhor desempenho nos serviços.

Essas competências ganham ênfase na área da saúde, principalmente, devido à relevância do trabalho em equipe, pois se sinaliza a necessidade dessa integração para que o trabalhador tenha o domínio do serviço como um todo. No entanto, como assinala Peduzzi (2003), a noção de equipe de saúde não pressupõe uma justaposição entre os serviços, pois cada trabalho tem a sua peculiaridade. O objetivo a se atingir com a equipe em saúde é a articulação e a integração entre os diferentes processos de trabalho. No campo da saúde coletiva, e principalmente quando se considera o Programa de Saúde da Família (PSF), o trabalho em equipe ganha maior centralidade, pois espera-se que este, através de uma abordagem multidisciplinar, dê conta de diagnosticar a realidade, planejar as ações coletivamente e compartilhar os processos decisórios (RIBEIRO et al, idem).

Na PNEPS, a metodologia da roda será o lócus onde serão desenvolvidas as competências comunicativas, bem como as competências sociopolíticas. As rodas são entendidas como:

A noção de gestão colegiada, como nas rodas dos jogos infantis, coloca a todos como participantes de uma operação conjunta em que todos usufruem o protagonismo e a produção coletiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Espera-se, dessa maneira, que os atores envolvidos problematizem e proponham mudanças nas suas práticas e na própria organização do serviço. As rodas constituem-se, assim, como o lugar privilegiado para encontrar novas formas de abordar os problemas de

trabalho, definindo-se, através de uma relação dialógica, as metodologias, as formas e os conteúdos a serem trabalhados.

No entanto, não basta colocar a roda para rodar, circunscrevendo a autonomia à resolução de problemas no trabalho e a uma relação comunicacional entre os atores, mas sim determinar em que sentido a roda se move. Mobiliza-se, desta maneira, trabalhadores e usuários para mudanças circunstanciais ao trabalho, ou às demandas locais, sem se considerar a luta mais ampla de transformação, não só dos serviços, como também da sociedade.

Como alguns autores (DELUIZ, 2001; MARQUES, 2001; RAMOS, 2002) assinalam, um dos problemas de trabalhar com o modelo de competências é a dificuldade de estabelecer-se como essas serão desenvolvidas, uma vez que envolvem uma dimensão subjetiva de difícil avaliação. Talvez tenha sido este um dos motivos de não se ter conseguido, nos projetos de educação permanente, explicitar como a falta dessas competências interfere nas situações de trabalho e, em consequência, as soluções apontadas para desenvolvê-las ficaram circunscritas a uma questão metodológica. Assim, destaca-se nos objetivos dos projetos:

Estimular processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; atuar em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; utilizar-se da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços de gestão, na construção de autonomia e protagonismos de sujeitos coletivos (...). (Documento de trabalho integrado, Mimeo)

Para atingir tais objetivos, enfatiza-se principalmente “oficinas de sensibilização, utilizando metodologia participativa, jogos simulados e dinâmicas de grupo”. Desta forma, o trabalho passa a ser visto mais como um princípio pedagógico do que como princípio educativo, uma vez que a realidade concreta onde se desenvolve não é questionada. O trabalho passa a ser encarado como o dinamizador que irá deflagrar os processos de aprendizagem, passando a dar-se grande ênfase às metodologias criativas para a solução dos problemas. Vale a pena ressaltar que as metodologias indicam apenas um caminho para se atingir um objetivo, sendo

importante aprofundar quais e porque determinados conteúdos devem ser trabalhados.

Cabe ressaltar que as possibilidades que se abrem em torno da maior participação no interior dos serviços, em muito vão depender da organização dos trabalhadores. Essa mobilização não é construída de cima para baixo, depende muito mais das práticas construídas por estes. Desta forma, uma das possibilidades que a educação permanente traz é construir, no interior dos serviços, laços mais efetivos de luta para a melhoria do sistema de saúde. No entanto, a luta não pode ficar restrita a uma melhor conformação ao trabalho, e sim, deve romper com os mecanismos de exploração que circunscrevem o trabalho e a vida.

2. A Estratégia de Saúde da Família e a PNEPS

O incremento da estratégia de Saúde da Família pode ser significativo a partir de, pelo menos, duas lógicas políticas diferenciadas. De um lado, uma política que busca romper com o modelo hospitalocêntrico, visando reconfigurar a forma de atenção à saúde no país, avançando na concretização do SUS. De outro, como uma política de focalização direcionada a grupos em estado de pobreza, como resposta à maior inferência das políticas neoliberais aprofundadas a partir da década de 1990.

A despeito do embate entre as divergentes concepções quanto ao projeto político do PSF, Silva e Hartz (2002) assinalam que o Programa constitui-se como um dos pilares do movimento de reorganização do sistema de saúde brasileiro, consolidando-se como uma política prioritária de governo. Em sua análise, os autores constatarem as seguintes evidências: a grande expansão numérica do Programa, especialmente a partir de 1998, com a ampliação quantitativa e geográfica da cobertura; a crescente legitimação institucional do PSF no âmbito do SUS, na medida em que traduz uma crescente adesão dos gestores municipais à proposta; e a “trajetória institucional” das coordenações do Programa nos municípios, nos estados e no Ministério da Saúde, passando da condi-

ção de coordenações de programas para diretorias ou departamentos de atenção básica, a partir dos quais, institucionalmente, são reordenados os diversos programas e áreas técnicas e o fortalecimento dos mecanismos de sustentabilidade financeira.

O fortalecimento da atenção básica como uma importante estratégia para dinamizar o funcionamento do SUS, particularmente através do PSF, afirma-se nos diversos direcionamentos da política de saúde da esfera federal, especialmente através de normas e regulações que reforçam a ênfase na reorientação do modelo assistencial.

Acredita-se que o fortalecimento desse programa irá proporcionar a integralidade do sistema, pois permite romper com o conceito de sistema verticalizado. A PNEPS reitera essa orientação, tanto em seus documentos, quanto em sua implementação. A análise dos pareceres técnicos demonstrou que 38% das ações situam-se nas áreas de Saúde da Família e da Atenção Básica.

Conforme a afirmação acima, dada a disputa de projetos políticos divergentes no que se refere a essa reorientação do modelo assistencial, destaca-se a necessidade de se levar em conta que a precarização do trabalho nesse nível de atenção tende a colocar limites ao fortalecimento do sistema, podendo ser um indicativo de uma política diferenciada para grupos em estado de pobreza.

Com efeito, o estudo "Monitoramento da Implementação e do Funcionamento das Equipes de Saúde da Família" identificou que entre 20 e 30% de todos os trabalhadores inseridos nessa estratégia apresentavam vínculos precários de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE²¹, 2004). A fragilidade das modalidades de contratação desses trabalhadores parece contribuir com a alta rotatividade e a insatisfação profissional, podendo comprometer o trabalho realizado no PSF. No caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), a situação apresenta-se de modo ainda mais complexo. De acordo com os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, expressivo quantitativo dos mais de 190 mil trabalhadores em atividade no país apresenta inserção precária no sistema.

Com esses dados, fica difícil apostar no comprometimento desses trabalhadores com a política de educação permanente e com o trabalho. A reestruturação do sistema, dando prioridade à atenção básica, não é expressão de sua maior universalização, nem do rompimento de uma prática calcada no modelo hospitalar. A esse respeito, Franco e Merhy (apud BORNSTEIN e STOTZ,) destacam que atribuir somente ao PSF a estratégia de reorganização da prática assistencial tem gerado um “discurso mudancista” que se caracteriza pela superficialidade e despolitização das práticas assistenciais. Assim, centrando suas análises sobre essas práticas e colocando grande peso na capacidade dos trabalhadores as modificarem, concluem que as Unidades de Saúde da Família podem ser tanto médico-centradas, quanto usuário-centradas.

3. Instituições responsáveis pela execução das ações na PNEPS

Uma das grandes expectativas da PNEPS, de acordo com a Portaria 198 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) era “a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamentos por procedimentos educacionais”. Entretanto, constatou-se que parcela significativa das ações de EPS não foram executadas por instituições públicas.

Nota-se o forte peso dado às Fundações de Apoio das universidades como principal tipo de organização proponente da maioria das ações de educação permanente para o desenvolvimento de cursos de especialização (*latu sensu*) em saúde da família. Essas fundações foram criadas com o argumento de que gerariam maior agilidade e racionalidade para as instituições públicas, caracterizadas como extremamente burocratizadas. Cria-se dentro das organizações públicas um novo mecanismo de captação de recursos, paralelo ao orçamento da União, considerando-se que o montante da receita não integra o orçamento da universidade, que é constituído por repasse do Tesouro.

Esse contexto marca a realidade da maioria das universidades públicas do país e leva a questionar em que medida a pactuação e negociação nos polos permite um maior controle da população sobre as propostas que estão sendo geridas. Questiona-se, ainda,

o motivo pelo qual as universidades tomam para si, através das fundações, o papel de proponentes das ações, já que estas foram, nos documentos que formulam a PNEPS, consideradas como espaços impermeáveis às mudanças que estão sendo propostas. Pode-se inferir que a preponderância dessas Fundações deve-se, em grande medida, à maior experiência em elaborar projetos e capacidade de organização. Assim, na sua atuação nos polos, longe de estarem em igualdade de condições, possuem maior poder político de articular suas propostas.

CONCLUSÕES

Foi possível perceber no desenvolvimento desta pesquisa que o conceito de educação permanente, ao se consolidar no Brasil, aglutina, contraditoriamente, pelo menos dois projetos diferenciados, e em disputa, quanto aos rumos do sistema de saúde. De um lado, o projeto da Reforma Sanitária, que tem como objetivo principal assegurar a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos e, de outro, um projeto societário de cunho neoliberal. Nesse contexto de disputa, conforma-se a política de EPS que busca retomar o sentido ético-político da Reforma Sanitária. No entanto, por tratar-se de uma política ainda em construção, inserida numa conjuntura desfavorável à ampliação dos direitos sociais, seus rumos ainda estão por definir-se.

Nesse sentido, buscando contribuir tanto com o aprofundamento dessa discussão quanto com desdobramentos de futuras pesquisas, alguns resultados de análise merecem destaque:

- A PNEPS, ao não atentar para os determinantes sociopolíticos que se expressam nesta relação, corre o risco de não se sustentar, levando a um refluxo do processo de construção do campo trabalho e educação na saúde;
- Os projetos apresentam uma frágil orientação conceitual, expressa nas denominações: “humanização, acolhimento, vínculo”. As propostas práticas denunciam a pulverização e fragmentação das ações de EPS em um mesmo projeto. A demanda

formal de educação permanente propriamente dita, segundo a formulação do Ministério da Saúde, veio sob a velha forma de ações pontuais e localizadas de educação continuada. A transformação das práticas, tão cara na formulação da EPS, não advém de processos educativos pontuais, que não se relacionam com perspectivas de desenvolvimento a longo prazo, fragmentados, descolados de análises mais explicativas e críticas da realidade;

- Nota-se, nos documentos da SGTES, uma crítica às instituições formadoras pelo seu forte viés tecnicista, marcadas por uma prática educativa tradicional. No entanto, a educação fortemente ancorada nos serviços também não favorece a uma educação que abranja a formação geral. Para se entender os problemas na sua complexidade, é necessário reconhecer os princípios epistemológicos, científicos e tecnológicos que fundamentam a prática cotidiana;

- A humanização, o acolhimento, a construção de vínculos, o *aprender a ser* e o *aprender a aprender* marcam a ênfase nas tecnologias leves como um novo “paradigma”, que minimiza diferenças e conflitos inerentes a uma sociedade marcada por fortes desigualdades. Caminha-se para a busca do consenso, como se os atores envolvidos não possuíssem diferentes interesses e recursos de poder.

- Os projetos que relacionam a adesão dos trabalhadores, como agentes de mudança da prática, com as precárias condições e relações de trabalho nos serviços de saúde, são raros. Volta-se ao ponto central, ou seja, as transformações das práticas não serão alcançadas somente via educação permanente. Vive-se em meio a uma crise relacionada ao trabalho e ao emprego, intensificada na última década, que também afeta o mundo dos serviços e o próprio SUS, determinada por políticas de cunho neoliberal e pelo progressivo sucateamento da esfera pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADUSP- Universidade pública e fundações privadas: aspectos conceituais, éticos e jurídicos. (online) 2004. Disponível em: <http://www.adusp.org.br/cadernos/fundação>
- BAHIA, L. "Avanços e percalços do SUS: a regulação das relações entre público e privado." In: Trabalho, Educação e Saúde, RJ: Fiocruz, 2006.
- BODSTEIN R. e SOUZA R.G. " Relação público e privado no Setor Saúde:tendências e perspectivas na década de 90." In:GOLDENBERG, P. ; MARSIGLIA R.M e GOMES M.H. (orgs). *O Clássico e o Novo*. RJ: Fiocruz, 2003, p. 289-309.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento do SUS. *Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. *Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família*. 2001/2002. Brasília, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS. Brasília, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CODO, W. *Educação: carinho e trabalho*. RJ: Vozes, 1999.
- DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. RJ: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- DELUIZ, N. "Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho". In: Formação / Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. v. 1, n. 2, 2001.
- _____. "A globalização econômica e os desafios à formação profissional." Boletim Técnico do SENAI 22 (2), maio/ago, 1996. p. 15-21
- KUENZER, A. Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. In : Trabalho, Educação e Saúde, v2, número 1março, p.107-119 Fiocruz, 2004.
- MARQUES, C.M. Certificação de competências profissionais: o que o PROFAE está pensando e fazendo. In: Formação/Ministério da Saúde. Pro-

jecto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.- v.1,n.2, 2001.

PAIVA, V. "Desmistificação das profissões: Quando as competências reais moldam as formas de inserção no mundo do trabalho". Contemporaneidade e Educação, IEC, nº 1,1997. p. 117-34.

PEDUZZI, M. "Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde" In: Trabalho, Educação e Saúde, volume 1, nº 1, março, p. 75-91, 2003.

PERRENOUD, P. *10 Novas Competências para Ensinar*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

RAMOS, M. *A pedagogia das competências: Autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2002.

RIBEIRO E. M.; PIRES, D. e BLANK, V.L.G. "A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família." In: Cadernos de Saúde Pública, vol 20. nº 2 R.J, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org>. (Acessado em 4/5/2006)

ROSSO, S. D. "Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde." In: Trabalho, Educação e Saúde, v.4 número 1 pp65-91, março FIOCRUZ, 2006.

SENNETT, R. *A corrosão do carácter. Conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. São Paulo: Record Editora,1999.

SILVA, L. M. V. & HARTZ, Z. M A. O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil. Relatório Final. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, mimeo, novembro de 2002.

ZARIFIAN, P. *Objetivo Competência: Por uma Nova Lógica*. São Paulo: Editora Atlas, 2001.