

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“Análise das Instâncias Gestoras Constituídas na Implementação dos  
Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro”***

*por*

***Márcia Schott***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em  
Ciências na área de Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Victoria Gerschman de Leis*

*Rio de Janeiro, abril de 2008.*

*Esta dissertação, intitulada*

***“Análise das Instâncias Gestoras Constituídas na Implementação dos  
Pólos de Educação Permanente em Saúde no Estado do Rio de Janeiro”***

*apresentada por*

***Márcia Schott***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Luiza d’Avila Viana

Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Victoria Gerschman de Leis – Orientadora

## **Agradecimento**

A Deus, por tudo!

## **Resumo**

Este estudo trata aspectos específicos da implantação da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no estado do Rio de Janeiro. A partir da realização de entrevistas semi-estruturadas com atores-chave, foi analisado o processo decisório de formação e funcionamento dos cinco Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) constituídos. Considerando a Portaria 198 GM/MS de 2004, a análise se deu a partir de dois grandes eixos: a participação na gestão colegiada e a operacionalização da Política. Na implementação dos PEPS no estado destaca-se a ruptura com a proposta anterior dos Pólos de Capacitação para o Pessoal do PSF e a atuação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) como articuladora do processo. Conforme previsto pela Portaria, os PEPS se configuraram como Colegiados de Gestão, instância locorregional/interinstitucional com representação diversificada. Procedeu-se neste estudo a análise da atuação dos atores, os interesses identificados e as relações de poder existentes na roda de gestão. Apesar da participação de vários segmentos importantes observou-se uma deficiente representação dos gestores da saúde e dificuldades no exercício do controle social pelos representantes dos conselhos de saúde. Embora se observe importante adesão a Política, a falta de financiamento dos projetos elaborados foi a principal causa do desinteresse dos participantes que resultou num esvaziamento das reuniões a época do estudo. A hierarquia existente no fluxo de encaminhamento dos projetos entre as instâncias locorregionais, o estado e o MS, acarretou grande atraso na tramitação das propostas. Por fim, compreende-se que o processo de implementação da Política não considerou os arranjos institucionais existentes nos três níveis da federação e sua relevância como determinantes do curso da mesma.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde, Política de Saúde, Participação Comunitária

## **Abstract**

This work approaches specific aspects regarding the implementation of the Policy for Permanent Education in Health (PNEPS) in the state of Rio de Janeiro. Based on semi-structured interviews with key-actors, the decision-making process of formation and functioning of the five Poles of Permanent Education in Health (PEPS) constituted were analyzed. Considering the governmental decree 198 GM/MS from 2004, the analysis was conducted from two main axes: the participation on the collegiate management and the practical functioning of the Policy. Regarding the implementation of the PEPS on the state, the rupture with the previous proposal of Training Poles for Health Family Program (PSF) Staff and the action of the State Health Secretariat (SES) as articulating member of the process, are highlighted. As stated at the government decree, the PEPS are configured as Management Collegiate, a local-regional/inter-institutional instance with diversified representation. In this study, an analysis of the actors' role, other identified interested actors and the power relationships existent around the management wheel was performed. Despite the participation of various important segments, it was observed that there was a deficient representation of health managers, as well as difficulties on the exercising of social control by the representatives of the health councils. Although an important adhesion to the Policy is observed, the lack of financial support to the elaborated projects was the main cause of disinterest from the participants, which resulted on deserted meetings at the time of the study. The present hierarchy found on the flow of direction for projects among local-regional and state instances and the Ministry of Health, has resulted in a large delay on the course of the proposals. Finally, it becomes clear that the implementation process of the Policy did not consider the institutional arrangements existent throughout the three levels of government and their relevance as determinant aspects on the Policy's course.

**Key words:** Health Education, Health Policy, Community Participation

## SUMÁRIO

Lista de Figuras/Gráficos/Quadros

Glossário de Siglas

### CAPÍTULO I

<b>1.1.</b>	INTRODUÇÃO.....	01
<b>1.2.</b>	A POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NO CONTEXTO DA REFORMA SANITÁRIA.....	03
<b>1.3.</b>	EDUCAÇÃO PERMANENTE: A PROPOSTA, EXPECTATIVAS, DESAFIOS.....	09
<b>1.4.</b>	A QUALIFICAÇÃO/CAPACITAÇÃO EM SAÚDE: ANTECEDENTES...	13
<b>1.5.</b>	A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: GESTÃO COLEGIADA E PARTICIPAÇÃO.....	19
<b>1.6.</b>	O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES NA PNEPS.....	27
<b>1.7.</b>	OBJETIVOS.....	33
<b>1.8.</b>	METODOLOGIA.....	34

### CAPÍTULO II

<b>2.1.</b>	OS PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE IMPLEMENTADOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: PANORAMA GERAL.....	39
<b>2.1.1.</b>	PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	39
<b>2.1.2.</b>	COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	41
<b>2.1.3.</b>	ELABORAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS.....	48
<b>2.1.4.</b>	FINANCIAMENTO.....	50
<b>2.2.</b>	A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	51
<b>2.2.1.</b>	A PARTICIPAÇÃO.....	51
<b>2.2.2.</b>	A OPERACIONALIZAÇÃO.....	77
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
---------------------------------	----

## ANEXOS

<b>I</b> PORTARIA 198 GM/MS DE FEVEREIRO DE 2004.....	102
<b>II</b> QUADRO COMPARATIVO DAS TRÊS VERSÕES DO NEO- INSTITUCIONALISMO.....	129
<b>III</b> REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO QUE CONFORMAM OS 5 PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: QUADRO 1. PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, MUNICÍPIOS INTEGRANTES E POPULAÇÃO LOCORREGIONAL, RIO DE JANEIRO 2006.....	130
MAPA 1 - REGIÕES DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO.....	131
MAPA 2 - PÓLO DA REGIÃO METROPOLITANA I.....	132
MAPA 3 - PÓLO DA REGIÃO METROPOLITANA II E BAIXADA LITORÂNEA.....	133
MAPA 4 - PÓLO DA REGIÃO CENTRO-SUL, MÉDIO PARAÍBA E BAÍA DE ILHA GRANDE.....	134
MAPA 5 - PÓLO DA REGIÃO NORTE E NOROESTE.....	135
MAPA 6 - PÓLO DA REGIÃO SERRANA.....	136

## LISTA DE FIGURAS/GRÁFICOS/QUADROS

<b>Figura 1.</b>	Categorias consideradas na análise dos Pólos de Educação Permanente em Saúde implementados no RJ.....	38
<b>Gráfico 1.</b>	Instâncias existentes nos PEPS do Rio de Janeiro, (N=5), ano de 2006.....	42
<b>Gráfico 2.</b>	Frequência das reuniões das instâncias existentes nos PEPS do RJ, ano de 2006.....	44
<b>Gráfico 3.</b>	PEPS do estado do RJ: apoio recebido do MS, da SES e das SMS, ano de 2006.....	57
<b>Quadro 1.</b>	Resposta dos neo-institucionalistas a questões referentes ao modo como as instituições afetam o comportamento dos indivíduos, segundo Hall & Taylor (2003).....	30
<b>Quadro 2.</b>	Neo-institucionalismo histórico segundo Immergut (1998).....	32
<b>Quadro 3.</b>	Relação dos entrevistados na pesquisa Avaliação da Política de Educação Permanente, Rio de Janeiro, ano de 2006.....	35
<b>Quadro 4.</b>	Representação nos PEPS conforme prevista pela Portaria 198 GM/MS de 2004.....	41
<b>Quadro 5.</b>	Segmentos representados no Colegiado de Gestão dos PEPS do RJ (N=5), ano de 2006.....	43
<b>Quadro 6.</b>	Funções previstas para as instâncias dos PEPS segundo a Portaria 198 GM/MS de 2004.....	45
<b>Quadro 7.</b>	Poder na organização do futuro por tendências atuais segundo Motta (1997).....	70



## GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CADRHU	Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos
CNRH	Conferência Nacional de Recursos Humanos
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMS	Conselhos Municipais de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEGERTS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DesprecarizaSUS	Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS
FM	Faculdade de Medicina
GERUS	Desenvolvimento Gerencial em Unidade Básica de Saúde
IES	Instituições de Ensino Superior
MS	Ministério da Saúde
NEPP	Núcleo de Estudos em Políticas Públicas
NOB-RH/SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
ProgeSUS	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
REGESUS	Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS
RH	Recursos Humanos
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNAEPS	Universidade Aberta de Educação Permanente em Saúde
UNICAMP	Universidade de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

## CAPÍTULO I

### 1.1.Introdução

Em novembro de 1997, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, mediante chamada de projetos por edital público de dezembro de 1996. Vinculados a um complexo institucional do qual faziam parte Instituições de Ensino Superior (IES) e Escolas de Saúde Pública das Secretarias Estaduais de Saúde os Pólos foram financiados com recursos do REFORSUS e constituíram, então, um conjunto articulado de instituições voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos responsáveis pela implementação da Estratégia de Saúde da Família. Os projetos apresentados ao MS no primeiro processo seletivo permitiram o credenciamento de 10 Pólos, 06 Projetos de Capacitação e 04 Projetos de Cursos. Em 1999, em novo processo licitatório, o MS selecionou mais 10 projetos, todos na categoria de Pólos (Campos et al, 2006).

Em 2000, decorridos três anos de sua implantação, foi avaliada a atuação desses Pólos de Capacitação de Pessoal para a Saúde da Família pelo Núcleo de Estudos em Políticas Públicas (NEPP)<sup>1</sup> da Universidade de Campinas (UNICAMP) por solicitação do MS. Os principais resultados da avaliação realizada em 2000 explicitaram alguns dilemas relacionados com as diretrizes educacionais para a saúde e a institucionalização do ensino. Alguns resultados – recorrentes ou identificados durante o trabalho de campo – indicaram a necessidade de soluções corajosas para o aprimoramento da formação e educação permanente de pessoal para a saúde, em geral, e para a atenção básica, em particular (Campos et al, 2006).

Em 13 de fevereiro de 2004 o Ministério da Saúde emite a Portaria N° 198/GM/MS que “*Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências*”. Em seu Artigo 1° Parágrafo Único resolve: “*A condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional*

---

<sup>1</sup> Núcleo de Estudo em Políticas Públicas. Formação de Profissionais para a Saúde da Família: Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF. Etapa 3. NEPP/UNICAMP; 2002.

*e locorregional/roda de gestão)...” (ANEXO 1).*

Em 2005 a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) define a realização de uma pesquisa com o intuito de avaliar os Pólos de Educação Permanente em Saúde. Esta pesquisa é realizada em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), retomando as dimensões analíticas e o desenho metodológico utilizados na avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (2000), de modo a poder comparar avanços e recuos nos objetivos básicos da política de formação de pessoal para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Campos et al, 2006).

Esta dissertação é parte dessa pesquisa e trata aspectos específicos da implantação da Política de Educação Permanente em Saúde no Rio de Janeiro. Neste estudo foi analisado o processo decisório de formação e funcionamento das instâncias gestoras, Colegiado de Gestão e Conselho Gestor, dos Pólos de Educação Permanente constituídos no estado.

## 1.2. A política de Recursos Humanos no contexto da Reforma Sanitária

Analisando o impacto da globalização sobre as políticas de saúde no Brasil destaca-se as políticas de ajuste monetário e fiscal, adotadas nos anos 90, que resultaram na redução de recursos para investimento e custeio, controle da inflação via aumento da taxa de juros levando a aumento das dívidas públicas, queda da renda relacionada ao trabalho, aumento do desemprego e do subemprego além da flexibilização, alta rotatividade e maior precarização dos benefícios sociais referentes ao trabalho remanescente (Andreazzi & Kornis, 2003). A ordem neoliberal configura um cenário de políticas restritivas, setoriais e focalizadas, redução dos gastos estatais, geração de superávit primário e desregulamentação das relações trabalhistas com vistas ao aumento dos lucros e dos investimentos (Pires & Demo, 2006).

No processo das mudanças ocorridas nos anos 80 e 90 na área da saúde no Brasil, Machado (2005) aponta, principalmente na última década, o abandono de planos de carreira profissional, a precarização do trabalho e a pulverização das ações de educação e formação no âmbito do SUS levando ao que a autora chamou de “*década perdida para os recursos humanos em saúde*”. Algumas dessas questões, entretanto estiveram em pauta e foram material da Constituição de 1988 que atribui ao Sistema Único de Saúde no Artigo 200 “*ordenar a formação de Recursos Humanos na área da Saúde*” (Brasil, 1988) resultado de várias discussões e embates políticos que têm na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 o seu grande marco.

As proposições apresentadas pela 8ª CNS e a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRH) também realizada em 1986, repousam sobre dois princípios básicos: a responsabilidade estatal para com a educação e a gratuidade do ensino em todos os níveis e a integração ensino-serviço no enfrentamento das demandas epidemiológica-sociais (Brasil, 1993). A CNRH deixou claro que questões como a capacitação, recrutamento e seleção, plano de cargos e salários e avaliação de desempenho tinham que ser consideradas ao se pensar um novo sistema de saúde. A valorização profissional e a preparação dos recursos humanos teriam que ser temas fundamentais na pauta da reforma (Brasil, 1993; Costa, 2006).

A 9ª CNS realizada em 1992 considerou que para implementação do SUS em relação à área de Recursos Humanos (RH) era necessário assegurar a capacitação pensada como educação continuada e desenvolvimento e a formação contemplando certificação e habilitação profissional (Ceccim et al, 2002).

No ano seguinte, a 2ª CNRH (1993) faz um diagnóstico da realidade dos trabalhadores de saúde no SUS. Dentre as questões apontadas estão: inexistência de uma Política de Recursos Humanos formulada, inexpressiva alocação de recursos financeiros para o desenvolvimento de recursos humanos, insuficiente qualificação dos trabalhadores, escassas oportunidades de capacitação, baixos salários, currículos, em todos os níveis de formação, desarticulados com os princípios da Reforma Sanitária (Brasil, 1994). As propostas relativas às políticas de preparação e gestão de RH para a saúde compreendem entre outras: integração entre as instituições formadoras de recursos humanos e instituições prestadoras de serviços de saúde; redefinição das competências do governo, nos três níveis de gestão, na formação e qualificação de RH; criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional; desenvolvimento de programas de capacitação para os trabalhadores de saúde e a qualificação dos gerentes dos serviços de saúde (Brasil, 1994).

Realizada em 1996 a 10ª CNS foi marcada pela necessidade de avaliação do sistema já implantado e a busca de seu aprimoramento (Escorel & Bloch, 2005). Em seu Relatório Final (1998) consta no eixo Recursos Humanos para a Saúde a proposta de implantação de uma Política Nacional de Recursos Humanos para a Saúde que discutisse questões como a composição das equipes multiprofissionais, a valorização dos trabalhadores em saúde e a educação continuada. Há também uma reivindicação da elaboração pelo MS de uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH/SUS) que regulasse a ação e a relação das esferas de governo com os trabalhadores do SUS e propusesse uma agenda para a implantação da política (Brasil, 1998).

A 3ª versão da NOB-RH/SUS foi aprovada na 11ª CNS (2000) cujo tema Recursos Humanos teve 6 eixos de discussão: Política Nacional de Recursos Humanos para o SUS; Desenvolvimento de Trabalhadores em Saúde; Política de Saúde; Formação de Pessoal para a Saúde; Relações de Trabalho e Processos de Educação para o SUS. Três eixos se destacam na abordagem da formação/capacitação (Brasil, 2002):

#### Processos de Educação para o SUS:

*“... corresponde às diversas proposições que sugerem processos formativos no âmbito do SUS: conteúdos para escolas básicas...”* (p. 162).

#### Desenvolvimento de Trabalhadores em Saúde:

*“... corresponde às recomendações voltadas ao pessoal que trabalha no SUS e se desdobra em proposições aos gestores, às organizações de trabalhadores e Política Nacional de Saúde.... O*

*desenvolvimento não apreze como a mesma coisa que educação permanente/educação continuada dos trabalhadores de Saúde: enquanto a primeira se destina ao pessoal que trabalha no SUS, a segunda se destina aos profissionais, independentemente de que tenham vínculo empregatício com o SUS” (p. 162).*

#### Formação de Pessoal para a Saúde:

*“... corresponde aos argumentos de que o processo de qualificação dos profissionais de saúde se desdobra no exercício legal do SUS, como ordenador da formação de Recursos Humanos para a Saúde...” (p. 166).*

A 12ª CNS (2003) foi antecipada pelo governo congregando expectativas e anseios da retomada dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária (Escorel & Bloch, 2005). O Relatório Final desta conferência (Conferência Sérgio Arouca) é apresentado pelo Conselho Nacional de Saúde como um marco para a busca do aprimoramento do SUS apresentando medidas que precisavam então ser tomadas (Brasil, 2004). O Trabalho na Saúde, um dos dez eixos temáticos, contém em sua introdução uma expressão que em vários momentos tem sido empregada seja em mesas de discussão, debates e apresentações na busca das necessárias melhorias neste campo:

*“Saúde se faz com gente. Gente que cuida de gente...” (Brasil, 2004, p. 117; Costa, 2006, p.48).*

A efetivação da NOB-RH/SUS garantida por ações das instâncias gestoras do trabalho e da educação na saúde foi uma das diretrizes gerais dessa Conferência. Quanto a Gestão da Educação em Saúde alguns apontamentos são: a implementação de uma política e de programas de educação permanente com ênfase nos princípios da intersetorialidade; acompanhamento dos cursos de formação dos trabalhadores de saúde de nível auxiliar, técnico e superior; fóruns para a formulação de políticas de educação em saúde, de formação ou capacitação. A ampliação e implantação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde foi uma das considerações na Formação de Profissionais de Saúde. Promoção e implantação de educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais envolvidas com a área da saúde foi uma das medidas descritas no item Educação Permanente e Educação em Serviço (Brasil, 2004).

Da Educação Permanente para o Processo de Trabalho no SUS a NOB-RH/SUS (2005)<sup>2</sup> propõe a elaboração anual pelos gestores das três esferas de gestão do SUS de

---

<sup>2</sup> Os Princípios e Diretrizes Gerais para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS) foram então reivindicados na 10ª CNS (1996) tendo a primeira versão divulgada pelo

um Programa Institucional de Educação Permanente que assegure a formação e capacitação dos trabalhadores em Saúde (Brasil, 2005).

A 3ª Conferência Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde realizada em 2006 apresentou dois temas centrais em seus Documentos Preparatórios: Gestão do trabalho em saúde e Educação na Saúde. Destaca a importância da educação na saúde tida agora como uma política pública e “*componente estratégico da gestão do SUS...*” (Brasil, 2005b, p.46). São ressaltados a importância e o papel dos Pólos de Educação Permanente:

*“Os Pólos são estruturas fundamentais para a construção da política de educação na saúde... configuram uma nova instância do SUS... quando se aprende a função de uma instância e os modos de participação na mesma, aprende-se a valorizá-la e a fazer seu uso mais adequado e legítimo”* (p. 48).

Fazendo um *balanço* da Política de Recursos Humanos, o MS em 2002 considerou na construção dessa política dois sistemas fundamentais sendo um a *gestão do trabalho* e o outro a *formação/preparação para o trabalho* (Brasil, 2002).

Em junho de 2003, seis meses antes da 12ª CNS, o Decreto nº 4.726 criou a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) composta pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde (DEGERTS).

A partir de então o Deges

*“... é o responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde;... cooperação técnica e operacional com os estados e municípios, instituições formadoras, organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e outras entidades envolvidas com a formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular em saúde”* (Brasil, 2004b, p. 6).

---

Conselho Nacional de Saúde em 1998. Em maio de 2000 publicou-se a versão seguinte analisada agora pela 2ª Oficina Nacional de RH para o SUS que apresentou a 3ª versão encaminhada a 11ª CNS (2000) que propôs um debate nacional para a implementação da mesma. Revista e atualizada após a 12ª CNS (2003) a 3ª edição foi publicada em 2005 apresentando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 330 de 4 de novembro de 2003 que aplica a NOB-RH/SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS, homologada pelo então Ministro de Estado da Saúde, Humberto Costa (Brasil, 2005).



Dentre outras ações da SGTES estão em 2003 o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)<sup>3</sup>, em 2004 a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP), em 2005 o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)<sup>4</sup> e em 2006 a Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS (REGESUS)<sup>5</sup> e o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)<sup>6</sup>.

O Pacto pela Saúde divulgado pela Portaria nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006 considera dentre as diretrizes para o trabalho na Educação na Saúde: o avanço na implementação da PNEP considerando-a uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e a busca da revisão da normatização vigente que a institui contemplando a conseqüente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS (Brasil, 2006b).

---

<sup>3</sup> O Desprecariza SUS foi criado com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo. Preliminarmente foi instalado em 07 de abril de 2004 no âmbito do MS o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS para elaboração de políticas e formulação de diretrizes a serem implementadas para a resolução de questões que envolvem a precarização do trabalho. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. DESPRECARIZA SUS. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1285](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1285) (acessado em 21/Jan/2008).

<sup>4</sup> O PRÓ-SAÚDE é um programa lançado por uma portaria interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) que tem como objetivo geral incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde doença. Visa à aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. PRÓ-SAÚDE. [http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22848](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848) (acessado em 21/Jan/2008).

<sup>5</sup> A REGESUS é uma iniciativa da SGTES com o objetivo de fortalecer e qualificar a gestão do SUS. Visa estabelecer parcerias e apoiar os processos formativos das diversas instituições de ensino e de gestão em saúde. Sua conformação será variável de acordo com os contextos locais regionais do SUS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. REGESUS. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26656](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26656) (acessado em 21/Jan/2008).

<sup>6</sup> O ProgeSUS foi criado pelo MS para promover a melhoria de processos de trabalho e fortalecimento dos setores, unidades e órgãos responsáveis pela gestão do trabalho e da educação na saúde nos estados, no Distrito Federal e nos municípios objetivando cooperação técnica e financeira com essas instâncias. Tem como objetivo qualificar profissionais da área da gestão do trabalho e de gestão de informação no SUS liderando processos de mudança nas estruturas organizacionais da área. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. ProgeSUS. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1290](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1290) (acessado em 21/Jan/2008).

O Fórum da Reforma Sanitária Brasileira<sup>7</sup>, realizado em junho de 2006, fez a seguinte consideração sobre a formação e valorização dos trabalhadores em saúde:

*“Medidas voltadas para a formação, a educação permanente e a fixação das equipes de profissionais da saúde com base nas necessidades e direitos da população têm papel crucial na implementação do conjunto dos princípios e diretrizes do SUS e do novo modelo de atenção à saúde e de gestão”.*

A Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 648/GM de 2006 tem entre suas diretrizes a valorização dos profissionais de saúde “... *por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação*” (Brasil, 2006b).

Em 2007 foi realizada a 13ª CNS cujo tema “SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: POLÍTICAS DE ESTADO E DESENVOLVIMENTO” foi discutido em três eixos com ênfase no direito humano à saúde. A temática da educação permanente compôs a Parte 2 do Eixo III de discussão: *A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde* (Brasil, 2007). Os desdobramentos das discussões realizadas ainda serão conhecidos na divulgação dos relatórios.

---

<sup>7</sup> O Fórum da Reforma Sanitária tem sido espaços de discussão acontecidos a partir de 2006 como manifestação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO - do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES - da Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES - da Rede Unida e da Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde - AMPASA, em relação a questões relacionadas aos rumos da área da Saúde no país. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira: Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros. <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060713121020.pdf> (acessado em 13/Fev/2008).

### 1.3. Educação Permanente: a proposta, expectativas, desafios

Discutindo a disseminação da capacidade pedagógica por toda a rede do SUS<sup>8</sup>, Ceccim (2005) considera a formulação da Política Nacional de Educação Permanente inédita pois se trata de uma política de “*educação na saúde*” que supera a “*programação da capacitação e atualização de recursos humanos*” resultante de debates, aproximação entre o Ministério da Saúde e da Educação e pela criação de um novo dispositivo no SUS - os Pólos – que para o autor “*...vieram viabilizar o acesso massivo de parceiros da sociedade para a implantação de um SUS com elevada implicação com a qualidade de saúde...valorização dos trabalhadores e usuários...*” (p. 979).

A proposta da educação permanente considera como pressuposto básico

*“a aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços”* (Brasil, 2004b, p.10).

A problematização da realidade privilegia a integração ensino-serviço-comunidade propiciando

*“... reflexão sobre os papéis dos sujeitos que aprendem, o objeto a ser aprendido, o conhecimento que deriva desta integração...”* (Opas, 2000, p. 18).

Essa metodologia é considerada um dos três momentos dialética e interdisciplinarmente entrelaçados da Pedagogia de Paulo Freire, chamada também de *libertadora*,

*“A educação visa à libertação, para que homens e mulheres possam ser reconhecidos como sujeitos históricos... a educação tem que permitir a leitura crítica do mundo, objetivando a transformação da realidade”* (Brasil, 2005c, p. 54).

Ribeiro (2001) chama a atenção para a complexidade que tem em si a própria problematização uma vez que

*“... o problema só é problema para alguém, e o que é problema para alguns pode não sê-lo para outros... são parte do movimento de transformação,... trabalhar com eles representa um enorme*

---

<sup>8</sup> O autor considera que a Política de Educação Permanente seja uma construção coletiva de uma política de educação para o SUS que rompe com a compra de pacotes de cursos e treinamentos pontuais oferecidos por instituições de ensino que acabam concentrando capacidade pedagógica.

*potencial para revermos nossas práticas, razão pela qual se constituem como categoria fundamental na construção da EPS” (p. 9).*

Merhy (2005) considera um grande desafio o “*produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado...*” (p. 173). O autor chama de a *pedagogia da implicação* quando discute os “*elementos analisadores para pensar/providenciar a Educação Permanente*” propostos por Ceccim (2005) dentre eles os componentes do *quadrilátero da educação permanente* (ensino – gestão setorial – práticas de atenção – controle social)<sup>9</sup> (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Para Merhy esses analisadores têm que “*... expor o trabalho vivo em ato para a própria auto-análise e pedagogicamente abrir espaços relacionais para poder se falar e se implicar com isso*” (p. 174). O autor afirma, ainda que

*“... somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir, protagonizando processos novos como força de mudança... sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas” (Merhy, 2002, p.15).*

Portanto, nessa concepção, a educação permanente é tida como mobilizadora de intencionalidades do sujeito mediante a identificação e a construção dos problemas existentes a partir da análise dos processos de trabalho (Ribeiro, 2001).

L’Abbate (1994) toma como definição da Educação em Saúde:

*“... um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento de suas atividades” (p.482).*

A adoção de critérios epidemiológicos e os reais problemas de saúde vividos pela população devem orientar a educação do profissional em saúde em todo o processo de formação (Feuerwerker, 2003). Para Ceccim (2005), a reflexão sobre as práticas vividas no seu cotidiano é que levará o trabalhador em saúde, um ator social da mudança na qualidade da atenção, à produção de conceitos e novas práticas geradoras de transformação.

---

<sup>9</sup> Em 2003 a proposta da Política de Educação Permanente aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde tinha dentre outros objetivos a articulação entre Ensino – Gestão – Atenção e Controle considerando atender às recomendações da NOB/RH-SUS para promoção de mudanças nas práticas de formação e nas práticas de saúde (Brasil, 2004c).

Abordando ainda a aprendizagem no processo de trabalho, Roschke<sup>10</sup> considera que

*“... É importante, num contexto de reforma setorial, que os trabalhadores compreendam todo o processo de produção que confere sentido ao seu próprio trabalho (esforços para a compreensão e definição da missão institucional), que o conhecimento e a compreensão de totalidades lhes possibilite o desenvolvimento de novos raciocínios e estratégias para intervenções mais oportunas e criativas, nas quais podem aplicar seus talentos e experiências (papéis das organizações abertas à aprendizagem), e que esse processo se desenvolva através de interações com outros indivíduos, e mais além do espaço limitado a determinadas funções, isto é, que transpasse a dimensão das hierarquias, que seja interdepartamental, livre das limitações burocráticas, para que toda a instituição aprenda e possa alcançar o impacto desejado...”*

Campos (2006), refletindo sobre a formação de pessoal para o SUS, discute que a proposta da Educação Permanente tem descuidado dos espaços formais para a educação, o papel do professor e a possibilidade da sistematização da formação no trabalho com sua estruturação no cotidiano. O autor demonstra preocupação com a formação dos profissionais antes de entrarem no mundo do trabalho:

*“A formação insuficiente... exigiria uma intervenção massiva que só a educação permanente, senso estrito, a educação durante o trabalho, não dá conta... temos que combinar a educação no trabalho, discussão de casos, estudos temáticos, com a formação mais estruturada”* (p. 54).

Feuerwerker (2003), ao discutir a formação na área da Saúde e as novas diretrizes curriculares<sup>11</sup> propostas pelo Ministério da Saúde, tem como fundamental e indispensável a articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação no intuito de desenvolverem políticas convergentes e coerentes para que as transformações possam atingir o núcleo duro da formação. Em novembro de 2005 a Portaria Interministerial nº 2.118 instituiu a parceria entre esses ministérios para

*“... cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde...”* (Brasil, 2005d).

---

<sup>10</sup> Roschke MA. Aprendizagem e conhecimento significativo nos serviços de saúde. <http://209.85.207.104/search?q=cache:fm2c7j0b9skJ:www.saude.pr.gov.br:2080/Espp.nsf/0f88e1187d62ca2e03256e3700432747/fbf775f0448c58af83256ff600584285/%24FILE/aprendizagemconhecimentosignificativonoservicosdesaude.doc+Roschke+MA.+Aprendizagem+e+conhecimento+significativo+nos+servi%C3%A7os+de+sa%C3%BAde.&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=4&gl=br> (acessado em 21/Jan/2008).

<sup>11</sup> As diretrizes curriculares é tema discutido por vários autores por exemplo Feuerwerker (2003), Pereira & Ramos (2006), Frigotto et al (2005).

Para Belaciano (1996) as mudanças na formação e capacitação de RHs devem ser entendidas como

*“... o enfrentamento requerido para estabelecer vínculos e co-responsabilidades entre o ensino das profissões de saúde e entre novas relações intersetorialmente e com a comunidade, para a reorientação dos modelos assistenciais baseados nos princípios da equidade, integralidade e universalidade da atenção à saúde, conforme os preceitos legais do SUS” (p. 31).*

A proposta dos Pólos como instâncias locorregionais, segundo Merhy (2005), lhes dão singularidades a serem consideradas na resposta que cada um deles dará na problematização das práticas dos gestores da saúde no campo da educação em saúde. Ceccim (2005b) aponta a complexidade das relações nessas instâncias advindas da diversidade de atores que as integram face às particularidades que cada um colocará na roda da gestão.

#### 1.4. A qualificação/capacitação em saúde: antecedentes

Na década de 70 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) começou a articular esforços para a definição de uma proposta de ensino que considerasse o trabalho como fundamental para o aprendizado dos profissionais de saúde. Em 1975 um grupo se reuniu para discutir “*planes de Educación Continua para los equipos de salud*” (Haddad Q. et al, 1994). O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos foi um catalisador desses esforços. Nos anos 80, a partir da análise de uma série de experiências que estavam sendo desenvolvidas na área da educação em saúde em vários países, numa reunião em Querétaro em 1988 essa proposta foi então sancionada e teve diferentes repercussões na Região das Américas. Seus reflexos se deram no sentido da percepção dos problemas de saúde e na maneira de interpretar suas implicações no desenvolvimento dos recursos humanos (Roschke et al, 1993).

As experiências a partir de então em parte fortaleciam alguns pressupostos mas apontavam também novos pontos de enfrentamento. Ações de educação continuada inclinavam-se a direcionar os serviços a partir de políticas centrais principalmente de cobertura. Já as ações de educação permanente se baseavam em propostas de desenvolvimento a partir das características e necessidades do processo de trabalho dos serviços de saúde (Roschke et al, 1993).

Ribeiro & Motta (1996) destacam a distinção entre educação continuada e permanente. Segundo os autores a educação continuada circunscreve-se às experiências centralizadas de cursos, eventos, palestras, divulgação de informações específicas no sentido de atualizar os profissionais que estão nos serviços. Com privilégio da direcionalidade técnica, a educação continuada,

*“... enquanto estratégia de capacitação para os serviços de saúde, acaba por reforçar a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, na medida em que se centra no desempenho de cada categoria profissional e suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho e que se formalizam na descrição dos postos de trabalho”* (p. 41).

Frente às observações das experiências no decorrer do tempo, a análise das instituições de saúde e seus complexos processos de trabalho, a Educação Permanente em Saúde (EPS) assume então

*“... la mejoría de la calidad del servicio que se ofrece a la población, constiuyéndose em instrumento pedagógico de la transformación del trabajo y dec desarrollo permanente de los trabajadores a nivel individual y colectivo” (Haddad Q. etal, 1994, p. 40).*

Citando ainda Rovere (1993)

*“... la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo” (Rovere, 1993, p. 495).*

Costa (2006) destaca as experiências brasileiras significativas na trajetória da educação na saúde que tiveram o trabalho como *eixo estruturante e centro privilegiado para a educação*: Projeto Larga Escala (1981), Curso de Atualização em Desenvolvimento de Recursos Humanos (CADRHU) (1987), Desenvolvimento Gerencial em Unidade Básica de Saúde (GERUS) (1990), Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) (2000) e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED) (2002).

Pereira & Ramos (2006) apontam que as Escolas Técnicas (ETSUS), criadas na concepção do Projeto Larga Escala, têm

*“... como finalidade e missão institucional promover a profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, que não possuem qualificação profissional para exercer ações na área, procurando formá-los de acordo com os novos modelos assistenciais” (p.54).*

Atualmente as ETSUS configuram a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS).

Ávila (2004) analisando o processo de implementação do PROFAE conclui que o mesmo

*“... traz elementos de uma política pública e inovadora... há que se aprender com os benefícios alcançados... com as grandes dificuldades... e, assim,... organizar o caminho para a construção de uma política pública inovadora de formação de recursos humanos, em nível médio para o setor saúde” (p.155).*

O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS avaliou no ano 2000 (Davini et al, 2002) quinze projetos de educação de pessoal de saúde, em execução no período, desenvolvidos em oito países da América Latina. No Brasil foram avaliados o PROFAE e os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente e Pessoal para a Saúde da Família no estado do Maranhão e Minas Gerais. Esses projetos se encontravam numa proposta de Reforma do Setor Saúde desses países ocorrida principalmente na década de 90. Dentre os ganhos obtidos o estudo aponta o



desenvolvimento de competências e capacidades de ordem técnica e de cultura institucional e política. As limitações observadas compreendem a variedade das condições institucionais, políticas, ideológico-culturais e nacionais sobre as quais se desenvolvem a educação de pessoal de saúde o que leva esses processos de capacitação obterem diferentes alcances dependendo de cada experiência. É persistente a falta de direcionamento dos projetos e baixa incorporação de propostas relativas à aprendizagem no trabalho.

Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família criados em 1997 foram definidos pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) como

*“... articulação de instituições voltadas para a formação e educação permanente de recursos humanos em saúde, vinculadas às Instituições de Ensino, que se consorciaram ou celebraram convênios com SES e/ou SMS, para implementarem programas de capacitação direcionados à estratégia de Saúde da Família”* (Brasil, 2002, p.21).

No Seminário Internacional de Recursos Humanos organizado pelo MS em 2002 o DAB apresentou uma avaliação dos Pólos de Capacitação frente à pesquisa do NEPP. Os resultados demonstraram que embora os Pólos estimulavam as instituições de ensino superior a compartilhar com o serviço a qualificação de seus profissionais, havia um descompasso entre a necessidade do serviço e a capacidade de oferta das instituições parceiras, inadequação dos conteúdos de capacitação com as necessidades locais, além do fato de a maioria dos Pólos ainda não havia sido formalmente instituída (Souza et al, 2002).

No Relatório Final da Reunião dos Coordenadores dos Pólos (Brasil, 2002b) foram apresentados alguns resultados obtidos pelo NEPP e também a avaliação do DAB. No debate da plenária surgiram questões importantes das quais: necessidade de se criar um cadastramento dos cursos oferecidos; desencontro e incoerência entre o trabalho realizado pelos Pólos e pelo MS; dificuldades no repasse de recursos para os Pólos; insatisfatória articulação dos Pólos com os gestores.

O estudo realizado pelo NEPP em 2000 avaliou os doze primeiros Pólos constituídos: Alagoas (Maceió), Bahia (Salvador), Ceará (Fortaleza), Distrito Federal (Brasília), Mato Grosso (Cuiabá), Minas Gerais (Belo Horizonte), Minas Gerais (Juiz de Fora), Paraná (Curitiba), Pernambuco (Recife), Rio de Janeiro (Niterói), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), Santa Catarina (Florianópolis). Todos os resultados referem-se a 11 Pólos, uma vez que os dois Pólos do Rio de Janeiro foram analisados em conjunto

(NEPP, 2002).

Uma síntese dos resultados é pontuada a seguir:

- ❑ Relata-se um nível variável de integração institucional (integração entre as instituições de ensino e serviço, parcerias institucionais);
- ❑ A maioria dos Pólos apresentou atividades com altos níveis de adequação, abrangência e diversificação;
- ❑ No que se refere ao relacionamento intergovernamental, sete deles tinham um relacionamento intenso com reuniões de planejamento, cooperação e decisões conjuntas;
- ❑ O nível de descentralização e regionalização era variável entre os Pólos;
- ❑ A maioria aplicava recursos de consolidação e inovação gerenciais;
- ❑ Observou-se que era baixo o nível de consolidação do sistema de monitoramento e avaliação na maioria dos Pólos;
- ❑ Havia sinergia na articulação entre os Pólos e o Programa Saúde da Família (PSF) no nível estadual em dez dos Pólos avaliados;
- ❑ Houve apontamento da necessidade de uma ampla e diversificada definição do papel do PSF;
- ❑ Em alguns Estados os Pólos tinham uma atuação ativa (antecipava às demandas) e em outros era reativa (limitava-se a implementação e/ou expansão do PSF);
- ❑ A presença do PSF na estrutura do Pólo era quase sempre motivo de conflito;
- ❑ O tamanho dos Pólos variava em função da incorporação de Instituições de Ensino Superior;
- ❑ Existiam conflitos entre as instituições de serviço e as de saúde;
- ❑ A coordenação dos Pólos era exercida quase sempre pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) ou pelas Escolas Saúde Pública e a direção financeira geralmente pela SES;
- ❑ Considerando o posicionamento dos Pólos segundo seu Desempenho por Dimensão foram considerados altos: o relacionamento com as instâncias Estadual e Municipal, a relação dos Pólos com PSF e a relação Ensino *versus* Serviço.

Quanto à atuação desses Pólos na capacitação das Equipes de Saúde da Família essa pesquisa fez os seguintes apontamentos dentre outros:

- ❑ A maioria dos profissionais era enviada aos Pólos para capacitação em áreas temáticas embora muitos municípios tenham enviado grande parte dos integrantes das equipes para a realização do Módulo Introdutório;
- ❑ Os maiores beneficiários dos cursos foram os enfermeiros;
- ❑ Ainda era insatisfatória a oferta de cursos para os quais havia interesse;
- ❑ A maioria dos médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram favoráveis ao treinamento em serviço como processo de capacitação;
- ❑ A capacitação a nível local foi considerada viável para a maioria dos médicos e enfermeiros entrevistados;
- ❑ Foi considerado médio o grau de contribuição dos cursos de capacitação para os resultados positivos das Equipes de Saúde da Família (ESF);
- ❑ Aproximadamente 50% dos profissionais entrevistados compartilhavam a opinião de que a capacitação oferecida era parcialmente adequada a sua atuação e às necessidades locais;
- ❑ A maioria dos gestores era favorável à adoção de medidas alternativas de capacitação - Educação à Distância - como estratégia de descentralização das ações de capacitação;
- ❑ O curso introdutório foi considerado *bom* pela maioria dos médicos, enfermeiros e ACS;
- ❑ Na avaliação da atuação dos Pólos, a maioria dos Secretários Municipais de Saúde considerou como *bom* a oferta de cursos, a adequação às necessidades locais e a proximidade do município, como *ruim* a regularidade dos cursos e a capacidade de absorver a demanda local; quanto ao *Modelo Pólos de Capacitação* a maioria desses entrevistados achava que o mesmo não atendia às necessidades locais principalmente pela oferta insuficiente de cursos sugerindo um modelo descentralizado de capacitação.

Em relação aos Pólos do estado do Rio de Janeiro esse estudo observou:

- ❑ Uma composição equilibrada de instituições ligadas ao ensino e ao serviço;
- ❑ O Módulo Introdutório como principal atividade de capacitação desenvolvida pelas instituições de ensino e do serviço;
- ❑ Não houve impacto desses Pólos nos cursos universitários de graduação;
- ❑ A Secretaria Estadual de Saúde realizou ações de capacitação e treinamento;

- ❑ Houve dificuldades na compreensão pela comunidade acadêmica sobre o papel do PSF;
- ❑ A metodologia pedagógica utilizada nos Pólos foi a *problematização*;
- ❑ Houve divergências insterinstitucionais como entre instituições de ensino e serviços de saúde.

Do ano 2000 até o presente se redimensionou o programa dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família em Política de Educação Permanente. Em 2005 teve início a avaliação<sup>12</sup> desta política através da pesquisa da qual faz parte esta dissertação.

---

<sup>12</sup> Em 2005 a SGTES constituiu o Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente. O desenho da avaliação proposta, os objetivos e o marco analítico estão publicados no artigo *Os desafios para a educação permanente no SUS* (Campos et al, 2006).

### 1.5. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: gestão colegiada e participação

Na década de 80 o processo de democratização do país contou com um complexo movimento de negociação política entre atores da área da saúde, parlamentares e Poder Executivo que resultou em dois grandes momentos na política de saúde do país: a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Assembléia Constituinte (Lima et al, 2005).

Segundo Gerschman & Santos (2006) nesse período os interesses setoriais foram disputados pelos partidos políticos em favor do fortalecimento de suas bases eleitorais e de alianças estratégicas no Congresso.

A Constituição de 1988 além de estabelecer a saúde como “*direito de todos e dever do Estado*” constituiu o Sistema Único de Saúde sobre os princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (Baptista, 2005). Ao SUS foi atribuído no Artigo 200: “*ordenar a formação de Recursos Humanos na área da Saúde*” (Brasil, 1988).

Vieira (2006) considera a definição de Recursos Humanos na *área da saúde* dada por Mendes (1993) em que a questão *recursos humanos* “*envolve tudo que se refere aos trabalhadores de saúde em sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde*” (p. 221).

Na prestação de serviços de saúde, devido à natureza do trabalho e complexidade das ações dos profissionais envolvidos, o binômio “*conhecimento técnico atualizado e profissional qualificado para aplicá-lo*” assume uma dimensão estratégica (Machado, 2005).

Em 2002 o Ministério da Saúde fazendo um *balanço* da Política de Recursos Humanos considerou, na construção dessa política, dois sistemas fundamentais: a gestão do trabalho e a formação/preparação para o trabalho (Brasil, 2002).

Embora sejam variáveis as definições de política pública, de acordo com Oszlak e O'Donnell (1976) citados por Silva (2000) a política pública pode ser definida como:

“*Um conjunto de ações e omissões que manifestam uma modalidade de intervenção do Estado em relação a uma questão que chama a atenção, o interesse e a mobilização de outros atores da sociedade civil. Desta intervenção, pode-se inferir uma determinada direção, uma determinada orientação normativa, que presumivelmente, afetará o futuro curso do processo social desenvolvido, até então, em torno do tema*” (p. 13).

Dentre as ações desenvolvidas pela SGTES está a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A Portaria Nº 198/GM/MS de 2004 instituiu a Política “*como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor*”. Em seu Artigo 1º Parágrafo Único resolve: “*A condução locorregional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e locorregional/roda de gestão)...*” (Brasil, 2004).

Entre as Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política de Educação Permanente apresentadas pela Portaria 198 de 2004 estão as bases dos Pólos, das quais

*“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, 2004).

A gestão colegiada dos Pólos propõe uma maior participação da sociedade no âmbito da qualificação do profissional de saúde. Até então, esse era um tema discutido essencialmente no domínio das instituições de ensino em parcerias com as instâncias governamentais da saúde como o MS e as SES. A PNEPS se remete a um dos princípios do próprio SUS que é a participação popular.

Diversidade de atores e a participação popular têm sido objetivos de diferentes iniciativas de construção de espaços de discussão na área da saúde. Segundo Labra (2005)

*“... na conjuntura atual, existe no setor saúde uma densa constelação de espaços de participação, interlocução e aprendizado cívico que envolve milhares de pessoas dedicadas a realizar um trabalho voluntário em prol da defesa do SUS, do controle social e da saúde da população”* (p.369).

A Lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade<sup>13</sup> na gestão do SUS instituindo em cada esfera de governo as seguintes instâncias colegiadas:

---

<sup>13</sup> Sobre a participação popular no processo da reforma sanitária ver Gerschman (2004) “*A Democracia Inconclusa – um estudo da Reforma Sanitária Brasileira*”. A autora trabalhou com três focos de análise: os movimentos sociais em saúde, a construção da democracia e a política de saúde.

- ✓ O Conselho de Saúde<sup>14</sup>: órgão colegiado com representação do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários. Em caráter permanente e deliberativo *“atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente”* (Brasil, 1990). Segundo Labra (2005) existem no país cerca de 5.700 desses espaços incluindo o Conselho Nacional de Saúde, o conselho do Distrito Federal, dos estados e municípios, além dos regionais, distritais e locais e os Conselhos Sanitários Indígenas;
- ✓ A Conferência de Saúde<sup>15</sup>: reunindo-se a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais deve *“avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”* (Brasil, 1990).

De acordo com Guizardi et al (2004)

*“Enquanto os conselhos de saúde têm a função de formular estratégias e controlar a execução das políticas, as conferências surgem como uma das arenas nas quais a participação social se antecipa à formulação de políticas, pois se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressupostos que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte”* (p. 16).

Silva e Labra (2001) discutindo sobre o controle social na saúde consideram que o mesmo *“entendido como o exercício do controle sobre as políticas de saúde por parte dos representantes da sociedade civil, é garantido por intermédio dos conselhos de saúde. Sua potencialidade reside no acúmulo de forças mediante a organização e a participação ativa dos cidadãos nesses colegiados”* (p. 165).

O Colegiado de Gestão dos Pólos deve ter a representação de todos os participantes dentre os quais: *“gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, instituições de ensino com cursos na área da saúde, escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais e municipais de saúde, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes da área*

---

<sup>14</sup> Alguns autores têm discutido o papel, o desempenho e a trajetória dos Conselhos de Saúde, por exemplo: Labra (2005), Gerschman (2004b), Silva & Labra (2001).

<sup>15</sup> As Conferências Nacionais de Saúde têm sido estudadas por vários autores dentre os quais Escorel & Bloch (2005) *“As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS”*. Cortes (2002) analisa a participação dos usuários no setor saúde através dos conselhos e das conferências de saúde.

*da saúde, trabalhadores de saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde”* (Brasil, 2004).

A diversidade de representantes na Roda de Gestão dos Pólos implica na participação de instituições variadas como aquelas do ensino, do serviço e da gestão. Neste sentido a dinâmica de funcionamento dos Pólos passa necessariamente pelo estabelecimento de relações interinstitucionais através das quais serão construídas e estabelecidas as ações necessárias para a qualificação do profissional de saúde na localidade de abrangência.

As articulações interinstitucionais e intersetoriais também são apontadas por Ceccim (2003) no que diz respeito ao projeto de formação e desenvolvimento no SUS que para ele se faz pela articulação entre as instituições formadoras de pessoal de saúde, as escolas de governo e outros parceiros do campo da educação de profissionais de saúde. Para além de relações institucionais constata-se nesse arranjo a existência de grande intersetorialidade uma vez que a formação/qualificação profissional perpassa diferentes setores como a educação e os serviços de saúde. Esta relação, se configurada como um modelo de estrutura organizacional do governo, levaria à introdução de práticas de planejamento e “*avaliação participativas e integradas, o compartilhamento de informações e a permeabilização ao controle social*” (Inojosa, 1998, p. 47).

Foi pensando num método de *análise e co-gestão de coletivos* que Campos (2000) propôs o *Método da Roda*. O autor destaca que o *taylorismo* e com isso a racionalidade administrativa comum nas organizações leva a uma alienação do trabalhador sobre os processos de trabalho e os resultados desejados. Tendo o trabalho “*como um dos caminhos necessários à própria constituição do Sujeito*” (p. 54) e discutindo a instituição como uma *Obra coletiva* o autor aponta como um desafio o fortalecimento do Sujeito “*... para que ele se autorize e tenha capacidade de negociar e solidarizar-se com outros Sujeitos ou Instituições, partindo do reconhecimento do outro também como Sujeito, ou seja, como ser com desejos e interesses a serem considerados*” (p. 137). O Método da Roda objetiva a constituição de *Coletivos Organizados*

“*... o que implica construir capacidade de análise e de co-gestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição*” (p. 36).



A construção de sujeitos é discutida também por Feuerwerker (2000) ao relatar uma experiência<sup>16</sup> vivenciada na formação de profissionais de saúde. A autora aponta como ganho do trabalho desenvolvido

*“... a constituição de sujeitos ao criar oportunidades para que os diversos atores recuperassem a iniciativa em seus respectivos contextos, falassem, propusessem, escutassem, tomassem decisões, executassem e avaliassem atividades, alternativas, projetos”* (p. 22).

Na PNEPS conforme estabelecida pela Portaria 198, embora haja valorização do sujeito que participa da Roda, há ênfase nas decisões coletivas. As decisões coletivas são aquelas não-individuais em que o sujeito que decide não é o singular mas o *coletivo* ou o *grupo* (Bobbio et al, 2004).

Segundo Ceccim & Feuerwerker (2004) a interinstitucionalidade e a localregionalização permitem na dinâmica da roda a entrada das instituições formadoras, do movimento estudantil e do movimento popular pressupondo acordos provisórios seguindo e respeitando multiplicidades para obtenção de resultados responsáveis. Pressupõe-se portanto com essa proposta que os Pólos de Educação Permanente sejam um Colegiado de Gestão ou seja, não tenha um gestor apenas tomando as decisões de forma piramidal, verticalizada, de cima para baixo.

Há no entanto um contraponto no âmbito das diretrizes da Política pois embora a nível localregional se estabeleça uma gestão participativa/colegiada buscando o rompimento de verticalidade nas decisões, nota-se para além desse espaço local, a existência de mecanismos de controle verticalizado e centralizador do MS como aqueles relacionados ao financiamento de projetos pois se depende da instância federal como financiador exclusivo e o avaliador final dos projetos.

Correia (2000) abordando o controle social sobre a política de saúde o adota como *“a capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado”*<sup>17</sup> e os gastos estatais na direção dos interesses da

---

<sup>16</sup> A autora analisa aspectos da experiência desenvolvida através dos projetos UNI - *“Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde”* – que é um programa desenvolvido na América Latina sendo um segmento do movimento de mudança da educação dos profissionais de saúde. No Brasil esses projetos envolvem cursos de medicina e enfermagem em todos eles e cursos de farmácia, fisioterapia, psicologia, nutrição e odontologia em alguns deles. O programa tem como estratégia fundamental a construção de parcerias entre universidades, serviços de saúde e a população (Feuerwerker, 2000).

<sup>17</sup> Correia (2005) considera que para uma maior compreensão do controle social, “pressupõe-se uma concepção de Estado e de sociedade civil, pois ele ocorre neste eixo” (p. 50). A autora utiliza a concepção gramsciana de Estado ampliado – incorpora “além da sociedade política, a sociedade civil com seus

*coletividade*” (p . 53). A autora ressalta neste sentido, o controle social sobre os gastos públicos sendo resultado tanto do processo de democratização do país como pressuposto para consolidação da democracia:

*“Dessa forma, o controle social passa a existir, como possibilidade de os movimentos sociais influenciarem as políticas públicas de forma que estas atendam às suas demandas, durante o processo de democratização do país, em que a descentralização é tema central, contraposto ao processo de centralização do Estado durante a ditadura”* (p 55).

De acordo com Baptista (2005) a *descentralização*<sup>18</sup> enquanto um dos princípios do SUS apresenta-se como uma proposta de promoção de uma maior democratização do processo decisório na saúde.

Segundo a autora, a descentralização é vista tanto como *“uma estratégia para o enfrentamento das desigualdades regionais e sociais”* como uma *“estratégia de democratização porque possibilitaria à população um maior controle e acompanhamento das ações públicas”* (p. 34).

No sentido da *democratização*, a *participação popular* é também um princípio do SUS que *“trata da garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e do controle de sua execução”* (idem, p. 35).

No sentido do *gerenciamento do processo de descentralização do SUS* foram instituídas comissões intergestores (CIB<sup>19</sup> e CIT<sup>20</sup>) conforme definido pela NOB-SUS

aparelhos de hegemonia que mantêm o consenso” (p. 50). “O conceito de sociedade civil em Gramsci tem uma dimensão claramente política, como espaço de luta de classes pela hegemonia e pela conquista do poder político por parte das classes subalternas” (Coutinho, 2002, idem, p. 51). “O controle social, nessa perspectiva, é o controle das classes e seria movido pelo caráter contraditório da sociedade civil, ora pendendo para a classe dominante, ora para as classes subalternas, a depender da correlação de forças entre essas” (idem, p. 54).

<sup>18</sup> A descentralização na saúde é tema discutido por diversos autores, por exemplo: Arretche & Marques (2007), Gerschman & Viana (2005), Oliveira (2003).

<sup>19</sup> Comissão Intergestores Bipartite: de âmbito estadual é *“integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado (...) sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS”* (Brasil, 1993).

<sup>20</sup> Comissão Intergestores Tripartite: de âmbito nacional é *“integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde”* (Brasil, 1993).

01/93 que teve por objetivo “*disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde*” (Brasil, 1993b).

Ribeiro (1997) considera que essas comissões são evidência da proliferação de organismos colegiados no SUS e aponta:

*“A possibilidade das comissões intergestores, de caráter intergovernamental, atuarem em sintonia com os conselhos amplia o caráter institucional que eles possuem, porém estas comissões têm apresentado uma dinâmica decisória caracterizada menos por uma subordinação formal aos conselhos de saúde e mais por um forte tensionamento da política pela especialização técnica adquirida por seus componentes”* (p. 89).

Oliveira (2003) conclui sua análise sobre esses espaços de negociação considerando que:

*“as Comissões Intergestores se afirmaram na área da saúde como instâncias privilegiadas e estratégicas de negociação entre os gestores de diferentes esferas de governo. Ao deliberar conjuntamente sobre as políticas de saúde no âmbito nacional e estadual, a CIB configura um avanço da tentativa de concretizar um arranjo federativo na saúde. Desta forma, as reuniões dessas comissões constituem um espaço de expressão de conflitos e construção de consensos entre os gestores, além de representarem oportunidades de trocas de experiências e de formação dos gestores”* (p. 67).

Na PNEPS essas instâncias têm papel fundamental desde a implementação dos Pólos a realização dos projetos elaborados. A CIB tem inicialmente a responsabilidade de atuar na pactuação das localregionalizações propostas e posteriormente pactuar os projetos que já passaram pelo Colegiado de Gestão. O CES deve aprovar os projetos de cada estado a fim de que eles sejam encaminhados ao MS. Tanto essas Comissões quanto os Conselhos devem estar aptos para decidir a respeito de questões que não conseguiram consenso no Colegiado de Gestão.

A participação no Colegiado de Gestão dos PEPS deve contribuir para o estabelecimento desta instância enquanto uma *articulação interinstitucional localregional*, um espaço de “[...] *debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, bem como de outros atores sociais da saúde*” (Brasil, 2004). A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde teriam os Pólos como fórum privilegiado de discussão e decisão política.

Conforme estabelecido pela Portaria 198, a educação dos trabalhadores da saúde depende, não substituindo outros espaços pertinentes às políticas de organização da atenção à saúde, das articulações e negociações que acontecem no Colegiado de Gestão configurado como Pólo e que conduz a nível locorregional a PNEPS. E as ações proposta, decorrentes dos processos de discussão e negociação, devem constituir projetos a serem aprovados e financiados em última instância pelo MS.

Percebe-se nesse arranjo a importância da constituição e do funcionamento dessas instâncias de gestão pois se os Pólos não conhecerem as necessidades locorregionais e, a partir de então, estabelecerem, através de projetos, propostas para o atendimento das necessidades na formação e desenvolvimentos dos trabalhadores da saúde, a Política não se efetivará. Por outro lado, há também um mecanismo de atrelamento da educação dos trabalhadores à decisão política do MS que acredita os projetos e aloca os recursos financeiros necessários.

Faz-se necessário, portanto, para assegurar uma formação/qualificação que dê respostas à realidade local do trabalho em saúde, que as instâncias previstas, essencialmente o Colegiado de Gestão, e as demais já estabelecidas, como o CES e a CIB, e todas as instituições nelas representadas, assumam o papel que cada uma tem no processo de implementação e desenvolvimento da Política superando os desafios de uma participação comprometida com os objetivos da mesma.

## 1.6. O papel das instituições na PNEPS

Os Pólos de Educação Permanente são configurados como Colegiados de Gestão sob a égide de uma gestão democrática e horizontal realizada pela diversidade de atores participantes resultante do estabelecimento de relações interinstitucionais e intersetoriais diversas.

*“Dentro do Colegiado de Gestão todas as instituições têm poder igual e, assim, podem exercer sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e horizontal. O Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS se caracteriza como gestão colegiada e tem natureza política e crítico-reflexiva. Os executores das ações serão cada instituição ou arranjos entre instituições debatidos no Colegiado de Gestão do Pólo [...]”* (Brasil, 2004).

Embora desejáveis, não se pode desconsiderar neste processo, as dificuldades existentes para o estabelecimento de arranjos interinstitucionais e/ou intersetoriais que são necessários sim, mas difíceis de se constituírem e consolidarem. Ceccim (2005) reconhece a complexidade das relações nessas instâncias advindas da diversidade de atores que as integram face às particularidades que cada um colocará na roda da gestão.

A compreensão da ação dos indivíduos e de suas manifestações coletivas deve levar em conta as mediações entre estruturas sociais e os comportamentos individuais (Théret, 2003). O institucionalismo, um dos paradigmas das ciências sociais<sup>21</sup>, considera que essas mediações são precisamente as instituições (Théret, 2003). O neo-institucionalismo<sup>22</sup> enfatiza a importância crucial das instituições para a decisão, formulação e implementação de políticas públicas (Souza, 2005).

---

<sup>21</sup> Luz (1997) discutindo sobre realidades em saúde como objetos de estudo das Ciências Sociais ressalta que “a saúde, definida como efeito de um conjunto de condições de existência, e as instituições que as regulam, tem tido um grande impacto nas relações e instituições sociais estabelecidas há mais de um século, e que este impacto que deveria ecoar nas ciências sociais com a mesma força, não tem tido ainda suficiente ressonância nos pesquisadores dessas disciplinas” (p. 80). Por outro lado, Ribeiro (1997) aponta a importância do uso de ferramentas das ciências sociais na área da saúde pois ao “se conferir relevância aos grupos de interesses na política pública, decorre a necessidade de estudar os próprios mecanismos de constituição de interesses comuns entre indivíduos e de delegação de poderes de representação” (p. 91).

<sup>22</sup> Marques (1997) denomina como neo-institucionalismo “a corrente das Ciências Sociais que tem ressaltado, de maneira enfática, a importância das instituições para o entendimento dos processos sociais” (p. 75). O autor ressalta ainda que esta corrente não é uma linha de continuidade com o antigo institucionalismo da Ciência Política pois rejeita modelos de análise estáticos e incorpora as particularidades específicas de cada situação histórica nas análises.

Segundo Marques (1997) duas grandes correntes são observadas no interior do neo-institucionalismo: a escolha racional e o neo-institucionalismo histórico. Para o neo-institucionalismo histórico as instituições estruturam as situações em que os atores se encontram alterando suas estratégias e metas mediando suas relações de cooperação e conflito. Esses atores tendem a seguir regras e normas sociais sem pensar sobre o seu próprio interesse e as preferências são endógenas ao modelo e construídas social e politicamente no bojo dos processos.

Marques (1997) aponta que diferentemente de autores marxistas que centraram seus estudos na sociedade “*desconhecendo o papel primordial das instituições e dos atores estatais na esfera política*”, os neo-institucionalistas históricos “*chamam a atenção para o fato de que as relações entre instituições e sociedade ocorrem nos dois sentidos*” (p. 78). Pretende-se neste caso “*contextualizar os atores (onde quer que eles estejam), seus interesses e ações estratégicas*” (idem).

Em estudos sobre o Estado e políticas públicas, para o neo-institucionalismo histórico o centro de análise deve ser posto “*na correlação entre os recursos e as posições dos atores estatais e não estatais, e não na mera observação das estratégias dos primeiros*” (idem, p. 81). Esse é um pressuposto importante na análise dos Pólos de Educação Permanente instituídos pois possui em sua gestão colegiada atores estatais e não estatais num mesmo espaço, disputando diversos interesses.

Na perspectiva do institucionalismo histórico os interesses se remodelam na arena política que são espaços em que se modelam preferências que não são totalmente pré-determinadas “*mas fortemente contingenciadas por trajetórias históricas das instituições*” (Gerschman & Santos, 2006).

Considerando a amplitude do conceito de instituição, Levi<sup>23</sup> (1991) procura estabelecer uma definição ao *elaborar uma possível lógica da mudança institucional*. A autora então considera:

*“as instituições que investigo são constituídas por uma série de regras relativamente formais e estáveis, responsáveis pela alocação de recursos de poder, restrição das escolhas dos membros da equipe e de clientes, dos cidadãos, ou dos dependentes da instituição, e possuem mecanismos internos de implementação. Regras explícitas e publicizadas e uma hierarquização de pessoal distinguem instituições formais de outros arranjos organizacionais e de normas, os quais também regulam comportamentos através do uso de incentivos e desincentivos”* (p. 82).

---

<sup>23</sup> Marques (1997) considera essa autora localizada entre o neo-institucionalismo histórico e o da escolha racional porém mais próxima dos autores históricos pela sua ênfase nos processos políticos.

Essa definição de instituição pode ser considerada institucionalista histórica pois apresenta teor comparável àquela que Hall & Taylor (2003)<sup>24</sup> apontam como sendo a definição de instituição dada pelos institucionalistas históricos:

*“Como os teóricos do institucionalismo histórico definem as instituições? De modo geral, como os procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais e oficiosas inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política”. [...] Em geral, esses teóricos têm a tendência a associar as instituições às organizações e às regras ou convenções editas pelas organizações formais”* (p. 196).

Hall & Taylor (2003) distinguem a existência de principalmente três<sup>25</sup> escolas de pensamento como sendo neo-institucionalistas: o institucionalismo histórico, o institucionalismo da escolha racional e o institucionalismo sociológico<sup>26</sup>. Segundo esses autores, a análise comparada das três escolas é um apontamento para a necessidade de *intercâmbio* entre elas:

*“Nenhuma dessas escolas parece ir em má direção, ou ter em sua base postulados profundamente errôneos. No mais das vezes, cada uma parece suprir uma explicação parcial das forças ativas numa situação dada, ou exprimir dimensões diferentes do comportamento humano e do impacto das instituições”* (p. 220).

Segundo Hall & Taylor (2003), os neo-institucionalistas respondem a questões fundamentais da análise institucional sobre duas perspectivas: a *calculadora* e a *cultural*. Essas respostas são dadas a três questões *básicas* referentes ao modo como as *instituições afetam o comportamento dos indivíduos*. No quadro 1 estão apresentadas tanto as questões quanto as respostas dadas segundo cada uma dessas perspectivas.

---

<sup>24</sup> Texto publicado originalmente em 1996 em *Political Studies*.

<sup>25</sup> Os autores apontam a existência de uma quarta escola – o neo-institucionalismo em Economia – mas neste caso a tratam em conjunto com o da Escolha Racional por terem muito em comum. A caracterização dessas escolas pode ser observada resumidamente no anexo 2.

<sup>26</sup> De acordo com os autores, o institucionalismo sociológico surgiu no quadro das teorias organizacionais. Immergut (1998) considera a escola como *Organization Theory*.

**Quadro 1.** Resposta dos neo-institucionalistas a questões referentes ao modo como as instituições afetam o comportamento dos indivíduos, segundo Hall & Taylor (2003).

QUESTÕES	PERSPECTIVAS	
	CALCULADORA <sup>27</sup>	CULTURAL <sup>28</sup>
Como os atores se comportam?	Adotam um comportamento estratégico fazendo as escolhas que oferecem um benefício máximo.	“Os indivíduos recorrem com frequência a protocolos estabelecidos ou modelos de comportamento já conhecidos para atingir seus objetivos” (p. 197).
O que fazem as instituições?	Afetam o comportamento ao oferecer uma certeza sobre o comportamento dos demais atores e incidirem sobre as expectativas de um ator no que se refere “às ações dos outros em relação as suas próprias ações ou ao mesmo tempo que elas” (p. 197).	Fornecem modelos morais e cognitivos que permitem a interpretação e a ação <sup>29</sup> .
Por que as instituições se mantêm?	Porque “os indivíduos aderem a esses modelos de comportamento porque o indivíduo perderá mais ao evitá-lo do que ao aderir a eles” (p. 198). Outra questão é que a contribuição das instituições à resolução de dilemas relativos a ação coletiva ou a possibilidade de ganhos resultantes de trocas contribuem para sua robustez.	“Em suma, as instituições resistem a serem postas radicalmente em causa porque elas estruturam as próprias decisões concernentes uma eventual reforma que o indivíduo possa adotar” (p. 199).

Fonte: a partir de Hall & Taylor (2003).

Analisando essas perspectivas e as correntes do neo-institucionalismo, Théret (2003) considera que neste caso o neo-institucionalismo histórico é mais *eclético* pois utiliza os dois enfoques ao responder ao modo como as instituições afetam o comportamento dos atores.

<sup>27</sup> Segundo Théret (2003), essa perspectiva, ou enfoque, está presente apenas no institucionalismo da escolha racional pois “*ênfatisa o caráter instrumental e estratégico do comportamento*” (p. 228).

<sup>28</sup> Théret (2003) aponta que o enfoque cultural enfatiza “*a dimensão rotineira do comportamento e o papel desempenhado pela visão de mundo do ator na interpretação de situações*” (p. 228).

<sup>29</sup> De acordo com Hall & Taylor (2003), na perspectiva cultural, o “*indivíduo é percebido como uma entidade profundamente envolvida num mundo de instituições composto de símbolos, de cenários e de protocolos que fornecem filtros de interpretação, aplicáveis à situação ou a si próprio, a partir das quais se define uma linha de ação*” (p. 198).



A partir de Immergut<sup>30</sup>, o autor aponta que para o institucionalismo histórico,

*“os atores calculariam com base em seus interesses, mas ao mesmo tempo possuiriam diferentes visões de mundo, correspondentes às suas posições e contextos sociais- conseqüentemente, os interesses não seriam dados, como as preferências no institucionalismo da escolha racional, mas construídos politicamente”* (p. 220).

Immergut (1998) discutindo a essência teórica do neo-institucionalismo propõe metodologicamente 6 (seis) variáveis na caracterização, similaridades e diferenças, dos 3 (três) tipos de correntes predominantes (a escolha racional, a teoria organizacional e o institucionalismo histórico). As variáveis consideradas pela autora são: *os interesses, o processo político, as normas, os atores, o poder e os mecanismos institucionais* (p. 18), conforme mostra o quadro 2 a seguir.

Essas variáveis também serão utilizadas como *categorias* para esta análise dos Pólos de Educação Permanente enquanto instância interinstitucional/Colegiado de Gestão que efetiva a condução locorregional da Política de Educação Permanente em Saúde.

A política de saúde como qualquer política pública compreende um conjunto de atores e/ou grupos de interesses que se mobilizam, instituições cujas regras de procedimento impedem ou facilitam o acesso dos atores às arenas decisórias e processo de decisão onde os atores estabelecem coalizões e fazem escolhas para a ação (Silva, 2000).

A existência de conflitos e a busca de consenso na gestão colegiada dos Pólos são elementos esperados na proposta da Roda de Gestão. Campos (2007) aponta como necessário o compartilhamento do poder

*“O Método da Roda trabalha com a categoria de Co-Gestão; ou seja, com a idéia de poder compartilhado e não poder exercido de forma solitária e isolada”* (p. 158).

---

<sup>30</sup> Théret se refere a Immergut, E. “The normative roots of the new institutionalism: historical-institutionalism and comparative policy studies” in Benz, A & Seibel W, org. Beiträge zur Theorieentwicklung in der Politik und Verwaltungswissenschaft. Baden-Baden, Nomos Verlag; 1996. Neste trabalho utiliza-se uma versão revisada deste texto que tem o título de “The Theoretical Core of the New Institutionalism” publicada em 1998 pela Politics & Society. Segundo Immergut, o ponto de partida do surgimento do novo institucionalismo é a rejeição do *comportamento observado (behavior)* - como informação básica para a análise política. A autora se dedica a uma maior análise do institucionalismo histórico por considerá-lo o menos compreendido.

**Quadro 2.** Neo-institucionalismo histórico segundo Immergut (1998).

CATEGORIAS	INSTITUCIONALISMO HISTÓRICO
INTERESSES	A interpretação dos atores de seus interesses, dados pelas organizações coletivas e instituições que carregam traços da própria história.
PROCESSOS POLÍTICOS	Processos políticos estruturados por constituições e instituições políticas, estruturas estatais, grupos de interesses do estado, redes políticas, contingências de tempo.
NORMAS	Democracia jurídica baseada no fortalecimento do Congresso, deliberação sobre regulamentos, resultados não particulares, necessidade da (filosofia) pública.
ATORES	Auto-reflexivo (social, cultural e normas históricas mas reinvenção da tradição).
PODER	Depende do reconhecimento pelo estado, acesso para tomar decisões, representação política e construtos mentais.
MECANISMOS INSTITUCIONAIS	Estruturação de opções, cálculo de interesses e formação de metas por regulamentos, estruturas, normas e idéias.

**Fonte:** a partir de Immergut (1998, p. 18). Elaboração baseada na tradução própria do original. Dado o maior interesse, neste trabalho, na perspectiva do institucionalismo histórico, não se reproduziu na íntegra o quadro comparativo do texto original apresentando a definição dessas variáveis nas demais correntes.

Os PEPS enquanto Rodas de Gestão/instância interinstitucional reproduzem de certa forma as relações existentes dentro das instituições. Há que se compreender, na dinâmica das instâncias gestoras constituídas, como os atores atuam nesse espaço de participação coletiva, quais os interesses que predominantemente são colocados na Roda e as relações de poder existentes.

Na análise do processo de implementação e desenvolvimento dos Pólos de Educação Permanente no RJ é importante também identificar como as normas e os mecanismos propostos para condução do processo político foram utilizadas bem como a viabilidade das diretrizes da Portaria 198, neste caso.

## **1.7.Objetivos**

Esta pesquisa teve por objetivo geral analisar a Política de Educação Permanente em Saúde implementada no estado do Rio de Janeiro considerando a constituição das instâncias gestoras, Colegiado de Gestão e Conselho Gestor, dos Pólos de Educação Permanente desta unidade da federação, conforme prevista pela Portaria 198/GM/MS de Fevereiro de 2004.

### **Objetivos Específicos:**

- 1) Recuperar o processo decisório da implementação da política no que se refere às instâncias gestoras dos Pólos;
- 2) Analisar o funcionamento do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor nesses Pólos.

## 1.8. Metodologia

Considerando a configuração de 9 Regiões de Saúde<sup>31</sup> adotada pela Secretaria Estadual de Saúde, o Estado do Rio de Janeiro constituiu 5 Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (PEPS) com a seguinte conformação:

**I - PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS DA REGIÃO METROPOLITANA I;**

**II - PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS DA REGIÃO METROPOLITANA II E BAIXADA LITORÃNEA;**

**III - PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS DA REGIÃO CENTRO-SUL, MÉDIO PARAÍBA E BAÍA DE ILHA GRANDE;**

**IV - PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS DA REGIÃO SERRANA;**

**V - PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA O SUS DA REGIÃO NORTE E NOROESTE.**

Todos os municípios do estado do Rio de Janeiro pertencem a um dos Pólos constituídos segundo a delimitação locorregional adotada (ANEXO 3).

Este estudo consta de uma análise de entrevistas semi-estruturadas realizadas com atores-chave no processo de implementação e desenvolvimento dos Pólos de Educação Permanente do Rio de Janeiro.

---

<sup>31</sup> O Estado do Rio de Janeiro é composto por noventa e dois municípios divididos em oito regiões geográficas pelo Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro (CIDE), órgão da Secretaria de Estado de Planejamento. Essa divisão territorial se deu em 1987 quando o Estado do Rio de Janeiro aprovou pela lei 1.227 o Plano de Desenvolvimento Econômico e Social 1988/1991 que dividiu o território fluminense em 8 Regiões de Governo: Metropolitana, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense, Baixadas Litorâneas, Serrana, Centro-Sul Fluminense, Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande\*.

A Secretaria de Estado de Saúde utiliza a mesma divisão geográfica adotada pelo CIDE acrescida de mais uma região, pois a Região Metropolitana foi dividida em duas, devido ao grande contingente populacional, capacidade instalada e acesso aos serviços de saúde. A configuração das regiões para a área da saúde foi aprovada em 2001 pela Comissão Intergestores Bipartite em 18 de outubro e pelo Conselho Estadual de Saúde em 07 de dezembro do mesmo ano\*\*.

\* Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro.

[http://200.156.34.70/cide/divisao\\_regional.php](http://200.156.34.70/cide/divisao_regional.php) (acessado em 25/02/2007)

\*\* Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização.

[http://www.saude.rj.gov.br/gestor/Plano\\_diretor.shtml](http://www.saude.rj.gov.br/gestor/Plano_diretor.shtml) (acessado em 25/02/2007)

No período de setembro a outubro de 2006 foram entrevistados cinco integrantes das secretarias executivas dos Pólos, a coordenação estadual (dois atores que coordenavam o Fórum de Pólos) e um representante de uma instituição parceira (Quadro 3).

**Quadro 3.** Relação dos entrevistados na pesquisa Avaliação da Política de Educação Permanente, Rio de Janeiro, ano de 2006<sup>32</sup>.

<b>PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE RJ</b>	<b>ENTREVISTADO (N)</b>	<b>PARTICIPAÇÃO E/OU ATUAÇÃO</b>
PÓLO REGIÃO METROPOLITANA I	1	Colegiado de Gestão Conselho Gestor Secretaria Executiva
PÓLO REGIÃO METROPOLITANA II E BAIXADA LITORÂNEA	1	Colegiado de Gestão Conselho Gestor Secretaria Executiva
PÓLO REGIÃO CENTRO-SUL, MÉDIO PARAÍBA E BAÍA DE ILHA GRANDE	1	Colegiado de Gestão Conselho Gestor Secretaria Executiva
PÓLO REGIÃO SERRANA	1	Colegiado de Gestão Conselho Gestor Secretaria Executiva
PÓLO REGIÃO NORTE E NOROESTE	1	Colegiado de Gestão Conselho Gestor Secretaria Executiva
FÓRUM DE PÓLOS	2	Coordenação
INSTITUIÇÃO PARCEIRA	1	Representante

A seleção dos entrevistados integrantes dos Pólos atendeu ao critério de serem atores atuantes nos mesmos sendo que na maioria dos casos exerciam coordenação das atividades das secretarias executivas. Grande parte dos sujeitos entrevistados também participou efetivamente do processo de implantação dos PEPS no estado do Rio de Janeiro.

<sup>32</sup> O Programa de Avaliação da Política de Educação Permanente trata-se da pesquisa realizada pela SGTES em parceria com a FFM/USP da qual faz parte este estudo. A avaliação proposta está publicada no artigo *Os desafios para a educação permanente no SUS* (Campos et al, 2006). Na realização da pesquisa no estado do Rio de Janeiro, dois outros atores, ex-coordenadores dos Pólos de Capacitação de Pessoal para o PSF também foram entrevistados no sentido de compreender melhor a transição da proposta anterior em relação a implementação dos PEPS. Neste trabalho, estas duas entrevistas não foram utilizadas para conformação dos dados pois não tratam questões relativas aos objetivos propostos.

O representante de instituição parceira entrevistado não participava diretamente das atividades dos Pólos.

Todos os entrevistados são do sexo feminino, apenas uma não possuía o ensino superior completo e a maioria tinha pós-graduação.

As entrevistas obedeceram a um roteiro utilizado pela pesquisa da qual faz parte esta dissertação. Segundo Goode & Hatt “*toda entrevista consiste no desenvolvimento de precisão, focalização, fidedignidade e validade de um certo ato social comum à conversação*” (Goode & Hatt, 1979, p. 237).

Os dados da pesquisa foram analisados mediante utilização da *Análise de Conteúdo* e contempla questões referentes ao processo de implementação dos Pólos, constituição e funcionamento dos Colegiados de Gestão e dos Conselhos Gestores considerando a composição dos mesmos, a realização das reuniões, frequência dos participantes, pautas discutidas e atividades desenvolvidas.

Rizzini et al (1999) ao discutir as definições desse método de análise o considera

*“[...] como uma técnica de investigação que tem por objetivo ir além da compreensão imediata e espontânea, ou seja, ela teria como função básica a observação mais atenta dos significados do texto, e isso pressupõe uma construção de ligações entre as premissas de análise e os elementos que aparecem no texto. Essa atividade é, assim, essencialmente interpretativa” (p. 91).*

Dentre as modalidades de *Análise de Conteúdo* apontadas por Minayo (2006) procedeu-se ao uso da *Análise Temática*. Segundo a autora, a realização desse tipo de análise consiste

*“[...] em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (p. 316).*

Três etapas são consideradas na *Análise Temática*:

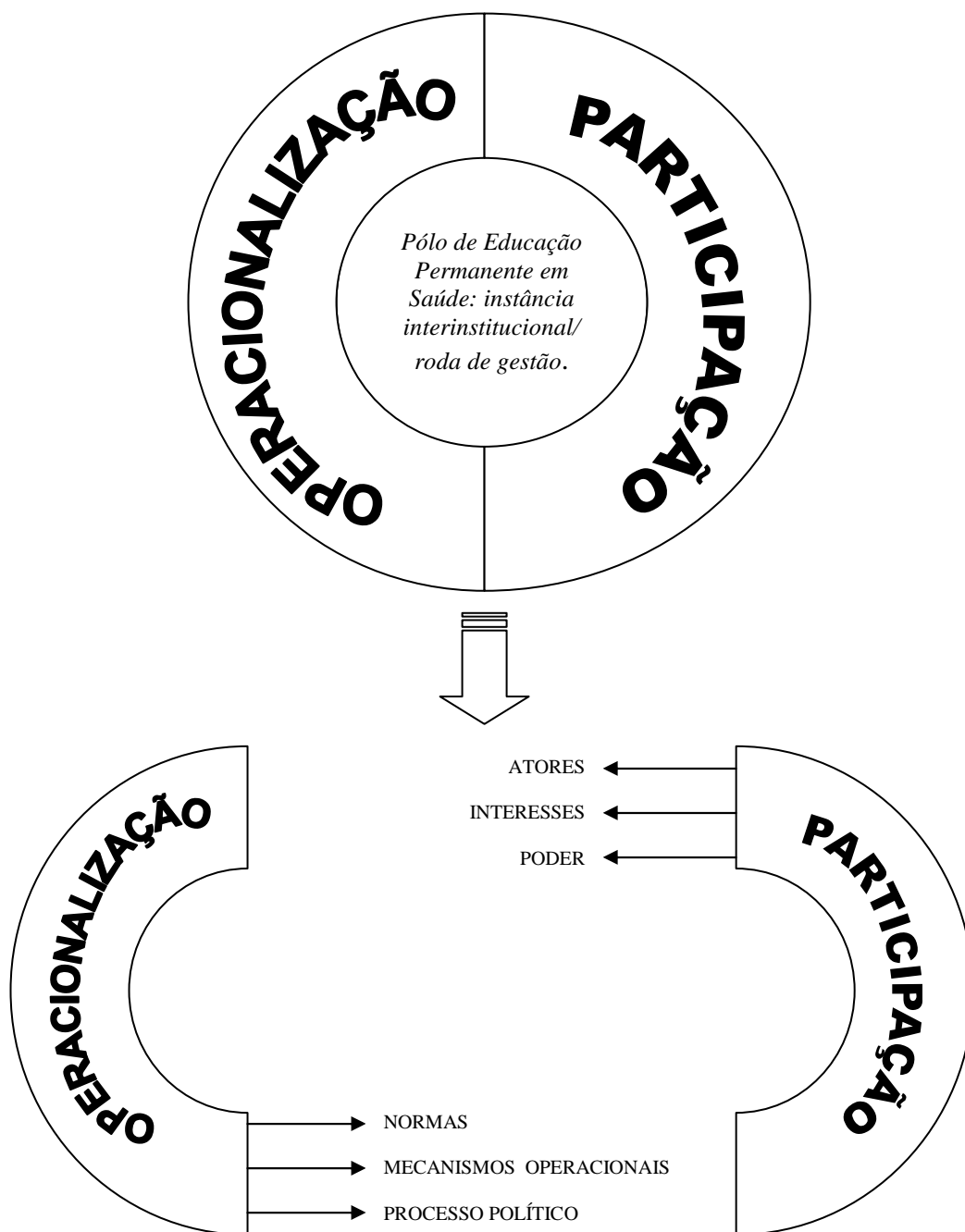
**1)Pré-Análise:** inclui leitura flutuante de todo material de campo “*[...] deixando-se impregnar pelo seu conteúdo*” (idem, p. 316); constituição do *Corpus* observando o atendimento dos quesitos de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos a partir da leitura exaustiva do material. As hipóteses “*[...] são proposições a serem testadas empiricamente e depois confirmadas ou rejeitadas [...]*”, sendo assim sempre provisórias (p. 179).

2) Exploração do Material: é a busca do núcleo de compreensão do texto a partir de um processo de categorização. Richardson et al (1985) considera que a definição de categorias permite comparar as falas dos entrevistados de modo a desvendar no discurso destes as questões definidas nos objetivos da pesquisa. Quando as categorias são construídas *a posteriori*, “[...] a partir da compreensão do ponto de vista dos atores sociais [...]” são chamadas de Categorias Empíricas (Minayo, 2006, p. 179).

3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: considerando os dados obtidos o pesquisador “[...] propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material” (Minayo, 2006, p. 318).

As categorias definidas na exploração do material se referem à gênese, estrutura, reuniões, participação, atividades e financiamento dos PEPS no estado. No processo de tratamento e interpretação dos resultados foram construídas categorias analíticas referentes à participação na gestão colegiada e à operacionalização da Política. Na figura 1 a seguir estão dispostas as *categorias de análise* consideradas.

**Figura 1.** Categorias consideradas na análise dos Pólos de Educação Permanente em Saúde implementados no RJ.





## CAPÍTULO II

### 2.1. OS PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE IMPLEMENTADOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: PANORAMA GERAL.

#### 2.1.1. Processo de implementação

A partir da Portaria 198 de fevereiro de 2004 os dois Pólos existentes anteriormente, relativos ao Programa de Capacitação de pessoal para o PSF, foram extintos e foi definida no estado a formação de cinco Pólos para efetivação da portaria acima mencionada. Além da ruptura com o modelo de Pólos anterior não houve no estado do Rio de Janeiro, um processo de transição dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família para os Pólos de Educação Permanente. Sob a perspectiva dos gestores e atores que deles participam houve um esgotamento e abandono dos Pólos de Capacitação e a Política de Educação Permanente veio para “preencher o vazio” que o Programa anterior deixou. Nas entrevistas realizadas constatase que nem a estrutura nem os participantes foram considerados na atual proposta.

*- “... os Pólos de Capacitação que existiam não satisfiziam as necessidades. A Portaria 198 foi o grande impulso para se começar tudo novamente não tendo sido considerados neste processo a conformação dos Pólos anteriores” (Entrevistado X).*

Entretanto, apesar dessa ruptura, alguns entrevistados consideraram os Pólos anteriores como precursores da discussão da Educação Permanente, embora focalizado na formação das Equipes de Saúde da Família:

*- “É, então veja só, eles não começam do zero... Na verdade, eles começam de um processo que já existia da gestão anterior, do governo anterior que estava muito pautado em cima da política de implantação do Programa de Saúde da Família... esse era o braço do Ministério que cuidava de qualificar quadros para trabalhar nesta lógica e neste programa” (Entrevistado X).*

Observa-se que o processo de implementação dos PEPS no estado se deu desde seu início com uma descontinuidade em relação aos Pólos que existiam anteriormente, como demonstram as falas reproduzidas a seguir:

*- “... houve uma força muito forte de quem estava fora desse processo, de não deixar perpetuar o que tinha antes, isso aqui no nosso estado... Se eu continuasse com a estrutura do Pólo como ele era antes, eu impoderava de novo os mesmos elementos, antes ocupantes daquelas divisões. Então foi uma coisa muito participativa, por isso que houve esse rompimento... não fomos nós, estrutura SES, que decidimos*

*não trabalhar com aquele contexto já existente de Saúde da Família, foram os próprios participantes deste movimento...” (Entrevistado X).*

*- “Uma ruptura. Se você me perguntar eu acho que foi uma ruptura... O que eu noto é que o Pólo que eu vi agora, ele nada mais tem a ver” (Entrevistado Y).*

*“... porque nós não trabalhamos com os Programa de Saúde da Família... Nós não transformamos um programa já existente, no Pólo. Nós partimos da premissa de que o Pólo era alguma coisa maior... portanto, você trabalhar com uma estrutura que já estava rígida, que já estava posta, engessada, não adiantaria nada para o que estava querendo, para o que estava desejando o Ministério enquanto política” (Entrevistado Z).*

A descontinuidade no processo de implementação da política em relação aos Pólos de Capacitação para o PSF não foi considerada como positiva por todos os entrevistados. Apontou-se dificuldades decorrentes da falta de continuidade entre as propostas do MS:

*- “O que aconteceu foi que houve uma cisão. Foi jogado fora toda articulação anterior dos Pólos de Saúde da Família, que existia um locus, existia um processo. As pessoas estavam acostumadas a trabalhar coletivamente. Isso deveria ter sido aproveitado na constituição dos PEPS, não foi. Aí houveram embates políticos na sua elaboração” (Entrevistado K).*

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) teve participação ativa no processo de conformação e implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) no estado como “*coordenadora desse processo*”. Foram realizados Seminários Estaduais em que foi apresentada e discutida a proposta de Educação Permanente e definida a criação de cinco Pólos no RJ. Esse processo contou com a participação de convidados da área de ensino, dos serviços, da gestão e do controle social. Posteriormente formou-se também o Fórum de Pólos cuja articulação e coordenação ficou a cargo da SES. Essa função junto aos Pólos era exercida pela coordenação da Subsecretaria de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde em conjunto com a coordenação da sua respectiva Superintendência de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

### 2.1.2. Composição e estrutura organizacional

Conforme a Portaria 198, os PEPS deveriam se configurar como um Colegiado de Gestão podendo contar com um Conselho Gestor e criar uma Secretaria Executiva. No quadro 4 a seguir pode-se observar a composição dessas instâncias prevista pela Portaria.

**Quadro 4.** Representação nos PEPS conforme prevista pela Portaria 198 GM/MS de 2004.

INSTÂNCIAS DOS PEPS	REPRESENTAÇÃO
COLEGIADO DE GESTÃO	Todos que aderirem à proposta dentre os quais: gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, instituições de ensino com cursos na área da saúde, escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais e municipais de saúde, núcleos de saúde coletiva, hospitais de ensino e serviços de saúde, estudantes da área da saúde, trabalhadores de saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.
CONSELHO GESTOR	Representante do gestor estadual, dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do Pólo, das instituições de ensino e dos estudantes.
SECRETARIA EXECUTIVA	Minimamente por docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde.

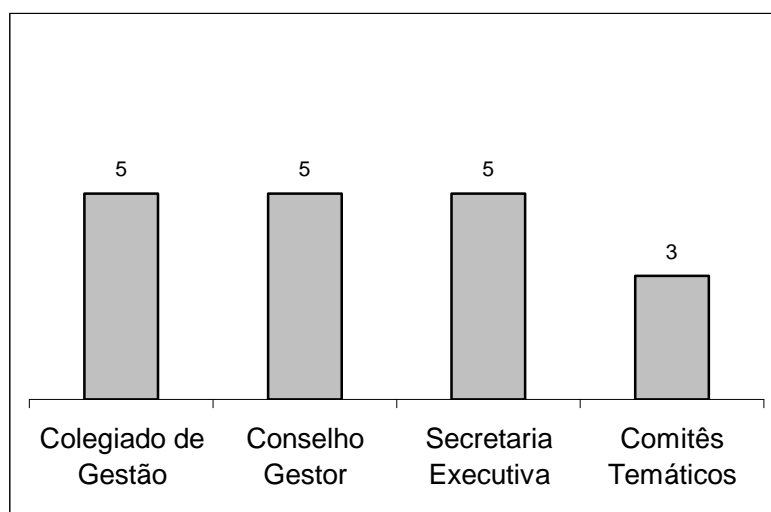
**Fonte:** a partir da Portaria 198 (Brasil, 2004).

Também foi prevista pela Portaria 198 a criação de espaços de tematização - Comitês Temáticos – um espaço de análise e deliberação com que conta um dado tema. Os comitês deveriam preservar o caráter interinstitucional compartilhando o máximo de ações com o Colegiado de Gestão.

Quanto à presença de estruturas organizacionais nos Pólos do Rio de Janeiro observa-se que todos os Pólos possuíam Colegiado de Gestão, Conselho Gestor e Secretaria Executiva e 3 pólos possuíam também Comitês Temáticos (Gráfico 1).

Em um dos Pólos houve a formação de núcleos gestores. Esses núcleos contemplavam a divisão locorregião do estado. Como esse Pólo agregava três áreas geográficas foram criados três núcleos. A comunicação entre os representantes se dava primeiramente entre os representantes dos núcleos que se encarregavam de administrar as questões a nível microrregional. No Colegiado de Gestão deste Pólo, cada núcleo tinha os representantes dos segmentos de sua área de abrangência.

**Gráfico 1.** Instâncias existentes nos PEPS do Rio de Janeiro, (N=5), ano de 2006.



### ***Representação***

Os segmentos representados no Colegiado de Gestão em todos os pólos são a Secretaria Estadual de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde, Instituições de Ensino, Escolas Técnicas do SUS, Hospitais Universitários e estudantes. Em nenhum dos pólos havia representação de Secretarias Municipais de Educação.

Dentre as instituições representadas nos Colegiados de Gestão foram citadas: Escola Técnica Isabel dos Santos, Faculdade Redentor, Faculdade de Medicina de Campos, Faculdade Pestalose, FESO (Fundação Educacional Serra dos Órgãos), Hospital Álvaro Alvim, Hospital Antônio Pedro, Senac, UBM (Universidade de Barra Mansa), UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro), UFF (Universidade Federal Fluminense), UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), UNIRIO, UNIGRANRIO. Os representantes no Colegiado são mostrados no quadro 5.

Os participantes do Conselho Gestor eram em todos os casos alguns dos representantes que compunham o Colegiado de Gestão. Enfatizou-se a tentativa de ter uma representação ampla, embora com menos representantes de cada segmento.

**Quadro 5.** Segmentos representados no Colegiado de Gestão dos PEPS do RJ (N=5), ano de 2006.

<b>SEGMENTOS REPRESENTADOS</b>	<b>PEPS (N)</b>
Associações Profissionais	3
Conselho Estadual de Saúde	3
Conselhos Municipais de Saúde	5
Escolas Técnicas de Saúde	5
Estudantes	5
Hospitais Universitários	5
Instituições de Ensino	5
Outros Centros Formadores	2
Secretaria Estadual de Educação	1
Secretaria Estadual de Saúde	5
Secretarias Municipais de Saúde	5
Trabalhadores em Saúde	2
Usuários dos Serviços de Saúde	1

### ***Reuniões***

Apenas em dois Pólos as reuniões do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor ocorriam separadamente sendo que nos demais essas instâncias realizavam suas reuniões em conjunto. Na maioria dos pólos (4) havia uma rotatividade no local (município) em que as reuniões eram realizadas buscando assim maior integração entre os municípios. A frequência das reuniões das instâncias existentes nos pólos está descrita no gráfico 2.

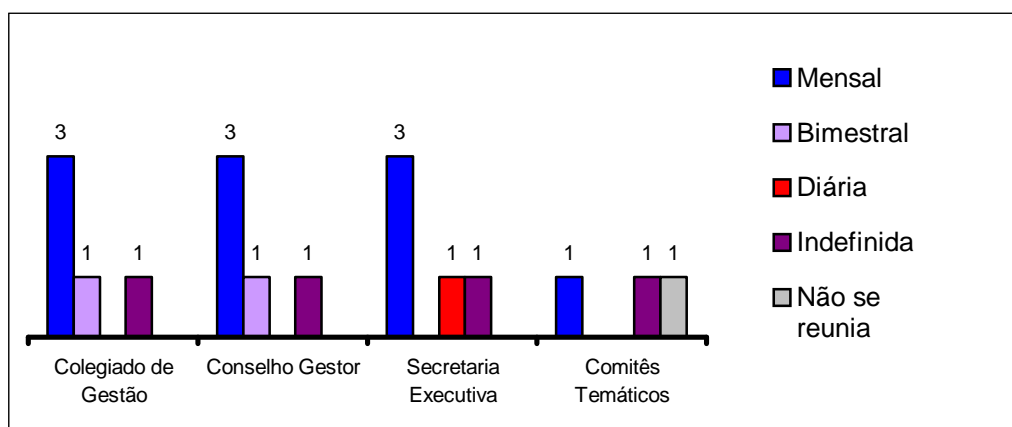
É importante ressaltar que em apenas um dos Pólos estava havendo reuniões regulares das instâncias gestoras à época das entrevistas. Na maioria dos casos havia um grande esvaziamento progressivo por parte dos participantes, justificado pelo desinteresse em dar continuidade às atividades pelo fato de que os projetos elaborados não tinham sido até então aprovados ou recebido financiamento. A fala reproduzida a seguir aponta o desestímulo vivenciado pelos participantes:

*- “Uma das questões que a gente entende que... ajudou muito a desmotivar as pessoas ao longo do tempo foi a gente perceber que a gente não tinha nenhuma possibilidade de estar recebendo algum*

recurso para poder estar efetivando a proposta de Educação Permanente, e isso foi um fator bem desmotivador” (Entrevistado Y).

Na pauta das reuniões do Colegiado de Gestão os principais temas segundo os entrevistados se relacionavam à construção, avaliação, seleção e encaminhamento de projetos além da discussão sobre a “lentidão” e “falta de transparência” na aprovação de projetos pelo Ministério da Saúde. Outra questão apontada foi a “Educação Permanente no âmbito municipal”.

**Gráfico 2.** Frequência das reuniões das instâncias existentes nos PEPS do RJ, ano de 2006.



A estruturação da educação permanente nos municípios foi abordada por alguns dos entrevistados. Dois Pólos tinham em seus municípios sedes programas municipais de Educação Permanente que já existiam antes da Política Nacional de Educação Permanente.

- “... é um núcleo municipal da Secretaria de Saúde e que a gente desenvolve pesquisa, apóia a formação... Mantemos reuniões periódicas com as regionais municipais, tendo em vista o olhar com as principais questões de cada uma das regionais... a universidade vem e desenvolve o tempo inteiro algumas atividades com a gente, conjuntas... é uma cooperação de mão dupla, a universidade trás o aluno para campo de estágio... a gente busca na universidade aquilo que ela pode nos dar o tempo inteiro” (Entrevistado Y).

Em outro município sede apontou-se a intenção de se criar um Núcleo de Educação Permanente pois em um dos municípios integrantes do seu referido Pólo já existia um Núcleo municipal.

Dentre os três Pólos com Comitês Temáticos, em apenas um deles estavam acontecendo reuniões à época das entrevistas. Destaca-se também que em um desses Pólos os Comitês foram criados mas não existiam operacionalmente, apenas na proposta planejada. Outro Pólo estruturou grupos de discussão dos projetos que se reuniram apenas durante sua elaboração. Em um dos Pólos foram formadas Rodas de Gestão por áreas programáticas (geográficas) em que alguns temas considerados importantes eram discutidos como saúde bucal, saúde mental e outros; essas rodas se reuniam freqüentemente.

### *Atividades*

Diversas atividades estão previstas para as diferentes instâncias dos Pólos principalmente o Colegiado de Gestão devido as suas várias funções. No quadro 6 estão apresentadas de forma sintética as funções a serem desempenhadas pelas instâncias dos Pólos.

**Quadro 6.** Funções previstas para as instâncias dos PEPS segundo a Portaria 198 GM/MS de 2004.

INSTÂNCIAS	FUNÇÕES/RESPONSABILIDADES
COLEGIADO DE GESTÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde;</li> <li>➤ Mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção;</li> <li>➤ Propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais;</li> <li>➤ Articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino;</li> <li>➤ Formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas;</li> <li>➤ Estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores da área da saúde;</li> <li>➤ Estabelecer relações cooperativas com demais articulações locais/regionais.</li> </ul>
CONSELHO GESTOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover reuniões periódicas do Colegiado de Gestão nas quais serão processadas as demandas, identificadas as áreas temáticas relevantes para as mudanças nas práticas (formação, atenção e produção de conhecimento), avaliações periódicas das atividades e o acompanhamento da execução financeira.</li> </ul>
SECRETARIA EXECUTIVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Implementação e agilização dos encaminhamentos do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor.</li> </ul>

**Fonte:** a partir da Portaria 198 (Brasil, 2004).

Considerou-se que o Colegiado de Gestão tem caráter deliberativo e se configura como um espaço de discussão da Política de Educação Permanente, das questões trazidas pelos diversos representantes e para definição, discussão e análise dos projetos elaborados. O Conselho Gestor tem um caráter consultivo onde algumas questões são definidas. Há casos em que primeiro as questões são discutidas no Conselho e depois apresentadas para discussão no Colegiado.

Dentre as atividades desenvolvidas pelas Secretarias Executivas foram citadas pelos entrevistados: convocam os participantes e coordenam reuniões, preparam as pautas, elaboram atas, emitem comunicados e realizam encaminhamentos de questões aprovadas nas reuniões.

Todas as Secretarias estão estabelecidas nos respectivos municípios sede dos Pólos. Apenas um dos Pólos conta com Secretaria estabelecida em lugar a ela destinado que é nas dependências de uma instituição de Ensino Superior. Duas delas funcionam em Secretarias Municipais de Saúde, sob a responsabilidade de integrantes do Pólo que ali trabalham; uma funciona em conjunto com a secretaria do Núcleo de Educação Permanente do município sede, e neste caso, está estabelecida na Fundação Municipal de Saúde; e há uma secretaria que funciona numa instituição de Ensino Superior onde trabalham seus integrantes. Em todos os casos, as Secretarias utilizam recursos do local onde estão estabelecidas para o desempenho de suas atividades.

Quanto às atividades dos espaços de discussão temática, ressalta-se novamente que em apenas um dos Pólos estavam sendo realizadas reuniões no período em que se realizou a entrevista.

Apenas um dos pólos relatou a realização de atividades as quais estão descritas a seguir:

- ✓ Seminários: regionais e com o Ministério da Saúde;
- ✓ Encontros: com Conselho de Secretários Municipais de Saúde e com a Secretaria de Estado da Saúde;
- ✓ Oficinas: estadual, isoladas e piloto;
- ✓ Fórum de Pólos.



A abordagem das atividades desenvolvidas pelos Pólos contemplou na maioria dos casos o processo de discussão da Política de Educação Permanente e a constituição dos Pólos.

Devido à falta de aprovação dos projetos, quatro (4) pólos não haviam realizado outras atividades até o momento da pesquisa.

*- “Nós não tivemos atividade nenhuma porque todos os nossos projetos ainda não voltaram. E a gente não tem recurso financeiro pra gente mesmo fazer um projeto. Primeiro que tem que aguardar aprovação do Ministério da Saúde e do Conselho Estadual... não temos recursos financeiros, falta apoio técnico, falta tudo” (Entrevistado J).*

### 2.1.3. Elaboração e desenvolvimento de Projetos

Em todos os Pólos de Educação Permanente do Rio de Janeiro houve elaboração de projetos discutidos e aprovados pelos Colegiados de Gestão. Porém nenhum dos projetos elaborados recebeu financiamento e por essa razão não haviam sido executados. A condição vigente desses projetos compreendia as seguintes situações:

- A) Projetos encaminhados ao Conselho Estadual de Saúde ou para Comissão Intergestores Bipartite, sobre os quais não tinha sido dado nenhum parecer até então;
- B) Projetos que por decisão do Fórum de Pólos seriam encaminhados pela Secretaria de Estado de Saúde ao Ministério da Saúde mas que ainda estavam na instância estadual;
- C) Projetos encaminhados ao Ministério da Saúde sobre os quais não tinha sido dado nenhum parecer;
- D) Projetos encaminhados ao Ministério da Saúde que não haviam sido aprovados;
- E) Projetos encaminhados ao Ministério da Saúde que embora tivessem sido aprovados não haviam recebido financiamento.

Diferentes dificuldades existentes quanto aos projetos elaborados nos Pólos do estado são identificados principalmente no processo de avaliação, encaminhamento, retorno de pareceres e acreditação pelo MS. As falas reproduzidas a seguir evidenciam tais obstáculos:

- *“Um dos problemas chave que houve no nosso Pólo aqui, foi esse... nós estávamos com cinco projetos lá dentro, sem o Conselho opinar, sem o Conselho falar nada... eu ia no Conselho Estadual para cobrar deles uma posição.. Depois de quase quatro, cinco meses lá... e vários telefonemas foi que eles me liberaram um documento dizendo o que estava errado...” (Entrevistado J).*

- *“Mas isso sempre embarreirou: o estado... os projetos tramitaram com muita dificuldade no estado, uma hora estava na Secretaria, outra hora estava no Conselho... não passavam dessa barreira, do estado para o Ministério” (Entrevistado W).*

- *“Ano passado chegaram os projetos, que estão lá desde o ano passado. E a gente ficou sem (fizemos uma série de intervenções ou por e-mail ou por telefone com o Ministério) sem resposta” (Entrevistado Y).*

- *“... Um dos temas, que ultimamente tem ocupado as nossas reuniões, é a lentidão do Ministério em aprovar projetos, e a falta de transparência nessa aprovação, que nos permita... entender, por que os nossos projetos não foram aprovados... nós não sabemos... não temos os nossos projetos aprovados até hoje” (Entrevistado Z).*

- *“De a gente ter passado esses... quase três anos, a gente não ter tido nenhum respaldo de Brasília para os nossos projetos” (Entrevistado U).*

Considerando que a formação/qualificação dos trabalhadores em saúde depende para sua efetivação, do desenvolvimento dos projetos elaborados pelos Pólos, identifica-se portanto que no caso do estado do RJ, a PNEPS não havia se efetivado ainda como estratégia do SUS para qual foi instituída ou seja, a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do setor. Certamente que sua efetivação não depende apenas da realização dos projetos mas também da qualidade dos mesmos no sentido de atenderem as necessidades locorregionais dos trabalhadores e do desempenho na realização das propostas. Todavia, tais questões não poderiam ser analisadas no âmbito deste estudo, pois não se realizou uma análise dos projetos embora tenha sido tomado conhecimento do teor da maioria deles. Porém o fato de não terem sido realizados comprometeu o desenvolvimento da Política no estado.

#### 2.1.4. Financiamento

Segundo a Portaria 198 o Ministério da Saúde “*apóia técnica, financeira e operacionalmente a constituição e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente...*” e a Política Nacional de Educação Permanente “*será financiada com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde*” (Brasil, 2004).

Todavia no caso do estado do Rio de Janeiro, nenhum dos Pólos de Educação Permanente em Saúde recebeu financiamento de seus projetos. A falta de financiamento foi mencionada diversas vezes pelos entrevistados, como por exemplo:

- “... ou seja, não existe nenhum projeto financiado no estado do Rio de Janeiro” (Entrevistado Y).
- “... A gente não recebeu a verba, o projeto belíssimo que a gente fez” (Entrevistado U).
- “... cabe registrar que a gente tem funcionado com os recursos da instituição, porque a gente não teve ainda nenhuma liberação de recursos para instalar realmente uma Secretaria...” (Entrevistado W).
- “... A gente tá desenvolvendo esses trabalhos nossos com os nossos próprios recursos” (Entrevistado J).

O único apoio financeiro recebido pelos Pólos (2) foi de Secretarias Municipais de Saúde conforme mostram as falas a seguir:

- “Financeiro na medida em todo material é. Olha aqui: tudo – equipamento – financeiro- lanche – que muitas vezes é aqui” (Entrevistado U).
- “Financeiro acaba tendo sim... Vamos colocar assim: é no momento que ele ajuda o deslocamento das equipes para garantir a estada nesses pólos. Olhando para esse aspecto, acaba tendo algum grau de financiamento para isso!” (Entrevistado Y).

## **2.2. A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ANÁLISE E DISCUSSÃO.**

A análise da Política de Educação Permanente em Saúde implementada no estado do Rio de Janeiro será realizada a seguir, a partir dos dois grandes eixos definidos – participação e operacionalização – a partir dos quais constitui-se as categorias consideradas essenciais para a compreensão proposta.

### **2.2.1. A PARTICIPAÇÃO**

Conforme previsto pela Portaria 198, todos os participantes dos Pólos teriam que ser representados no Colegiado de Gestão. Observa-se que nos PEPS do RJ foi alcançada uma representação bem diversificada contando com gestores, conselheiros, instituições do ensino, instituições do serviço, usuários, estudantes e outros segmentos que também tiveram representação como consórcios de saúde.

Na análise das instâncias de gestão constituídas considera-se ser fundamental além de conhecer os participantes, compreender como esses *atores* atuavam nesse espaço de participação coletiva, os *interesses* identificados e as relações de *poder* existentes.

#### ***Os atores, os interesses e o poder***

Os Pólos de Educação Permanente foram concebidos como um Colegiado de Gestão, um espaço de representação das instituições de Ensino, dos serviços de saúde, do controle social e dos usuários.

Na perspectiva do neo-institucionalismo histórico os atores sociais não agem indistintamente mas tendem a seguir regras e normas sociais que são estruturadas pelas instituições.

Observa-se no processo de implementação e desenvolvimento dos PEPS no RJ que o interesse dos atores em participar da proposta dos Pólos foi identificado como diferenciado em alguns casos porém o fator de desinteresse desses atores é em geral o mesmo - a falta de financiamento. O interesse inicial das universidades e dos gestores municipais se deu, em grande parte, pela possibilidade de financiamento através dos Pólos sendo que o desinteresse desses atores se deu essencialmente pela falta de recursos financeiros.

Deve-se considerar algumas especificidades existentes:

**a)** Embora a representação das universidades tenha sido considerada expressiva em grande parte dos Pólos, inicialmente, representantes das universidades interessados no financiamento de projetos *próprios* não construídos e pactuados nos Pólos deixaram de participar da proposta;

*- “Então a gente teve inicialmente, uma representação muito grande das escolas de saúde, vamos colocar assim, das universidades, que tiveram para dentro da proposta no processo de implantação mesmo dos Pólos [...] E aí, eu acho que isso gradualmente... eu acho que esse público, que era o público colegiado do Pólo de Educação Permanente, ele foi sendo substituído, pelo menos na minha percepção. Onde os professores que tinham seus projetos prontos e que a gente colocava - Olha! Segundo a política de Educação Permanente, a idéia é não termos... não recebermos projetos prontos [...] E aí o que aconteceu? Alguns desses professores que já tinham seus projetos prontos, eles foram a meu ver, se afastando, entendendo que não havia como capilarizar os seus projetos para dentro do colegiado do Pólo, para o Conselho Gestor do Pólo” (Entrevistado Y).*

**b)** Na maioria dos Pólos do RJ foi constatada baixa representação dos gestores municipais de saúde. A participação de alguns gestores municipais de saúde estaria condicionada, em alguns casos, pela existência de financiamento nos Pólos;

*- “Já tivemos reuniões em [...] até com quatro pessoas, porque há assim um desinteresse muito grande, muitas pessoas vão no Pólo, principalmente alguns gestores, só querendo saber do dinheiro, se tem financiamento. Se não tem financiamento, não manda mais ninguém no Pólo, ele acha que não precisa mais mandar ninguém. Ele fez adesão ao Pólo, mas é a primeira pergunta: Tem dinheiro? Se você fala: - Não tenho dinheiro [...] Aí é o problema. É um problema sério” (Entrevistado J).*

*- “Os secretários participam pouco, isso aí eu noto. Quando vai buscar verba, aparece todo mundo. Depois que é só trabalho, somem” (Entrevistado U).*

*- “No campo das fragilidades, baixo envolvimento dos gestores, a gente apontou isso, com pouquíssima, praticamente, participação dos gestores municipais. A gente podia dizer até que foram pontuais. Alguns vinham pontualmente” (Entrevistado W).*

**c)** De maneira geral, o esvaziamento observado na participação de todos os Colegiados de Gestão, a época das entrevistas, se deu principalmente pela falta de financiamento dos projetos elaborados o que impediu a realização das atividades planejadas;

- *“Uma das questões que a gente entende que foi assim... ajudou muito a desmotivar as pessoas ao longo do tempo, foi a gente perceber que a gente não tinha nenhuma possibilidade de estar recebendo algum recurso para poder estar efetivando a proposta de Educação Permanente, e isso foi um fator bem desmotivador” (Entrevistado Y).*

Se por um lado havia participantes interessados no financiamento de determinadas propostas, por outro lado o fato de não ter propostas em andamento pela falta de financiamento também foi motivo de desinteresse para muitos participantes.

É importante ressaltar que no processo de articulação e constituição dos Pólos foi dada grande ênfase na *sensibilização* dos atores para participarem dos mesmos. Considerou-se que aqueles atores sensibilizados – que entendiam a Educação Permanente e sua importância – aderiam à proposta. Nas falas a seguir pode ser observada a associação entre *sensibilização* e *adesão*:

[Sobre a representação de Secretarias de Educação] – *“Não, a de Educação, no começo, a de Educação entendeu muito pouco” (Entrevistado U).*

- *“E a gente resolveu de uma forma muito democrática e muito tranqüila a organização do Pólo. Foi impressionante que em um dia a gente conseguiu, a gente conseguiu porque havia muitas pessoas já sensibilizadas” (Entrevistado U).*

- *“[...] mas a questão é a sensibilização dos gestores. As indicações de Secretários de Saúde se dão pelo viés político, sempre [...] E não necessariamente essas pessoas que ocupam a Secretaria de Saúde nos Municípios são pessoas que estão comprometidas, estão cientes das questões de saúde daquela região” (Entrevistado Z).*

- *“[...] porque nós entendemos que primeiro precisava sensibilizar os atores a respeito” (Entrevistado U).*

A análise do interesse dos atores em participar evidencia (na percepção dos entrevistados) que de maneira geral considera-se que aqueles atores que *entendem* a proposta da política de Educação Permanente participam dos Pólos, salvo aqueles que se interessam apenas pela possibilidade de financiamento justificada às vezes pelo desconhecimento da EP. Por outro lado, é a falta de financiamento que leva ao desinteresse da maioria dos participantes, seja porque não vislumbrou o financiamento de uma proposta de interesse ou por não poder desenvolver uma proposta planejada.

Assim sendo, duas questões perpassam o interesse dos participantes: a motivação é vista na perspectiva do sujeito que entende ou não a EP e o desinteresse corresponde aos interesses não contemplados da instituição participante, seja a universidade ou as secretarias de saúde, por exemplo. Se o *entendimento* da proposta fosse o fator necessário para que o ator entrasse na roda de gestão, a falta de financiamento poderia tirá-lo da mesma? Por um lado o fato de não poder executar as propostas discutidas e planejadas desestimulou os participantes e por outro teria que se compreender qual seria o peso real desse *conhecimento/entendimento* na decisão de adesão do ator. E neste sentido, qual o papel das instituições nos interesses desses atores?

Pode-se começar essa reflexão discutindo qual a participação e a contribuição das instituições do ensino, do serviço e da gestão nos PEPS pesquisados.

### ***Participação e contribuição das instituições de ENSINO nos PEPS – RJ***

a) Adequação dos projetos:

- “... *ela consegue propor, sistematizar, auxiliar em determinados planos, encaminhamentos... como pode ser feita uma coisa... Enfim, na adequação de projetos, em geral é essa a contribuição das instituições de ensino*” (Entrevistado Z).

b) Condução das discussões:

- “*Elas praticamente lideram a condução do pensamento, da importância da educação permanente, das propostas de reavaliar os serviços*” (Entrevistado W).

c) Encaminhamento de projetos:

- “*Elas tem contribuído e encaminhado projetos. Só isso*” (Entrevistado J).

### ***Participação e contribuição das instituições do SERVIÇO nos PEPS – RJ***

a) Apresentação de demandas dos municípios:

- “*Tem levado as demandas, as propostas dos municípios. As demandas, elaboração de demandas. Seria isso... São demandas. Isso aí, realmente são demandas. Cai na demanda mesmo, não tem como não*” (Entrevistado J).

b) Experiência e vivência da realidade:



- “Elas vêm com o relato de situações vividas e de fatos que ocorrem nos seus espaços de fazer saúde que são gritantes. Então é uma contribuição riquíssima, no momento que quem está no ensino, não necessariamente está colado com o serviço” (Entrevistado Z).

Observa-se que a participação/contribuição das instituições de ensino esteve centrada principalmente nas questões relativas aos projetos. Já a participação/contribuição das instituições do serviço se deu mais na apresentação da realidade dos serviços e as demandas existentes para o direcionamento das atividades dos Pólos. No primeiro caso a falta de financiamento para realizar os projetos seria um fator fundamental para desestimular as instituições de ensino a permanecerem representadas nos Colegiados. As instituições do serviço, por sua vez, também se desestimulariam uma vez que ao apresentarem demandas na roda têm expectativas de que elas sejam contempladas pelos projetos, e se os mesmos não são realizados perde-se o interesse no Pólo. Em ambos os casos o entendimento de que a proposta da EP é importante não garantiria a permanência destas instituições na roda de gestão.

Quando o desinteresse das instituições prevalece, é notado na fala dos entrevistados um apelo ao suposto *motivo-mor* de adesão – o *entendimento* pelos sujeitos:

- “Por isso que eu falo, ninguém nos toma a Educação Permanente. O governo pode falar: -Não tem mais verba. A gente briga como o governo [...] Muita gente já se apropriou” (Entrevistado U).

- “A concepção de EP, de educação permanente, foi sempre bem enfocada. [...] A gente sempre voltava a esses dificultadores, que a gente vai falar das fragilidades também, ma a gente sentia e sente que as pessoas que estão no Pólo tem um compromisso, não queriam deixar essa idéia do Pólo morrer, sucumbir. É uma fortaleza, você ter compromisso com esse projeto” (Entrevistado W).

Na fala de um dos entrevistados pode-se observar que enquanto muitas instituições aderiram aos Pólos (supostamente) pelo *entendimento* outras tinham interesses incompatíveis com a proposta dos Pólos e por isso não permaneceram nos mesmos:

- “[...] esses fóruns, esses seminários, eles propiciaram engajamento, eles propiciaram adesão de muitas instituições, eles mostraram claramente que alguns interesses de algumas instituições eram adversos a política do Pólo; foram instituições que inicialmente estiveram conosco, e que depois se ausentaram, evadiram do Pólo” (Entrevistado Z).

Este relato reforça que pensar apenas nesse *entendimento* como razão pela qual as instituições aderem aos Pólos não dá conta dos interesses que elas trazem para a roda de

gestão e por isso muitas desistem pelo conflito de propostas ou pela falta de financiamento, por exemplo.

### *Apoio do MS, SES e SMS*

De acordo com os entrevistados os Pólos receberam muito pouco apoio das instâncias gestoras municipais, estaduais e federal. O principal apoio recebido destas instâncias está descrito a seguir:

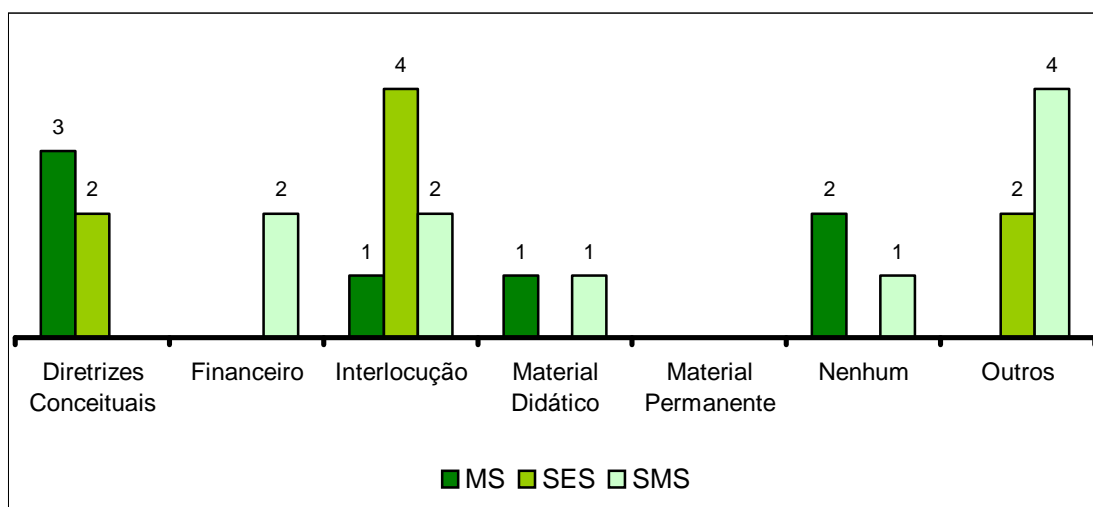
- a) Apoio do Ministério da Saúde: diretrizes conceituais (3);
- b) Apoio da Secretaria de Estado de Saúde: interlocução (4);
- c) Apoio das Secretarias Municipais de Saúde: parceria para implementação das atividades (3).

Foram considerados como *outros* tipos de apoio recebido:

- a) Apoio da Secretaria de Estado de Saúde: avaliação de projetos, presença nas reuniões do Pólo, manutenção do Fórum de Pólos.
  - *“Elas tem vindo às reuniões. Todas as reuniões alguém do Estado vem para ajudar a direcionar o Pólo” (Entrevistado J).*
  - *“Provavelmente foi a manutenção do Fórum, de onde as pessoas se sentem, de uma certa maneira, apoiadas” (Entrevistado W).*
  - *“Olha, da Secretaria de Saúde, a presença nas reuniões... A avaliação de projetos” (Entrevistado U).*
- b) Apoio das Secretarias Municipais de Saúde: parcerias para implementação das atividades, formação de multiplicadores, replicação das atividades, indicação de alunos.
  - *“Interlocução, parcerias para implementar suas atividades, formação de multiplicadores... Eu acho que aí os facilitadores possibilitaram esse tipo de coisa” (Entrevistado Z).*

O gráfico 3 a seguir mostra os tipos de apoio recebido pelos PEPS do RJ.

**Gráfico 3.** PEPS do estado do RJ: apoio recebido do MS, da SES e das SMS, ano de 2006.



Destaca-se a falta de apoio financeiro recebido pelos Pólos no estado. Apenas dois Pólos consideraram ter recebido algum tipo de apoio financeiro por parte de SMS. Dois Pólos apontaram não terem recebido nenhum apoio do MS e nenhum Pólo recebeu apoio em forma de Material Permanente.

- “A Secretaria de Estado de Saúde... só não dá mais porque não pode, não tem material, não tem nada. Porque na realidade toda essa parte financeira, de material, material permanente... tudo quem dá é a sede” (Entrevistado Z).

- “Inicialmente o Ministério da Saúde foi importantíssimo quanto às bases conceituais, às diretrizes. Inicialmente, e a interlocução. Agora tem um ano, um ano, que o Ministério da Saúde está absolutamente ausente, silencioso, morto” (Entrevistado Z).

[Do apoio das SMS] - “Porque no momento em que você não consegue ter apoio e participação efetiva das Secretarias Municipais, fica difícil você dar andamento a determinados projetos sem que as Secretarias estejam envolvidas” (Entrevistado W).

[Do apoio das SMS] - “Ao Pólo? Nada. Porque em termo financeiros não temos nada, diretrizes não temos, material didático nenhum, material permanente, interlocução. Não, não temos nada!. Nenhum apoio. Apenas a gente convida eles, e muita das vezes não participa nem das reuniões” (Entrevistado J).

Comparando a participação das instâncias gestoras da saúde nos Pólos e o apoio delas recebido percebe-se que embora houvesse alguma representação das instâncias estadual e municipal em todos os Colegiados de Gestão a mesma não pôde garantir algum tipo de apoio

financeiro aos Pólos. Como a falta de financiamento levou ao desinteresse da maioria dos participantes, seja porque não vislumbrou o financiamento de uma proposta de interesse ou por não poder desenvolver uma proposta planejada, a inexistência desse apoio foi portanto ressentida pelos entrevistados.

No entanto, como o financiamento está previsto como oriundo do orçamento do MS, as instâncias estaduais e municipais legalmente não teriam essa responsabilidade, o que não poderia impedi-las se desejassem fazê-lo. Todavia mesmo que seja obrigatória a aprovação dos projetos a nível localregional e estadual para serem encaminhados ao MS não há um mecanismo previsto na instituição da Política que permitisse que os mesmos pudessem ser aprovados apenas nestas instâncias e então serem financiados por elas mesmo que ainda houvesse contribuição e incentivos do MS.

A participação das SMS através de seus gestores ou representantes foi referida principalmente no que diz respeito à baixa frequência nas reuniões. As falas reproduzidas a seguir apontam essa situação:

[Da representação das SMS] - *“Muito pequena. Era o segmento de menor representação. Essa sempre foi uma fragilidade do Pólo, não é? O baixo envolvimento do gestor. [...] Então era muito pouco representativo esse segmento”* (Entrevistado W).

[Da representação das SMS] - *“Mesmo que esteja representando uma Secretaria de Saúde, a Secretaria em vez de mandar aquela pessoa que mandou na reunião passada, manda outra pessoa [...]”* (Entrevistado J).

No caso da participação das SMS e de seus respectivos representantes – os gestores – observar-se que a representação deles nos Colegiados de Gestão era bastante ausente, justificada, em parte, pela falta de financiamento nos Pólos; por outro lado havia a expectativa de demais participantes que as SMS contribuíssem também com apoio financeiro. Separa-se, então, o sujeito gestor da instituição SMS. Se analisarmos esses atores em conjunto, considerando as relações existentes entre eles, pode-se, ao menos cogitar, que a participação das SMS estaria relacionada, em certa medida, à existência de financiamento no Pólo e não com a provisão pelo município de algum recurso financeiro. Nessa perspectiva considera-se como aponta Marques (1997) o caráter endógeno das preferências dos atores, ou seja, *“construídas social e politicamente no bojo dos processos sob estudo”* (p. 78).

A relação dos Pólos com a SES apresenta outros elementos além da expectativa dos diferentes tipos de apoio. A participação da SES nos PEPS do RJ existiu tanto pela sua atuação no processo de implementação e coordenação do Fórum quanto no desenvolvimento dos Pólos até então. Essa presença atuante da Secretaria Estadual foi motivo de controvérsias observadas tanto em relação à opinião dos entrevistados quanto à proposta do Ministério da Saúde (MS). Se por um lado a SES entendia que tinha como “*missão*” a implementação da Política no estado, por outro o MS ‘discordava’.

A Portaria 198 que instituiu a Política e a conformação dos Pólos de Educação Permanente define como papel da SES:

- a) coordenar o processo de inclusão de todos os municípios aos Pólos;
- b) nos estados em que fossem formados vários Pólos, a SES deve reuni-los periodicamente para “*estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde*” (Brasil, 2004).

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) teve participação ativa no processo de conformação e implementação dos PEPS no estado como “*coordenadora desse processo*”. Foram realizados Seminários Estaduais em que foi apresentada e discutida a proposta de Educação Permanente e definida a criação de cinco Pólos no RJ. Esse processo contou com a participação de convidados da área de ensino, dos serviços, da gestão e do controle social. Posteriormente formou-se também o Fórum de Pólos cuja articulação e coordenação ficou a cargo da SES. Essa função junto aos Pólos era exercida pela coordenação da Subsecretaria de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde em conjunto com a coordenação da sua respectiva Superintendência de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Nota-se, porém, na instância estadual, uma discordância quanto ao papel destinado a SES no processo de implementação dos Pólos:

- “... então eu não quero fazer a Educação Permanente passando por dentro das Secretarias Municipais e Estaduais porque funciona mal. Tá, então vamos montar uma estratégia pra funcionar melhor, um controle maior, com transparência maior, mas não é montar uma estratégia que diga: não tem que passar por dentro das Secretarias, isso é uma doidera” (Entrevistado X).

Essa participação da SES no processo de implementação e desenvolvimento dos Pólos foi vista como necessária para alguns dos entrevistados porém causa de dificuldades por outros:

- “... nós temos a Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde, muito, muito presente no Estado do Rio de Janeiro – eu acho que é importante que se diga isso – e dessa forma, conseguiu agregar muitos municípios” (Entrevistado Z).

- “... impossível você não considerar a Secretaria Estadual como instância de passagem. E eu acho assim, o primeiro pecado do grupo de elaboração... na fase inicial foi esse pecadinho. Só que esse pecadinho aqui,... ficou um pecadão, no momento em que a gente tinha um tencionamento político em algumas situações... houve um emperramento... uma atitude meio indignada da Secretaria de se sentir fora do processo, ela própria se colocou como nó do processo” (Entrevistado Y).

De acordo com Lindblon (1985) o processo decisório é complexo, envolve influência, controle e poder dos participantes cujos papéis são determinantes para sua compreensão. Pode-se citar como exemplo, o estudo realizado por Silva (2000) que analisou instâncias colegiadas do SUS (Comissão Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde) no estado do Rio de Janeiro. Nesse estudo a autora considerou que

“Independente da forma como são negociadas as decisões nas instâncias colegiadas do SUS, seja através de votação ou a partir do esgotamento da discussão, o desempenho de cada instância, a relação entre as mesmas e a condução das propostas aprovadas sofrem constante influência da SES, ator decisivo na política estadual” (p.68).

Cornélio (1999) em um estudo sobre o processo decisório no município do Rio de Janeiro fez a seguinte conclusão

“Cada perspectiva teórica específica pode revelar um aspecto determinado do processo decisório, porém é importante que estes sejam considerados como um conjunto não dissociável, pois as relações que os perpassam conformam estruturas que vão interagir entre si” (p.112).

Constata-se portanto que a SES tem historicamente um papel relevante na política de saúde no estado e que em parte foi ‘negligenciada’ pelo MS. Há que se discutir porém que essa possível negligência se insere no contexto das demais políticas de saúde pelo princípio da descentralização. A criação de uma instância locorregional para condução da Política considera o princípio estabelecido da descentralização da gestão setorial.

Ferla & Martins Júnior (2001) apontam como um desdobramento da descentralização na área da saúde uma frágil organização das ações e serviços supramunicipais, baixa capacidade técnica dos municípios de pequeno porte no manuseio de instrumentos legais e normativos de regulação além de uma competição velada entre os municípios.

A participação da SES nos PEPS do RJ parece ter sido distinta em dois momentos. Num momento inicial do processo de implementação, o MS tinha, em certa medida, comunicação direta com representantes dos Pólos. Essa relação porém gerou conflitos com a SES no sentido de que a mesma entendia que esse processo se efetivaria através de sua intermediação:

- *“O Ministério da Saúde... não queria de jeito nenhum que a Secretaria do Estado fosse coordenadora desse processo. É impossível!” (Entrevistado X).*

- *“E houve também, que eu pude perceber, uma resistência do Ministério em trabalhar com as Secretarias de Estado – é como se desconhecesse a dificuldade que tem em se trabalhar com os núcleos menores. Não se implanta política assim” (Entrevistado Z).*

Num segundo momento, a partir de uma mudança de atores na gestão federal, a SES passou a ter uma maior atuação:

- *“Ela se sente para dentro do processo no momento da repostura da educação permanente, onde os atores no Ministério da Saúde foram mudados, no DEGES..., aí ela se aproxima, até porque esse grupo ratifica a importância da Secretaria de Estado dentro do processo” (Entrevistado Y).*

Segundo os entrevistados houve, em certo momento, uma mudança de atores na condução da Política de Educação Permanente a nível nacional. Dois grupos foram portanto distinguidos pelos entrevistados:

**1) Um primeiro grupo que atuou na gênese do processo de constituição e implantação da política.**

Nesta fase inicial havia uma comunicação direta da instância federal (MS) com os atores envolvidos no processo de implementação da política no estado porém sem interlocuções com a Secretaria Estadual de Saúde:

- *“Teve o primeiro grupo que fez a portaria... veio para dentro do município discutir a política de educação permanente... e começou a desenvolver essa política com os Pólos municipais, com os Pólos regionais... então era um grupo muito presente e que me parecia que não tinha um grau maior de aproximação com a Secretaria Estadual, não” (Entrevistado Y).*

- *“Porque nessa primeira fase o Ministério esteve presente aqui, inclusive eles eram nossos convidados para ir na reunião do Colegiado e estavam sempre presentes. Faziam o tempo todo comunicação por e-mail, por telefone” (Entrevistado Y).*

Durante esta fase a falta de uma interlocução do MS com a SES foi considerada fator de entrave no processo de implementação da política no estado pelo fato da instância estadual discordar do posicionamento da instância federal:

- *“Então eu acho que houve um emperramento... vamos colocar assim: uma atitude meio indignada da Secretaria de se sentir fora do processo, ele própria se colocou como nó do processo... Ela não aderiu... por isso ela empacou o processo” (Entrevistado Y).*

## 2) Um segundo grupo que substituiu o anterior que atuou inicialmente.

Entrevistados consideraram que os atores que passaram a atuar neste segundo momento demonstraram falta de conhecimento da Política de Educação Permanente:

- *“Provavelmente o grupo que tem assento no momento posterior, eu acho que de alguma forma tem um entendimento diferente do que estava sentado no primeiro momento. Não dá continuidade a essa proposta, mas também não disse ao que veio” (Entrevistado Y).*

- *“Equipes foram sendo substituídas, sem que as equipes que substituíram as anteriores tomassem realmente pé da situação, não só da situação dos Pólos, como também das questões documentais. Então havia um desconhecimento generalizado que causou uma falta de estímulo nos Pólos... Houve um amarelar, fruto dessa descontinuidade dos próprios atores que estavam gerindo as políticas” (Entrevistado Z).*

- *“Uma fragilidade que foi a mudança na política de governo. A gente teve mudanças no Ministério que deixaram a idéia de educação permanente meio no ar” (Entrevistado W).*

Outra consideração a respeito dessa mudança na gestão federal foi que os novos participantes não estabeleceram interlocução com os Pólos:

- *“Quando teve essa mudança no Ministério, a gente teve essa reunião colocada pelo Estado, onde o Ministério está presente e ratifica a posição do estado, que é o novo grupo, e eles não participaram mais de nenhuma reunião conosco. O Ministério não passou a participar e aí o estado passou a estar presente” (Entrevistado Y).*

- *“As pessoas se afastaram e quem compunha a equipe inicial da educação permanente do Ministério, continuaram lá mas afastados do processo. Mas quando a gente ligava para o Ministério a gente falava*



*dessas pessoas que diziam: - 'Olha a gente não sabe de nada, não temos o que falar, escreva seu e-mail e mande para cá. Quem sabe eles' – Eles quer dizer – o novo grupo – responde” (Entrevistado Y).*

Entende-se que atores que participaram do momento inicial embora tenham continuado no Ministério não atuavam mais junto aos Pólos pois novos atores haviam assumido essa função porém deixou de haver comunicação com os Pólos a partir dessa mudança. Desde então, foi estabelecida maior interlocução com a Secretaria Estadual de Saúde:

*- “Onde o entendimento que a gente tem é que só começa haver diálogo entre a Secretaria Estadual e o Ministério da Saúde no momento agora mais recente...” (Entrevistado Y).*

*- “... onde os atores no Ministério da Saúde foram mudados, no DEGES, aí ela se sente, aproxima, até porque esse grupo ratifica a importância da Secretaria do Estado dentro do processo” (Entrevistado Y).*

As mudanças apontadas denotam haver uma descontinuidade interna ao processo de decisão política do MS uma vez que os atores que articularam e iniciaram o processo de implementação da Política de Educação Permanente foram substituídos por atores que não deram continuidade a atuação que estava sendo realizada anteriormente.

*- “... é possível afirmar que as equipes que vieram depois da primeira que implantou isso não foram parceiras, não coadunavam com os princípios da educação permanente em saúde. Não viram isso como ferramenta, acharam que isso era democrático demais, que era pacto demais, que era talvez até ingênuo” (Entrevistado Z).*

A existência dessa descontinuidade foi também um fator de entrave no processo de implementação dos Pólos:

*- “Porque nós começamos com uma política, começamos a nos estruturar e nos organizar enquanto Pólo, e não só como uma questão de organização, começamos uma vivência, uma vivência fecunda de Pólo, e aí tivemos um Ministro que saiu. Sai ministro, troca direção da secretaria, direção do departamento e não necessariamente essas pessoas que assumiram pactuavam com o documento, pactuavam com as premissas da EP, muito pelo contrário” (Entrevistado Z).*

Na análise da atuação da SES em todo processo de implementação dos Pólos no RJ, algumas considerações são necessárias a fim de que a mesma seja feita à luz das responsabilidades previamente definidas na instituição da Política. O fato de muitos

municípios terem sido agregados, conforme apontado por um dos entrevistados, devido à participação atuante dessa instância, é correspondente a sua responsabilidade, dada pela Portaria, de garantir que todos os municípios do estado fossem devidamente incluídos. A coordenação do Fórum de Pólos no estado também atende, em parte, a um de seus papéis que é a reunião periódica dos Pólos.

Outra questão fundamental nesta análise da atuação da SES junto aos PEPS do Rio de Janeiro diz respeito ao cumprimento pelo MS de suas atribuições, previstas pela Portaria 198. Segundo a mesma Portaria foram atribuídas ao MS as seguintes funções, dentre outras:

- a) o financiamento da Política;
- b) a acreditação dos projetos;
- c) o “... *acompanhamento e assessoramento necessários... de forma que nenhum projeto seja excluído*”;
- d) o apoio técnico, financeiro e operacional à constituição e funcionamento dos Pólos (Brasil, 2004).

Na presente avaliação, foi constatada grande deficiência na realização dessas atribuições pelo MS. Portanto, uma análise mais aprofundada requereria compreender, talvez comparando com outras experiências em que essas atribuições foram devidamente realizadas, qual seria o comportamento da SES e sua repercussão nos Pólos em circunstâncias menos desfavorecidas em relação à efetiva atuação do MS. Por outro lado, seria importante entender também, em que medida a postura da SES pode ter comprometido a atuação do MS no estado.

Na condição de formulador da Política e de financiador da mesma, o MS tinha, nesse contexto, uma posição privilegiada no que se refere aos Pólos. Nota-se na fala dos entrevistados uma postura indiferente do MS em relação às demandas apresentadas pelos Pólos:

- *“Estou decepcionada com o processo de avaliação e de distribuição. Gostaria que viesse a público como é que foram distribuídas essas verbas...” (Entrevistado U).*

- *“Eu é que quero saber como é que o Ministério está pensando hoje! Quem que ele está financiando? E está financiando em cima de que prerrogativas? Porque se as prerrogativas iniciais não servem mais*

*para financiar e não revogaram a Portaria 198, me digam, dever ter alguma medida provisória, alguma coisa aí, e a gente não está sabendo, entendeu?” (Entrevistado Z).*

*- “As desculpas que o Ministério da Saúde dá pra gente, nós consideramos pífias, pífias [...] O grande nó que se coloca hoje para a gente, é exatamente essa falta de transparência na alocação de recursos. E essa lentidão. E essa falta de comunicação, quer dizer” (Entrevistado Z).*

Para alguns entrevistados a transferência de recursos financeiros na área da Gestão do Trabalho e da Educação deveria ser Fundo a Fundo conforme acontece em outras áreas do Sistema de Saúde:

*- “Tudo bem, vamos ter uma gestão colegiada mas institucionalmente, quem vai receber o recurso é o Fundo Municipal e o Fundo Estadual de Saúde. A gestão colegiada é garantida, mas o dinheiro entra pelo Fundo Estadual e pelo Fundo Municipal e é gerenciado sob a responsabilidade do respectivo” (Entrevistado X).*

*- “Tinha que haver algum nível de pacto local, onde pudesse haver uma instância, que eu acredito que não seja a Secretaria Estadual, nem a Secretaria Municipal, mas algo a ser definido com o conjunto e ser um colegiado... essa instância colegiada, deveria estar gerenciando esses recursos junto com a própria Secretaria Estadual que talvez pudesse ficar administrando os recursos” (Entrevistado K).*

Retomando a Portaria 198 quando considera como competência da SES “*estimular a cooperação e a conjugação de esforços, a não fragmentação das propostas e a compatibilização das iniciativas com a política estadual e nacional de saúde*”, pode-se considerar que um papel importante foi definido para a instância estadual no processo de implementação e desenvolvimento dos PNEPS. A execução dessa função exigiria um acompanhamento permanente das atividades dos Pólos buscando a interface dessas com as ações de saúde a nível estadual e nacional. A questão que se coloca em evidência no entanto é a disputa pelo *poder* advindo da posse dos recursos financeiros. E esse interesse é comum às instâncias gestoras da saúde em todos os níveis de governo. Embora evidentemente a execução dos projetos necessitasse de financiamento, o mesmo foi determinante na continuidade do funcionamento dos Pólos.

Cabe considerar neste momento a complexidade da roda de gestão justamente por essas relações de *interesses* e *poder* existentes entre os diferentes *atores*. A diversidade

existente no Colegiado de Gestão foi considerada como positiva pelos entrevistados mas também como um grande desafio a ser enfrentado:

- *“Como fortaleza, o grande número de envolvidos no início. O Pólo, desde o início teve muita participação. Se esvaziou em alguns momentos, mas todos os segmentos tiveram muita participação”* (Entrevistado W).

- *“Agora, todos os projetos, todas as discussões, tudo é feito pactuando, mas é muito difícil a gente fazer essa toda com pares que não são pares, não é? [...] muito, muito difícil de fazer a roda como se todos fosse, tivessem a mesma compreensão dos problemas. A gente, a gente para, muitas vezes a gente pára para tentar fazer a coisa mais clara. Mas às vezes a gente mesmo se perde”* (Entrevistado U).

- *“Enfim, a saúde ganhou cara no estado. Nós sabemos quem são nossos pares, nós sabemos quem são nossos parceiros [...]”* (Entrevistado Z).

- *“Mas eu acho, que a gente fica vendo é que a universidade ela está acostumada a sentar com ela mesma, entendeu? Ela tem dificuldade... para gente também foi um exercício muito difícil, como profissional de saúde foi muito difícil. Nos obrigou a fazer um exercício dos mais difíceis que era criar interlocução com outros pares. Acho que foi difícil sim”* (Entrevistado Y).

- *“Eu acho muito importante, dá bastante legitimidade e capilarização de alguns processos, que eu acho que, sobre esses aspectos é um ganho importante [...] Agora é difícil operar. Não é fácil”* (Entrevistado Y).

Essa diversidade da roda além de apresentar aspectos positivos e dificuldades também permite a existência de *conflitos* dirimidos preferencialmente por *consenso*:

- *“O grau de tensionamento era tão grande... porque eu acho que é isso mesmo, eu acho que os segmentos trazem um pouco esses seus interesses para dentro do fórum. E que às vezes são interesses individuais onde o próprio grupo identifica e repele, e começa a criar um nível de tensionamento importante”* (Entrevistado Y).

- *“Bom, onde se trabalha num espaço de participação, onde se trabalha num espaço que é democrático, se não existir conflito, é porque existe uma belíssima de uma acomodação, de uma anuência irrefletida, pessimista. Então, os conflitos são bem-vindos, no nosso Pólo”* (Entrevistado Z).

- *“Conflitos nós temos em todas as reuniões [...] Às vezes ficam pendências, e muitas das vezes as pessoas acabam concordando; outras saem até com briga”* (Entrevistado J).

- *“Os segmentos participam com maior tranquilidade. A gente tinha reuniões até bem acaloradas [...] E a gente sempre pontuava que as decisões do Pólo deveriam ser consensuadas, não partir para aquela coisa do assembleísmo [...] Não eu acho que conflitos de idéias sempre aparecem, de interesses de cada segmento, mas que a gente era muito feliz de chegar a um consenso”* (Entrevistado W).

As causas desses conflitos são diversas e diferentes entre os pólos dentre as quais:

a) Expectativas quanto a financiamento de projetos: causada inicialmente por ter sido passada a informação que “[...] *nada será financiado se não passar pelo Pólo*[...]”;

b) Formação de facilitadores: em um dos Pólos houve o entendimento por parte de alguns participantes que os facilitadores seriam remunerados e isso levou a uma disputa interna muito grande;

c) Baixa escolaridade de alguns participantes: segundo dois entrevistados as diferenças entre os representantes no Pólo causavam situações de conflito pela falta de entendimento mútuo e um deles apontou a baixa escolaridade de alguns como sendo um dos motivos;

d) Desconhecimento da proposta da Educação Permanente: a falta de conhecimento da Portaria 198 e da proposta dos pólos por novos participantes era motivo de desentendimentos constantes nas reuniões de um dos pólos, esse fato era devido principalmente à alta rotatividade de representantes de alguns segmentos;

e) Decisões do Ministério da Saúde: a contestação de algumas decisões do Ministério da Saúde.

A existência de conflitos e a busca de consenso na gestão colegiada dos Pólos são elementos esperados na proposta da Roda de Gestão. Campos (2007) aponta como necessário o compartilhamento do poder

*“O Método da Roda trabalha com a categoria de Co-Gestão; ou seja, com a idéia de poder compartilhado e não poder exercido de forma solitária e isolada”* (p. 158).

Os PEPS enquanto Rodas de Gestão/instância interinstitucional reproduzem de certa forma as relações existentes dentro das instituições. Por conseguinte, há uma relação importante entre o espaço intra-institucional e interinstitucional sendo que as correlações de poder existentes no primeiro se reproduzem no segundo. Como se fosse uma análise do micro e do macro espaço institucional. A exemplo, pode-se valer das *imagens das instituições* de Morgan (2006) na análise dos Pólos.

Dentre as metáforas que Morgan utiliza para compreender a complexidade das instituições, o autor define as organizações como *sistemas políticos* quando as analisa na perspectiva dos *interesses*, do *conflito* e do *poder*. Segundo o autor,

*“Se entendemos as organizações em termos políticos, aceitamos o fato de que a política é um aspecto inevitável da vida corporativa. Aprendemos que dirigentes eficazes são atores políticos habilitados que reconhecem o contínuo jogo entre interesses concorrentes e que usam o conflito como uma força positiva”* (p. 177).

Pela definição de Morgan (1995) essas categorias analíticas podem ser descritas como:

**Interesses:** *“fala-se sobre um conjunto complexo de predisposições que envolvem objetivos, valores, desejos, expectativas e outras orientações e inclinações que levam a pessoa a agir em uma e não em outra direção”* (p. 153);

**Conflito:** *“aparece sempre que os interesses colidem [...] Qualquer que seja a razão e qualquer que seja a forma que assuma, a sua origem reside em algum tipo de divergência de interesses percebidos ou reais”* (p. 161);

**Poder:** *“é o meio através do qual conflitos e interesses são, afinal, resolvidos. O poder influencia quem consegue o quê, quando e como”* (p. 163).

Quando da análise dessas categorias nos PEPS observa-se que a definição das mesmas é em grande medida aplicável às relações existentes entre os atores e na atuação dos mesmos nesse espaço interinstitucional.

Silva e Labra (2001) discutindo sobre as instâncias colegiadas no SUS no estado Rio de Janeiro, apontam que no CES é freqüente o uso do voto na tomada de decisões sendo que na CIB, o consenso é visto *“como elemento fundamental para produzir resultados satisfatórios a fim de estabelecer diretrizes mais permanentes”* (p. 163). De acordo com Correia (2000) nos *“conselhos estão representados diferentes interesses que se confrontam, e vence a proposta dos setores mais articulados, que têm maior poder de barganha”* (p. 129).

A questão do *poder* é complexa e a perspectiva institucionalista histórica recebe críticas sobre algumas de suas considerações. Os institucionalistas históricos propõem uma análise que considera um caráter relacional nos estudos sobre o Estado e políticas públicas

sendo necessário observar a posição dos atores estatais e das instituições em relação aos “*ambientes socioeconômicos e políticos povoados por atores portadores de interesses e recursos*” (Skocpol, 1985, apud Marques, 1997, p. 81). Há desta forma um “*privilegiamento das relações e interpenetrações entre Estado e sociedade*” (Marques, 1997, p. 81). A crítica apontada é que há um deslocamento de uma postura antes centrada no Estado como fonte última do poder para uma análise das relações entre Estado e sociedade sem contudo definir a origem do poder na sociedade. Desta forma, de acordo com Marques (1997)-

*“Não ficam muito claras, nas análises da perspectiva, as origens do poder político e, por conseguinte, a hierarquia dos processos e atores a privilegiar”* (p. 81).

O que se observa na análise da Política de Educação Permanente em Saúde, é uma prevalência do poder do Estado através do MS no processo político sendo que a participação da sociedade é conformada pelos arranjos por ele instituídos.

Arretche (2003) discutindo o *mito da descentralização como indutora de maior democratização* concluiu que: “*Dado que permanecerão existindo questões que devem ser processadas pelos distintos níveis de governo, o caráter democrático do processo decisório depende menos do âmbito no qual se tomam decisões e mais da natureza das instituições delas encarregadas*” (p.148).

Considerando a participação popular no âmbito desta Política como uma estratégia de democratização e neste contexto, de desconcentração do *poder*, pode-se novamente fazer um paralelo entre o que foi chamado anteriormente de *micro e macro espaço institucional*. Essa comparação se dá mediante as tendências contemporâneas do *poder* na esfera da mudança organizacional quando analisada sob a *perspectiva política- a metáfora política das organizações* realizada por Motta (1997). O autor considera que na perspectiva política as organizações são vistas como um “*sistema de poder onde pessoas ou grupos procuram maior influência no processo decisório*” (p. 114) e faz uma análise retrospectiva e prospectiva do *poder* nas organizações avaliando suas variações respectivamente do passado para o futuro marcando também as tendências atuais.

O quadro 7 reproduz a elaboração do autor em que essa análise ‘temporal’ do poder é sintetizada.

**Quadro 7.** Poder na organização do futuro por tendências atuais segundo Motta (1997).

FATORES	PASSADO → PRESENTE	PRESENTE → FUTURO
Concepção de poder	Elitista e unitário: concentra-se no topo e na autoridade do cargo	Plural: distribui-se desigualmente por pessoas e grupos
Reprodução e uso do poder	Proporcional à estrutura formal da organização	Contingencial: depende de variações na distribuição de recursos
Estrutura	Fonte principal do poder	Arena política onde ocorrem lutas pelos recursos de poder
Relação de poder	Negativa: contraposição ao não-poder de outros	Positiva: interesse e intencionalidade inerentes às relações de trabalho
Solução dos conflitos de poder	Negociação e formas participativas de gestão para valorizar interesses coincidentes	Participação como forma de integrar recursos políticos e gerar maior autonomia de gestão
Acesso ao poder	Ocupar posições na estrutura formal	Dominar recursos de poder: em função da alta variação estrutural
Comunicação e informação	Restrições e cautelas	Intensidade e transparência
Liderança	Processo político: uso de recursos de poder	Processo social: uso dos recursos dos liderados

Fonte: Motta, 1997, p. 117.

Algumas das tendências sobre o *poder* apontadas pelo autor são também observadas na PNEPS:

- a) Pluralidade: distribuição desigual por pessoas ou grupos;
- b) Contingência: o uso do poder depende de variações na distribuição dos recursos;
- c) Arena política: lugar de disputa pelos recursos de poder;
- d) Participação como forma de integrar recursos políticos e gerar maior autonomia de gestão.

Quanto à *comunicação e informação* observa-se a coexistência de restrições e a reivindicação de transparência.

O processo de “*construção coletiva*” dos Pólos compreendeu a existência de diversos conflitos entre as diferentes representações como sindicatos, conselhos, universidades, escolas



técnicas e ongs além de “*questões políticas*”, o que foi considerado um fator de atraso no seu desenvolvimento.

- “*É difícil, muito difícil. Então, passou-se muito tempo discutindo e disputando poder – sem dúvida esse é o nosso atraso, esse é o nosso grande atraso*” (Entrevistado X).

- “*O Colegiado ele foi uma instância que foi um desafio enorme... parecia que as pessoas iam se bater mesmo*” (Entrevistado Y).

- “*Agora, todos os projetos, todas as discussões, tudo é feito pactuando, mas é muito difícil a gente fazer essa toda com pares que não são pares, não é?... muito, muito difícil de fazer a roda como se todos fosse, tivessem a mesma compreensão dos problemas*” (Entrevistado U).

Apesar das dificuldades destacadas nesse processo de construção coletiva e gestão colegiada, os entrevistados consideraram em geral como “*interessante*” o “*exercício democrático*” realizado na tentativa de “*tornar o mais transparente possível a informação*” e a interlocução alcançada entre os participantes.

- “*Tem uma coisa interessante que é o fato de que você faz um exercício democrático, de tentar tornar o mais transparente possível a informação. Mas tem, por outro lado, saberes distintos, leituras distintas e compreensões distintas de um mesmo fenômeno*” (Entrevistado X).

Conforme apontado por Cortes (2007), muitos mecanismos participativos têm sido criados em diversas áreas e níveis da administração pública no Brasil. No âmbito das políticas de saúde, A EP privilegia a participação popular ao criar um Colegiado de Gestão que se configura como um local de participação ativa dos diferentes participantes. A participação desses atores porém não tem garantido que haja o *controle social* da Política de Educação Permanente.

No estado do RJ embora tenha sido apontada uma grande participação de conselheiros de saúde em um dos Pólos, em geral foi considerada a necessidade de qualificação dos mesmos para melhorar a qualidade de sua atuação.

- “*Conselheiro municipal... Foi o que mais apareceu.... esse teve o tempo inteiro... lembrando os que tiveram o tempo inteiro, não largaram...*” (Entrevistado Y).

A necessidade de estar desenvolvendo atividades que melhorem o desempenho dos conselheiros de saúde foi apontada nas entrevistas:

- *“Nós temos conselheiro que nem sabe o papel do conselheiro porque ele não lê - a gente coloca tudo na mão dele, mas ele não sabe o quê que é. Porque ele recebe uma pastinha, ele acha bonito alguém chamar ele de conselheiro... Muitas pessoas acham lindo, maravilhoso ser conselheiro. Ms ele não sabe o papel do conselheiro – isso que é o maior problema! Ele aprova qualquer coisa, ele recebe qualquer coisa do Secretário; põe na mão – ele assina – não está lendo!” (Entrevistado J).*

- *“Isso aqui, esse controle social em saúde, muitas vezes as pessoas não sabem o papel, volto a dizer o papel do controle social. Existem Conselhos de Saúde, aonde os conselheiros apenas assinam a documentação. Eu falo, eu volto a dizer, do processo de capacitação que ele teria que entrar, para poder ser capacitado para poder saber agir dentro dessas questões do SUS, porque o verdadeiro papel do conselheiro é o controle social” (Entrevistado J).*

- *“A questão da capacitação para conselheiros melhoraria a atuação dos conselheiros e beneficiaria o andamento dos Conselhos de Saúde” (Entrevistado W).*

- *“Eu acho que a capacitação seria assim, como um pontapé chave para o controle social, e o controle social da EP. Porque é muito bonito o EP [Pólo] formado por gestores, secretários, por estudantes – é muito bonito! Mas se não tiver um controle social! E o quê que adianta você por um controle social lá dentro que não sabe de nada?” (Entrevistado J).*

Os problemas relativos à participação popular nos PEPS do RJ também são constatados no que se refere à atuação do Conselho Estadual de Saúde (CES). Constatou-se que havia necessidade de uma assessoria da SES a essas instâncias por *desconhecerem* a política e os projetos elaborados pelos PEPS.

De acordo com a Portaria 198, os projetos dos Pólos seriam pactuados no Colegiado de Gestão e na CIB e aprovados no CES. A existência de um desconhecimento dessas instâncias sobre as atividades dos Pólos evidencia uma participação deficiente das mesmas nos Colegiados de Gestão. Tal circunstância pode ser compreendida se forem considerados os seguintes fatores:

- a) Está prevista na Portaria 198 que os Pólos poderiam ser compostos pelos seguintes representantes, dentre outros: gestores estaduais e municipais de saúde e conselhos municipais e estaduais de saúde;
- b) O Conselho Gestor dos Pólos seriam constituídos por representantes do gestor estadual, dos gestores municipais e outros.

Considerando portanto uma efetiva participação desses representantes, estaduais e municipais, nas instâncias gestoras dos Pólos, não deveria haver dificuldades no encaminhamento dos projetos e sua avaliação pelas devidas instâncias estaduais. Isso porque alguns de seus representantes participariam direta ou indiretamente dos Pólos e deveriam estar previamente cientes de suas atividades.

A solicitação a SES de esclarecimentos por parte dessas instâncias nas questões referentes aos Pólos denota uma baixa participação de seus integrantes nos Colegiados de Gestão e Conselhos Gestores no estado. Nesse aspecto, há que se avaliar também a qualidade dessa participação quando a mesma é existente. Por conseguinte, dificuldades no engajamento de outros setores do estado à proposta dos Pólos é um fator importante na gênese dos mesmos e pode ser uma das causas de uma intervenção pela SES, não prevista, mas justificável, neste caso.

Uma das linhas de apoio aos Projetos dos Pólos, que consta na Portaria 198, é a “*Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde*”. Além de ações voltadas para a qualificação dos atores que exercem funções de gestão na área da saúde estão previstas atividades de “*desenvolvimento para agentes sociais, conselheiros de saúde, parceiros intersetoriais e trabalhadores na área do controle social*” (Brasil, 2004).

Embora haja respaldo do MS para que sejam desenvolvidas ações no sentido de qualificar os atores que possam exercer um efetivo controle social nas instâncias colegiadas dos Pólos, e embora no estado do RJ ações como essas tenham sido propostas, os projetos das quais faziam parte também não haviam sido até então aprovados e/ou recebido financiamento.

É interessante pontuar que a resolução de conflitos nos Pólos pesquisados se dava na busca de *consenso*. O termo *consenso* “*denota a existência de um acordo entre os membros de uma determinada unidade social em relação a princípios, valores, normas, bem como quanto aos objetivos almejados pela comunidade e aos meios para os alcançar*” (Bobbio et al, 2004 , p. 240).

Para Morgan (2006) na metáfora política, as organizações são vistas como coalizões em que os interesses divergentes se juntam por motivos de conveniência pessoal, análise que se aproxima da perspectiva da escolha racional em que os atores adotariam um comportamento estratégico em seu benefício.

Levi (1991) aponta que “*a capacidade de resolver conflitos na sociedade e dentro das próprias instituições repousa numa estrutura de recursos coercitivos e de barganha que*

*habilita certos atores a efetivamente delimitar as decisões de outros*” (p. 79). A autora porém considera a existência do *consenso contingente*. Levando em conta a existência de dois tipos de normas, uma de caráter moral e não discutido e outro relacional e contextual, quando os indivíduos obedecem a esta última eles estão considerando que “*os arranjos institucionais em vigor são justos e que os demais indivíduos estão seguindo as regras*” (Marques, 1997, p. 79). Neste caso “*esta é uma norma de equanimidade justa e na qual a reciprocidade deve estar garantida*” (idem). “*Enquanto as instituições são tais que se estabelece uma norma de equanimidade em torno delas, ocorre um consenso contingente e os indivíduos aceitam as instituições*” (idem). Em caso contrário, as instituições podem sofrer uma transformação “*quando a justiça e/ou reciprocidade da norma são quebradas*” (idem).

Aquém de um aprofundamento do tema é importante no entanto a referência aqui da *visão habermasiana de consenso*. Artmann (2001) discutindo um projeto interdisciplinar na perspectiva do autor aponta que neste caso seria fundamental a “*compreensão do conceito de entendimento ou comunicação voltada para o consenso. Essa pode ser definida basicamente como uma troca ativa e pacífica de opiniões e informações entre os participantes de uma ação ou práxis social, ou melhor, como um processo social que se dá através da linguagem, tendo como referência certas estruturas de racionalidade*”. A autora ainda destaca “*o aspecto dinâmico de entendimento que não é definido por Habermas como um consenso já obtido, mas como um processo comunicativo dirigido para a obtenção de um consenso sempre provisório e sempre renovável: Verstandigung*” (Habermas, 1987, apud Artmann, 2001, p. 187).

Reconhece-se que a PNEPS tendo como proposta uma gestão colegiada enfatiza a *valorização do sujeito* conforme previsto pelo *Método da Roda*:

*“Para o Método da Roda o fortalecimento do Sujeito e a democratização das instituições são os dois principais caminhos para a reformulação e superação da racionalidade gerencial hegemônica”* (p. 67).

Zanella et al (2002) partem da seguinte fala de *Morin* para iniciar uma reflexão sobre sujeitos e grupos sociais -

*“... a concepção complexa do sujeito nos permite enlaçar indissoluvelmente o ‘eu’ a ‘nós’ ao ‘se’ e a ‘isto’. Mas, aqui, apresenta-se o princípio da incerteza, porque nunca sei, exatamente, em que momento sou eu quem fala, se não sou eu falando, se não há algo que fale por mim, mais forte que eu, num momento em que creio falar”* (Morin, 1996, p. 54, apud idem, p. 211).

Segundo os autores a constituição dos sujeitos acontece no contexto das relações sociais-

*“É pois no contexto das relações sociais que a constituição dos sujeitos acontece, sendo esta resultante da apropriação da cultura em seus diversos aspectos. Essa apropriação, por sua vez, é marcada pelas características dos grupos sociais dos quais os sujeitos fazem parte/participam e dos lugares sociais que ali assumem”* (p. 213).

Frente à existência de uma relação do sujeito com o grupo do qual faz parte ou participa, há que se refletir, o que extrapolaria o espaço desta pesquisa, a relação do sujeito e do grupo, neste caso, o Colegiado de Gestão, perpassada pelas mediações institucionais. Caberia uma investigação que contemplasse os aspectos específicos da relação entre esses sujeitos que se tornam pares na roda de gestão buscando identificá-los em suas próprias falas utilizando-as como um instrumento para um maior conhecimento dessas interações.

Ribeiro (1997) estudando os organismos colegiados no SUS considera que *“o entendimento mais adequado da dinâmica de formulação e tomada de decisões depende da compreensão das relações instituídas entre Estado e sociedade civil e os mecanismos de constituição e atuação dos grupos de interesses”* (p. 91). Buscando uma aproximação com a perspectiva da escolha racional, o autor chama a atenção, da *“necessidade de estudar os próprios mecanismos de constituição de interesses comuns entre indivíduos e de delegação de poderes de representação”* (p. 91).

Gerschman (2004), num estudo sobre *descentralização e inovações na política de saúde*, chega a seguinte conclusão sobre a atuação dos conselheiros de CMS pesquisados no RJ:

*“Em definitivo, os conselheiros exercem uma função que está desprovida de um sentido político que ultrapasse interesses particulares e se inscreva no usufruto dos direitos de cidadania social das comunidades de origem”* (p. 1679).

Pode-se considerar que a participação nas instâncias colegiadas do SUS para além de um processo em construção, apresenta mediações diversas com o processo histórico brasileiro e o contexto político, econômico e cultural em que esses espaços são construídos.

Embora a Portaria estabeleça que *“dentro do Colegiado de Gestão todas as instituições têm poder igual e, assim, podem exercer sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e horizontal”* há que se levar em conta a trajetória destas instituições. Segundo Marques (1997), *“as instituições políticas mediam a relação entre as estratégias dos atores e a implantação de determinadas*

*políticas públicas. A existência e o desenho das instituições permitem que demandas expressas de formas similares por atores de poder equivalente tenham resultados totalmente diversos [...]*” (p. 82).

A conclusão de Immergut (1996)<sup>33</sup> em sua análise sobre as políticas de saúde na França, Suíça e Suécia é bastante pertinente em destacar a importância das instituições na compreensão do papel institucional no *resultado da política*:

*“As instituições explicam muito do que acontece na vida política – [...]. Mas os interesses, as estratégias e os recursos dos atores políticos não podem explicar as instituições, e por isso eu prefiro começar analisando a política pelo prisma das instituições. Mas nenhuma concepção da política pode se basear exclusivamente seja nas instituições, seja nos interesses e atores; os dois elementos são necessários para elaborar nossa compreensão do passado e para pensar nosso papel como sujeitos do futuro”* (p. 1679).

Em considerando essas ponderações, entende-se que a implementação da PNEPS e a efetivação dos Colegiados de Gestão bem como dos Conselhos Gestores compreenderá ao longo do processo reconhecer como os *atores* atuam nesse espaço de participação coletiva, os diversos *interesses* colocados na roda de gestão interinstitucional e as correlações de *poder* que a permeiam.

---

<sup>33</sup> Texto original publicado em: Stelnmo S, Thelen K, Longstreth F. Structuring, Politics Historical Institutionalism in Comparative Analysis. Nova York, Cambridge University Press; 1992.

## 2.2.2. A OPERACIONALIZAÇÃO

No sentido da operacionalização da PNEP foram estabelecidas *normas* e *mecanismos* para condução do *processo político*. Na análise do processo de implementação e desenvolvimento dos Pólos de Educação Permanente no RJ observa-se que as dificuldades de operacionalização da Portaria 198 são decorrentes principalmente dos impasses interinstitucionais entre o MS e a SES, a deficiente atuação do MS quanto ao cumprimento de suas atribuições, o despreparo das instâncias estaduais (CIB e CES) responsáveis pela avaliação dos projetos neste nível da federação e a falta de apoio dos gestores municipais.

Considerando as questões apontadas pelos entrevistados e discutidas neste estudo são observadas dificuldades de operacionalização principalmente das seguintes diretrizes estabelecidas pela Portaria 198:

- 1) Acreditação de projetos pelo MS;
- 2) Apoio técnico, financeiro e operacional do MS;
- 3) Avaliação dos projetos pelas instâncias estaduais (CIB e SES);
- 4) Implementação e mobilização dos Pólos de Educação Permanente;
- 5) Interlocação permanente entre as instituições de representação municipal, estadual e federal.

Além das principais causas das dificuldades apresentadas para operacionalização de diretrizes da Portaria 198 que já foram em grande parte abordadas nesta discussão, é importante considerar também em que medida essas diretrizes poderiam realmente ser operacionalizadas nos diferentes contextos locorregionais levando em conta os aspectos políticos, institucionais e históricos.

Embora os Pólos tenham sido constituídos como uma instância *interinstitucional* e *locorregional* pode ser observada uma grande dificuldade de se levar em conta o contexto local na operacionalização da Política:

- "... eu acho importante colocar aqui que os idealizadores das políticas não necessariamente conhecem como as instâncias reagem às formulações, e como é que determinadas políticas ocorrem na prática. Então entre a teorização e o modos operandi existe um desconhecimento muito grande por parte dos autores das políticas" (Entrevistado Z).

- *“... mas a falta de identificação das realidades locais... isso foi pouco incorporado, a história local, a cultura local, a forma de organização das instituições como elas se davam?” (Entrevistado K).*

- *“Nós temos um processo de construção, e esse processo de construção do PEP, não levou em consideração a história local” (Entrevistado Y).*

A proposta de uma gestão colegiada para os Pólos é o rompimento da *“verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos”*. Todavia é necessário avaliar a viabilidade dos mecanismos operacionais propostos, e neste caso, principalmente o financiamento e a acreditação dos projetos pelo MS, e a aprovação por instâncias estaduais. Constata-se que esses mecanismos não favorecem a horizontalidade dos fluxos. Os projetos têm que sair das instâncias locorregionais, passarem pelo nível estadual e serem encaminhados ao MS. Esse modelo de operacionalização manteve a centralidade do MS como ator-chave na condução da Política:

- *“A gente ainda vê uma atitude assim muito vertical do Ministério para baixo” (Entrevistado Y).*

- *“Quer dizer, o Brasil tem vários brasis dentro dele. E se você pega, uniformiza tudo e aí você cria a figura do avaliador do projeto, que não dialoga com os autores dos projetos e que decide lá em cima no Ministério: esse serve, esse não serve” (Entrevistado X).*

- *“Então essa coisa da indução, da verticalidade, é uma tradição muito forte no Ministério” (Entrevistado X).*

- *“Então a gente ainda vê as formas de financiamento dadas para algumas questões, mesmo entendendo que são questões que não começam a ter muito peso municipal. A gente até ri que às vezes é engraçado – Vamos fazer o projeto agora para capacitação de profissionais para febre reumática!- Aí eu olho –Aqui tem financiamento? Tem – Febre reumática é importante no nosso município? Não é, mas vem financiamento, entendeu?” (Entrevistado Y).*

- *“... não adianta ficar lá no Ministério elocubrando como é que vai fazer. Tem as instâncias, tem os Conselhos de Secretários, Secretários Municipais, Secretários Estaduais, tem a Tripartite – que senta Ministério e essas duas entidades – tem o Conselho Nacional de Saúde, tem instâncias já estabelecidas que podem estar discutindo essa remodelagem, essa reconfiguração da proposta” (Entrevistado Z).*

No estado do RJ o maior entrave para realização das atividades propostas pelos Pólos foi justamente no fluxo de encaminhamento e avaliação dos projetos. Quando os mesmos conseguiam sair da instância estadual, demoravam chegar na instância federal e de lá não



retornavam mais. Os Pólos insistiam numa interlocução com o MS para conseguirem algum retorno dessa avaliação o qual não foi satisfatório em nenhum dos casos relatados:

- *“A operacionalidade dela não foi pensada certamente. Então eu acho que foi esse desastre que a gente viu aí, onde na verdade, as diversas instâncias não conseguiram ter um grau de interlocução importante” (Entrevistado Y).*

A falta de interlocução com a SES a princípio foi também uma barreira no processo de implementação da política. Houve uma certa dualidade na estratégia colocada pelo MS: a implementação se daria da interlocução do MS com os atores locais regionais mas no desenvolvimento dos Pólos, como a elaboração dos projetos, esses tinham que passar por instâncias estaduais. Embora essas instâncias (CIB e CES) não fossem necessariamente a SES muitas vezes os mesmos atores ocupam as diferentes arenas e essas estão articuladas entre si. Mesmo que a opinião dos entrevistados tenha sido controversa quanto à atuação da SES, o não reconhecimento do seu papel delegado ou não no processo foi um fator de entrave na implementação da Política no estado.

Entende-se portanto que romper com as trajetórias históricas das instituições pode não ser a melhor estratégia pois desconsidera a importância crucial das instituições para a decisão, formulação e implementação de políticas públicas (Souza, 2005). Há que se considerar na formulação e implementação de uma política, uma vez que se deseje a real consolidação das propostas, o papel e a atuação previamente exercidos pelas instituições já envolvidas e aquelas que farão parte do processo num ou noutro momento. Esse conhecimento implica em previamente reconhecer e considerar o significado dessas instituições e de seus atores nos diversos campos – político, educacional e do serviço – nos diferentes níveis da federação – municipal, estadual e federal. E neste caso, da Política de Educação Permanente como proposta, é necessário ter conhecimento do comportamento dessas instituições também no nível local regional.

A criação de uma instância local regional para condução da Política considera o princípio estabelecido da *descentralização* da gestão setorial. De acordo com Silva & Lima (2005) a política de descentralização na área da saúde tem sido conduzida de modo centralizado pelo Ministério da Saúde, por meio da formulação e implementação de instrumentos reguladores legais que são as Normas Operacionais<sup>34</sup>. Os autores consideram

---

<sup>34</sup> Conforme Oliveira (2003), “as normas operacionais básicas de saúde, instrumentos fundamentais de regulação da descentralização do SUS, têm servido principalmente para regulamentar a divisão de responsabilidades entre

também que a normatização promovida pelo MS “esvaziou” o papel regulador da esfera estadual de gestão.

Ferla & Martins Júnior (2001) apontam como um desdobramento da descentralização na área da saúde uma frágil organização das ações e serviços supramunicipais, baixa capacidade técnica dos municípios de pequeno porte no manuseio de instrumentos legais e normativos de regulação além de uma competição velada entre os municípios.

Em 2001 o MS editou nova Norma Operacional que traz a regionalização como eixo central para organização de sistemas funcionais de saúde (Silva & Lima, 2005). Não obstante os Pólos de Educação Permanente foram também concebidos como dispositivo de agregação e direcionalidade das diferentes instituições responsabilizadas por um determinado território que pode abranger municípios vizinhos – dentro ou fora dos limites de um mesmo estado (Brasil, 2004).

Em 2006, a regionalização ganha centralidade na política de saúde ao ser estabelecida como eixo estruturante do Pacto pela Saúde<sup>35</sup>.

Portanto pode-se dizer que as diretrizes da Política de Educação Permanente (locorregionalização/gestão colegiada) estão pautadas em pressupostos já determinados e conhecidos no processo da Reforma Sanitária.

Arretche (2005) analisando o processo de construção institucional do SUS faz as seguintes considerações:

- 1) As regras e arenas decisórias do sistema estão estabelecidas;
- 2) Ainda que o movimento sanitário tenha sido hegemônico em sua construção seu desenho não coincide com a agenda de nenhum grupo o que leva a constantes mudanças;

---

União, estados e municípios, a relação entre os três níveis de governo e os mecanismos de financiamento, incluindo critérios e fluxos de recursos” (p. 61). A autora discute as 6 (seis) normas publicadas desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990.

<sup>35</sup> A PORTARIA Nº 399/GM DE 22 de fevereiro de 2006 divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto (Brasil, 2006c).

3) O SUS expressa um modelo de descentralização particular pois simultaneamente concentra autoridade no governo federal e garante representação dos principais atores no processo decisório;

4) As funções de financiamento e coordenação atribuídas ao Ministério da Saúde implicaram na concepção deste ator como o mais poderoso no processo de implementação da reforma sanitária no país.

Essas questões apontadas pela autora referentes à política da reforma da saúde no Brasil permitem visualizar na implementação da Política de Educação Permanente a reprodução dos mesmos mecanismos institucionais adotados pelo Estado nesse processo. Na própria Portaria 198 que institui a Política esses elementos reproduzidos podem ser observados:

a) Centralidade mais controle social: aprovação da proposta do Ministério da Saúde pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuação pela Comissão Intergestores Tripartite;

b) Gestão Colegiada: garantida a representação no processo decisório;

c) Condução locorregional: descentralização da política;

d) Controle dos incentivos: financiamento com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde;

e) Acreditação dos projetos pelo Ministério da Saúde: poder de veto em última instância.

A perspectiva neo-institucionalista reconhece que o Estado assim como as demais instituições “*influenciam diretamente a cultura política, a estratégia dos atores e a produção da própria agenda de questões a serem objeto de políticas, enquadrando a luta política através das suas instituições*” (Marques, 1997, p. 81). O autor cita como exemplo a criação de uma agência responsável por um determinado tema ou política que repercute num aumento de demandas por aquele tema, “*provocando uma possível alteração na agenda de questão que*

*são levadas ao Estado*” (idem, p. 82). Na saúde, um exemplo importante foi a criação da SGTES, a partir da qual a política de educação em saúde tem se destacado entre as políticas de saúde e não só ela mas também o avanço nas discussões no âmbito do trabalho e da gestão em saúde.

Menicucci (2007) discutindo a implementação da Reforma Sanitária brasileira chama a atenção para o fato de que “*o processo de formação de uma política se dá a partir da interação entre formulação, implementação e avaliação*” (p. 303). Neste sentido o sucesso da política está associado “*a capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos objetivos da política e, particularmente, do suporte político daqueles por ela afetados*” (idem).

Assim como foi possível identificar pontos comuns entre o processo de construção do SUS apontados por Arretche (2005) com a PNEP, são identificáveis também semelhanças no processo de implementação da reforma sanitária feita por Menicucci (2007) com a implementação desta política.

A autora considera como argumento inicial para essa análise a exigência de decisão e iniciativa governamental para implantação de uma política bem como dos instrumentos para sua efetivação, “*entre os quais a disponibilidade de recursos financeiros e suporte político organizado, particularmente por parte dos grupos sociais afetados positivamente por ela*” (idem, p. 305).

No processo de implementação da PNEPS no estado do RJ, a indisponibilidade de recursos financeiros foi fator chave de entrave no desenvolvimento dos Pólos. Como já discutido anteriormente não houve financiamento por parte dos *grupos por ela afetados* uma vez que o orçamento estava previsto como responsabilidade do MS. Pode-se observar também que o financiamento foi um incentivo à participação de muitos atores seja por se beneficiarem direta ou indiretamente. Constata-se que assim como no âmbito da reforma, o financiamento foi o *calcanhar-de-aquiles* da política no estado (idem, p. 310).

É interessante destacar a consideração da autora sobre a escassez de recursos no financiamento do SUS:

*“Mas dado o custo político de uma redução programática das propostas do SUS, em um quadro de consolidação da democracia, parece consistente supor que não garantir o aporte de recursos necessários à operacionalização do SUS constitui uma estratégia indireta de inviabilização sistêmica”* (idem, p. 311).

Distante da indução de uma conclusão, há que se questionar no que diz respeito ao financiamento da PNEP no RJ, em que medida a falta de recursos tenha sido estratégica, seja por questões políticas locais ou por um reflexo da conjuntura de restrição orçamentária da saúde dado “*o contexto político-econômico de ajustes e reconfiguração da agenda política*” (idem, p. 20).

A complexidade dessas relações nesta política é discutida em parte por Durão (2006). Discorrendo sobre *direcionamentos e controvérsias* da EPS a autora considera:

*“A educação permanente, embora destaque a necessidade de se aprimorar o saber técnico-científico dos profissionais, busca, fundamentalmente, restituir o elo perdido entre o caráter ontológico que constitui o trabalho e a forma que este se apresenta atualmente, ou seja, deseja restaurar nos locais de trabalho a autonomia o comprometimento, o vínculo, a responsabilidade etc”. “Os limites para o enfrentamento dessas questões, não podem ficar circunscritos à prática, tem que se ir a fundo nas causas que vem tornando a situação cada dia mais precária e, portanto, complexa” (126); “[...] este tipo de ação pode mobilizar trabalhadores e usuários para o enfrentamento dessas questões, mas cabe indagar até quando essas se sustentam, sem uma mudança efetiva nas condições de trabalho que as geram. Por um certo tempo, podem motivar o trabalhador para uma mudança, mas se não houver medidas concretas no trabalho este tipo de política pode cair em descrédito” (p. 128).*

Há neste caso uma reflexão sobre a ênfase dada à educação permanente num contexto de grandes debilidades dos serviços de saúde reflexo também da escassez de recursos para o setor. Se por um lado, a educação ganha centralidade, por outro, mesmo que a política seja devidamente implementada, há que se questionar em que medida ela pode dar conta de melhorar a qualidade dos serviços de saúde neste contexto.

Souza (2007) discutindo o papel das instituições nas políticas públicas e reconhecendo as contribuições do neo-institucionalismo, faz o seguinte questionamento-

*“Como as instituições influenciam os resultados das políticas públicas e qual a importância das variáveis institucionais para explicar resultados de políticas públicas?” (p. 82).*

A resposta dada considera as instituições como capazes de facilitar ou dificultar o curso das políticas, redefinindo também as alternativas políticas e mudando a posição relativa dos atores.

Para a autora, “*a contribuição do neo-institucionalismo é importante porque a luta pelo poder e por recursos entre grupos sociais é o cerne da formulação de políticas públicas*” (idem, p. 83).

As dificuldades no processo de implementação da Política no estado não se limitam à Roda, como a diversidade de atores, a luta pelo poder, os interesses e os conflitos existentes. A operacionalização da Política tal como definida pela Portaria 198 enfrentou grandes desafios principalmente quanto ao fluxo de encaminhamento e avaliação dos projetos. Os mecanismos estabelecidos não favorecem com o rompimento da “*verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos*”.

A indução da PNEPS pelo MS, como ator-chave que detém os recursos de poder e conduz o processo político estabelecendo as normas e os mecanismos operacionais, impõe sobre as instâncias gestoras dos Pólos um cerceamento de tal forma que a roda pode e deve girar mas em torno do próprio eixo e, que é dado por esse ator central.

Entende-se, portanto, que definir as diretrizes e estabelecer os mecanismos operacionais de uma Política implica, para o êxito da proposta, considerar as instituições que poderão *facilitar ou dificultar* o curso da mesma. Tal consideração leva a expectativa de que agregar a trajetória histórica das instituições ao processo político desde sua formulação pode suprimir conflitos possíveis e até evitáveis, e desvios desnecessários, remindo o tempo que também é histórico para que se alcance os objetivos esperados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhece-se na trajetória da política de saúde no Brasil, a evolução das discussões no âmbito dos RH do setor principalmente no que diz respeito a sua formação e qualificação. Tão importante quanto, também estão em pauta na agenda política nos últimos anos, principalmente a partir da criação da SGTES, questões centrais para os trabalhadores como salários, carreira, estabilidade, condições de trabalho e o aperfeiçoamento da gestão na saúde.

O tema da educação dos trabalhadores é complexo e se estende desde sua formação a sua permanente qualificação e educação a fim de ter nos serviços de saúde profissionais aptos para o enfrentamento das necessidades colocadas no cotidiano de trabalho dando conta, na medida do possível, de um atendimento integral à saúde do indivíduo e da comunidade.

Além da discussão das mudanças curriculares necessárias para formação de um profissional que atenda o universo do SUS, experiências têm sido vivenciadas pelos trabalhadores problematizando sua realidade de trabalho a fim de buscar a compreensão da mesma e os caminhos possíveis para nela atuarem e a modificarem quando necessário.

Após uma experiência de capacitação de profissionais do Programa Saúde da Família, foi instituída pela Portaria 198 de 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde cuja condução locorregional se efetivaria pela criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

No estado do Rio de Janeiro, 5 (cinco) Pólos foram constituídos contemplando a locorregionalização de saúde adotada pela SES. Dentre as questões centrais observadas nesta análise do processo de implementação da PNEPS no estado e, em detalhe, da constituição e desenvolvimento das instâncias gestoras, Colegiado de Gestão e Conselho Gestor, destacam-se:

- Indiferenças institucionais existentes no processo de implementação da Política dadas principalmente às discordâncias entre SES e MS;
- Ruptura com a proposta anterior dos Pólos de Capacitação para o Pessoal do PSF;
- Descontinuidade na condução da Política devido a mudança de atores chaves;
- Baixa participação dos gestores nos Colegiados de Gestão constituídos;
- Atrrelamento da adesão dos atores à compreensão dos mesmos sobre a Educação Permanente;

- A dificuldade existente no exercício do controle social principalmente na participação de conselheiros de saúde atribuída principalmente ao despreparo, à falta do conhecimento necessário;
- Baixa efetividade do Conselho Gestor sendo que essa instância era em geral pouco operante realizando suas reuniões em conjunto com o Colegiado de Gestão;
- Pouca atividade dos Comitês Temáticos;
- A falta de recursos para o estabelecimento das Secretarias Executivas;
- Inviabilidade dos mecanismos operacionais estabelecidos pela Portaria 198 principalmente quanto ao fluxo de passagem dos projetos até a acreditação e o financiamento exclusivo do MS;
- Baixa interlocução entre o MS e os Pólos;
- Falta de financiamento dos projetos elaborados no estado;
- O papel do financiamento como estímulo à participação de vários atores sendo que a falta de recursos levou ao desinteresse dos participantes e por conseguinte ao enfraquecimento das instâncias gestoras.

Embora tenha havido a princípio diversidade de atores na Roda de Gestão, a falta de financiamento foi um fator chave para o desestímulo dos participantes uma vez que o desenvolvimento das atividades propostas se daria principalmente pelo financiamento dos projetos constituídos.

O fato de todos os Pólos terem constituído projetos sinaliza ter havido de certa forma um êxito no funcionamento dos Colegiados pois é nesta instância que se dariam o conhecimento das necessidades e demandas locais, discutidas as ações necessárias, e elaboradas as propostas.

O estudo realizado não pôde analisar a adequação dos projetos elaborados confrontando-os com as demandas locais pois ultrapassava seus objetivos. Seria importante no entanto a realização de tal análise a fim de uma melhor compreensão do processo decisório estabelecido nos Colegiados considerando os arranjos institucionais e as pactuações existentes.

Por outro lado, as dificuldades identificadas na operacionalização de algumas diretrizes também foram entraves para o desenvolvimento desses Pólos principalmente quanto ao fluxo de avaliação de projetos e o financiamento do MS. Outro fator central que dificultou



esse processo foi a dificuldade de entendimento existente entre as instâncias estaduais principalmente a SES e o MS.

Pode-se considerar que a PNEPS no estado do RJ não alcançou, desde o início de sua implementação até o período em que se realizou este estudo, o objetivo central de atuar na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde. Embora posicionamentos locais como a postura inicial da SES e a falta de adesão dos gestores, em geral, tenham dificultado o processo; a atuação do ator central, o MS, também foi bastante deficiente no estado, pois não garantiu duas de suas principais funções junto aos Pólos: a acreditação e o financiamento dos projetos.

Entende-se portanto que o processo de produção e de implementação da PNEPS será efetivado se compreendidos os papéis estratégicos dos atores das arenas em que se dão as discussões, os pactos, os acordos e as articulações fundamentais para os Pólos enquanto instâncias interinstitucionais e locorregionais.

Em 2007 o MS emitiu a Portaria N° 1.996/GM/MS com as novas diretrizes para a PNEPS. Tendo como referência o Pacto de Gestão compreendido no Pacto da Saúde de 2006, esta Portaria prevê a construção de um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde enfatizando as especificidades regionais elaborado pelas instâncias já previstas no Pacto de Gestão, a saber, os Colegiados de Gestão Regional com apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES). Quanto ao financiamento da Política, o mesmo se dará pela transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde estaduais e municipais observando as pactuações estabelecidas (Brasil, 2007b).

Há que se compreender melhor como serão efetivadas as novas diretrizes e como os Colegiados de Gestão já instituídos nos PEPS serão incorporados nesse rearranjo estrutural da Política ou mesmo se eles serão extintos.

A utilização de estruturas que já estavam previstas anteriormente pode colaborar para o fortalecimento das mesmas e quiçá, da PNEPS. Todavia a substituição dos Colegiados e assim dos Pólos pode incorrer novamente numa descontinuidade do processo político na formação/qualificação dos trabalhadores da saúde. Será que esse rearranjo favorecerá o fluxo das propostas e contribuirá para a horizontalização na gestão da educação em saúde? De certa forma a expectativa pode recair sobre o novo mecanismo de financiamento uma vez que se busca uma descentralização do mesmo. Porém como as instâncias que passarão a ser

responsáveis pela EP são também estruturas recentes, qual será o papel da PNEPS na configuração e consolidação dessas instâncias? Essas e outras questões serão colocadas e certamente objeto de estudo para outras pesquisas que acompanharão o desenvolvimento da Política.

Frente à dificuldade do exercício do controle social principalmente pelos conselheiros de saúde identificadas na análise da participação nos Colegiados de Gestão dos PEPS do RJ, apontou-se a necessidade de qualificação desses atores no sentido de aperfeiçoar sua atuação junto aos Pólos. Até mesmo projetos que contemplavam essa qualificação foram propostos dentre aqueles elaborados.

Em parte essa preocupação tem sido contemplada num âmbito mais amplo da política de saúde. Em 2006, o Conselho Nacional de Saúde, aprovou a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS)-

*“Entende-se como educação permanente para o controle social os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas” (Brasil, 2007c).*

A necessidade de qualificação dos conselheiros de saúde é real e reconhecida. No entanto, algo que pode ser questionável, é a instituição de uma Política específica para este fim. Uma vez que a PNEPS está em processo de implementação, e tem como um de seus fundamentos a participação de diversos atores inclusive os conselheiros de saúde em todos os níveis da federação, e como no caso do RJ, percebe a importância da qualificação desse segmento, por que não pensar numa estratégia de qualificação ou educação permanente articulada em conjunto com os Pólos, pactuada nos respectivos Colegiados? De acordo com a Portaria 198, uma das linhas de apoio aos Projetos dos Pólos, seria a *“Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde”* (Brasil, 2004).

O que se constata com tais providências é que as dificuldades existentes em ações interinstitucionais e intersetoriais coexistem com distanciamentos “intrainstitucionais”. São programas que não se comunicam, medidas de rupturas entre as propostas de governos diferentes ou num mesmo governo, enfim, cada um quer dar conta da realidade no seu tempo mas desconsidera a historicidade inerente à realidade presente. Como prosseguir se a cada passo se “anula” o anterior? É claro que mudanças são necessárias e devem se dar à medida que são constatados os erros, mas não se pode desistir tão logo se inicie uma jornada, seja uma política, um programa, um projeto!

As políticas precisam ser pensadas a curto, médio e longo prazo, para o povo, a nação e não o governo, a gestão.

Outra evidência dessa *descontinuidade* é a criação da Universidade Aberta de Educação Permanente em Saúde (UNAEPS) -

*“A UNAEPS é uma iniciativa da SGTES cujo objetivo principal é sistematizar – a partir dos contextos e das necessidades dos trabalhadores de saúde – iniciativas de educação permanente que contribuam para o aperfeiçoamento do processo de trabalho em saúde e para a qualificação profissional”* (Brasil, 2007d).

Embora sem maiores detalhes, essa proposta não apresenta vinculação aos Pólos de Educação Permanente nem a PNEPS. Como adotar medidas no âmbito da educação permanente em saúde fora do domínio da condução da própria política?

Constata-se desta forma, que muitos querem fazer, mas muito pouco será alcançado se permanecer a desarticulação que apresenta a gestão da EP. Onde ficam os trabalhadores em meio a tantos caminhos que lhe são apontados? Quem responde de fato pela EP? Muitos podem assumir essa função, mas de forma articulada, resultado de um planejamento interinstitucional e intersetorial consolidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andreazzi MFS & Kornis GEM. Transformações e Desafios da Atenção Privada em Saúde no Brasil nos anos 90. *Physis* 2003; 13: 157-191.

Arretche M. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: Lima NT, Gerschman S, Edler F, Suarez JM, organizadores. *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Arretche M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: Gerschman S & Vianna MLW, organizadores. *A Miragem da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

Arretche M & Marques E. Condicionantes locais da descentralização das Políticas de Saúde. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 173-204.

Artmann E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6:183-195.

Ávila SA. Análise do processo de implementação do PROFAE: *insights* para a construção de uma política pública inovadora de profissionalização em nível médio para o setor saúde [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

Baptista TWF. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. *Textos de Apoio. Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Belaciano MI. O SUS deve aceitar este desafio: elaborar proposições para a formação e capacitação de Recursos Humanos em Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate* 1996; 12: 29-33.

Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. Dicionário de Política. Brasília: Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 2004.

Brasil 1988. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Presidência da República. Casa Civil. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constuicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constuicao/Constituicao.htm)

Brasil 1990. Lei Nº 8.142. 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. Presidência da República; 1990.

Brasil 1993. A questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. v.1, n.1. Brasília: 1993.

Brasil 1993b. Portaria 545. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma operacional Básica – SUS 01/93. Ministério da Saúde; 1993.

Brasil 1994. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final. Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. v.2, n.1. Brasília: 1994.

Brasil 1998. 10ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; 1998.

Brasil 2002. 11ª Conferência Nacional de Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS, Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; 2002.

Brasil 2002b. Reunião dos Coordenadores dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal em Saúde da Família. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2002.

Brasil 2004. Portaria 198GM/MS. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde; 2004.

Brasil 2004b. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; 2004.

Brasil 2004c. Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2004.

Brasil 2005. Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; 2005.

Brasil 2005b. Documentos preparatórios para a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Trabalhadores da Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; 2005.

Brasil 2005c. Projeto MultiplicaSUS. Oficina de Capacitação Pedagógica para a Formação de Multiplicadores. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde; 2005.

Brasil 2005d. Portaria Interministerial 2118. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Ministério da Educação. Ministério da Saúde; 2005.

Brasil 2006. Portaria 399/GM/MS. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Ministério da Saúde; 2006.

Brasil 2006b. Portaria 648/GM/MS. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde. Ministério da Saúde; 2006.

Brasil 2006c. Portaria 399/GM. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Ministério da Saúde; 2006.

Brasil 2007. Relatório Consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_consolidado\\_13cns.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_consolidado_13cns.pdf) (acessado em 13/Fev/2008).

Brasil 2007b. Portaria 1.996 GM/MS. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde; 2007.

Brasil 2007c. Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS. Série B. Textos Básicos em Saúde. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2007.

Brasil 2007d. Universidade Aberta de Educação Permanente em Saúde (UNAEPS). [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=36297](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=36297) (acessado em 19/Fev/2008).

Campos FE & Belisário AS. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface – Comuni, Saúde, Edu 2001; 9: 133-142.

Campos FE, Pierantoni CR, Haddad AE, Viana AL d'Ávila, Faria RMB. Os desafios para a educação permanente no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2006. p. 39-51.

Campos GWS. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. In: Brasil. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; 2006. p. 52-56.

Campos GWS. Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.

Campos GWS. Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos. 3ª edição. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.

Ceccim RB & Feuewerker LCM. O quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis – Rev. Saúde Coletiva* 2004; 14: 41-65.

Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2002; 7: 373-383.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface* 2005b; 16: 161-168.

Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005; 10: 975-986.

Ceccim RB. Formação e desenvolvimento na área da saúde: Observação para a política de Recursos Humanos no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 373-413.

Cornélio RR. A Formulação da Decisão no Nível Estratégico de Uma Organização Pública: Um Estudo sobre o Processo Decisório na SMS – RJ [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

Correia MVC. Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

Correia MVC. Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.



Cortes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias* 2002; 7:18-49.

Cortes SMV. Viabilizando a participação Conselhos de Política Pública Municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e policy communities. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p.125-144.

Costa PP. Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Davini MC, Nervi L, Roschke MA. La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud em Proyectos Relacionados com los Procesos de Reforma Sectorial. Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud. Organización Panamericana de la Salud; 2002.

Durão AVR. Educação Permanente em Saúde: Direcionamentos e Controvérsias. In: EPSJV. *Estudos de Politecnia*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. 107-130.

Escorel S & Bloch RA. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: Lima NT, Gerschman S, Edler F, Suarez JM, organizadores. *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 83-119.

Ferla A & Martins Júnior F. Gestão solidária da saúde: a experiência da gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. *Divulgação em Saúde para Debate* 2001; 23:8-20.

Feuerwerker LCM. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate* 2000; 22: 18-24.

Feuerwerker LCM. Educação de profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da Abeno* 2003; 3: 24-27. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. <http://www.abrasco.org.br> (acessado em 05/Jan/2007).

Frigotto G, Ciavatta M, Ramos M. A política de educação profissional no governo Lula: um percurso histórico controvertido. *Educ. Soc.* 2005; 26: 1087-113.

Guizardi FL, Pinheiro R, Mattos RA, Santana AB, Matta G, Gomes MCPA. Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis – Rev. Saúde Coletiva* 2004; 14: 15-39.

Gerschman S. *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.

Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Públ.* 2004; 20: 1670-1681.

Gerschman S & Santos MAB. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *RBCS* 2006; 21:178-227.

Gerschman S & Viana ALD. Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal. In: Lima NT, Gerschman S, Edler F, Suarez JM, organizadores. *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 307-351.

Goode WJ & Hatt PK. *Métodos em Pesquisa Social*. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1979.

Haddad Q. J, Roschke MAC, Davini MC. *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.

Hall PA & Taylor RCR. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova* 2003; 58: 193-223.

Immergut EM. The Theoretical Core of the New Institutionalism. *Politics & Society* 1998; 26:5-34.

Immergut EM. As Regras do Jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. RBCS 1996; 30: 139-161.

Inojosa RM. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. Revista de Administração Pública 1998; 32: 35-48.

L'Abbate S. Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. Cad. Saúde Públ. 1994; 10: 481-490.

Labra ME. Conselhos de Saúde: Dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, Gerschman S, Edler F, Suarez JM, organizadores. Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 353-383.

Levi M. Uma Lógica da Mudança Institucional. DADOS – Revista de Ciências Sociais 1991; 34: 79-99.

Lima NT, Gerschman S, Edler F, Suarez JM. Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Lindblon CE. O processo de decisão política. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1985.

Luz MT. Novas realidades em Saúde, novos objetos em Ciências Sociais. In: Canesqui AM, organizadora. Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1997. p. 79-85.

Machado MH. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima NT, Gerschman S, Edler F, Suarez JM, organizadores. Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 257-281.

Marques EC. Notas críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. BIB 1997; 43: 67-102.

Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – Comunic Saúde Educ* 2005; 9: 161-177.

Merhy EE. *Saúde: Cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.

Núcleo de Estudo em Políticas Públicas. *Formação de Profissionais para a Saúde da Família: Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para o PSF. Etapa 3*. NEPP/UNICAMP; 2002.

Menicucci T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 303-325.

Morgan G. *Imagens das Organizações*. São Paulo: Editora Atlas S.A; 1995.

Morgan G. *Imagens das Organizações. Edição Executiva*. São Paulo: Editora Atlas S.A; 2006.

Motta PR. *Transformação Organizacional. A teoria e a prática de inovar*. Rio de Janeiro: Editora Inovar; 1997.

Oliveira MHCB. Pactos de Gestão: Divisão de Responsabilidades entre Estados e Municípios na Descentralização. In: Pierantoni CR, Vianna CMM, organizadores. *Gestão de Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; 2003. p. 59-92.

Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Chamado à Ação de Toronto. 2006-2015: Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Organização Pan-Americana da Saúde. Organização do Cuidado a partir de Problemas. Uma alternativa Metodológica para a Atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2000.

Pereira IB & Ramos MN. Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Pires MRGM & Demo P. Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. Saúde e Sociedade 2006; 15: 56-71.

Ribeiro ECO & Motta JIJ. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Divulgação em Saúde para Debate 1996; 12: 39-44.

Ribeiro ECO. Educação permanente em saúde: reflexões sobre uma oficina com pólos de saúde da família do Paraná. Olho Mágico 2001; 8: 8-10.

Ribeiro JM. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Públ. 1997; 13: 81-92.

Richardson RJ. Pesquisa Social. Métodos e Técnicas. São Paulo: Editora Atlas; 1985.

Rizzini L, Castro MR, Zartor CD. Pesquisando...: Guia de Metodologias de Pesquisa para Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula; 1999.

Roschke MAC, Davini MC, Haddad Q. J. Educacion permanente y trabajo en salud: un proceso en construccion. Educ Med Salu 1993; 27: 466-488.

Rovere MR. Gestion de la educacion permanente: una relectura desde una perspectiva estratégica. Educ Med Salu 1993; 27: 489-515.

Silva IF. O Processo decisório nas Instâncias Colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

Silva IF & Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad. Saúde Públ.* 2001; 17: 161-170.

Silva JPV & Lima JC. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. *Textos de Apoio. Políticas de Saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Souza C. Políticas Públicas: Conceitos, Tipologias e Subáreas. In: *Ciclo de Debates da Política Estadual de Habitação de Interesse Social*; 2005 Out 16; Salvador; Bahia.

Souza C. Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, organizadores. *Políticas Públicas no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 65-86.

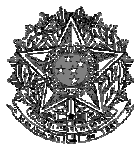
Souza HM, Gil CRR, Cerveira MAC, Torres ZF. Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o Programa Saúde da Família. In: *Brasil. Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde. Seminário Internacional.* Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 147-155.

Théret B. As instituições entre as estruturas e as ações. *Lua Nova* 2003; 58: 226-254.

Vieira M. Recursos Humanos em Saúde. In: *EPSJV. Dicionário de Educação Profissional em Saúde.* Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. 221-225.

Zanella AV, Lessa CT, Ros SZ. Contextos Grupais e Sujeitos em Relação: Contribuições às Reflexões sobre Grupos Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2002; 15: 211-218.

# ANEXOS



## ANEXO I

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Gabinete do Ministro**Portaria N<sup>o</sup> 198/GM/MS

Em 13 de fevereiro de 2004.

**Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da reforma sanitária brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando a necessidade do gestor federal do Sistema Único de Saúde formular e executar políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, articulando os componentes de gestão, atenção e participação popular com o componente de educação dos profissionais de saúde;

Considerando a importância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde;



Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde;

Considerando que a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva;

Considerando a aprovação da proposta do Ministério da Saúde de "Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 04 de setembro de 2003;

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde" pela Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003, onde a Educação Permanente constou como viabilidade por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/rodas de gestão);

Considerando a pactuação da proposta do Ministério da Saúde "Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde conforme as Linhas de Apoio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde" pela Comissão Intergestores Tripartite, em 23 de outubro de 2003; e

Considerando a Resolução do CNS Nº 335, de 27 de novembro de 2003 que afirma a aprovação da "*Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*" e a estratégia de "*Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde*" como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.

## **RESOLVE:**

**Art. 1º** - Instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

**Parágrafo Único** - A condução local da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como ***Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instância interinstitucional e local/roda de gestão) com as funções de:***

- I. identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva;
- II. mobilizar a formação de gestores de sistemas, ações e serviços para a integração da rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde (rede única de atenção intercomplementar e de acesso ao conjunto das necessidades de saúde individuais e coletivas);
- III. propor políticas e estabelecer negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS, não substituindo quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- IV. articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola;
- V. formular políticas de formação e desenvolvimento de formadores e de formuladores de políticas, fortalecendo a capacidade docente e a capacidade de gestão do SUS em cada base local/regional;
- VI. estabelecer a pactuação e a negociação permanentes entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde;
- VII. estabelecer relações cooperativas com as outras articulações local/regionais nos estados e no País.

**Art. 2º - Poderão compor os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS:**

- I. gestores estaduais e municipais de saúde e de educação;
- II. instituições de ensino com cursos na área da saúde;
- III. escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde;
- IV. núcleos de saúde coletiva;
- V. hospitais de ensino e serviços de saúde;
- VI. estudantes da área de saúde; VII. trabalhadores de saúde;
- VIII. conselhos municipais e estaduais de saúde;
- IX. movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde.

**Parágrafo Único** - Outras instituições poderão pedir sua integração, cabendo ao Colegiado de Gestão o encaminhamento das inclusões.

**Art. 3º** - O **Colegiado de Gestão** de cada Pólo de Educação Permanente

em Saúde para o SUS será composto por representantes de todas as instituições participantes e poderá contar com um Conselho Gestor que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do Pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do respectivo Conselho Estadual de Saúde.

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

**Parágrafo Único** - Poderá ser criado um Colegiado ou Fórum dos Pólos.

**Art. 5º** - Cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS será referência e se responsabilizará por um determinado território, que a ele se vinculará para apresentar necessidades de formação e desenvolvimento.

**Parágrafo Único** - A definição dos territórios locorregionais se fará por pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e aprovação no Conselho Estadual de Saúde em cada estado, não podendo restar nenhum município sem referência a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS;

**Art. 6º** - A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, pela esfera federal, será financiada com recursos do Orçamento do Ministério da Saúde.

**§1º** - A primeira distribuição de recursos federais será feita de acordo com os critérios e a tabela de Alocação e Efetivação de Repasses dos Recursos Financeiros do Governo Federal para os Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (Anexo I desta Portaria), pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite, em 23 de outubro de 2003. Conforme pactuado, em maio de 2004, será feita uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição dos recursos para definição da próxima distribuição.

**§2º** - A principal mobilização de recursos financeiros do Ministério da Saúde para a implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS será destinada à implementação dos projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS pactuados pelo Colegiado de Gestão de cada Pólo, CIB e CES de cada

estado, assegurando as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estabelecidas nacionalmente.

**Art. 7º** - Os projetos apresentados pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS serão acreditados pelo Ministério da Saúde, de acordo com as "Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor" (Anexo II desta Portaria), produzidas em conformidade com os documentos aprovados no Conselho Nacional de Saúde e os documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

**Parágrafo Único** - O Ministério da Saúde oferecerá o acompanhamento e assessoramento necessários para que todos os projetos apresentados contemplem as diretrizes de validação previstas e os critérios pactuados para tanto, de forma a assegurar que nenhum projeto seja excluído.

**Art. 8º** - É constituída uma Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS, sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, do Ministério da Saúde, que tem como papel fundamental a pactuação em torno das diretrizes políticas gerais e a formulação de critérios para o acompanhamento e a ressignificação dos projetos existentes, bem como para a análise dos novos projetos, sua avaliação e acompanhamento, com a participação de representantes do Ministério da Saúde (das Secretarias, Agências ou da FUNASA do Ms), do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), do Ministério da Educação (MEC), dos estudantes universitários e das associações de ensino das profissões da saúde.

**Art. 9º** - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**HUMBERTO COSTA**

**ANEXO I**  
**Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde**  
**Critérios e valores para Primeira Distribuição de Recursos do Ministério da Saúde para os projetos Pólos de Educação Permanente em Saúde**

UF / RP *	Critérios para Alocação dos Recursos																Teto Recursos	
	População dos Municípios em Gestão Plena (C1)		Equipe Saúde Família (C2)		Nº Conselheiros de Saúde (C3)		Concentração Equipamentos de Ensino*** (C4)		Unidades de Saúde ** (C5)		População Total 2002 (C6)		Cursos da Área da Saúde (C7)		Coeficiente Estadual - CE			
	Peso	Coef.	Nº ESF	Coef.	Peso	Coef.	Nº	Coef.	Peso	Coef.	Pessoas	Coef.	Nº	Coef.		Em R\$ 1,00	% Dist.	
AC	1	0,016	87	0,005	1	0,016	2	0,126	117	0,005	586.942	0,003	10	0,004	0,027	1.073.636	2,68	
AM	2	0,033	311	0,017	2	0,032	10	0,030	373	0,016	2.961.801	0,017	40	0,017	0,024	970.294	2,43	
AP	2	0,033	34	0,002	1	0,016	3	0,085	179	0,008	516.511	0,003	4	0,002	0,024	944.645	2,36	
PA	4	0,066	357	0,020	2	0,032	7	0,038	996	0,042	6.453.683	0,037	30	0,013	0,038	1.531.678	3,83	
RO	3	0,049	112	0,006	1	0,016	9	0,032	663	0,028	1.431.777	0,008	18	0,008	0,024	949.015	2,37	
RR	2	0,033	72	0,004	1	0,016	1	0,150	83	0,004	346.871	0,002	1	0,000	0,033	1.320.677	3,30	
TO	2	0,033	278	0,015	2	0,032	8	0,034	78	0,003	1.207.014	0,007	21	0,009	0,021	846.161	2,12	
<b>N</b>	<b>16</b>	<b>0,262</b>	<b>1.251</b>	<b>0,069</b>	<b>10</b>	<b>0,161</b>	<b>40</b>	<b>0,495</b>	<b>2.489</b>	<b>0,106</b>	<b>13.504.599</b>	<b>0,077</b>	<b>124</b>	<b>0,054</b>	<b>0,191</b>	<b>7.636.106</b>	<b>19,09</b>	
AL	2	0,033	603	0,033	2	0,032	9	0,030	225	0,010	2.887.535	0,017	27	0,012	0,026	1.049.622	2,62	
BA	2	0,033	1.003	0,055	2	0,032	24	0,015	2.120	0,090	13.323.212	0,076	69	0,030	0,047	1.892.435	4,73	
CE	3	0,049	1.251	0,069	2	0,032	10	0,028	1.166	0,050	7.654.535	0,044	38	0,017	0,045	1.807.764	4,52	
MA	3	0,049	673	0,037	3	0,048	6	0,044	1.064	0,045	5.803.224	0,033	26	0,011	0,042	1.670.153	4,18	
PB	2	0,033	859	0,047	3	0,048	12	0,023	456	0,019	3.494.893	0,020	31	0,014	0,032	1.294.171	3,24	
PE	2	0,033	1.195	0,066	3	0,048	19	0,018	903	0,038	8.084.667	0,046	42	0,018	0,041	1.637.554	4,09	
PI	1	0,016	735	0,040	2	0,032	9	0,030	453	0,019	2.898.223	0,017	54	0,024	0,026	1.058.395	2,65	
RN	2	0,033	536	0,029	2	0,032	6	0,044	586	0,025	2.852.784	0,016	21	0,009	0,030	1.188.198	2,97	
SE	1	0,016	398	0,022	2	0,032	3	0,085	236	0,010	1.846.039	0,011	20	0,009	0,028	1.129.070	2,82	
<b>NE</b>	<b>18</b>	<b>0,295</b>	<b>7.253</b>	<b>0,398</b>	<b>21</b>	<b>0,339</b>	<b>98</b>	<b>0,318</b>	<b>7.209</b>	<b>0,306</b>	<b>48.845.112</b>	<b>0,280</b>	<b>328</b>	<b>0,143</b>	<b>0,318</b>	<b>12.727.362</b>	<b>31,82</b>	
DF	4	0,066	20	0,001	1	0,016	16	0,019	70	0,003	2.145.839	0,012	46	0,020	0,021	851.276	2,13	
GO	2	0,033	841	0,046	3	0,048	15	0,019	434	0,018	5.210.335	0,030	54	0,024	0,033	1.315.424	3,29	
MS	2	0,033	232	0,013	2	0,032	11	0,028	245	0,010	2.140.624	0,012	47	0,020	0,022	878.247	2,20	
MT	2	0,033	359	0,020	2	0,032	6	0,044	586	0,025	2.604.742	0,015	27	0,012	0,028	1.110.020	2,78	
<b>CO</b>	<b>10</b>	<b>0,164</b>	<b>1.452</b>	<b>0,080</b>	<b>8</b>	<b>0,129</b>	<b>48</b>	<b>0,110</b>	<b>1.335</b>	<b>0,057</b>	<b>12.101.540</b>	<b>0,069</b>	<b>174</b>	<b>0,076</b>	<b>0,104</b>	<b>4.154.967</b>	<b>10,39</b>	
ES	4	0,066	326	0,018	2	0,032	15	0,019	654	0,028	3.201.722	0,018	53	0,023	0,032	1.264.021	3,16	
MG	2	0,033	2.442	0,134	4	0,065	78	0,006	3.380	0,144	18.343.517	0,105	261	0,114	0,082	3.268.690	8,17	
RJ	3	0,049	876	0,048	2	0,032	52	0,010	935	0,040	14.724.475	0,084	229	0,100	0,045	1.807.192	4,52	
SP	4	0,066	2.017	0,111	4	0,065	185	0,005	2.511	0,107	38.177.742	0,219	649	0,283	0,098	3.908.499	9,77	
<b>SE</b>	<b>13</b>	<b>0,213</b>	<b>5.661</b>	<b>0,311</b>	<b>12</b>	<b>0,194</b>	<b>330</b>	<b>0,041</b>	<b>7.480</b>	<b>0,318</b>	<b>74.447.456</b>	<b>0,426</b>	<b>1.192</b>	<b>0,520</b>	<b>0,256</b>	<b>10.248.401</b>	<b>25,62</b>	
PR	1	0,016	1.129	0,062	4	0,065	49	0,010	1.844	0,078	9.798.006	0,056	201	0,088	0,049	1.944.154	4,86	
RS	1	0,016	522	0,029	4	0,065	31	0,013	1.665	0,071	10.408.540	0,060	169	0,074	0,041	1.636.004	4,09	
SC	2	0,033	949	0,052	3	0,048	22	0,014	1.500	0,064	5.527.707	0,032	105	0,046	0,041	1.655.233	4,14	
<b>S</b>	<b>4</b>	<b>0,066</b>	<b>2.600</b>	<b>0,143</b>	<b>11</b>	<b>0,177</b>	<b>102</b>	<b>0,037</b>	<b>5.009</b>	<b>0,213</b>	<b>25.734.253</b>	<b>0,147</b>	<b>475</b>	<b>0,207</b>	<b>0,131</b>	<b>5.235.392</b>	<b>13,09</b>	
<b>BR</b>	<b>61</b>	<b>1,000</b>	<b>18.217</b>	<b>1,000</b>	<b>62</b>	<b>1,000</b>	<b>618</b>	<b>1,000</b>	<b>23.522</b>	<b>1,000</b>	<b>174.632.960</b>	<b>1,000</b>	<b>2.293</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>40.000.000</b>	<b>100,00</b>	

\* UF = Unidade Federada e RP = Região Política

\*\* Postos e Centros de Saúde

\*\*\* Instituições de Ensino com Curso de Saúde (MEC) + ETSUS + ESP - Inverso até o Limite/teto 0,0150

**Calculo para n° Conselheiros/peso**

0 - 1031	1	3461 - 5890	3
1032 - 3460	2	5891	4

**Formula Peso**

$$20*(C1+C2)+15*(C3+C4+C5)+10*(C6)+5*(C7)$$

100

## ANEXO II

# Orientações e Diretrizes para a Operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor

## 1. Introdução

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou estas orientações e diretrizes para assegurar educação permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, a partir do documento aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 04 de setembro de 2003 e dos documentos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 18 de setembro e em 23 de outubro de 2003 e da Resolução do CNS Nº 335 de 27 de novembro de 2003 (estes documentos estão a disposição no site:

[www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes)).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, assim como o desenvolvimento da educação popular com a ampliação da gestão social sobre as políticas públicas, foram desafios assumidos pelo governo federal.

**A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.** Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem 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.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS (*onde se considere a organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde para garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão, do controle social e da produção social de conhecimento. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a idéia de rede, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatoriais de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações*).

O objetivo do Ministério da Saúde é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/regionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde.

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

A negociação de iniciativas inovadoras e articuladoras deve se dar em cinco campos:

- ☒ transformar toda a rede de gestão e de serviços em ambientes-escola;
- ☒ estabelecer a mudança nas práticas de formação e de saúde como construção da integralidade da atenção de saúde à população;



- ☒ instituir a educação permanente de trabalhadores para o SUS;
- ☒ construir políticas de formação e desenvolvimento com bases locorregionais;
- ☒ avaliação como estratégia de construção de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança.

A interlocução com o CNS, com a CIT, com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com as Associações de Ensino será permanente, especialmente no tocante à formação e desenvolvimento para a gestão de sistemas, ações e serviços de saúde; à formação e desenvolvimento de conselheiros e agentes sociais para a construção da gestão social das políticas públicas de saúde, à formação e desenvolvimento dos formuladores de políticas nas áreas estratégicas e de implementação da organização da atenção à saúde proposta pelas Leis 8080/90 e 8142/90; e ao estabelecimento de uma relação de parceria permanente com o movimento estudantil de pensar e agir pela mudança na formação e no exercício profissional.

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos hospitais de ensino e de outras ações e serviços de saúde, coloca o SUS como um interlocutor nato das escolas na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática.

Nessa relação entre ensino e sistema de saúde, sai à arquitetura do organograma para entrar a dinâmica da roda. 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. Por isso, a União e os estados têm de problematizar para si a função e o exercício de uma coordenação com capacidade descentralizadora e os municípios e as escolas terão de problematizar para si as funções de condução e de execução significativas para o Sistema e não para a produtividade educacional e assistencial, respectivamente. Enquanto os últimos são os lugares de produção da atenção aos grupos sociais territorializados, os anteriores são os apoiadores de ativação para que esta atenção seja integral e resolutiva.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política, implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino,

colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

Assim, propõe-se a implantação e mobilização de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locais/rodas de gestão) como articulação e criação de novas ações e investimentos que, contribuam para o avanço do SUS, diversificando a oferta de cursos, estimulando a superação dos limites da formação e das práticas clínicas ou de gestão tradicionais, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde, promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde.

O Ministério da Saúde apóia técnica, financeira e operacionalmente a constituição e funcionamento dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (articulações interinstitucionais e locais/rodas de gestão).

O Pólo deve ter condução e coordenação colegiada, quebrando-se a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos. O Ministério da Saúde pretende a superação da racionalidade gerencial hegemônica na gestão da educação permanente, por isso a idéia de Pólos ou Rodas. O Colegiado de Gestão dos Pólos instituirá a novidade na condução e coordenação da educação permanente em saúde como um novo arranjo e uma nova estrutura organizativa. Esta iniciativa nasce fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira e propõe a co-responsabilidade entre educação, gestão, atenção e controle social em bases locais.

A gestão colegiada deve explicitar o compromisso com a mudança, suprimindo a imagem da pirâmide, a noção de níveis de gerenciamento e a construção programática fragmentária, trazendo para a cena a capacidade de valorizar o potencial de mobilização e de desestabilização das estruturas tradicionais. Quando um município se compromete com a educação temos novidade de Estado, quando uma instituição formadora se compromete com a gestão da saúde temos uma novidade de Estado; quando estados se colocam em mediação pedagógica com municípios e instituições de ensino, temos uma novidade de Estado; quando a formação e desenvolvimento reúnem educação superior, educação técnica, educação básica e educação popular, temos enorme novidade de Estado.

As instituições de ensino e os municípios, no caso da formação e desenvolvimento para o SUS, adquirem a condição de reconstituírem a si

mesmos, pois um é o campo de exercício da educação dos profissionais e os outros o campo de exercício profissional das ações de saúde. Quanto maior o comprometimento das instituições de ensino e dos municípios, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas, o que repercutirá em mudanças na educação e na atenção à saúde. Espera-se nova aprendizagem sobre o Estado brasileiro, sobre a capacidade da interinstitucionalidade e sobre a potência da locorregionalização.

Dentro do Colegiado de Gestão todas as instituições têm poder igual e, assim, podem exercer sua própria transformação, desenvolvendo compromissos com a inovação da gestão democrática e horizontal. O Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS se caracteriza como gestão colegiada e tem natureza política e crítico-reflexiva. Os executores das ações serão cada instituição ou arranjos entre instituições debatidos no Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS.

Cada parceiro institucional do Pólo deve reorientar as iniciativas de formação e desenvolvimento em saúde atualmente em curso de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde e com as prioridades e orientações produzidas em sua base de inserção locorregional; ou seja, todas as iniciativas de formação e desenvolvimento devem ser repactuadas para integrar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Caberá ao Colegiado de Gestão de cada um dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS a elaboração das propostas sobre as escolhas gerais, dos rumos e estratégias locais e a problematização de seus operadores conceituais. Questões relacionadas à metodologia pedagógica, definição dos processos de seleção de alunos, problematização das prioridades de desenvolvimento institucional, tematização das relações entre formação e mudança na gestão setorial e o debate sobre a educação para o SUS e fortalecimento do controle social em saúde aparecem como as questões centrais a serem enfrentadas por este espaço colegiado.

O MS acreditará os projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, pactuados pelo Colegiado de Gestão do Pólo, CIB e aprovados no CES, assegurando as diretrizes da ação para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Nenhum município do país deixará de estar afeto a um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e cada SES coordenará esse processo, cabendo a Comissão Intergestores Bipartite pactuar as "locorregionalizações".

## **2. Processo de constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS**

Uma vez que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde supõe a integração entre ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, diretrizes e princípios devem embasar a apresentação e a validação de projetos, o acompanhamento da execução de cada implementação e o exercício da avaliação e acreditação.

### **2.1. Bases do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS**

- I. apresentar-se como um dispositivo de agregação e direcionalidade das diferentes instituições e responsabilizando-se por um determinado território (o conceito de território pode abranger municípios vizinhos – dentro ou fora dos limites de um mesmo estado – áreas de um município e áreas de outros municípios e, ainda, municípios não vizinhos; valem as regionalizações da atenção à saúde, da cobertura regional universitária ou técnico-escolar, de deslocamento social da população por motivos culturais ou econômicos etc., entre outros);
- II. 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 lugar de debate e decisão política e não o lugar executivo da implementação das ações);
- III. configura-se com capacidade de reunir gestores do SUS, instituições formadoras, instâncias de controle social, hospitais de ensino e outros serviços de saúde e representação estudantil. Todos esses autores/atores constituem o Colegiado de Gestão, cujo papel é o de propiciar o debate amplo acerca dos problemas, prioridades e conformação das alternativas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, bem como de outros atores sociais da saúde;
- IV. constitui-se com capacidade de caminhar na mesma cultura que constrói o SUS, isto é, mediante negociação e pactuação, estabelecendo a ruptura com a lógica de relações “de balcão” ou “de banco” com o governo federal ou estadual e com os projetos verticalizados, possibilitando o desenvolvimento de estratégias locais, regionais e estaduais;
- V. estabelecer-se como espaço de formulação de políticas e de negociações interinstitucionais e intersetoriais orientadas pelas necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e pelos princípios e diretrizes do SUS, sem substituir

- quaisquer fóruns de formulação e decisão sobre as políticas de organização da atenção à saúde;
- VI. comprometer-se com o registro das práticas implementadas e suas características, bem com a apresentação a análise crítica do trabalho realizado, permitindo ampla visibilidade sobre os processos formativos desenvolvidos e sua influência sobre as práticas de atenção e educação em saúde;
  - VII. estabelecer-se como um fórum privilegiado para a discussão e definição relativa à formação e ao desenvolvimento em sua base de inserção locorregional;
  - VIII. constituir-se como referência para um certo território (base locorregional), ao qual se vincula para oferecer e receber propostas de formação e desenvolvimento;
  - IX. referenciar-se aos municípios e às diretorias regionais das Secretarias Estaduais de Saúde constituintes de seu território de abrangência para organizar políticas formativas e de desenvolvimento de forma participante com o Sistema de Saúde locorregional;
  - X. reconhecer-se como recurso para territórios ampliados no que puder ser referência, buscando contemplar municípios ou regiões não incluídos em sua base de referência, apoiando os demais Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS ou estruturas de formação participantes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
  - XI. estabelece-se como um Colegiado de Gestão onde participam todas as instituições que aderirem a proposta. A gestão colegiada será participativa e assegurará transparência. Em conformidade às práticas do SUS, as decisões serão tomadas por consenso. Quando isso não for possível, a decisão deve ser encaminhada para as instâncias pertinentes (Comissão Intergestores Bipartite Estadual e Conselho Estadual de Saúde).

## **2.2. Gestão Colegiada do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS**

A gestão colegiada introduzirá uma mudança estrutural nas linhas formais de elaboração de propostas, coordenação e execução financeira. Trata-se de uma nova estrutura organizacional onde todos aqueles que trabalham com o mesmo objeto (educação dos profissionais de saúde para o SUS) estão convidados a trabalhar juntos, sob a mesma organização de gestão integrando o Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS e participando da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

O **Colegiado de Gestão** de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS é uma plenária onde participam todas as instituições

que aderirem à proposta.

Pode contar com um **Conselho Gestor** que será constituído por representantes do gestor estadual (direção regional ou similar), dos gestores municipais (Cosems), do gestor do município sede do pólo, das instituições de ensino e dos estudantes, formalizado por resolução do CES, que tem como responsabilidade promover reuniões periódicas do Colegiado de Gestão, nas quais serão processadas as demandas, identificadas as áreas temáticas relevantes para as mudanças nas práticas de formação e de atenção à saúde e a produção de conhecimento e feitas avaliações periódicas das atividades executadas, bem como o acompanhamento da execução financeira, abrindo a possibilidade de recriar processos de integração entre os participantes.

Cada Colegiado de Gestão poderá criar uma **Secretaria Executiva**, composta minimamente por docentes, estudantes, gestores e Conselho de Saúde para implementação e agilização dos encaminhamentos do Colegiado de Gestão e do Conselho Gestor.

Cada área de formação e desenvolvimento eleita como prioridade locorregional ou determinada pelas instâncias de controle social ou de pactuação intergestores deve ter um espaço de tematização que se *estende às e extrapola as* estruturas formais previamente existentes em cada instituição participante (secretarias de saúde, escolas ou departamentos de ensino, por exemplo). Nesse arranjo, o que interessa é o espaço de análise e deliberação com que conta um dado tema e não a sua condição de "filiação" a um departamento, uma escola ou uma secretaria. Por isso, **comitês temáticos**, quando forem montados, preservarão o caráter interinstitucional dos aportes de conhecimento e da condução das ações, bem como, por serem comitês de um Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS que lhes dá unidade, devem compartilhar o máximo de ações e abordagens e estipular um caráter matricial no planejamento, execução e avaliação de suas atividades com o Colegiado de Gestão.

Muitos processos poderão ser de plena autonomia dos Comitês Temáticos, mas muitos pertencem obrigatoriamente ao Colegiado de Gestão. Entre esses estão questões como a formação de formadores, incentivos institucionais à mudança, geração de densidade pedagógica locorregional para as demandas de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, análise da representatividade de todos os segmentos em cada comitê ou atividade, análise da produção de impactos prevista ou a implementar, análise da produção de interface entre projetos e associação de projetos, entre muitas outras, por exemplo.

### **2.3. Funções do Colegiado de Gestão do Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS**

- I. mobilizar a formulação e a integração de ações de educação na saúde entre os distintos atores locais: usuários; gestores da saúde e da educação; dirigentes da educação e de ações e serviços de saúde; docentes e estudantes da educação técnica, de graduação e de pós-graduação; trabalhadores de saúde; agentes sociais e parceiros intersetoriais;
- II. induzir processos de transformação das práticas de saúde (atenção, gestão e controle social) e de educação dos profissionais de saúde (ensino, pesquisa, extensão, documentação e cooperação técnica);
- III. formular políticas de formação e desenvolvimento em bases geopolíticas territorializadas (locorregionais);
- IV. formular abordagens e estratégias integradas e integradoras de implementação educativa dos campos de conhecimentos específicos (temáticas ou áreas técnicas delimitadas) e reconhecidos como de interesse locorregional, estadual ou nacional (exemplos: tuberculose, hanseníase, aids, dengue, saúde do trabalhador, saúde bucal, saúde mental, saúde da mulher, saúde bucal, urgência e emergência...);
- V. estabelecer relações cooperativas entre os vários Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, tendo em vista a necessidade de compartilhar iniciativas e de possibilitar o acesso aos saberes e práticas de outros locais (internamente aos estados e nacionalmente).

### **2.4. Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS**

O Ministério da Saúde acreditará os projetos de Educação Permanente em Saúde pactuados no Colegiado de Gestão de cada Pólo, na CIB e aprovados no CES de cada estado, assegurando o ajustamento à implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A acreditação é proposta como recurso de acompanhamento solidário dos projetos, não se destinando à sua simples aprovação ou reprovação, mas à cooperação técnica para que correspondam às designações da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para o SUS, em conformidade com sua aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e sua pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

Quando for o caso, o Ministério da Saúde estabelecerá cooperação técnica com o respectivo Pólo no sentido do ajustamento dos projetos às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Os projetos devem ser encaminhados pelo correio e por e-mail ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, onde serão analisados de acordo com os critérios e diretrizes estabelecidos nestas Orientações, com vistas à sua acreditação/validação e devem ser acompanhados pelos seguintes documentos: ata da pactuação no Colegiado de Gestão do Pólo com a assinatura de todos os participantes, parecer da CIB e resolução com a aprovação do CES.

**Endereço:**

**Departamento de Gestão da Educação na Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Ministério da Saúde**

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 725  
70058-900 - Brasília /DF

Telefones: (61) 315-2858/315-3848/Fax: 315-2862

e-mails: [deges@saude.gov.br](mailto:deges@saude.gov.br) / [sgtes@saude.gov.br](mailto:sgtes@saude.gov.br)

Site: [www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes)

Para a acreditação, cada projeto deve:

I.apresentar sua previsão de impactos, seja nas ações e nos serviços de saúde ou na gestão do SUS, seja na educação técnica, na graduação, na pós-graduação ou na educação popular, seja, ainda, na produção e disseminação de conhecimento;

II.apresentar a definição dos compromissos dos parceiros participantes do Pólo e da forma como estarão envolvidos: os gestores, os órgãos de controle social, as entidades estudantis, instituições de ensino e hospitais de ensino ou outros serviços de saúde;

III.apresentar a amplitude das inclusões que propõe para contemplar a multiplicidade de atores, de serviços e de práticas; IV.explicitar as necessidades de saúde a que a proposta se reporta e as metodologias previstas;

V.explicitar a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde na rede do SUS;

VI.explicitar as mudanças nas práticas de saúde e na educação dos profissionais de saúde a que se refere;

VII.explicitar a proposta de ações multiprofissionais e transdisciplinares;

I. anexar plano de trabalho para cada ação a ser financiada, indicando a entidade responsável pela execução da ação prevista (instituição de ensino, secretaria municipal, secretaria estadual,



serviço etc.), descrição sintética do objeto da ação, justificativa da proposta, número de pessoas beneficiadas pela ação, valor a ser financiado por ação e montante total, cronograma de execução (data de início e de término de cada ação), plano de aplicação dos recursos, cronograma de desembolso, proposta de aquisição de equipamentos e material permanente e o órgão executor do orçamento de cada ação ou do conjunto das ações para fins de contratualização com o Ministério da Saúde conforme suas normas de financiamento. Devem ser preenchidos os formulários que podem ser acessados no site:

<http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinanciamento.asp>

**Anexos - Formulários e Instruções de Preenchimento**

- IX. anexar de cada entidade responsável pela execução da ação os seguintes documentos conforme exigências da Constituição Federal, IN STN/MF Nº01/97 e Lei Nº 10524/02:
- cópia do comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
  - cópia do Balanço Sintético referente ao exercício anterior;
  - se entidade privada, cópia do contrato social ou outro documento comprobatório de registro da entidade;
  - se entidade pública, indicação do ato de sua criação e comprovante de capacidade jurídica do representante legal da entidade;
  - cópia da Ata de Posse ou Ato de Designação acompanhada do Regimento Interno ou Estatuto Social, quando for o caso;
  - cópia do Documento de Identidade e do CPF do dirigente da Entidade, incluindo o cargo ou função; data da posse; RG (expedição e órgão expedidor);
  - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Procuradoria Geral da Fazenda Nacional;
  - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Estadual;
  - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Órgão da Fazenda Municipal;
  - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
  - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com o INSS (CND);
  - cópia autenticada das Certidões Negativas ou Regularidade com a Secretaria da Receita Federal.

Mais informações:

**<http://www.fns.saude.gov.br/normasdefinanciamento.asp>  
*Operacionalização***

## **2.5. Critérios para Alocação dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS**

Os orçamentos serão baseados no custeio das atividades, segundo o teto previsto pelo Ministério da Saúde para cada localidade (segundo critérios de alocação pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite) e encaminhados com antecedência suficiente para permitir sua avaliação, aprovação e desembolso.

O Ministério da Saúde alocará recursos definidos por critérios técnicos locais. O repasse será permanente, o que permitirá às instâncias locais planejar com critérios de sustentabilidade a curto, médio e longo prazos, inclusive ampliando as capacidades formadoras locais, regionais e estaduais.

A transparência na utilização dos recursos públicos será profundamente ampliada, tanto do ponto de vista do conhecimento de montantes, planos de aplicação e relatórios de gestão, quanto de maior ingerência dos gestores, do controle social local e das instituições de ensino no gasto público do SUS com a educação dos profissionais de saúde.

A alocação de recursos financeiros segue diretrizes e princípios acordados entre as três esferas de gestão do SUS, atendendo aos critérios de equidade possíveis para a primeira distribuição de recursos financeiros em conformidade com a política de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, aprovada no Conselho Nacional de Saúde, em 04 de setembro de 2003, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003 e em 23 de outubro de 2003.

***Conforme pactuado, em maio de 2004 será feita uma avaliação da implantação dos Pólos e dos critérios de distribuição dos recursos para definição dos repasses subsequentes.***

Uma vez que os Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS em cada âmbito local não são os lugares de execução e não se estabelecerão como personalidade institucional, devendo preservar-se como articulações interinstitucionais e locais/rodas de gestão colegiada, foi e será necessária a pactuação dos critérios de alocação dos

recursos entre os estados da federação e da sua alocação interna aos estados para contemplar seus territórios de abrangência (os municípios não são sedes individuais dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, mas composições regionalizadas de municípios, atendendo desenhos geopolíticos da "vida real" nas localidades intra-estaduais).

***Para a primeira alocação de recursos, foram pactuados os seguintes critérios:***

### **2.5.1. Alocação dos recursos entre os estados da federação**

- I. população nos municípios em habilitação plena do SUS (reconhecimento da descentralização da gestão e do papel constitucional dos municípios na execução das ações e serviços de saúde);
- II. número de Equipes de Saúde da Família (reconhecimento do investimento na mudança de modelo assistencial pelo dimensionamento numérico de profissionais prioritários ao desenvolvimento de capacidades de resolução clínica e atuação em saúde coletiva);
- III. número de Conselheiros de Saúde (reconhecimento do exercício do controle social no SUS, entendendo-se que em qualquer base o número de conselheiros corresponderá a 50% de representantes dos usuários e uma vez que não se dispôs de outro fator de informação).
- IV. inverso da Capacidade Instalada de Instituições de Educação Superior e Técnica em Saúde (reconhecimento da concentração desigual de instituições de ensino e da necessidade de desenvolver densidade pedagógica nas regiões menos cobertas por essa oferta);
- V. número de Unidades Básicas de Saúde (reconhecimento da prioridade de desenvolvimento da capacidade resolutive da rede básica para a cobertura da maioria dos problemas de saúde da população, prevenção das internações hospitalares e garantia dos programas de saúde pública);
- VI. população total (reconhecimento do universo de cobertura da proposta);
- VII. número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cobertura de incentivos à mudança na graduação).

### **Quadro de Distribuição dos Pesos Relativos dos Critérios para a Alocação de Recursos Financeiros do Governo Federal para os Estados**

<b>Impacto</b>	<b>Indicador Mensurável Provisório</b>	<b>Peso Relativo</b>	<b>Parcela do Teto Financeiro</b>
Propostas de Gestão do SUS	População dos Municípios em gestão plena por estado (C 1) (Pesos ponderados por faixas)	<b>20</b>	<b>40 %</b>
	Número de ESF (C 2)	<b>20</b>	
Capacidade de Controle Social, Ensino e Atenção em Saúde	Número de Conselheiros de Saúde (C 3) (Pesos ponderados por faixas)	<b>15</b>	<b>45 %</b>
	Inverso da Capacidade Docente Universitária e Técnica Instalada (C 4)	<b>15</b>	
	Número de Unidades Básicas de Saúde - postos e centros de saúde (C 5)	<b>15</b>	
Tamanho da População	População Total do estado (C 6)	<b>10</b>	<b>10 %</b>
Mudança na Graduação	Número de Cursos Universitários da Área da Saúde (C 7)	<b>5</b>	<b>5%</b>
Fórmula para cálculo do Coeficiente Estadual (CE): $CE = \frac{20(C1+C2) + 15(C3+C4+C5) + 10(C6) + 5 C7}{100}$		<b>100</b>	<b>100 %</b>

#### **2.5.2. Alocação entre as locorregiões dos recursos calculados pela base dos estados**

Aplica-se, para cada locorregião, a proporção relativa dos mesmos critérios de alocação utilizados nos estados:

- I. população dos municípios em habilitação plena do SUS no território desenhado;
- II. número de Equipes de Saúde da Família abrangidas no território desenhado;
- III. número de Conselheiros de Saúde abrangidos pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre "setores" municipais;
- IV. inverso da capacidade pedagógica em saúde instalada (haverá maior necessidade de gastos com deslocamento e/ou estruturação de recursos de educação à distância);
- V. número de Unidades Básicas de Saúde abrangidas no território desenhado;
- VI. população total abrangida pelo agrupamento de municípios ou regionalização entre "setores" municipais (o desenho geopolítico pode não acompanhar a geografia municipal, bem como a regionalização acordada nos estados pode propor a setorização do

município para desenhar as regiões de abrangência dos Pólos/Rodas);

- VII. número de cursos da área da saúde (reconhecimento do universo da cultura de incentivos à mudança na graduação).

Para fins de cálculo da base *per capita*, no caso da locorregionalização incluir setores de um ou mais municípios, os gestores municipais e estaduais envolvidos pactuarão a proporção da população abrangida, pois, em hipótese alguma, a locorregionalização poderá ultrapassar o teto de 100% da população estadual identificada nacionalmente (pode-se estabelecer pactos entre os gestores municipais diretamente envolvidos; entre os gestores municipais e diretorias regionais de saúde dos estados, conforme envolvidas; nas CIB regionais ou estadual; nos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde - Cosems regionais ou estadual etc.). O mesmo se fará com o universo de Conselheiros de Saúde.

Quando as regiões abrangerem territórios interestaduais, as pactuações também se farão nestes âmbitos, sendo de pactuação final entre os gestores estaduais envolvidos. Como após a definição dos números para a alocação dos recursos, os mesmos serão direcionados aos executores designados em cada pólo, não haverá risco de prejuízo em qualquer base territorial. Ao contrário, esta alocação sempre privilegiará a realidade dos modos de viver das populações em um *País de Todos*.

### **2.5.3. Repasse dos recursos financeiros para os Projetos de cada Pólo de Educação Permanente em Saúde para o SUS**

Os recursos serão transferidos, após a aprovação dos projetos, diretamente às instituições executoras definidas na apresentação das propostas. O procedimento a ser adotado será o da Acreditação em conformidade com as Diretrizes para Validação/Acreditação de Projetos dos Pólos.

Ao adotar a modalidade da Acreditação, nenhum projeto terá seus recursos cancelados por inadequação, mas reservados para a efetivação de pagamento até que, mediante acompanhamento, se enquadrem nas diretrizes da política nacional de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, em conformidade com as deliberações do CNS e as pactuações da CIT.

As despesas/gastos passíveis de financiamento para todas as linhas de ação da Educação Permanente em Saúde são: Consultorias, Pagamento de Hora Aula, Estágio em Serviços, Cursos, Residências, Oficinas, Conferências, Seminários, Material Didático, Equipamentos e Publicações.

## **2.6. Linhas de Apoio aos Projetos dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS**

### **2.6.1. Desenvolvimento de Ferramentas e Metodologias para Educação Permanente em Saúde**

#### ***I – Enfoques:***

Promoção de diferentes tipos de atividades de formação dos trabalhadores da rede de serviços e das instituições de ensino, tendo em vista o desenvolvimento da capacidade pedagógica para a Educação Permanente em Saúde, o desenvolvimento de condições para a educação à distância e de outras estratégias inovadoras no campo das ações pedagógicas.

#### ***II - Eixos de Ação:***

1. Formação de tutores/facilitadores/orientadores para a educação permanente nas áreas de gestão e atenção à saúde;
2. Dinamização de recursos para a utilização da Educação à Distância como tecnologia pedagógica para a educação permanente;
3. Organização de alternativas criativas para o desenvolvimento da educação permanente para o SUS.

#### ***III – Atividades:***

- ☒ Cursos de formação de tutores/facilitadores/orientadores para a Educação Permanente em Saúde;
- ☒ Estruturação de recursos e programas de educação à distância;
- ☒ Realização de seminários e reuniões técnicas e montagem de instâncias coletivas para a elaboração de novas abordagens para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde no SUS.

### **2.6.2. Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde para a clínica ampliada, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios de especialidades ou nos Hospitais de Ensino, com ênfase em Saúde da Família**

#### ***I – Enfoques:***

Promoção de diferentes tipos de atividades de educação permanente para os trabalhadores da rede de serviços, contemplando o planejamento e o

exercício da clínica, da promoção da saúde e da saúde coletiva. Implementação de atividades de acompanhamento em serviço, de especialização para profissionais de formação técnica ou universitária, seguindo-se diretrizes para atuação integral na área de atenção básica, em especial a Saúde da Família, e utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que tomem o trabalho como eixo estruturante das atividades. Compreende também cursos de qualificação profissional para Agentes Comunitários de Saúde, de extensão para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem e de educação profissional para a área de saúde bucal e outras. As atividades podem ser presenciais ou à distância; mas nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais para o acompanhamento do trabalho e enfrentamento de situações críticas.

## **II - Eixos de Ação:**

1. Especialização em Saúde da Família para equipes regulares e para equipes especialmente conformadas para atenção às áreas remotas, de difícil acesso ou difícil provimento e fixação de profissionais;
2. Residência Multiprofissional em Saúde da Família;
3. Residências Integradas em Saúde;
4. Pós-Graduação;
5. Qualificação e formação para os Agentes Comunitários de Saúde e Atendentes de Consultório Dentário;
6. Formação e desenvolvimento de Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
7. Formação de outros técnicos necessários à resolutividade da atenção integral à saúde;
8. Atualização e desenvolvimento em Áreas Temáticas Prioritárias (incluindo aspectos da clínica e da saúde coletiva);
9. Organização de estratégias que favoreçam o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência (compor a cadeia do cuidado progressivo à saúde como malha ininterrupta de cuidados);
10. Desenvolvimento de estratégias de acolhimento e responsabilização;
11. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção entre outras a atenção domiciliar e internação domiciliar;
12. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

## **III – Atividades:**

- ☒ Abertura e/ou expansão de Cursos de Especialização em Saúde da Família e outros;
- ☒ Expansão ou Implantação de Programas de Residência Multiprofissional

em Saúde da Família e Residências Integradas em Saúde;

- ☒ Implantação de Programa de Habilitação Técnica para Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- ☒ Desenvolvimento de Cursos de formação e/ou aperfeiçoamento e especialização para Atendentes de Consultório Dentário (ACD)/Técnicos de Higiene Dental (THD) e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;
- ☒ Formação de outros técnicos em saúde;
- ☒ Cursos em temas prioritários como a atenção integral em todas as fases da vida e do desenvolvimento conforme as necessidades estabelecidas a partir do perfil demográfico e epidemiológico locorregional e de formação dos trabalhadores: agravos relevantes como hanseníase, tuberculose, dengue, malária, aids, diabetes, hipertensão arterial, neoplasias; a atenção em urgência e emergência, atenção domiciliar e internação domiciliar; saúde bucal; saúde da mulher; saúde mental; saúde da criança e do adolescente; saúde do idoso; saúde do trabalhador; saúde ambiental; assistência farmacêutica e outros;
- ☒ Desenvolvimento de estratégias humanizadas e regulares para referência e contra-referência, organizando a rede como uma malha ininterrupta de cuidados profissionais.

### **2.6.3. Educação e Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no Sistema Único de Saúde**

#### ***I – Enfoques:***

Promoção de diferentes tipos de atividades de capacitação, formação e educação permanente para os trabalhadores que atuam na gestão do sistema e de unidades de saúde. Compreende, também, cursos de qualificação e formação para agentes sociais, parceiros intersetoriais e conselheiros de saúde. As atividades podem ser presenciais ou à distância e nos dois casos deve haver tutoria (presencial ou à distância), propiciando agilidade na comunicação entre tutores/facilitadores/orientadores e profissionais, para acompanhamento do trabalho e enfrentamento de situações críticas.

#### ***II - Eixos de Ação:***

1. Formação e desenvolvimento para gestores de unidades locais (distritos, hospitais, unidades de atenção básica e outras);
2. Formação e desenvolvimento gerencial para Gestores e Equipes Gestoras;
3. Formação e desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde;



4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção à saúde;
5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde;
6. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos conselheiros de saúde e agentes sociais para a gestão social das políticas públicas de saúde;
7. Formação, desenvolvimento e acompanhamento dos parceiros intersetoriais.

### **III – Atividades:**

- ⊗ Cursos de desenvolvimento gerencial, incluindo organização de serviços e processo de trabalho, voltados para gerentes dos diferentes âmbitos de gestão da rede local;
- ⊗ Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento nas áreas de planejamento, organização e gestão de serviços e de controle social;
- ⊗ Especialização em gestão de sistemas, ações e serviços de saúde;
- ⊗ Cursos e outras iniciativas de desenvolvimento para agentes sociais, conselheiros de saúde, parceiros intersetoriais e trabalhadores de saúde na área de controle social.

#### **2.6.4. Incentivo à Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde**

##### **I – Enfoques:**

Desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões da saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início dos cursos; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS.

##### **II - Eixos de Ação:**

1. Formação e desenvolvimento docente em educação de profissionais de saúde;
2. Desenvolvimento de profissionais dos serviços de saúde

para acompanhamento docente;

3. Articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde para fazer de toda a rede de serviços e de gestão espaços de ensino- aprendizagem;
4. Desenvolvimento de estratégias para a continuidade e integralidade da atenção;
5. Desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao sistema de saúde.

### **III – Atividades:**

- ⊗ Cursos de aperfeiçoamento pedagógico para docentes e profissionais dos serviços;
- ⊗ Estágios supervisionados nos serviços de saúde (longitudinais e ao longo de todo o curso);
- ⊗ Processos cooperativos para o desenvolvimento de investigações sobre temas relevantes ao SUS;
- ⊗ Especialização em educação de profissionais de saúde;
- ⊗ Implementação das políticas de humanização com participação dos professores e dos estudantes;
- ⊗ Desenvolvimento de estratégias de articulação multiprofissional e transdisciplinar;
- ⊗ Participação na Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil).

- ← ***Será feita uma publicação do MS, com esta Portaria e os documentos aqui citados para ampla divulgação.***
- ← ***Os documentos estarão à disposição também no Site [www.saude.gov.br/sgtes](http://www.saude.gov.br/sgtes).***
- ← ***Se forem feitas mudanças pela CIT ou CNS, essas serão amplamente divulgadas.***

**(Diário Oficial da União nº 32/2004, seção I)**

**Quadro 1.** Características das três versões do neo-institucionalismo segundo Hall & Taylor (2003).**ANEXO II**

INSTITUCIONALISMO	CARACTERÍSTICAS			
HISTÓRICO	1) Conceitua a relação entre instituições e o comportamento individual em termos muito gerais.	2) Enfatiza as assimetrias de poder associadas ao funcionamento e desenvolvimento das instituições.	3) Tende a formar uma concepção do desenvolvimento institucional que privilegia as trajetórias, as situações críticas e as conseqüências imprevistas. As instituições aparecem como integrantes permanentes da história ao mesmo tempo em que mantêm o desenvolvimento histórico sobre um conjunto de <i>trajetos</i> .	4) Busca combinar explicações da contribuição das instituições à determinação de situações políticas com uma avaliação da contribuição de outros tipos de fatores, como as idéias, a esses mesmos processos. As instituições são inseridas num modelo causal que deixa espaço para outros fatores.
DA ESCOLHA RACIONAL	1) Considera que os atores compartilham determinadas preferências e gostos e se comportam de maneira utilitária para maximizarem a satisfação de suas preferências.	2) A vida política é considerada como uma série de dilemas de ação coletiva produzidos em geral pelo fato de que a ausência de arranjos institucionais impede cada ator de adotar uma linha de ação que seria preferível no plano coletivo.	3) Enfatiza-se o papel da interação estratégica na determinação das situações políticas. As instituições estruturam essa interação ao influenciarem informações ou mecanismos de adoção que reduzem a incerteza no tocante ao comportamento dos outros e propiciam aos atores <i>ganhos de troca</i> – enfoque calculador.	4) O processo de criação das instituições é geralmente centrado na noção de acordo voluntário entre os atores interessados.
SOCIOLÓGICO	1) As instituições são definidas de maneira muito mais global incluindo não só as regras, procedimentos ou normas formais, mas também os sistemas de símbolos, os esquemas cognitivos e os modelos morais que fornecem <i>padrões de significação</i> que guiam a ação humana.	2) Ênfase na <i>dimensão cognitiva</i> do impacto das instituições. As instituições exercem influência sobre o comportamento não simplesmente ao especificarem o que se deve fazer, mas também o que se pode imaginar num contexto dado.	3) Entende-se que as organizações adotam formas e práticas institucionais particulares porque elas têm um valor largamente reconhecido num ambiente cultural mais amplo. As instituições adotam com freqüência uma nova prática institucional por razões que têm mais a ver com o reforço que oferece a sua legitimidade social e a de seus adeptos.	

Fonte: a partir de Hall &amp; Taylor (2003).

**Quadro 1.** Pólos de Educação Permanente em Saúde no estado do Rio de Janeiro, municípios integrantes e população locorregional; Rio de Janeiro 2006.

PÓLOS	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO*
<b>REGIÃO METROPOLITANA I</b>	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japerí, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, São João de Meriti, Queimados, <b>Rio de Janeiro</b> , Seropédica.	9.232.846
<b>REGIÃO METROPOLITANA II E BAIXADA LITORÂNEA</b>	Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Itaboraí, Maricá, <b>Niterói</b> , Parati, Rio Bonito, Rio das Ostras, São Gonçalo, São Pedro D'aldeia, Saquarema, Silva Jardim, Tanguá.	2.195.893
<b>REGIÃO SERRANA</b>	Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, <b>Teresópolis</b> , Trajano de Moraes.	847.993
<b>REGIÃO NORTE E NOROESTE</b>	Aperibé, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Campos dos Goytacazes, Carapebus, Cardoso Moreira, Conceição de Macabu, Italva, Itaocara, <b>Itaperuna</b> , Lage do Muriaé, Macaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Quissamã, Santo Antônio de Pádua, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, São José de Ubá, Varre Sai.	1.008.535
<b>REGIÃO CENTRO-SUL, MÉDIO PARAÍBA E BAÍA DE ILHA GRANDE</b>	Angra dos Reis, Areal, Barra do Piraí, Barra Mansa, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Itatiaia, Mangaratiba, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Sapucaia, Três Rios, Valença, Vassouras, <b>Volta Redonda</b> .	1.237.834

\*População estimada segundo IBGE – Censo Demográfico e Estimativas, 2002.

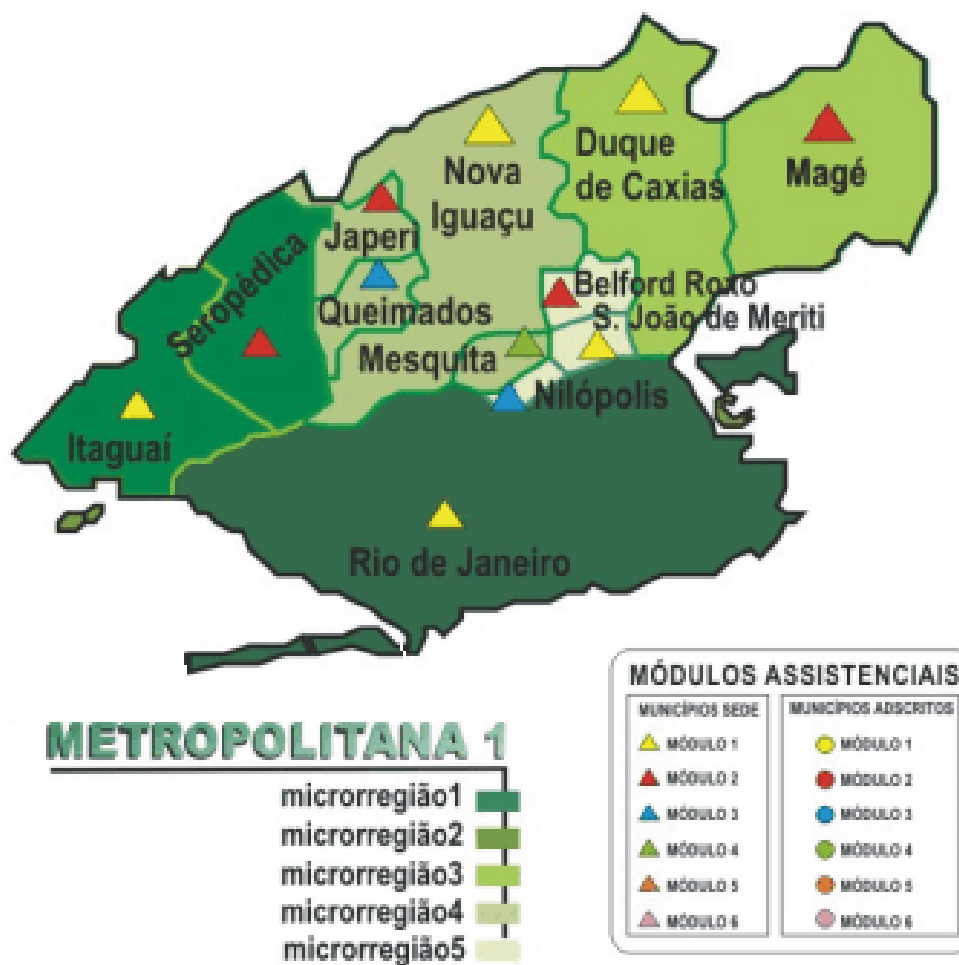
■ Município sede.

**Fonte:** a partir de informações disponibilizadas pela Secretaria Estadual de Saúde e Pólo da Região Metropolitana I. <http://www.saude.rj.gov.br/gestor> (acessado em 23/Nov/2006) <http://www2.uerj.br/~pepsmetro1> (acessado em 23/Nov/2006).



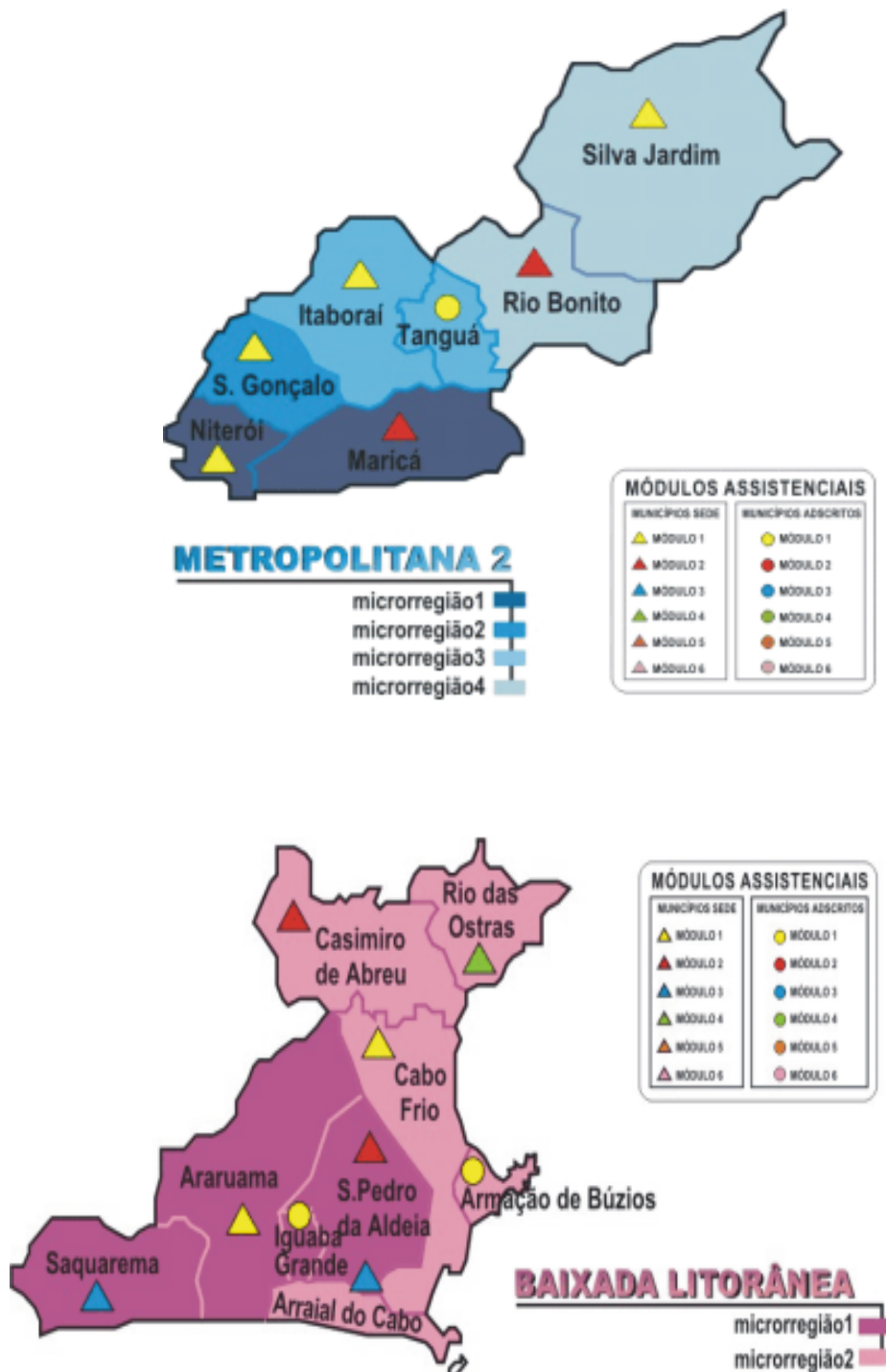
**Fonte:** Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. <http://www.saude.rj.gov.br/gestor> (acessado em 24/Nov/2006).

## PÓLO DA REGIÃO METROPOLITANA I



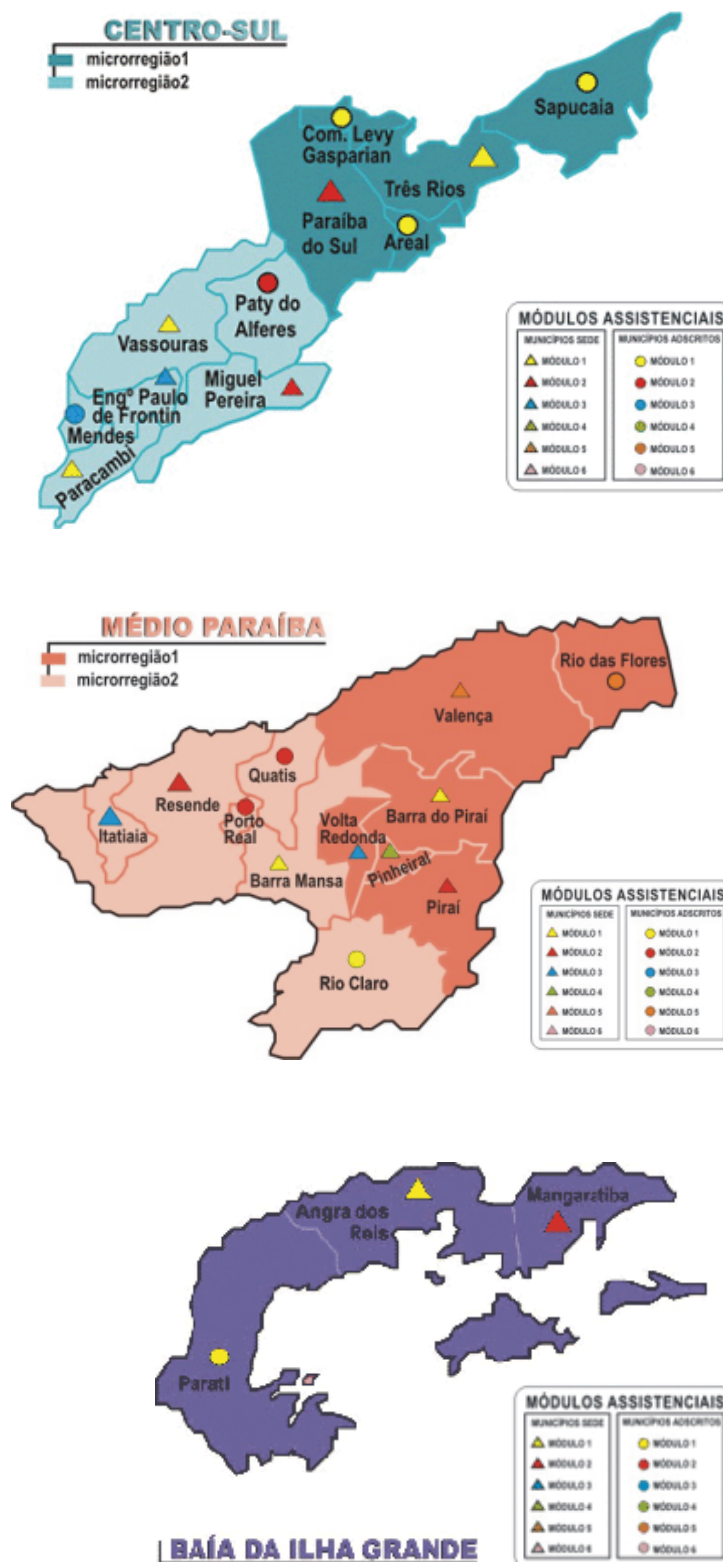
**Fonte:** Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.  
<http://www.saude.rj.gov.br/gestor> (acessado em 24/Nov/2006).

**PÓLO DA REGIÃO METROPOLITANA II E BAIXADA LITORÂNEA**



**Fonte:** Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.  
<http://www.saude.rj.gov.br/gestor> (acessado em 24/Nov/2006).

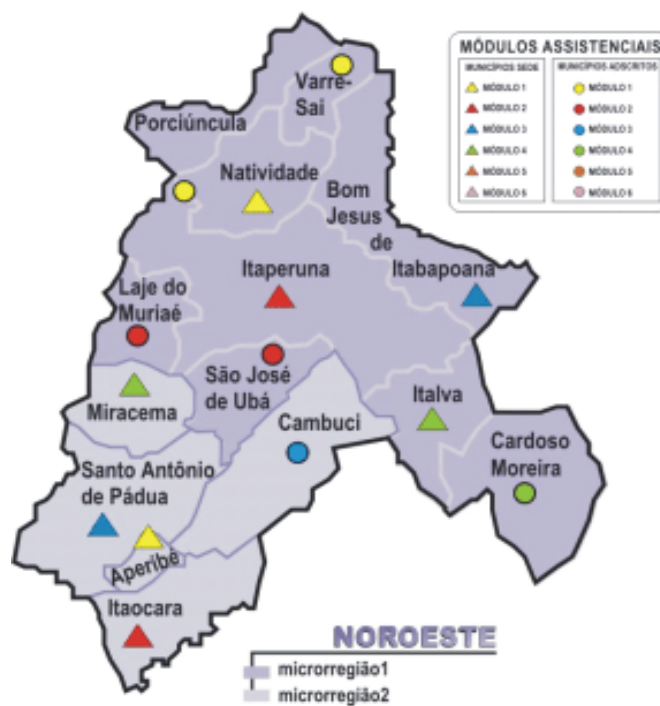
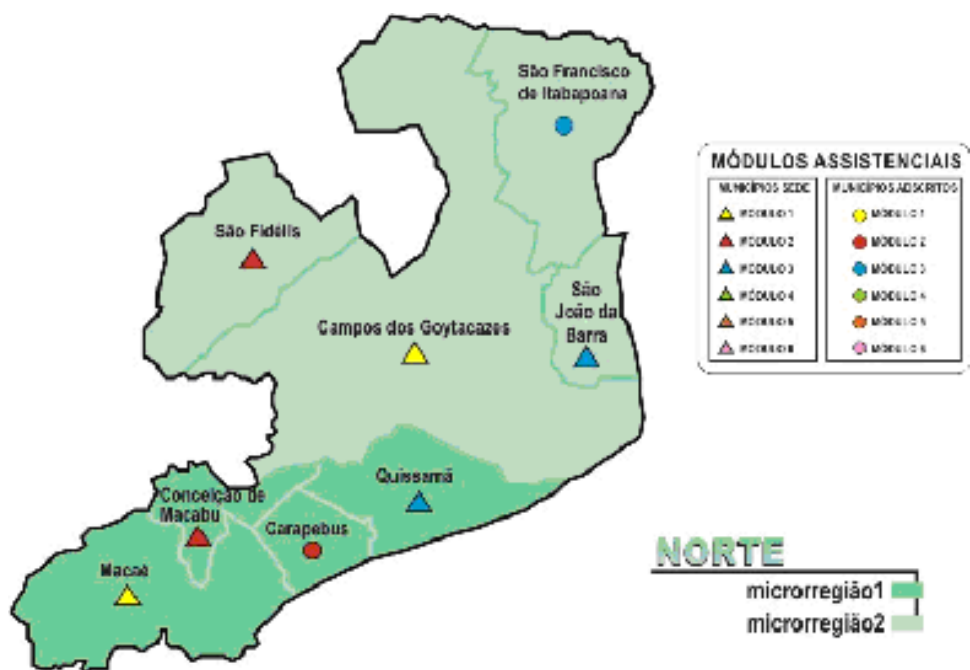
**PÓLO DA REGIÃO CENTRO-SUL, MÉDIO PARAÍBA E BAÍA DE ILHA GRANDE**



**Fonte:** Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.  
<http://www.saude.rj.gov.br/gestor> (acessado em 24/Nov/2006).



**PÓLO DA REGIÃO NORTE E NOROESTE**



**Fonte:** Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.  
<http://www.saude.rj.gov.br/gestor> (acessado em 24/Nov/2006).

PÓLO DA REGIÃO SERRANA



**Fonte:** Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.  
<http://www.saude.rj.gov.br/gestor> (acessado em 24/Nov/2006).